



National
Defence

Défense
nationale

Chief Review Services Chef - Service d'examen

CRS  CS Ex



Ministère de la Défense nationale
et
Anciens Combattants Canada

Évaluation interministérielle
du Réseau de soutien par les pairs
du SSVSO

Janvier 2005

1258-138 (CS Ex)



Canada 

SYNOPSIS

Un solide réseau de soutien social est un facteur déterminant lorsqu'il s'agit d'aider les membres actifs et retraités des Forces canadiennes qui souffrent d'un traumatisme lié au stress professionnel (TSO)¹ à recouvrer la santé et à la conserver. C'est dans cette optique que le Projet de soutien social aux victimes de stress opérationnel (SSVSO) a été lancé en 2001 sous la gouverne du Directeur - Soutien aux blessés et administration (DSBA), au sein du ministère de la Défense nationale et des Forces canadiennes (MDN/FC). L'un des principaux éléments du mandat du projet SSVSO était la création, à l'échelle nationale, d'un Réseau de soutien par les pairs (RSP) pour les militaires et anciens combattants blessés et leurs familles. Le RSP est un partenariat financier entre le MDN et Anciens Combattants Canada (ACC). Il constitue la seule capacité officielle commune et continue de soutien social qui est offerte à un membre actif/retraité des FC souffrant d'un TSO pour l'aider à se rétablir et/ou à faire la transition du service régulier à la retraite.

Le RSP est formé de 13 coordonnateurs du soutien par les pairs (CSP) disséminés partout au Canada, ainsi que d'un coordonnateur national. Le rôle des CSP consiste principalement à offrir un soutien social aux membres actifs et retraités des FC qui souffrent d'un TSO comme le syndrome de stress post-traumatique (SSPT). Ils sont là pour écouter, évaluer et aiguiller.

Dans l'ensemble, le RSP a été mis sur pied avec succès et il contribue efficacement à répondre aux besoins en soutien social des membres des FC/anciens combattants aux prises avec des TSO. La mise en œuvre initiale du réseau s'est avérée à la fois difficile et complexe, mais la situation s'est beaucoup améliorée avec le temps. Les principaux problèmes/risques décelés au début du programme ont été réglés ou sont en voie de l'être. Par exemple, le processus de sélection des CSP a été amélioré et des mesures de protection accrues ont été prises pour maintenir la santé de chaque CSP. Des problèmes de gouvernance et de financement persistent, et des recommandations ont été formulées afin que des progrès soient accomplis dans certains domaines clés, notamment la mesure du rendement et l'affectation des ressources.

D'autres recommandations ont aussi été présentées au niveau du programme pour faire en sorte que des contraintes et des risques spécifiques soient éliminés. Elles visent à : désigner des BPR précis pour les TSO et le RSP au sein du MDN et d'ACC; uniformiser et à clarifier les protocoles de transfert entre le MDN et ACC; élaborer une approche d'équipe pour les soins et le soutien liés aux TSO; maximiser l'utilisation des services de santé et de soutien social civils pour compléter les ressources du MDN et d'ACC.

¹ Tout problème psychologique persistant découlant de l'exercice de fonctions opérationnelles dans les forces armées canadiennes est considéré comme un « traumatisme lié au stress opérationnel » (TSO). L'expression sert à décrire une vaste gamme de problèmes qui incluent des affections diagnostiquées comme l'anxiété, la dépression, le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) ainsi que d'autres affections qui peuvent être moins graves, mais entravent néanmoins les activités quotidiennes.

(www.vac-acc.gc.ca/clients_f/sub.cfm?source=mhealth/definition) 21 décembre 2004.

En ce qui concerne cette initiative conjointe du MDN/des FC et d'ACC, la voie à suivre devrait englober les activités clés suivantes :

- *déterminer clairement les BPR et la responsabilisation en matière de TSO au sein du MDN et d'ACC;*
- *rédiger et ratifier un protocole d'entente officiel entre les deux ministères afin de clarifier les responsabilités et la participation en matière de gouvernance, de planification, de financement et d'exécution du programme du RSP;*
- *confirmer le modèle logique du RSP, notamment les objectifs précis des CSP, puis élaborer des mesures de rendement pertinentes pour le RSP;*
- *rationaliser le nombre de CSP de même que l'emplacement du soutien officiel et le niveau requis, p. ex., grâce au recours à des bénévoles (BSP) et/ou à des professionnels de la santé;*
- *concevoir et mettre en œuvre une stratégie et un plan de communication.*

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE DES RÉSULTATS.....	I
Introduction.....	I
Contexte.....	II
Évaluation globale – En bref.....	III
Principales observations.....	III
Principales recommandations.....	IV
Plan d'action de la direction.....	V
ÉVALUATION GLOBALE	1
CONTEXTE DE L'ÉVALUATION	2
Portée de l'évaluation.....	2
Méthode d'évaluation.....	2
Cadre de l'évaluation.....	3
Traumatisme lié au stress opérationnel.....	3
Clientèle du Réseau de soutien par les pairs.....	4
Soutien social.....	5
Soins de santé mentale.....	5
Transition des pairs victimes de TSO du MDN à ACC.....	7
Futures tendances.....	8
RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION	9
Efficacité de la collaboration entre le MDN et ACC.....	9
Incidence des activités de gestion et de la gouvernance sur l'efficacité du RSP.....	10
Conduite des activités des CSP.....	13
Soutien du RSP à ses pairs.....	15
Collecte des données.....	16
Incidence du RSP sur les coordonnateurs du soutien par les pairs.....	18
Besoins en soutien social des familles.....	20
Soutien Web pour le RSP*.....	21
Viabilité du RSP.....	23
Problèmes et contraintes connexes.....	24

ANNEXE A – TRAUMATISME LIÉ AU STRESS OPÉRATIONNEL – SCHÉMA LOGIQUE DU RSP.....A-1
ANNEXE B – DOCUMENTS D’ÉVALUATION DU RSP EXAMINÉS..... B-1
ANNEXE C – LISTE DES PERSONNES INTERROGÉES AUX FINS DE L’ÉVALUATION DU RSP C-1
ANNEXE D – GLOSSAIRE DU RSP/SSVSO..... D-1

SOMMAIRE DES RÉSULTATS

INTRODUCTION

Le présent rapport renferme les résultats d'une évaluation interministérielle (ministère de la Défense nationale (MDN) et Anciens Combattants Canada (ACC)) portant sur le Réseau de soutien par les pairs (RSP) du Projet de soutien social aux victimes de stress opérationnel (SSVSO). L'initiative globale a été lancée en mai 2001 par le Sous-ministre adjoint (Ressources humaines – Militaires) (SMA(RH-Mil)) du MDN, et sa gestion relève du Directeur – Soutien aux blessés et administration (DSBA). L'un des principaux éléments de cette initiative, et l'objet de la présente évaluation, est la création, à l'échelle nationale, d'un Réseau de soutien par les pairs (RSP) pour les militaires et anciens combattants blessés et leurs familles. Le RSP est un partenariat financier entre le MDN et ACC.

Le SMA(RH-Mil) est le champion de cette initiative pour le MDN tandis que le Sous-ministre adjoint – Services aux anciens combattants (SMA SAC) remplit ce rôle au sein d'ACC. De même, à ACC, l'homologue du DSBA du MDN est le Directeur – Services aux Forces canadiennes (DSFC). Sous la supervision d'un comité directeur interministériel, le MDN et ACC collaborent à l'établissement et à la gestion du RSP. Bien que des progrès importants aient été réalisés, l'évaluation met en évidence certains problèmes de gouvernance et recommande que le MDN et ACC adoptent une approche plus intégrée.

Le MDN et ACC ont lancé un projet pilote de réseau de soutien par les pairs en février 2002 dans quatre endroits au Canada. La mise en œuvre a semblé réussie et bien accueillie, puis elle s'est étendue à neuf autres emplacements. Le projet pilote n'a été soumis à aucune évaluation. Toutefois, le SMA(RH-Mil) a demandé que le Chef – Service d'examen (CS Ex) envisage d'évaluer le projet RSP/SSVSO sur place. Une évaluation a ensuite été prévue dans le Plan de travail du CS Ex de 2003-2004, approuvé par le Sous-ministre/Chef d'état-major de la Défense (SM/CEMD). Travaillant de concert, le MDN et ACC ont retenu les services de la société Fujitsu Consulting pour évaluer le volet RSP du SSVSO.

CONTEXTE

Un réseau de soutien social est un facteur déterminant lorsqu'il s'agit d'aider les membres actifs et retraités des FC à recouvrer la santé et à la conserver. Le RSP constitue la seule capacité officielle commune et continue de soutien social qui est offerte à un membre actif/retraité des FC souffrant d'un traumatisme lié au stress opérationnel (TSO)² pour l'aider à se rétablir et/ou à faire la transition du service régulier à la retraite.

Le RSP est formé de 13 coordonnateurs du soutien par les pairs (CSP) disséminés partout au Canada, ainsi que d'un coordonnateur national. Le rôle des CSP consiste principalement à offrir un soutien social aux membres actifs et retraités des FC qui souffrent d'un TSO comme le syndrome de stress post-traumatique (SSPT). Les CSP sont des anciens combattants qui ont eux-mêmes été victimes d'un TSO, qui voient actuellement un professionnel de la santé mentale, qui ont repris leur situation en main et qui sont maintenant employés par le MDN.³ Les 13 emplacements actuels des CSP sont : Esquimalt, Vancouver, Edmonton, Winnipeg, Borden, Petawawa, Kingston, Valcartier, Gagetown, Halifax, St. John's (Terre-Neuve), Montréal et le Sud-Ouest de l'Ontario (Hamilton/Mississauga). Les CSP sont là pour écouter, évaluer et aiguiller. Le cas échéant, ils reçoivent l'appui de bénévoles du soutien par les pairs (BSP).

Plus de 900 militaires, en service actif ou à la retraite, sont inscrits dans la base de données du SSVSO (avril 2004). Environ 46 p. 100 sont des membres actifs des FC et 54 p. 100 sont retraités. Parmi les membres actifs se trouvent des anciens combattants, c.-à-d. d'anciens membres des Forces canadiennes et de la Réserve qui répondent aux exigences du MDN en matière de classifications professionnelles militaires et qui ont été honorablement libérés.

Le coût total du programme SSVSO s'élève à 2,6 M\$ par année, dont 1,6 M\$ est nécessaire au RSP. À l'heure actuelle, ACC finance les coûts du RSP/SSVSO à raison de 500 k\$ environ, et le MDN fournit 1,1 M\$.

² Tout problème psychologique persistant découlant de l'exercice de fonctions opérationnelles dans les forces armées canadiennes est considéré comme un « traumatisme lié au stress opérationnel » (TSO). L'expression sert à décrire une vaste gamme de problèmes qui incluent des affections diagnostiquées comme l'anxiété, la dépression, le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) ainsi que d'autres affections qui peuvent être moins graves, mais entravent néanmoins les activités quotidiennes.

(www.vac-acc.gc.ca/clients_f/sub.cfm?source=mhealth/definition) 21 décembre 2004.

³ Les 13 CSP sont embauchés pour une durée déterminée ou indéterminée au niveau PM 3. Le coordonnateur national, un PM 4, demande aux professionnels de la santé mentale à l'échelle locale, près des endroits respectifs au pays, de proposer des candidats éventuels aux postes de CSP.

ÉVALUATION GLOBALE – EN BREF

L'évaluation montre que le RSP est un élément clé de la structure de soutien social des membres des FC/anciens combattants aux prises avec un TSO et qu'il contribue efficacement à répondre à leurs besoins en soutien social. Néanmoins, l'efficacité globale du RSP pourrait être accrue grâce aux modifications recommandées dans la présente évaluation. À l'avenir, il faudra réévaluer le financement actuel à mesure que les exigences du RSP évolueront.

PRINCIPALES OBSERVATIONS

Les personnes qui ont bénéficié du programme et d'autres intervenants reconnaissent en général le travail acharné, le dévouement et la contribution essentielle des CSP. Les coordonnateurs se sont révélés efficaces pour ce qui est d'amener les pairs souffrant d'un TSO à reconnaître leur état et de les aider à obtenir des soins. Les CSP peuvent aider à calmer les pairs qui expriment leur colère et leur frustration face à la bureaucratie, et ils y parviennent effectivement. De plus, ils aident les fournisseurs de services à comprendre la situation des pairs. Les CSP jouent un rôle primordial afin de sensibiliser les gens, d'échanger de l'information avec le personnel d'ACC sur les différents services dont les victimes de TSO ont besoin, et de faire disparaître la peur de l'inconnu. Les relations de confiance établies avec ACC ont été renforcées dans les endroits où la direction appuyait fermement le programme.

La mise en œuvre initiale du RSP s'est avérée à la fois difficile et complexe, mais la situation s'est beaucoup améliorée avec le temps. Les principaux problèmes/risques décelés au début du programme ont été réglés ou sont en voie de l'être. Par exemple, le processus de sélection des CSP a été amélioré et des mesures de protection accrues ont été prises pour maintenir la santé de chaque CSP. Les responsables du programme ont modifié la formation et la supervision afin de mettre davantage l'accent sur la délimitation du rôle des CSP. En outre, le degré de sensibilisation/compréhension à l'endroit des membres des FC ou des anciens combattants souffrant de TSO a augmenté dans les bureaux d'ACC, dans le réseau de soins de santé des FC et chez les dirigeants des FC. Il en a résulté une sensibilisation accrue et un appui plus généreux de la part des organisations existantes des FC et d'ACC ainsi que des travailleurs de la santé en milieu communautaire.

Bien que le RSP ait été mis en œuvre avec succès, il reste encore d'importantes difficultés à surmonter. Des problèmes de gouvernance et de financement persistent, et des améliorations sont possibles dans certains domaines clés, notamment la mesure du rendement et l'affectation des ressources.

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

La présente évaluation offre plusieurs recommandations pratiques qui sont propres au programme et qui portent sur la mise en œuvre du RSP. Ces recommandations visent à accroître le recours aux bénévoles, à réviser les critères de sélection des CSP, à rationaliser la répartition et les niveaux de soutien des CSP, à améliorer la collecte des données de base et la mesure du rendement connexe, de même qu'à créer un réseau de soutien aux familles.

D'autres recommandations clés ont aussi été présentées au niveau du programme pour faire en sorte que des contraintes et des risques spécifiques soient éliminés. Elles visent à désigner des BPR précis pour les TSO et le RSP au sein du MDN et d'ACC, à uniformiser et à clarifier les protocoles de transfert entre le MDN et ACC, à élaborer une approche d'équipe pour les soins et le soutien liés aux TSO et, enfin, à maximiser l'utilisation des services de santé et de soutien social civils pour compléter les ressources du MDN et d'ACC.

La voie à suivre devrait englober les activités clés suivantes :

- déterminer clairement les BPR et la responsabilisation en matière de TSO au sein du MDN et d'ACC;
- rédiger et ratifier un protocole d'entente officiel entre les deux ministères afin de clarifier les responsabilités et la participation en matière de gouvernance, de planification, de financement et d'exécution du programme du RSP;
- confirmer le modèle logique du RSP, notamment les objectifs précis des CSP, puis élaborer des mesures de rendement pertinentes pour le RSP;
- rationaliser le nombre de CSP de même que l'emplacement du soutien officiel et le niveau requis, p. ex., grâce au recours à des bénévoles (BSP) et/ou à des professionnels de la santé;
- concevoir et mettre en œuvre une stratégie et un plan de communication.

PLAN D'ACTION DE LA DIRECTION

RECOMMANDATION DU CS Ex	BPR		MESURE DE LA DIRECTION	JALON
	MDN	ACC		
Déterminer clairement les BPR et la responsabilisation en matière de TSO au sein du MDN et d'ACC	SMA(RH-Mil)	SMA SAC	<p>Le Groupe de travail sur la modernisation⁴ doit collaborer avec l'administrateur du projet ACC-MDN sur les soins de santé mentale afin d'élaborer une proposition qui sera soumise à l'examen du SMA SAC.</p> <p>Le Directeur – Soutien aux blessés et administration doit confirmer les BPR du MDN et la responsabilisation au SMA(RH-Mil).</p>	<p>Proposition / confirmation présentée respectivement au SMA SAC et au SMA(RH-Mil) en janvier 2006</p> <p>À présenter au Comité directeur MDN-ACC en février 2006</p>
Rédiger et ratifier un protocole d'entente officiel entre les deux ministères afin de clarifier les responsabilités et la participation en matière de gouvernance, de planification, de financement et d'exécution du programme du RSP	SMA(RH-Mil) (CEM SMA(RH-Mil))	SMA SAC (Dir exéc GT modernisation)	<p>Ébauche de PE à soumettre à l'examen des deux SMA.</p> <p>Le PE SSVSO sera une annexe du PE global entre le MDN et ACC concernant le CENTRE MDN-ACC.</p>	Prêt aux fins de signature à la réunion du Comité directeur MDN-ACC à l'automne 2005
Confirmer le modèle logique du RSP, notamment les objectifs précis des CSP, puis élaborer des mesures de rendement pertinentes pour le RSP	SMA(RH-Mil) (CEM SMA(RH-Mil))	SMA SAC (Dir exéc GT modernisation)	<p>Élaborer un énoncé des travaux</p> <p>Attribuer le contrat</p> <p>Réception et acceptation des livrables stipulés au contrat</p>	<p>Automne 2005</p> <p>Hiver 2006</p> <p>Fin AF 2005-2006</p>

⁴ En septembre 2003, ACC a mis sur pied le Groupe de travail sur la modernisation des services et des programmes, qui était principalement chargé d'élaborer une gamme complète et améliorée de programmes et de services qui contribueront à assurer la transition des membres des Forces canadiennes et de leurs familles à la vie civile. Le Groupe de travail a également coordonné des travaux similaires visant à répondre aux besoins des clients qu'ACC compte au sein de la GRC.

RECOMMANDATION DU CS Ex	BPR		MESURE DE LA DIRECTION	JALON
	MDN	ACC		
Rationaliser le nombre de CSP de même que l'emplacement du soutien officiel et le niveau requis	SMA(RH-Mil) (CEM SMA(RH-Mil))	SMA SAC (Dir exéc GT modernisation)	À élaborer de concert avec les deux coadministrateurs du projet ACC-MDN sur les soins de santé mentale	Ébauche à présenter à la réunion du Comité MDN-ACC en février 2006
Concevoir et mettre en œuvre une stratégie et un plan de communication pour le RSP	SMA(RH-Mil) (CEM SMA(RH-Mil))	SMA SAC (Dir exéc GT modernisation)	Rédiger une stratégie et un plan de communication de concert avec les deux coadministrateurs du projet ACC-MDN sur les soins de santé mentale	À parachever en janvier 2006 À présenter au Comité directeur MDN-ACC en février 2006

ÉVALUATION GLOBALE

- Le modèle utilisé pour le RSP, avec les modifications mineures proposées dans la présente évaluation, contribue efficacement à répondre aux besoins en soutien social des membres des FC et des anciens combattants souffrant de TSO.
- On reconnaît vivement le travail acharné, le dévouement et la contribution essentielle des CSP.
- Les CSP :
 - sont efficaces pour amener les victimes de TSO à reconnaître leur état;
 - sont efficaces pour aider les pairs à obtenir des soins;
 - aident les pairs à modérer leur colère et leur frustration face à la bureaucratie;
 - aident les fournisseurs de services/prestations à comprendre la situation des pairs;
 - jouent un rôle primordial afin de sensibiliser les gens/d'échanger de l'information avec le personnel d'ACC –
 - indiquer les services dont les victimes de TSO ont besoin,
 - faire disparaître la peur de l'inconnu.
- La mise en œuvre initiale du RSP s'est avérée difficile, mais des améliorations notables ont été apportées depuis.
- Les principaux problèmes/risques décelés au début du programme ont été réglés ou sont en voie de l'être :
 - le processus de sélection des CSP a été amélioré;
 - les mesures visant à maintenir la santé de chaque CSP ont été améliorées;
 - la formation et la supervision ont été modifiées afin de délimiter les rôles respectifs;
 - la sensibilisation aux TSO a augmenté –
 - dans les bureaux d'ACC,
 - dans le réseau de soins de santé des FC;
 - chez les dirigeants des FC.
- La sensibilisation et le niveau de soutien se sont accrus de la part des organisations existantes des FC et d'ACC de même que des travailleurs de la santé en milieu communautaire.
- À l'heure actuelle, le RSP est l'élément clé de la structure de soutien social des membres des FC/anciens combattants aux prises avec un TSO.
- ***Il reste des domaines à modifier/améliorer :***
 - déterminer clairement les BPR et la responsabilisation en matière de TSO au sein du MDN et d'ACC;
 - rédiger et ratifier un protocole d'entente (PE) officiel entre le MDN et ACC;
 - confirmer le modèle logique du RSP et élaborer des mesures de rendement pertinentes pour le RSP;
 - rationaliser le nombre et l'emplacement des services de soutien par les pairs – quantité de soutien professionnel et de soutien par les pairs à chaque endroit;
 - concevoir et mettre en œuvre une stratégie et un plan de communication.

CONTEXTE DE L'ÉVALUATION

PORTÉE DE L'ÉVALUATION

La présente évaluation a porté sur les questions suivantes : efficacité de la collaboration entre le MDN et ACC, viabilité du RSP, incidence des activités de gestion et de la gouvernance sur l'efficacité du RSP, conduite des activités des CSP, soutien que le RSP offre à ses pairs, collecte des données, incidence du RSP sur les CSP, besoins en soutien social des familles, et soutien Web pour le RSP.

MÉTHODE D'ÉVALUATION

Pour chaque question traitée dans le cadre de l'évaluation :

- Collecte de renseignements – résultats de l'examen des documents, de l'étude des données et des entrevues (voir la liste des documents examinés à l'annexe B et la liste des personnes interrogées à l'annexe C).
- Analyse – interprétation des constatations de l'évaluation –
 - critères d'analyse tirés du schéma/modèle logique (annexe A), pratiques exemplaires pertinentes du secteur privé,
 - conclusions – thèmes généraux servant de fondement aux recommandations,
 - recommandations.
- Un certain nombre de groupes de consultation se sont réunis d'un bout à l'autre du Canada. Ces séances ont inclus des CSP ainsi que des membres des FC et des anciens combattants souffrant de TSO.
- L'évaluation n'a pas porté expressément sur la pertinence des divers centres de traitement des TSO ni fait appel à la participation directe de la chaîne de commandement (commandants d'unité ou commandements d'armée).

CADRE DE L'ÉVALUATION

Le cadre de l'évaluation sera traité sous les rubriques suivantes : Traumatisme lié au stress opérationnel (TSO); Réseau de soutien par les pairs (RSP) : clientèle; Réseau de soutien par les pairs (RSP) : soutien social; Soins de santé mentale : MDN et ACC; Transition des pairs victimes de TSO du MDN à ACC; et Futures tendances.

La nature et la fréquence des déploiements contribuent à l'incidence accrue des TSO

Les traumatismes se manifestent après le retour d'un déploiement, et non immédiatement après l'événement traumatisant

La plupart des personnes qui présentent des symptômes de TSO se rétablissent

Les victimes de TSO sont réticentes à s'identifier, mais c'est essentiel à leur rétablissement

Seulement une personne sur six demande des soins

TRAUMATISME LIÉ AU STRESS OPÉRATIONNEL

- L'incidence accrue des TSO est généralement attribuable aux facteurs suivants :
 - nature et fréquence des missions de maintien de la paix – sentiments d'impuissance,
 - soixante-dix pour cent des membres des FC actuellement affectés en Afghanistan ont dû recevoir une exemption pour leur permettre de servir, étant donné la période relativement courte qui s'est écoulée depuis le dernier déploiement;
 - les autorités militaires américaines estiment que 12,5 p. 100 des soldats qui servent en Iraq seront victimes de TSO,
 - le SSPT (syndrome de stress post-traumatique) est considéré comme une forme de TSO.
- Le traumatisme ne se manifeste pas immédiatement après l'événement.
- Un comportement différent est observé chez un militaire qui rentre d'un déploiement :
 - il a été déployé, puis est revenu différent; il ne travaille plus de la même façon qu'avant;
 - la personne peut même améliorer son rendement pour masquer les effets d'un TSO, pour ensuite se rendre compte qu'elle ne peut le maintenir.
- Les victimes de TSO ne se font pas connaître surtout à cause des perceptions négatives.
- Par suite d'un événement traumatisant, la plupart des personnes qui présentent des symptômes de TSO se rétablissent.
- Le repli sur soi perpétue les problèmes.
- Le pourcentage de personnes souffrant d'un TSO – de 10 à 30 p. 100 de celles qui sont exposées à des situations très stressantes – pourrait s'élever à 40 ou 50 p. 100.
- On estime que pour chaque personne qui demande des soins, cinq ne feront aucune démarche.
- Le taux de prévalence des TSO pendant toute la vie est de l'ordre de 8 p. 100.

Le principal objectif des victimes de TSO est de guérir

Plus de 900 clients dans la base de données du SSVSO

46 p. 100 sont :

- **des membres actifs des FC**
- **des pensionnés d'ACC**

54 p. 100 sont :

- **des membres des FC à**

- Selon les estimations, 36 p. 100 des personnes souffrant d'un TSO demandent des renseignements précis sur les prestations, tandis que les 64 p. 100 qui restent cherchent d'autres éléments du programme, par exemple un soutien aux études dans un domaine civil, une aide pour obtenir la libération ou demeurer dans les FC, et différentes autres formes d'assistance. Toutefois, le principal objectif des victimes de TSO est invariablement de guérir et de vivre à nouveau une vie normale.

*** Les statistiques proviennent de diverses sources du MDN et d'ACC énumérées à l'annexe B et d'autres données du SSVSO.**

CLIENTÈLE DU RÉSEAU DE SOUTIEN PAR LES PAIRS

- En tout, plus de 900 clients du RSP sont inscrits dans la base de données du SSVSO (avril 2004).
- Quarante-six pour cent d'entre eux sont des membres actifs des FC – certains continuent de travailler; d'autres figurent sur la Liste des effectifs du personnel non disponible (LEPND); d'autres sont en voie de libération, et d'autres encore retournent au travail; ce groupe comprend aussi des membres actifs qui sont des anciens combattants, c.-à-d. qui reçoivent une pension d'ACC.
- Cinquante-quatre pour cent sont des membres des FC à la retraite.
- On estime que les chiffres susmentionnés comprennent 10 p. 100 de réservistes (en service actif ou à la retraite).
- Les anciens combattants qui souffrent de TSO appartiennent surtout à la génération plus jeune; ce ne sont pas des vétérans des guerres mondiales et de la guerre de Corée.
- Les types de cas traités par le RSP varient selon l'endroit et la nature du service, l'élément des FC, le sexe et la priorité ou gravité (77 p. 100 des cas sont de faible gravité et 3 p. 100 sont de haute gravité).
- Les personnes qui semblent bénéficier le plus du RSP sont celles qui sont socialement isolées ou qui ont l'impression d'être les seules dans leur situation.

Le RSP est l'unique source de soutien social continu pour les victimes de TSO qui font la transition à la retraite

On compte 13 CSP de St. John's (T.-N.) à Victoria (C.-B.)

Les CSP sont là pour écouter, évaluer et aiguiller

121 000 jours de congé de maladie durant une période de 13 mois

- Les victimes de TSO manquent en moyenne 10 jours par mois (50 p. 100 des jours ouvrables disponibles manqués seulement en raison du SSPT)***

SOUTIEN SOCIAL

- Le RSP constitue la seule capacité officielle commune et continue de soutien social qui est offerte à un membre des FC souffrant d'un TSO pour l'aider à se rétablir et/ou à faire la transition du service régulier à la retraite.
- Le réseau est formé de 13 coordonnateurs du soutien par les pairs (CSP) disséminés partout au Canada, ainsi que d'un coordonnateur national. Le RSP offre un soutien social aux membres actifs et retraités des FC qui souffrent d'un TSO/du SSPT.
- Les CSP sont des anciens combattants qui ont eux-mêmes été victimes d'un TSO/du SSPT, qui se sont suffisamment rétablis pour avoir leur situation personnelle en main et qui sont maintenant employés par le MDN.
- Les emplacements actuels (13) des CSP sont : Esquimalt/Victoria, Vancouver, Edmonton, Winnipeg, Borden, Petawawa, Kingston, Valcartier, Gagetown, Halifax, St. John's (Terre-Neuve), Montréal et le Sud-Ouest de l'Ontario (Hamilton/Mississauga).
- Le réseau de soutien social est un facteur déterminant dans le rétablissement et le maintien de la santé.
- Ce ne sont pas toutes les personnes atteintes d'un TSO qui voient les avantages du RSP et reconnaissent la nécessité d'y avoir recours.
- Le rôle des CSP consiste à écouter, à évaluer et à aiguiller.

SOINS DE SANTÉ MENTALE

Services du MDN

- On a enregistré 121 000 jours de congé de maladie au cours d'une période de 13 mois, sans compter les personnes figurant sur la LEPND :
 - 20 p. 100 pour cause de dépression;
 - 10 p. 100 pour cause de SSPT.
- Le MDN offre l'accès à certains services de soutien par le biais du numéro 1 800, Centres de soutien pour trauma et stress opérationnels (CSTSO).
- Les clients des régions éloignées se rendent au CSTSO approprié aux fins d'évaluation et de diagnostic – collaboration avec la base d'origine pour trouver un fournisseur de soins de santé mentale dans le secteur civil local.
- Le volume de cas dont s'occupent les CSTSO est relativement élevé et stable.

Le CSTSO :

- *effectue des évaluations et des diagnostics*
- *assure le suivi des patients*
- *peut être joint grâce à une ligne 1 800*

Le RSP est souvent le seul moyen d'assurer la continuité lorsque la responsabilité du militaire est transférée du MDN à ACC

La clientèle d'ACC évolue et englobe maintenant des membres actifs des FC

L'évolution du profil démographique des patients exige un recyclage chez les employés d'ACC qui doivent desservir une clientèle différente et plus diversifiée

Les conseillers d'ACC voient leur charge de travail augmenter en raison du nombre accru de cas de SSPT

- Les CSTSO tiennent des réunions de groupes psycho-éducatifs d'une durée d'une semaine.
- Certains CSTSO possèdent une capacité de liaison pour sensibiliser les professionnels de la santé au sein de la collectivité et les renseigner sur les TSO/le SSPT.
- Dans certains cas où des soins de santé mentale ne sont pas offerts en milieu communautaire, le professionnel de la santé mentale des FC qui travaille au CSTSO ayant posé le diagnostic assurera le suivi du militaire. Le MDN et ACC ont récemment négocié la prestation réciproque de soins de santé dans les endroits où l'un d'eux ne possède aucune capacité.
- La transition du MDN à ACC signifie souvent que la personne perd son médecin/thérapeute et que son dossier doit être transféré d'un gestionnaire de cas du MDN à une équipe des services aux clients d'ACC, même lorsqu'elle prend sa retraite dans la même ville. Le RSP devient alors le seul moyen d'assurer la continuité.

Services d'ACC

- Les clients d'ACC comprennent maintenant des membres actifs des FC qui sont beaucoup plus jeunes : 48 p. 100 sont âgés de moins de 60 ans et 19 p. 100 ont moins de 40 ans (Anciens combattants bénéficiaires pour des affections psychiatriques, y compris le SSPT, 16 janvier 2004) :
 - Le personnel médical d'ACC et les entrepreneurs connaissent traditionnellement davantage les clients plus âgés et se familiarisent maintenant avec les TSO.
 - Bien qu'ils aient apporté un certain soutien à un nombre relativement limité d'anciens combattants du Vietnam souffrant de TSO ou du SSPT, les employés d'ACC doivent bien connaître l'environnement militaire actuel et les questions connexes en matière de TSO pour être en mesure d'aider le nombre accru des diverses victimes du SSPT qui se sont manifestées ces dernières années.
 - Le rôle traditionnel des agents des pensions est très axé sur les procédures et le courtage de prestations.
 - Un certain nombre de conseillers de secteur sont des professionnels de la santé : travailleurs sociaux et personnel infirmier, spécialisé notamment en santé mentale.
- Les services d'ACC deviennent plus axés sur le client, de sorte que ce dernier choisit les services dont il a besoin.
- ACC exige un diagnostic pour pouvoir déterminer les prestations – le traitement sera souvent assuré par la collectivité médicale civile à l'extérieur d'ACC, ou peut-être par

La transition des cas de TSO du MDN à ACC peut occasionner des différences d'honoraires et nuire à la continuité des soins aux patients

ACC et le MDN travaillent plus étroitement que par le passé, comme en témoigne une gamme d'initiatives concertées et partagées

l'Hôpital Sainte-Anne près de Montréal, ou par les installations d'ACC comme le Centre Deer Lodge à Winnipeg.

- Les CSP renvoient des cas aux conseillers de secteur d'ACC, qui communiquent avec les victimes de TSO au sujet des services – la charge de travail des conseillers a beaucoup augmenté étant donné le nombre accru de cas de TSO ces dernières années.

TRANSITION DES PAIRS VICTIMES DE TSO DU MDN À ACC

- La transition des cas de TSO des FC à ACC ne se fait souvent pas sans difficulté :
 - les différences d'honoraires versés par le MDN et ACC peuvent limiter l'acceptation des patients par les professionnels de la santé mentale au moment de la transition;
 - le fait pour les patients de passer des programmes de soins du MDN à ceux d'ACC exige habituellement un changement de prestataires de soins et peut aussi nécessiter des changements de médication, selon le jugement du professionnel de la santé mentale et les montants alloués aux ministères.
- ACC et le MDN collaborent désormais plus étroitement que par le passé :
 - Comité directeur ACC-MDN;
 - Comité consultatif du SSVSO;
 - Comité consultatif ACC-MDN des services cliniques de santé mentale;
 - Comité ACC-MDN de normalisation des traitements;
 - CSP travaillant dans les bureaux d'ACC;
 - les gestionnaires de cas du MDN aident les membres des FC et les réservistes durant la transition hors des FC;
 - ACC a créé des équipes des services d'aide à la transition dans 17 grandes bases des FC pour faciliter la transition à son système.
- Soutien aux blessés et administration (SBA) :
 - gestion des cas plus graves – l'administrateur du projet SSVSO, le coadministrateur d'ACC et certains membres du personnel d'ACC ont joué un rôle à cet égard;
 - accent mis sur les services d'aide à la transition – aider la personne à réintégrer un emploi militaire ou à quitter les Forces avec dignité;
 - 1 700 appels par mois reçus au centre d'appels;
 - le Centre MDN-ACC compte 55 personnes, comparativement à cinq en 1999, et son rôle englobe le SSVSO;
 - un agent de liaison d'ACC et deux employés de soutien ont été ajoutés en juillet 2004.

Les initiatives de modernisation d'ACC et l'expansion des services de santé mentale du MDN devraient avoir un effet positif sur les personnes souffrant de TSO

FUTURES TENDANCES

- Modernisation d'ACC :
 - maintien de l'approche axée sur le client, autodétermination;
 - l'objectif est de faire en sorte que l'ancien combattant soit un membre à part entière de la société, pas seulement un bénéficiaire d'une pension d'ACC;
 - à l'étude : un nouvel ensemble de programmes, y compris la réadaptation.
- Expansion majeure des services de santé mentale du MDN au cours des six prochaines années (Rx2000) :
 - couverture géographique plus grande – bases des FC, cliniques de santé mentale;
 - l'objectif est de conserver les militaires souffrant de TSO et de faire en sorte qu'ils se rétablissent et retournent au travail;
 - coopération accrue entre le MDN et ACC pour assurer le continuum de soins de santé mentale et de soutien social à tous les anciens combattants.

RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION

Les résultats de l'évaluation sont présentés à l'égard des principales questions suivantes : efficacité de la collaboration entre le MDN et ACC, incidence de la gestion et de la gouvernance sur l'efficacité, conduite des activités des CSP, soutien que le RSP offre aux pairs, collecte des données, incidence du RSP sur les CSP, besoins en soutien social des familles, soutien Web pour le RSP, et viabilité du RSP.

Les administrateurs et le personnel du RSP sont très dévoués à la tâche

Le MDN et ACC jouent des rôles complémentaires et gèrent conjointement le RSP

Le MDN et ACC ne fournissent pas au RSP des ressources à parts égales

La gouvernance est faible

Le SSVSO est un programme au MDN mais demeure un projet à ACC

Aucun PE officiel signé entre le MDN et ACC

Échange d'information difficile entre les ministères

EFFICACITÉ DE LA COLLABORATION ENTRE LE MDN ET ACC

- Les facteurs suivants ont été pris en compte pour évaluer l'efficacité de la collaboration entre le MDN et ACC : financement, responsabilités du programme, gouvernance et gestion, culture, et politiques de prestation du programme/des services.

Constatations

- On ne sait pas au juste quel type de partenariat est prévu entre le MDN et ACC dans le volet RSP du SSVSO.
- ACC fournit environ 500 k\$ de la somme de 1,6 M\$ requise pour faire fonctionner le RSP.
- Les administrateurs et le personnel du RSP sont très dévoués et assurent le bon fonctionnement du réseau.
- Les CSP du MDN et le personnel d'ACC jouent des rôles complémentaires pour aider les pairs souffrant de TSO, à savoir respectivement le soutien social et le courtage de services.
- Le RSP est cogéré et le rôle particulier des ministères est fondé sur l'expertise : éducation, formation, services de santé mentale, perfectionnement professionnel et recherche.
- Le MDN et ACC ne fournissent pas au RSP des ressources (humaines, financières et matérielles) à parts égales pour couvrir la capacité et le budget du RSP assurés par le MDN.
- Une gouvernance et une orientation minimales sont assurées par le biais du Comité consultatif du programme SSVSO et du Comité directeur MDN-ACC.
- Le SSVSO est considéré comme un programme entièrement opérationnel au sein du MDN, mais il demeure un projet à ACC – la cible du partenariat n'est pas claire : la totalité du SSVSO ou seulement le RSP :
 - Les ministères n'ont signé aucun PE officiel qui pourrait clarifier les rôles, les responsabilités et les engagements de chacun d'eux en matière de financement.
 - L'échange d'information sur les pairs souffrant de TSO entre le MDN et ACC est extrêmement difficile.

Recommandations

- Poursuivre l'éducation officielle et officieuse sur les responsabilités et rôles respectifs de tout le personnel ministériel participant au RSP.
- Négocier et approuver dans les plus brefs délais un PE officiel qui précise les rôles, les responsabilités, la gouvernance ainsi que les engagements de chaque ministère en matière de financement et de ressources. Cela permettra de clarifier la portée et l'état du projet/programme et de modifier la politique et la documentation.
- Examiner l'application de la politique du gouvernement canadien sur la protection des renseignements personnels dans la mesure où elle touche l'échange d'information entre ACC et le MDN.

INCIDENCE DES ACTIVITÉS DE GESTION ET DE LA GOUVERNANCE SUR L'EFFICACITÉ DU RSP

- Les facteurs suivants ont été pris en compte pour évaluer l'incidence des activités de gestion et de la gouvernance sur l'efficacité du RSP : recrutement, formation, appui de la direction et structure de supervision.

Constatations

- Les coadministrateurs du RSP et les professionnels de la santé mentale du MDN et d'ACC participent à la conception du RSP, au processus de sélection des CSP et à la surveillance du bien-être de ces derniers.
- Les critères de sélection des CSP et des BSP ne reflètent aucune exigence en matière de tact, d'équilibre et de diplomatie – évaluation des qualités personnelles.
- Les rôles et responsabilités des BSP ainsi que leurs relations avec les CSP ne sont ni clairs ni documentés.
- La formation que Sainte-Anne offre à la fois aux CSP et aux BSP est adéquate et évolue selon l'expérience acquise. Cela comprend la formation sur la prévention du suicide.
- La gestion, la formation et le soutien du RSP sont adéquats en ce qui concerne l'autogestion de la santé des CSP.

La formation actuelle est adéquate et évolue pour répondre aux besoins

La nécessité de recourir à des professionnels de la santé mentale à titre bénévole affaiblit les groupes d'entraide pour victimes de TSO sur le terrain

Posséder des antécédents militaires, souffrir d'un TSO et avoir une santé mentale stable sont tous des critères essentiels pour devenir CSP

Le rôle, l'identité et les pouvoirs du champion doivent être clairs à la fois au sein du MDN et d'ACC

Constatations (suite)

- Des séminaires et des téléconférences de perfectionnement professionnel complètent la formation officielle des CSP.
- L'administrateur du projet (AP) SSVSO, qui est le coadministrateur du RSP du MDN, doit également diriger ses efforts vers des activités non liées au RSP, et il peut être fréquemment détourné de son rôle en fournissant un appui direct aux CSP.
- Le coordonnateur national se voit confier la majeure partie de la supervision et de la direction quotidiennes des CSP.
- Les groupes d'entraide pour les victimes de TSO sur le terrain sont affaiblis à cause du besoin essentiel et valable de la présence d'un professionnel de la santé mentale à titre bénévole, c.-à-d. qu'il ne reçoit aucune rémunération pour cette activité.
- Posséder des antécédents militaires, souffrir d'un TSO et avoir une santé mentale stable demeurent des critères de sélection indispensables pour devenir CSP.
- Le personnel des bureaux d'ACC n'entretient aucune relation de supervision directe avec les CSP qui sont des employés du MDN – les CSP ne fournissent qu'un soutien officieux dans certains endroits.
- Le CSP travaille seul, selon une délégation maximale des pouvoirs et un volume de cas qui varie.
- Le MDN et ACC doivent tous deux établir clairement la chaîne de commandement du RSP ainsi que l'identité, le rôle et les pouvoirs du champion dans leurs organisations respectives.

Recommandations

- Réviser les critères et le processus de sélection des CSP et des BSP afin de tenir compte officiellement de l'expérience acquise et des exigences en matière de tact, d'équilibre et de diplomatie (évaluation des qualités personnelles).
- Clarifier et documenter les rôles et les responsabilités des BSP de même que leurs relations avec les CSP.
- Aller de l'avant avec la mise à jour proposée de la formation offerte par Sainte-Anne, tant pour les CSP que pour les BSP. Continuer de dispenser à tous les CSP la formation sur la prévention du suicide. Apporter des modifications au fil de l'expérience acquise.
- Maintenir l'accent sur l'autogestion de la santé des CSP afin de répondre aux préoccupations de certains professionnels de la santé mentale.

Recommandations (suite)

- Reconnaître officiellement que le RSP/SSVSO est maintenant une activité ou un programme opérationnel doté d'un cadre de responsabilisation et qu'il n'est plus un projet. ACC doit indiquer où le RSP se situe dans sa structure de gouvernance.
- Envisager d'élaborer d'autres stratégies visant à attirer des ressources professionnelles afin d'appuyer le RSP sur le terrain.
- Favoriser une approche d'équipe MDN-ACC plus intégrée.
- Le coadministrateur du RSP du MDN doit continuer de mettre davantage l'accent sur la gestion du SSVSO plutôt que sur les CSP.

L'attention du CSP est dirigée vers le soutien de la personne souffrant d'un TSO

L'importance insuffisante accordée à la tenue des dossiers nuit à la gestion du RSP

Le RSP est la seule ressource de soutien disponible 24h/7j et ne peut compter que sur des bénévoles en guise de renforts

Il n'existe aucun concept officiel d'équipe totale entre les CSP, les gestionnaires de cas du MDN et les équipes des services d'aide à la transition d'ACC

CONDUITE DES ACTIVITÉS DES CSP

- Les facteurs suivants ont été pris en compte pour évaluer les activités des CSP : lancement de l'initiative, activités courantes, écoute, évaluation et aiguillage, réseaux de services, développement et coordination du RSP, exposés, et emplacement du bureau.

Constatations

- La sensibilisation au RSP et sa présentation à l'ensemble des pairs et du personnel visés sont généralement efficaces.
- Le modèle Écouter, évaluer et aiguiller est approprié, mais il faut clarifier le volet Évaluer et aiguiller pour s'assurer qu'il n'est pas interprété à tort comme empiétant sur les domaines des soins de santé mentale et de la défense des droits.
- Les CSP aident les pairs victimes de TSO à reconnaître leur état et les renseignent sur les prestations et les services professionnels offerts. Une importance minimale est accordée à la tenue de dossiers fiables aux fins de la gestion du RSP.
- Le volume de cas des CSP peut varier selon la région, la répartition géographique des pairs, la fréquence des contacts nécessaires, la gravité des cas et la disponibilité des ressources professionnelles pour assurer l'évaluation et le traitement.
- Le RSP est la seule ressource de soutien disponible 24h/7j. En fait de renforts, le RSP ne peut compter actuellement que sur des bénévoles, là où il y en a.
- Il n'existe aucun concept officiel d'équipe totale entre les CSP, les gestionnaires de cas du MDN et les équipes des services d'aide à la transition d'ACC pour veiller à ce que les pairs souffrant de TSO fassent sans difficulté la transition du service actif à la retraite –
 - les questions de limites demeurent une préoccupation importante pour certains membres du personnel dans les deux ministères;
 - les choses fonctionnent bien dans les cas où une relation de confiance s'est établie;
 - l'échange limité d'information entre le MDN et ACC constitue un autre obstacle au fonctionnement efficace en équipe, y compris les questions liées à la protection des renseignements personnels.
- Les CSP déterminent, documentent et font connaître les ressources communautaires de soutien médical et social.
- Les CSP renseignent le personnel d'ACC sur les TSO, le MDN et l'environnement militaire.
- Les CSP participent à la sensibilisation et à l'information du personnel des FC.

L'aspect bénévole du RSP n'a pas encore pris son essor dans toutes les régions. Cela affaiblit le soutien nécessaire aux CSP, qui doivent mettre davantage l'accent sur la coordination

Les CSP travaillent surtout dans des installations convenables d'ACC situées à proximité, mais à l'extérieur des établissements militaires

Constatations (suite)

- Le volet bénévole du RSP n'a pas encore pris son essor dans toutes les régions. La participation des bénévoles devrait être similaire à celle des CSP, qui retourneraient au rôle initial de coordination.
- La participation des bénévoles est fondée sur le Code canadien du bénévolat, mais certaines modifications pourraient s'avérer nécessaires afin d'atténuer les répercussions financières pour les bénévoles.
- En général, des installations convenables sont fournies aux CSP dans les locaux d'ACC, à l'extérieur des établissements militaires.
- Certains centres de ressources pour les familles des militaires (CRFM) fournissent des salles de réunion aux groupes de consultation des pairs.
- Le Bureau d'assistance de la Légion royale canadienne a souvent des locaux à proximité des endroits où se trouvent les CSP.

Recommandations

- Déterminer clairement le rôle et les responsabilités du RSP de manière à bien représenter ce dernier au sein des groupes d'intervenants qui mettent encore en doute les limites du RSP.
- Envisager de remplacer le mot « défense » dans toute la documentation sur le rôle et les responsabilités des CSP par le mot « assistance ». Veiller à ce que cette nuance soit bien comprise dans toutes les activités de formation et les communications des CSP/BSP.
- Continuer de dispenser à tous les CSP/BSP la formation de base sur la prévention du suicide.
- Évaluer la répartition de la charge de travail des CSP à l'échelle du RSP et la possibilité de fournir des renforts pour assurer l'égalité d'accès au soutien social à tous les pairs souffrant de TSO dans l'ensemble du pays.
- Favoriser une approche d'équipe plus intégrée parmi tous les intervenants qui s'occupent de pairs souffrant de TSO, et notamment améliorer la configuration des bureaux afin de répondre au besoin.
- Continuer d'encourager les CSP à trouver, à documenter et à promouvoir les services de soutien médical et social offerts dans leur collectivité.
- Confirmer le modèle de bénévole à utiliser et accélérer le déploiement des BSP pour appuyer les CSP.

Il faut fixer aux CSP des objectifs de rendement valables

Il est impossible de mesurer utilement l'efficacité du RSP, car le nombre de personnes souffrant de TSO est inconnu

Les CSP contribuent au rétablissement des patients et les aident à obtenir des prestations équitables

SOUTIEN DU RSP À SES PAIRS

- Les facteurs suivants ont été pris en compte pour évaluer le soutien que le RSP offre aux pairs : qualité du service et efficacité du programme.

Constatations

- Aucun niveau de rendement n'a été établi pour les CSP par rapport aux services qu'ils assurent.
- Il est impossible de déterminer avec une précision raisonnable le nombre total possible de victimes de TSO au sein du MDN et d'ACC. On ne peut donc pas mesurer l'efficacité du RSP pour ce qui est d'attirer des pairs souffrant de TSO.
- Les CSP aident les pairs à surmonter la honte, créent un milieu plus sécurisant et donnent l'espoir d'un avenir meilleur.
- Les groupes de consultation du RSP créent un climat de confiance avec le temps.
- Les CSP sont reconnus comme des personnes qui contribuent au rétablissement des patients et qui les aident à obtenir des prestations équitables. Ils apportent également un soutien en matière de prévention du suicide.
- Le RSP est la seule ressource de soutien social disponible 24h/7j.
- Facteurs qui influent sur l'efficacité des CSP :
 - nombre et complexité des cas;
 - nécessité pour les CSP/clients de se déplacer étant donné l'étendue du secteur géographique desservi;
 - disponibilité des services de soutien social et de santé mentale;
 - relation avec les fournisseurs de services;
 - manque de renforts et heures irrégulières;
 - accent mis sur la relation individuelle avec le pair plutôt que sur le rôle de coordination des bénévoles.
- Le renvoi de questions à des niveaux supérieurs est possible par l'entremise de la direction du MDN et d'ACC.
- La participation des CSP à la sensibilisation aux TSO peut les détourner du rôle clé qu'ils jouent auprès des pairs.
- Le financement est suffisant pour répondre aux besoins actuels, mais il faudra le réévaluer à mesure que le programme évoluera.

Il faut rationaliser l'emplacement et la grandeur de certains bureaux de soutien par les pairs pour égaliser la charge de travail et les niveaux de service. Quelques bureaux ont peut-être besoin de plus de ressources

Constatations (suite)

- Les visites et les rencontres face à face sont importantes pour assurer un soutien social efficace.
- Selon les statistiques connues, il peut s'avérer nécessaire de rationaliser la répartition régionale actuelle des bureaux des CSP. Une telle rationalisation pourrait indiquer la nécessité de déplacer certains CSP et/ou de remanier les ressources (changement/augmentation/réduction) afin d'améliorer l'efficacité dans certains secteurs.

Recommandations

- Définir clairement les objectifs du RSP pour être en mesure de déterminer les résultats recherchés et de mesurer l'efficacité par rapport à des objectifs de rendement valables.
- Continuer d'évaluer les succès et les échecs afin d'adapter le soutien social fourni par le RSP aux besoins changeants des victimes de TSO.
- Mettre l'accent sur le rôle de coordination des CSP auprès de l'équipe de bénévoles plutôt que sur le soutien direct des pairs et autres activités connexes comme l'éducation, les séances de sensibilisation, la liaison, etc.
- Rationaliser la répartition régionale des CSP en fonction des facteurs déterminés qui influent sur l'efficacité et la qualité du service.
- S'assurer qu'un minimum de renfort est fourni à tous les CSP pour qu'ils puissent maintenir leur santé et fournir les services nécessaires.

COLLECTE DES DONNÉES

- La collecte des données sur le RSP s'effectue principalement grâce au système de SSVSO. Pour l'évaluer, l'équipe d'évaluation s'est concentrée uniquement sur ce système. Elle a appliqué les critères suivants pour évaluer la collecte des données/le système*: fonctionnalité, facilité d'utilisation, pertinence des données recueillies, utilité des rapports, qualité des données, et caractère adéquat du soutien administratif du système. Les deux objectifs de la collecte des données concernent l'appui de la direction à l'égard du RSP/SSVSO : fournir de l'information aux CSP et assurer un système de suivi et d'établissement de rapports pour évaluer l'acceptation et l'incidence du RSP.

** Les critères d'évaluation du système sont fondés sur des critères standard figurant dans divers documents spécialisés.*

Les objectifs du RSP ne sont pas officiellement énoncés dans la politique, ce qui empêche la collecte de données utiles et pertinentes

La définition imprécise des éléments de données empêche une analyse et une comparaison fiables

Les mesures de rendement sont incomplètes

Les systèmes d'information sont instables sur le plan fonctionnel

La fiabilité des données est douteuse

Constatations

- Il est difficile de recueillir des données utiles à l'égard de la gestion du RSP, car les objectifs de celui-ci ne sont pas énoncés officiellement dans la politique et le RSP n'est pas la seule ressource qui contribue au rétablissement des pairs souffrant de TSO. ACC a énoncé des objectifs raisonnables pour le RSP dans un document-cadre interne en 2003, mais les personnes interrogées ont indiqué que ces objectifs n'ont peut-être pas été acceptés par tous les intervenants du RSP.
- La liaison automatique avec le site Web est limitée : exige l'intervention de l'administrateur du système.
- L'imprécision de la définition des éléments de données pour l'ensemble des utilisateurs et autres intervenants du SSVSO empêche une analyse et une comparaison fiables.
- La fonction d'aide est limitée. Les champs obligatoires ne sont pas clairement identifiés.
- Il manque certaines informations et mesures de rendement utiles, p. ex. : comment le pair a-t-il entendu parler du RSP, nombre de rencontres avec chaque pair, durée de chaque rencontre.
- La fonctionnalité du système est instable, ce qui rend difficile l'analyse des données.
- Des rapports types sont disponibles.
- La qualité des données pose problème : les pourcentages et les chiffres bruts relatifs aux mêmes éléments de données ne correspondent pas; certaines données ne sont pas saisies.
- Le soutien est limité par la disponibilité du développeur du système et du financement nécessaire aux mises à niveau.
- La confidentialité des dossiers sur les pairs est adéquatement protégée.

Recommandations

- Définir des objectifs acceptables du MDN et d'ACC pour le RSP qui dicteront le besoin de collecte des données afin d'appuyer la gestion du programme.
- Raffermer la fonctionnalité du système de TI, améliorer la fonction d'aide et accroître la capacité de liaison directe avec le site Web.
- Normaliser et publier des définitions claires des éléments de données essentiels.
- Identifier les champs obligatoires et imposer la collecte.
- Améliorer la capacité d'établissement de rapports afin d'appuyer l'analyse statistique liée aux objectifs définis du RSP.

Recommandations (suite)

- Assurer un meilleur échange de l'information nécessaire au delà des limites organisationnelles, tout en respectant la législation relative à la protection des renseignements personnels et la confiance des pairs.
- Fournir des ressources additionnelles pour faire en sorte que la disponibilité du développeur et du financement n'influent pas sur l'efficacité du système.

INCIDENCE DU RSP SUR LES COORDONNATEURS DU SOUTIEN PAR LES PAIRS

- Même si aucun objectif précis n'a été indiqué pour les CSP dans la documentation du RSP/SSVSO, l'équipe d'évaluation a établi les facteurs possibles suivants afin de déterminer la nature de l'incidence*: équité – être traité de façon juste par rapport aux conditions d'emploi de base; accomplissement – être fier de son travail; recevoir de la reconnaissance; être fier de l'organisation et de ses réalisations; et camaraderie – entretenir des rapports chaleureux, intéressants et coopératifs avec les autres dans le milieu de travail.

* *Facteurs tirés de « Human Motivation in the Workplace: What Workers Want », David Sirota, Ph.D., Sirota Consulting Corporation, 2002. À noter que l'auteur reconnaît qu'une partie de la population active n'est pas motivée par ces facteurs.*

Constatations

- Le milieu de travail répond généralement aux normes gouvernementales, mais la charge de travail lourde, fluctuante et imprévisible fait souvent augmenter le stress. Celui-ci est atténué par l'autogestion de la santé, un suivi professionnel et des politiques appropriées régissant les congés de maladie et les congés compensatoires selon la convention collective.
- La rémunération semble raisonnable et conforme aux niveaux de classification habituels du gouvernement. Toutefois, il n'est pas évident que les CSP exécutent toutes les tâches énoncées dans la description de travail.
- Dans la quasi-totalité des cas, les CSP sont traités avec respect et considération par les collègues, les superviseurs immédiats et la direction.

La charge de travail lourde, fluctuante et imprévisible fait augmenter le stress des CSP

Le travail permet aux CSP de s'épanouir et de renforcer leur estime d'eux-mêmes grâce au fait d'aider les autres

Constatations (suite)

- Le travail offre des possibilités importantes d'épanouissement personnel et de renforcement de l'estime de soi grâce à la formation et au fait d'aider des personnes en difficulté. Les CSP reçoivent beaucoup de reconnaissance de leurs pairs et supérieurs immédiats.
- Le RSP fournit un moyen de partager les expériences.
- Des séances de perfectionnement professionnel offertes aux CSP trois fois par année sont indispensables pour leur permettre de maximiser l'apprentissage polyvalent et de se tenir au courant des politiques et des processus.
- La majorité des locaux répondent aux besoins des CSP en matière d'interaction et d'échange professionnels.

Recommandations

- Continuer de surveiller de près la santé des CSP et l'autogestion qu'ils en font. Aider les CSP au besoin.
- Examiner et confirmer la description de travail du CSP. S'assurer que l'incidence éventuelle de tous les changements est parfaitement comprise avant d'apporter les changements en question.
- Rationaliser le besoin de collecte de données afin de réduire le plus possible l'impact sur l'efficacité des CSP, et l'équilibrer avec la nécessité de maximiser la qualité et la quantité de l'information gérée.
- Continuer de réunir les CSP à intervalles réguliers afin qu'ils puissent profiter de l'expérience de chacun. Utiliser également d'autres moyens que les rencontres face à face, p. ex., des conférences téléphoniques et des vidéoconférences, si c'est approprié et économique.
- Élaborer et mettre en œuvre une stratégie et un plan de communication pour assurer une meilleure compréhension du rôle et des responsabilités du RSP.

La bonne santé de la famille est importante pour le rétablissement de la personne souffrant d'un TSO – il faut considérer les deux

À l'heure actuelle, le MDN n'offre pas de services intégrés de soutien médical aux familles

L'approche d'ACC à l'égard du soutien aux familles est perçue comme étant de plus en plus réceptive

Le projet de centre de soutien/réseau de soutien social aux familles, modelé sur la description de travail du CSP, est uniquement une initiative du MDN à l'heure actuelle

BESOINS EN SOUTIEN SOCIAL DES FAMILLES

- Après avoir examiné les résultats préliminaires de l'étude effectuée par Anne Préfontaine, de l'Université du Québec à Montréal (Analyse des besoins en soutien social des familles de militaires et d'anciens combattants victimes d'une blessure de stress opérationnel), l'équipe a tenté de confirmer, par le biais d'entrevues auprès de membres du RSP, que le modèle de soutien proposé convenait aux membres des familles.

Constatations

- Le traitement médical de la famille d'une personne souffrant d'un TSO doit englober celui de la personne elle-même. Toutefois, la santé de la famille est également essentielle au rétablissement de la personne.
- Le MDN n'offre pas de services intégrés de soutien médical aux familles et n'assure normalement pas les soins médicaux des personnes à charge.
- Le soutien offert par les CRFM exclut les membres de la famille élargie.
- L'approche d'ACC à l'égard du soutien aux familles est perçue comme étant de plus en plus réceptive.
- Les membres de la famille ne sont souvent pas au courant des services offerts, et le fait qu'ils soient assujettis à de fréquents déménagements les oblige à trouver de nouveaux fournisseurs de soins de santé.
- Plusieurs lacunes ont été décelées dans les services de soutien offerts actuellement aux familles des personnes souffrant de TSO : avant et après le déploiement du militaire.
- Une certaine assistance est offerte à la famille par le biais du Programme d'aide aux membres des FC (PAMFC) et des Services d'aide d'ACC (lignes d'aide de Santé Canada, mais certaines expériences négatives concernant des lignes d'aide similaires du Réseau national des centres d'appels).
- Le poste proposé de coordonnateur du soutien aux familles (CSF) sera modelé sur la description de travail, les responsabilités et les rôles actuels du CSP. Il suscitera probablement les mêmes préoccupations légitimes de la part des professionnels de la santé : sélection, limites et autogestion de la santé.
- Lors de sa réunion de mai 2004, le Comité directeur MDN-ACC a confirmé que la création d'un réseau de soutien social aux familles était uniquement une initiative du MDN à l'heure actuelle.

Recommandations

- Modifier les capacités actuelles du MDN en matière de soutien aux familles afin d'offrir un soutien social aux membres de la famille élargie et aux personnes qui ne sont pas visées à l'heure actuelle; et notamment assurer la continuité du soutien pendant la transition vers la retraite et la réinstallation.
- Améliorer l'identification et la communication des services sociaux et médicaux offerts aux familles des militaires qui déménagent dans différents endroits du pays et qui font la transition du service actif à la retraite.
- Implanter dès que possible un réseau de soutien social aux familles qui s'inspire du modèle du RSP actuel, afin de répondre aux besoins clairement définis dans l'étude et dans la présente évaluation. Il faudrait accorder une attention particulière aux préoccupations légitimes exprimées par la collectivité professionnelle en ce qui concerne l'autogestion de la santé des CSF, les limites et la sélection, ainsi que sur le plan de l'échange d'information entre les CSP et les CSF dans le cas des membres de la même famille. Même s'il s'agit uniquement d'une initiative du MDN à l'heure actuelle, il faudrait aussi envisager un partenariat futur avec ACC dans ce domaine pour assurer la continuité des services offerts aux familles.
- Veiller à ce que les services d'aide du type ligne 1 800 soient adaptés aux besoins et faciles à utiliser.

SOUTIEN WEB POUR LE RSP*

- Les critères suivants ont servi à évaluer le soutien Web pour le RSP : facilité à déterminer la portée et l'objectif du site, l'autorité des auteurs, l'actualité de l'information, la date de la dernière mise à jour et ce qui a été mis à jour, et la fiabilité de l'information; facilité d'utilisation – information organisée de manière pratique et utilisation appropriée des capacités Internet.

* Nota :

- On est en train de remanier le site Web. Les améliorations apportées répondront peut-être à certaines des observations formulées ici.
- Critères tirés de « Evaluating quality on the Net », Hope N. Tillman, Directrice des bibliothèques, Babson College, Massachusetts.

Le site Web :

- ***permet une navigation facile et offre une présentation professionnelle***
- ***n'est pas clair quant à l'aide entre pairs***

Constatations

- Les pairs souffrant de TSO sont le public visé, mais on n'a pas vraiment le sentiment que la participation au RSP en tant que pair procurera des avantages sur le plan social ou que l'accent est mis sur l'aide entre pairs.
- L'autorité des auteurs n'est pas précisée directement mais est plutôt implicite, ce qui a un effet sur la crédibilité du site.
- L'actualité de l'information n'est pas évidente.
- La navigation sur le site est relativement facile et la présentation est professionnelle.
- D'autres intervenants en matière de TSO, comme les professionnels de la santé mentale, pourraient être joints efficacement par ce moyen.
- Les liens avec d'autres sites sont minimes.
- Les réponses aux articles sur le site pourraient être interprétées comme défense des droits et aller à l'encontre du mandat de soutien social du RSP.
- Le parrain du site n'est pas identifié comme étant le MDN ou ACC, ce qui peut nuire à la crédibilité.

Recommandations

- Définir clairement l'objectif du site, le public visé et les attentes des utilisateurs du RSP.
- Envisager d'étendre le public cible du site Web afin d'inclure la collectivité de la santé mentale.
- Fournir des renseignements sur l'autorité des auteurs et l'actualité de l'information.
- Revoir la fréquence à laquelle le site Web doit être mis à jour.
- Déterminer et mettre en place les liens avec d'autres sites Web qui seraient utiles aux pairs souffrant de TSO dans leur recherche d'information.
- Trouver un moyen d'accroître la crédibilité du site Web tout en respectant les réserves éventuelles des clients quant au parrainage du MDN ou d'ACC.

Viabilité du RSP/SSVSO

- **les deux ministères participent à la planification et au fonctionnement**
- **la demande de soutien du RSP augmente de façon constante**
- **le financement est assez stable**
- **Sainte-Anne offre une formation de haute qualité aux CSP et BSP**
- **le soutien est clair et se situe à un niveau élevé au MDN – c'est moins le cas du côté d'ACC**
- **l'entente de partage des coûts entre le MDN et ACC est vague et inégale**

Manque de transparence et de responsabilisation à l'égard du RSP/SSVSO au sein d'ACC

VIABILITÉ DU RSP

La viabilité du RSP désigne la capacité de survie du programme. Les critères appliqués à cette partie de l'évaluation ont été classés comme suit : facteurs qui influent sur la viabilité*, facteurs au sein de l'environnement organisationnel et facteurs propres au milieu communautaire.

* Critères tirés de « *Seeking Program Sustainability in Chronic Disease Management: The Ontario Experience* », mai 2004, Dr Jiahui Wong, Dr Julie Gilbert, Laurie Kilburn, The Change Foundation.

Constatations

- La planification et le fonctionnement du RSP font appel à des membres du personnel – administratif et professionnel – des deux ministères.
- Des représentants de tous les groupes d'intervenants du SSVSO participent à la structure de comité afin de fournir des conseils et d'orienter le RSP/SSVSO.
- Le nombre de personnes qui demandent un soutien du RSP augmente constamment; de plus, les solides témoignages des personnes atteintes de TSO confirment la réussite du RSP selon le modèle actuel, même si des modifications mineures peuvent s'avérer nécessaires.
- Le parrainage du RSP/SSVSO au sein du MDN est clair et se situe à un niveau très élevé, mais il est moins clair du côté d'ACC.
- Les besoins de financement du RSP/SSVSO sont bien connus et relativement stables si l'on se fonde sur les trois années d'expérience, mais l'entente de partage des coûts entre le MDN et ACC demeure vague étant donné que le type précis de partenariat (à part entière, à parts égales, etc.) n'a pas encore été déterminé.
- Sainte-Anne semble offrir une excellente formation aux CSP et BSP, ainsi qu'un soutien pour suivre les CSP et une capacité d'expansion au besoin.
- Les communications internes posent certaines difficultés; il existe un manque de transparence et de responsabilisation à l'égard du RSP/SSVSO au sein d'ACC : le personnel régional interprète et applique différemment les directives.
- ACC a l'intention d'aborder les questions internes relatives au RSP/SSVSO dans le cadre de son initiative de modernisation.
- Le RSP est viable selon le modèle actuel et avec les modifications mineures indiquées dans la présente évaluation.

Recommandations

- Garantir le maintien d'une représentation adéquate de tous les intervenants pertinents du RSP/SSVSO et leur participation active à l'évolution du RSP.
- S'assurer que des ressources suffisantes sont affectées pour répondre aux besoins administratifs et opérationnels du RSP.
- Clarifier le statut de partenaire à parts égales et l'entente de partage des coûts entre le MDN et ACC grâce à la négociation et à l'approbation d'un PE officiel.
- Garder Sainte-Anne comme centre d'expertise pour les TSO et la formation liée au RSP. S'assurer que la formation est régulièrement validée/mise à jour/modernisée en fonction des leçons retenues.

PROBLÈMES ET CONTRAINTES CONNEXES

Certains secteurs des services de SSVSO et de santé mentale observés ne font pas partie intégrante du RSP, mais ils ont un impact indirect tellement grand sur l'efficacité du RSP que l'équipe les a documentés et évalués dans la mesure où la portée de son travail le permettait.

- La nature de la relation entre le MDN et ACC au sujet des TSO présente des risques additionnels pour le RSP/les CSP, car ces derniers essaient de faire face aux retombées des situations/questions ci-dessous qui ne relèvent pas directement du SSVSO :
 - Il arrive souvent que le CSP doive aider le pair quand celui-ci éprouve des problèmes avec le « système » et la bureaucratie – si le « système » posait moins de problèmes, le travail du CSP serait davantage centré sur le soutien social, et non le service social.
 - Les professionnels de la santé du MDN et d'ACC ne possèdent pas les mêmes ensembles de compétences ni une définition commune des termes.
 - Les différences qui existent entre les deux ministères en ce qui concerne les catégories de diagnostic, les tarifs des professionnels de la santé mentale et les médicaments approuvés compromettent la continuité du traitement et le rétablissement des pairs ainsi que la charge de travail des CSP.
 - Les équipes des services d'aide à la transition ne sont parfois pas les mêmes avant et après la libération.

- Les établissements de santé mentale ont une capacité limitée pour ce qui est du traitement quotidien des personnes souffrant de TSO – ils ne sont pas toujours situés près des endroits où les cas de TSO sont les plus nombreux; l'accès à l'évaluation varie en fonction de la région géographique et selon que le membre des FC est en service actif ou à la retraite.
- La structure de soutien social fournie avant le traumatisme peut modérer l'incidence des TSO.
- Au sein des FC, 26 organisations sont responsables de dispenser de la formation – aucune responsabilité claire à l'égard des TSO.
- Aucun centre d'expertise MDN-ACC n'est clairement désigné en ce qui a trait aux TSO. À l'heure actuelle, en tant que centre d'expertise d'ACC pour les TSO et le SSPT, Sainte-Anne fournit une orientation et effectue de la recherche dans une certaine mesure, mais il faut faire davantage pour aider à mieux définir la stratégie à long terme en matière de TSO.
- Les professionnels de la santé d'ACC et du MDN utilisent différents régimes de médicaments – les clients ont besoin d'une lettre spéciale pour que leurs médicaments restent couverts lorsqu'ils sont pris en charge par ACC. Il arrive parfois qu'ACC ne puisse pas rembourser les prestataires en raison du coût relativement élevé de certains médicaments qui ont été obtenus à l'origine dans le cadre du régime du MDN mais qui ne sont pas couverts par le régime d'ACC. Cette situation :
 - crée un conflit dans le traitement des cas de TSO et nuit aux CSP qui tentent de le résoudre;
 - compromet la continuité des soins.
- Le système actuel dépend de la disponibilité des services de santé mentale civils – la disponibilité est limitée et se détériore à mesure que des pressions sont exercées sur les régimes de soins de santé provinciaux :
 - Les professionnels de la santé du secteur civil doivent mieux connaître les TSO et le SSVSO.
- La capacité de respecter les limites du poste de CSP est également compromise par la nature pressante du traumatisme, le manque d'options locales en matière de soins de santé mentale et le délai d'attente pour avoir accès aux services de traitement.

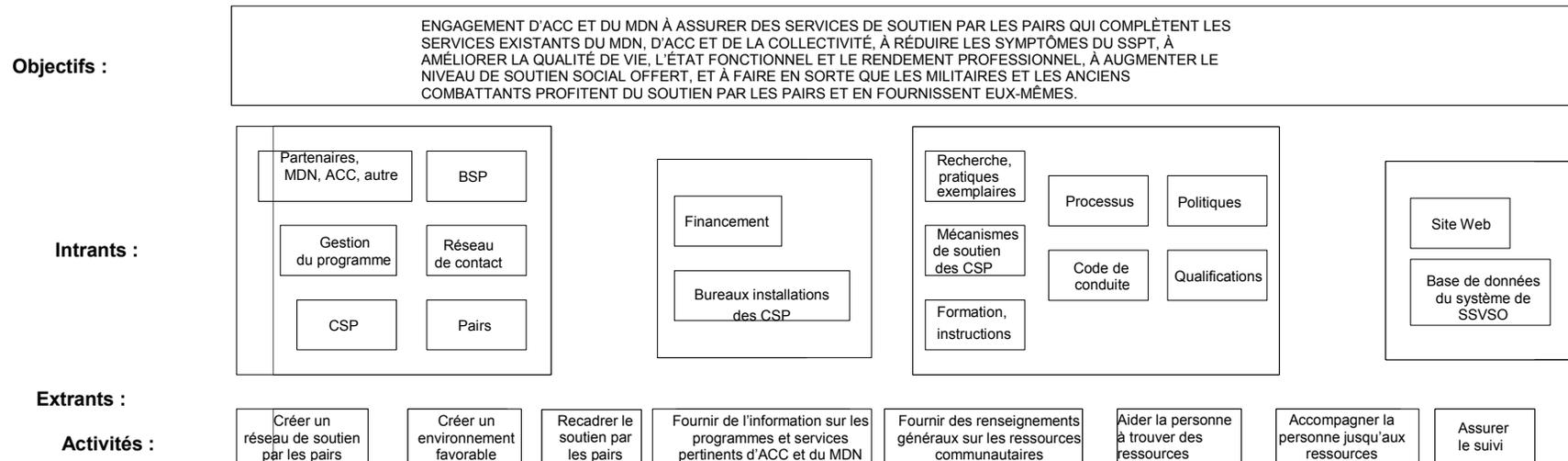
Nota : Une fois déployés, les efforts du MDN dans le cadre de Rx2000 permettront sans doute d'atténuer certains des problèmes mentionnés ci-dessus.

Améliorations suggérées pour remédier aux problèmes et aux contraintes

- Désigner des BPR précis pour surveiller tous les aspects de la sensibilisation, du soutien et des soins professionnels à l'égard des TSO dans l'ensemble du MDN et, de la même façon, au sein d'ACC.
- Le MDN et ACC doivent s'employer à uniformiser et à clarifier davantage le protocole de transfert, les catégories de diagnostic, les médicaments approuvés et les tarifs des professionnels de la santé mentale pour faire en sorte que les anciens combattants passent sans difficulté du service actif à la retraite.
- Accroître les efforts pour que les pairs aient un accès égal aux services d'évaluation et de traitement en santé mentale, quelle que soit leur région géographique.
- Clarifier les responsabilités en matière de recherche et de perfectionnement professionnel liés aux TSO et au SSPT, ainsi que la coordination du modèle de soins à l'échelle des ministères. Certains travaux sont en cours sous la direction du Comité ACC-MDN de normalisation des traitements.
- Élaborer et mettre en œuvre une approche d'équipe interministérielle pour les soins et le soutien en matière de TSO, afin d'assurer la continuité des soins et le partage de l'information dans les deux ministères et d'aider les intervenants.
- Maximiser le recours aux services de santé mentale et de soutien social civils pour compléter les ressources du MDN et d'ACC.

ANNEXE A – TRAUMATISME LIÉ AU STRESS OPÉRATIONNEL – SCHÉMA LOGIQUE DU RSP

MODÈLE LOGIQUE DU RÉSEAU DE SOUTIEN PAR LES PAIRS DU SSVSO – MDN/ACC



ANNEXE A

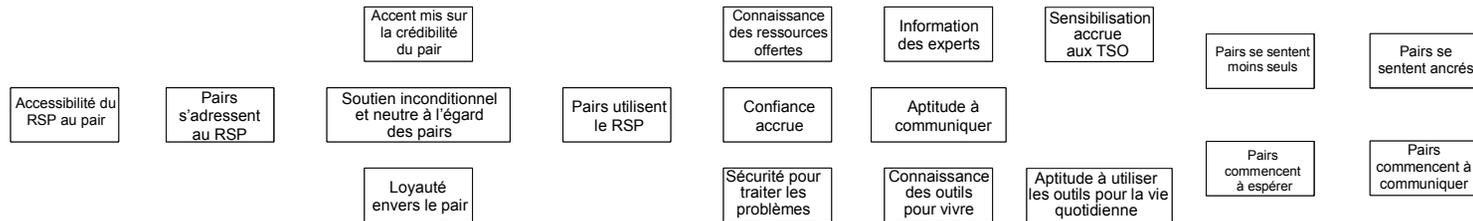
**Participation
(objectifs du RSP) :**



Incidences :

À court terme :

(Apprentissage – sensibilisation connaissance compétences opinions aspirations motivations)



À moyen terme :

(Action – comportement pratique prise de décision politiques action sociale)



À long terme :

(Conditions – incidences sociales, économiques, civiques et environnementales)



ANNEXE B – DOCUMENTS D'ÉVALUATION DU RSP EXAMINÉS

Titre du document	Date de publication
Feuille d'inscription – Système de soutien par les pairs du programme SSVSO	Février 2004
Énoncés de politique du programme SSVSO	Février 2004
Évaluation du Projet pilote du coordonnateur de la transition d'ACC	Février 2004
Analyse des besoins en soutien social des familles de militaires et d'anciens combattants victimes d'une blessure de stress opérationnel	Décembre 2003 Preliminaire
Spécification des exigences du système – Phase II du programme SSVSO	Octobre 2003
Rapport d'évaluation d'opportunité – Programme SSVSO	Septembre 2003
Exposé sur le SSVSO présenté au Comité de direction du Secteur des services aux anciens combattants	Juillet 2003
Note de service – Évaluation de programme d'ACC portant sur le programme SSVSO du MDN	Juin 2003
Cadre de mise en œuvre du soutien par les pairs relatif au Projet de soutien social aux victimes de stress opérationnel (SSVSO)	Juin 2003
Documentation : Projet de soutien social aux victimes de stress opérationnel (SSVSO)	Octobre 2002
Communiqué – Le MDN et ACC annoncent la création d'un programme national de soutien par les pairs	Octobre 2002
Note de service : Réf. ADMHRMIL 003 252011Z janvier 2002	Octobre 2002
Projet SSVSO – exposé sur l'état d'avancement du projet SSVSO et aperçu du plan d'expansion du Réseau de soutien par les pairs	Septembre 2002
Projet SSVSO – Budget du DSBA pour l'AF 2003-2004	Août 2002
Notes pour une allocution du Général Raymond Henault, Chef d'état-major de la Défense, lors de l'assemblée générale annuelle de la Conférence des associations de défense	Février 2002
Note de service adressée au ministre des Anciens combattants – Projet SSVSO	Février 2002

ANNEXE B

Titre du document	Date de publication
Note de service : ADMHRMIL 003 252011Z janvier 2002 NDHQ CANFORGEN Traumatismes liés au stress opérationnel	Janvier 2002
Courriel – De Sue LeMaistre à Kathy Darte au sujet du SSVSO – Questions liées aux RH	Décembre 2001
Synopsis – Projet SSVSO	Octobre 2001
Rapports EBSSAC – Résumés; Examen des besoins en soins de santé des anciens combattants	Juin 2000
Assigning Economic Value to Volunteer Activity – Eight Tools for Efficient Program Management	
Groupes de soutien de base du point de vue des pairs	
Proposition de concept pour le SMA(RH-Mil)	
Protocole d'intervention d'urgence pour les coordonnateurs du soutien par les pairs du programme SSVSO (ÉBAUCHE)	
Définir l'incapacité – Une question complexe; gouvernement du Canada	
Traumatisme lié au stress opérationnel (TSO) – Dr Don Richardson, ACC	
Exposé sur le soutien social aux victimes de stress opérationnel	
Code de conduite de l'utilisateur autorisé du SSVSO	
Structure de gouvernance du SSVSO	
Coordonnateur du soutien par les pairs – Formulaire d'examen médical/SSVSO	
Plan de communication du RSP/SSVSO	
Concept d'extension des services à l'unité dans le cadre du programme SSVSO	
Programme de pairs aidants pour le Projet de soutien social aux victimes de stress opérationnel – Cours de formation pour les pairs aidants	

ANNEXE C – LISTE DES PERSONNES INTERROGÉES AUX FINS DE L'ÉVALUATION DU RSP

Personnes interrogées – ACC

Brian Ferguson Sous-ministre adjoint – Services aux anciens combattants	Dr Don Richardson Psychiatre consultant auprès d'Anciens Combattants Canada	Wayne Spearns Chef, Services aux clients St. John's (Terre-Neuve et Labrador)
Gisèle Toupin Directrice générale de la région des Prairies	Diane Huard Directrice des Services aux Forces canadiennes	Dr Nicole Caron-Boulet Médecin principal de district Winnipeg
Diane Peterson-Razos Directrice de district, Bureau de district de Winnipeg	Darragh Mogan Directeur exécutif, Groupe de travail sur la modernisation	Colleen Chaban Agente des pensions, Winnipeg
Tom Strong Directeur de district sous-régional St. John's (Terre-Neuve et Labrador)	Ann Walsh Commis principal, Prestations et admissibilité, St. John's	Kathy Reid Agente des pensions, Winnipeg
Kathy Darté Coadministratrice, Projet de soutien social aux victimes de stress opérationnel	Debbie Guzwell Services aux clients, St. John's	M ^{me} Judy Lougheed Directrice générale p.i., Politiques en matière de programmes et de services
Lina Matos Gestionnaire, Équipe des services aux clients Winnipeg	Johanne Isabel Coordonnatrice, Centre Sainte-Anne Direction des services professionnels	France Gagnon Infirmière clinicienne spécialisée en santé mentale Centre Sainte-Anne
Juan Cargnello, M.A. Psychologue clinicien Hôpital Sainte-Anne		

ANNEXE C

Personnes interrogées – MDN

Lcol David A. Wrather, CD, ing. Directeur – Soutien aux blessés et administration Centre MDN-ACC	Lcol R. McBride Commandant de la base BFC Petawawa	Judy Bradley Travailleuse sociale BFC Goose Bay (Terre-Neuve)
J.F.J. Jamieson, CD, M.Serv.Soc. Conseiller en santé mentale Groupe médical des FC	Col Brian O'Rourke Sous-chef d'état-major Prestation des services de santé	Darryl Lyzun Coordonnateur de la liaison CSTSO (Winnipeg)
Lcol Stéphane Grenier Administrateur du projet SSVSO (DSBA) Centre MDN-ACC	Heather Armstrong Chef de l'équipe de la politique familiale Direction de la qualité de la vie	Jody Berscheid Gestionnaire de cas des FC, Winnipeg
Marie-Hélène Bouchard MDN – Gestionnaire de cas Clinique des services de santé	Lisa Kennedy Coordonnatrice prévention/intervention CRFM Gagetown	Col R. Boddam Chef – Psychiatrie Groupe de travail sur la santé mentale des FC
Diane Watson CSTSO, Ottawa Groupe médical des FC	Paytra Schurmann-Smith Travailleuse sociale, Liaison CSTSO BFC Gagetown	Lcol Henry Matheson Travailleur social en chef des FC Groupe de travail sur la santé mentale des FC
Kim Guest CSTSO, Ottawa Groupe médical des FC	Michelle Green Directrice, CRFM St. John's (Terre-Neuve)	Bgén (ret.) Joe Sharpe Conseiller spécial Bureau de l'Ombudsman (MDN)
Mike Spellen CSP Winnipeg	Fred Doucette CSP Gagetown	Shawn Hearn CSP St. John's (Terre-Neuve)

ANNEXE C

Personnes interrogées – Autres

Groupes de consultation des pairs souffrant de TSO à Gagetown, St. John's et Winnipeg

Pierre Allard Directeur, Bureau d'assistance Légion royale canadienne

Personnes interrogées – Collectivité

Curt Hillier Psychologue (M.Sc.) St. John's (Terre-Neuve)



ANNEXE D – GLOSSAIRE DU RSP/SSVSO

ACC	Anciens Combattants Canada	Sainte-Anne	Centre Sainte-Anne, Hôpital Sainte-Anne,
AP	Administrateur de projet		Sainte-Anne-de-Bellevue (Québec)
BSP	Bénévole du soutien par les pairs	SBA	Soutien aux blessés et administration
CRFM	Centre de ressources pour les familles des militaires	SM/CEMD	Sous-ministre/Chef d'état-major de la Défense
CS Ex	Chef – Service d'examen	SMA SAC	Sous-ministre adjoint – Services aux anciens combattants
CSF	Coordonnateur du soutien aux familles		
CSP	Cordonnateur du soutien par les pairs	SMA(RH-Mil)	Sous-ministre adjoint (Ressources humaines – Militaires)
CSTSO	Centre de soutien pour trauma et stress opérationnels	SSPT	Syndrome de stress post-traumatique
DSBA	Directeur – Soutien aux blessés et administration	SSVSO	Soutien social aux victimes de stress opérationnel
FC	Forces canadiennes	TSO	Traumatisme lié au stress opérationnel
LEPND	Liste des effectifs du personnel non disponible	UQAM	Université du Québec à Montréal
MDN	Ministère de la Défense nationale		
PAMFC	Programme d'aide aux membres des Forces canadiennes		
PE	Protocole d'entente		
RSP	Réseau de soutien par les pairs		