



Chambre des communes  
CANADA

## Comité permanent des anciens combattants

---

ACVA • NUMÉRO 006 • 2<sup>e</sup> SESSION • 39<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le mardi 4 décembre 2007**

**Président**

**M. Rob Anders**

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

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

## Comité permanent des anciens combattants

Le mardi 4 décembre 2007

•(1110)

[Traduction]

**Le président (M. Rob Anders (Calgary-Ouest, PCC)):** Bon, la séance est ouverte. D'après le bruit de fond qu'on peut entendre dans les écouteurs, il est évident que nos invités sont prêts et s'installent. Voilà qui est bien.

Je vous souhaite la bienvenue à une autre séance du comité des anciens combattants. Je vous demanderais à tous d'excuser ce retard aujourd'hui, mais un autre comité siégeait dans cette salle avant nous, et la séance s'est prolongée légèrement, sans compter qu'il a fallu installer des tables supplémentaires ici et rebrancher le système de sonorisation.

La séance d'aujourd'hui porte sur l'examen des soins de santé des anciens combattants, de même que sur le Programme pour l'autonomie des anciens combattants.

Nous nous excusons auprès de M. Perron, qui aime bien que nos invités témoignent en personne; malheureusement, nos témoins d'aujourd'hui n'ont pas pu se rendre ici à cause de la tempête de neige. Néanmoins, ils ont gracieusement accepté d'entrer en communication avec nous. Nos invités, aujourd'hui, sont donc M. Marcus Hollander, du Conseil consultatif de gérontologie, et M. David Pedlar, directeur de la recherche à la Direction de la recherche et de l'information du ministère des Anciens combattants.

Sans plus tarder, je vous signale que j'accorde en général 20 minutes aux témoins. Ce peut être 10 minutes chacun, ou comme vous voulez. Je suppose qu'on vous a offert 20 minutes, comme le veut la procédure habituelle. Après cela, les membres du comité auront la possibilité de poser des questions, selon un ordre établi à l'avance.

Je cède donc la parole à nos invités.

**M. David Pedlar (directeur de la recherche, Direction de la recherche et de l'information, ministère des Anciens Combattants):** Merci beaucoup.

Je m'appelle David Pedlar et je vous parle de Charlottetown.

En premier lieu, je voudrais m'excuser de ne pas être en mesure de participer à cette séance en personne. J'ai pourtant tenté par deux fois de me rendre à Ottawa hier, mais je n'ai pu le faire en raison des annulations de vols. Je demande donc au comité de bien vouloir accepter mes excuses.

Marcus et moi sommes ravis de pouvoir vous parler, aujourd'hui, de ce que nous avons observé à propos des pratiques exemplaires dans l'organisation des soins aux aînés et à propos du Programme pour l'autonomie des anciens combattants dans le contexte de ces pratiques.

J'aborderai le sujet de façon plus détaillée dans quelques instants, mais comme cela a déjà été mentionné lors d'exposés précédents par des représentants du ministère, le Programme pour l'autonomie des anciens combattants, ou le PAAC comme on l'appelle communé-

ment, fournit, par exemple, des services d'entretien ménager et d'entretien extérieur aux clients admissibles afin qu'ils puissent conserver leur autonomie à la maison et dans leur milieu.

Je parlerai en outre d'une importante étude menée de concert avec le Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario, qui est presque terminée et qui vise à continuer d'améliorer les soins prodigués aux anciens combattants âgés, tout en faisant connaître au public canadien ce que nous avons appris à ce chapitre.

À l'heure actuelle, Anciens Combattants effectue l'examen des services de santé pour anciens combattants, qui, comme vous le savez tous, est l'examen des soins de santé le plus complet qui ait été mené au ministère depuis 60 ans. La recherche dont il sera question aujourd'hui vise à appuyer cet examen.

En ce qui a trait à notre expertise, je précise que j'ai une vaste expérience de la recherche dans les soins aux aînés, de même qu'une connaissance spécialisée de certains sujets liés à la santé des anciens combattants et des militaires formant notre clientèle plus jeune. Mes connaissances plus récentes concernant le Programme pour l'autonomie des anciens combattants se rattachent pour la plupart à l'étude dont il sera question aujourd'hui.

M. Hollander, pour sa part, est un expert reconnu à l'échelle nationale et sur la scène internationale dans le domaine des systèmes de prestation de soins aux aînés. Il dirige en outre le volet scientifique d'une étude du Programme pour l'autonomie des anciens combattants, dont il sera également question.

Comme nous avons décidé de présenter un exposé conjoint, je demanderais maintenant à M. Hollander s'il aurait l'obligeance de bien vouloir commencer.

**M. Marcus Hollander (membre, Conseil consultatif de gérontologie):** Oui, merci. Je suis heureux de participer à cette séance. Nous sommes désolés de ne pas pouvoir y être en personne.

J'aimerais parler un peu du contexte général des soins aux aînés, puis nous nous concentrerons sur le Programme pour l'autonomie des anciens combattants, en le situant selon certains paramètres.

La façon dont les systèmes de soins sont organisés et structurés peut avoir beaucoup d'incidence sur leur efficacité et leur rentabilité. L'importance de disposer de modèles intégrés est désormais généralement reconnue, et beaucoup d'intervenants du secteur des soins continus conviennent qu'il faut offrir des soins préventifs et des services de soutien à domicile aux personnes nécessitant des soins de longue durée.

Un important programme de recherche sur les soins à domicile, l'évaluation nationale de l'efficacité des soins à domicile par rapport aux coûts, a donné lieu à des recommandations stratégiques concernant la structure de ces soins. Selon le rapport de synthèse du projet, si nous voulons être en mesure d'effectuer rapidement le genre de substitutions nécessaires à une plus grande efficacité, les soins à domicile doivent faire partie d'un système plus vaste, intégrant les soins à domicile et les soins en établissement, souvent appelés soins continus.

En exerçant le contrôle administratif et financier d'un tel système de soins vaste et intégré, les cadres supérieurs et les décideurs peuvent prendre des mesures pour assurer le remplacement convenable et rentable de soins de courte durée ou de soins en établissement par des soins à domicile. Simplement accroître les dépenses des soins à domicile n'aura probablement qu'un effet limité, à moins de prendre des mesures pour assurer le remplacement convenable de soins de courte durée ou de soins en établissement par des soins à domicile.

L'histoire des soins à domicile et des soins continus est caractérisée par le regroupement de services professionnels et de services de soutien. Cependant, la politique nationale actuelle semble axée sur les soins professionnels de courte durée à domicile. Néanmoins, l'importance des soins préventifs et des soins de soutien transparaît dans de récentes recommandations faites en Ontario et en Colombie-Britannique en vue d'améliorer les services de soutien à domicile pour permettre aux gens de rester chez eux.

Il existe des données sur la mesure dans laquelle des services de soutien à domicile préventifs de longue durée peuvent réduire le nombre d'admissions dans les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée. Une étude effectuée en Colombie-Britannique a révélé que des soins à domicile de longue durée peuvent prévenir des admissions en établissement ou réduire le taux d'admissions. Des personnes qui ne recevaient que des services d'entretien ménager et à qui on les a retirés dans deux régions administratives ont été comparées à des personnes qui ont continué à bénéficier des services dans deux régions semblables au milieu des années 1990. Au cours de l'année avant la suppression des services, le coût annuel moyen des soins par client parmi ceux dont les services ont été supprimés était d'un peu plus de 5 000 \$ alors que le coût par client parmi ceux du groupe de comparaison était d'environ 4 500 \$. Les coûts englobaient les services hospitaliers, les services de médecins et les médicaments, ainsi que les soins à domicile et à long terme.

Dans la troisième année suivant la suppression des services, les coûts étaient respectivement de 11 900 \$ et 7 800 \$, soit une différence nette d'environ 3 500 \$. Donc, en moyenne, les personnes qui ont été privées des services ont coûté au système de santé environ 3 500 \$ de plus dans la troisième année que celles qui ont continué à en bénéficier. Les coûts totaux sur la période de trois ans après la suppression des services étaient de 28 000 \$ pour les personnes privées des services et de 20 500 \$ pour les autres. La différence s'explique surtout par un accroissement du coût des soins de courte durée et des soins en établissement de longue durée.

Pour ce qui est de savoir si les services de soutien à domicile représentent une solution de rechange à l'échelle communautaire aux soins en établissement, une étude sur la rentabilité des soins à domicile de longue durée a révélé qu'avec le temps et pour tous les niveaux de soins, les soins à domicile sont en moyenne beaucoup moins chers pour le gouvernement que les soins dispensés dans un établissement de soins de longue durée. On a également constaté que les économies qu'il serait possible de réaliser grâce au remplacement des services en établissement par des services à domicile ne sont pas

que théoriques. Des économies ont vraiment été réalisées en Colombie-Britannique au milieu des années 1980, jusqu'au milieu des années 1990, en limitant la construction future d'établissements de soins de longue durée pour investir dans les soins à domicile. Sur une période de 10 ans, en raison de la politique visant le remplacement de soins en établissement par des soins à domicile, environ 21 personnes de 65 ans et plus sur 1000 ont utilisé les soins à domicile plutôt que les soins en établissement.

• (1115)

Les entretiens stratégiques actuels ne semblent pas tenir suffisamment compte du paradoxe apparent de la prestation des services. En effet, bien que les personnes âgées ayant des limites fonctionnelles aient des problèmes de santé et nécessitent des soins médicaux, la réponse appropriée à leurs besoins en soins de santé tient, dans une large mesure, aux services de soutien. Donner un bain à un aîné qui a besoin de soins, lui préparer un repas, le nourrir et lui assurer un environnement sain et sécuritaire à domicile n'exigent pas la présence d'une infirmière. Grâce à ces services de soutien, des personnes qui, en raison de leur état de santé, sont trop fragiles pour faire des courses, cuisiner ou prendre un bain sans aide, peuvent conserver leur indépendance le plus longtemps possible. Ces services peuvent également faire épargner de l'argent au système de santé en évitant l'admission répétitive de personnes âgées à l'hôpital ainsi que leur admission prématurée en établissement de soins de longue durée.

L'un des points forts du Programme pour l'autonomie des anciens combattants, dont David va vous parler, tient au fait que les soins préventifs et les services de soutien à domicile ont toujours occupé une place centrale dans le Programme, pour le plus grand bien des anciens combattants et de leurs familles.

• (1120)

**M. David Pedlar:** Merci, Marcus.

J'aimerais vous parler plus en détail du Programme pour l'autonomie des anciens combattants ainsi que de l'étude qui est en cours.

Le Programme pour l'autonomie des anciens combattants, le PAAC, que vous connaissez tous, permet de servir plus de 100 000 clients d'un bout à l'autre du pays. De ce nombre, environ 6 400 reçoivent des soins dans une maison de santé. Le PAAC est notre principal programme pour les personnes âgées. Il a été conçu de façon à offrir un continuum de soins intégré et coordonné, comprenant des volets de soins à domicile et de soins en établissement. Le Programme constitue un modèle en matière de soins et suscite un intérêt considérable de la part d'autres groupes, comme la Légion royale canadienne, et d'autres administrations au Canada et à l'étranger.

Le PAAC, anciennement le Programme pour anciens combattants avançant en âge, a été mis sur pied en 1981 en tant que nouveau modèle de soins pour les anciens combattants de la Seconde Guerre mondiale qui devenaient plus vieux. Le concept du Programme a été élaboré à la fin des années 1970 pour relever l'énorme défi que posait la planification de services répondant aux besoins en matière de soins de plus d'un demi-million d'anciens combattants de la Seconde Guerre mondiale qui atteindraient un âge avancé au cours des années 1980. Le nouveau modèle visait à remplacer la création de milliers de places en établissements de soins de longue durée, tout en tenant compte des préférences des anciens combattants qui souhaitaient demeurer le plus longtemps possible dans la collectivité auprès de leur famille.

Le Programme se fondait sur les notions modernes de l'autonomie et des soins dans la collectivité. Il a évolué et connu un certain nombre de modifications au fil des années, mais plusieurs principes fondamentaux demeurent toujours et j'aimerais vous les présenter.

Tout d'abord, l'intégralité. Le Programme est d'une portée exhaustive et offre une vaste gamme de services, ce qui facilite les choix et permet de répondre à un vaste éventail de besoins compte tenu du type de services et de l'intensité des services requis. Je crois que vous connaissez les composantes du Programme, à savoir les soins personnels, les services d'alimentation, d'entretien ménager et d'entretien du terrain, les services de santé et de diagnostic, les adaptations au domicile, les soins en maison de santé, les services de transport et divers avantages médicaux.

Le concept d'intervention précoce est également l'une des principales caractéristiques du Programme. Le PAAC est un modèle de soins à domicile axé sur la prévention et sur le maintien de la santé. Il offre un niveau d'intensité de services modéré au cours des premières phases de la perte d'autonomie fonctionnelle, de façon à favoriser le bien-être et l'autonomie du client et à lui permettre de mieux s'adapter à son invalidité à long terme. Les services peuvent être ajustés au fil du temps en fonction des changements dans l'état de santé du client à mesure que les besoins associés à la fragilité et à l'invalidité augmentent.

Les services de soutien à domicile, y compris les services de base en entretien ménager et extérieur, représentent également un volet essentiel du Programme. Comme M. Hollander l'a mentionné, le soutien à domicile revêt une importance fondamentale et repose sur la notion qu'un modeste apport en services non professionnels, comme des services d'entretien ménager ou d'entretien du terrain, peut réellement favoriser le bien-être du client et l'aider à vivre chez lui et à bien fonctionner dans la collectivité le plus longtemps possible. Ce soutien joue également un rôle important du fait qu'il complète les soins fournis par les aidants naturels, qui jouent un rôle clé dans les soins aux anciens combattants.

L'autogestion des soins demeure aussi l'un des principes fondamentaux du Programme. Dans la plupart des provinces, les clients du PAAC sont en mesure de choisir leurs fournisseurs de services pour ce qui est de l'entretien ménager, des soins personnels et de l'entretien du terrain, à moins qu'ils souhaitent ou doivent obtenir de l'aide pour prendre des décisions à cet égard. Cet aspect du Programme favorise l'autonomie et la liberté de choix des bénéficiaires, qui veulent souvent participer activement à la prise de décisions concernant les fournisseurs de services.

Finalement, il y a la gestion de cas, qui constitue le dernier des cinq principes fondamentaux du Programme. C'est une approche qui permet d'organiser les communications avec le client, l'évaluation des besoins, la planification des interventions, le suivi et la gestion de la transition des soins. Cette approche est appliquée par des équipes de prestation des services aux clients, dans des bureaux de district. Chaque équipe est dirigée par un conseiller agissant à titre de gestionnaire de cas, et travaille en étroite collaboration avec un agent des services aux clients, des infirmières et des conseillers médicaux pour trouver des solutions aux problèmes, élaborer des plans d'intervention complexes et approuver certaines demandes de services et d'équipement.

Je vais maintenant vous parler du Projet pilote sur les anciens combattants ayant servi outre-mer, qui nous a aidés à confirmer l'efficacité du PAAC en tant qu'alternative moins coûteuse aux soins en établissement.

En 1999, Anciens Combattants a mis en oeuvre le Projet pilote sur les anciens combattants ayant servi outre-mer et vivant chez eux, à trois endroits où le temps d'attente pour un lit réservé avait été jugé important. Les anciens combattants ayant servi outre-mer forment un groupe de clients d'ACC qui n'étaient pas admissibles aux programmes d'ACC sauf à un programme, le plus cher, qui ne leur permettait que de réserver un lit. Le Projet pilote a eu lieu à l'Édifice commémoratif des anciens combattants Camp Hill à Halifax, le Centre de santé Perley-Rideau à Ottawa et le Lodge at Broadmead à Victoria.

Grâce à ce projet, des anciens combattants qui jusqu'alors n'avaient accès qu'à un lit réservé à grand prix, que l'on jugeait avoir besoin de soins à long terme alors qu'aucun lit n'était encore libre, pouvaient bénéficier provisoirement de soins à domicile dans le cadre du PAAC, pendant qu'ils étaient sur une liste d'attente.

Le projet pilote a été couronné de succès, et une évaluation interne a révélé que la majorité des participants, même si un lit se libérait, préféraient demeurer chez eux en bénéficiant du soutien à domicile. Fait intéressant, ce sont les services d'entretien ménager qui ont été les plus utilisés. Les familles ont dit que les soins à domicile les ont réellement aidés à maintenir leur autonomie et à continuer à jouer leur rôle de dispensateur de soins.

● (1125)

Au terme de l'évaluation, le Projet pilote a été élargi à l'échelle du pays en novembre 2001. La loi habilitante a été adoptée en 2003.

Le Projet pilote montre bien comment on peut remplacer un type de soins par un autre. S'il existe des options de services plus avantageuses, il est possible d'offrir des soins à moindre coût. Puisque le Projet pilote n'a pas fait l'objet d'une évaluation approfondie à l'époque, il constitue maintenant un des volets principaux d'un important projet de recherche dont je vais vous parler à l'instant. Il s'agit du projet de recherche sur les soins continus, qui nous aidera à prendre des décisions éclairées concernant la politique sur les soins continus à Anciens Combattants, et à contribuer à l'élaboration de politiques nationales sur la gamme de soins offerts.

ACC a entrepris une étude à grande échelle en partenariat avec le Secrétariat des affaires aux personnes âgées de l'Ontario. Le but principal de l'étude est d'enrichir nos connaissances pour guider l'élaboration des politiques et la planification en matière de soins continus pour les anciens combattants, ainsi que les débats plus généraux concernant la prestation de services de santé aux aînés.

Le projet comprend deux études qui se recoupent. Ensemble, les deux études font appel à une stratégie de mesure qui comprend une analyse économique poussée des coûts et des résultats attendus en matière de soins pour les clients du PAAC dans trois milieux de soins, soit les soins à domicile, les soins en établissement et les soins en logement avec services de soutien. Les études comprennent la mesure et la détermination des coûts des contributions en matière de soins du ministère, mais aussi d'autres sources, y compris les aidants naturels. Le niveau des besoins de soins est également mesuré minutieusement pour assurer une comparaison proportionnelle des coûts et des résultats.

La première étude découle du besoin d'examiner davantage le Projet pilote sur les anciens combattants ayant servi outre-mer, que j'ai décrit tantôt. Elle vise à fournir une évaluation rigoureuse et indépendante du Projet. Des données ont été recueillies au cours de centaines d'entrevues aux trois endroits où il a eu lieu, soit Halifax, Ottawa et Victoria. L'étude sert principalement à comparer les soins à domicile et les soins en établissement, en respectant les objectifs du Projet pilote. L'analyse des données est en cours.

La deuxième étude porte plus généralement sur le rapport coût-efficacité des soins à domicile, des soins en établissement et des soins offerts en logement avec services de soutien. Elle est effectuée dans la région de Toronto. On y compare trois groupes d'anciens combattants: les clients recevant des soins de longue durée à domicile, les clients qui vivent dans des logements avec services de soutien et les clients en établissement. Plus de 1 000 entrevues ont été réalisées, et l'analyse des données est très avancée.

L'étude traitera de quelques points importants ayant trait au PAAC et à la gamme des soins, et comprend notamment un examen approfondi du Projet pilote, des forces du PAAC, ainsi que de la gamme des soins offerts et de l'approche utilisée. Nous pourrions évaluer le niveau de satisfaction des anciens combattants et des membres de leur famille relativement au Programme pour l'autonomie des anciens combattants. Nous nous pencherons sur la rentabilité et l'efficacité de la gamme des soins, sur les possibilités d'amélioration de l'efficacité des soins, et sur les changements possibles dans les types de soins. Enfin, nous aurons une meilleure connaissance de l'apport des aidants naturels, qui jouent un rôle important dans les soins prodigués aux anciens combattants.

La collecte des données des deux études est terminée, et M. Hollander et son groupe en font actuellement l'analyse. Les résultats des études devraient être connus au printemps 2008. Un comité consultatif national nous fournira des observations sur les études. Ce comité est formé de représentants de trois provinces et de certains groupes qui s'intéressent aux soins continus au Canada.

Nous pourrions dès aujourd'hui vous faire part de certains résultats préliminaires, si les membres veulent des détails à ce sujet.

De manière générale, le but de ce genre de travail est de nous permettre d'apprendre à mieux organiser les systèmes de prestation de services et à utiliser les ressources efficacement, car l'utilisation efficace des ressources serait un élément clé dans le contexte de l'examen des services de santé pour anciens combattants.

En conclusion, nous croyons que le PAAC est très efficace. L'accent mis sur la prévention et le maintien, ainsi que la reconnaissance de l'importance des services de soutien de base à domicile, sont deux des aspects clés du Programme.

Nous attendons avec impatience les résultats des études mentionnées afin de mieux comprendre le Programme et de savoir comment il peut être amélioré dans le contexte de l'examen des services de santé pour anciens combattants.

Je remercie le président de nous avoir accordé du temps pour vous présenter cette information ce matin. Merci.

• (1130)

**Le président:** Merci beaucoup.

Je vais indiquer rapidement aux témoins quelles sont nos intentions. Je suis certain que vous comprenez déjà bien que tous les membres ici présents sont généralement favorables à l'élargissement du programme. Il s'agit plutôt de déterminer la mesure et le cadre dans lesquels l'élargir ainsi que nos recommandations à cet égard.

Je vais donc laisser l'occasion à mes collègues de poser leurs questions selon l'ordre établi, en commençant par le Parti libéral du Canada.

Monsieur Valley, vous avez sept minutes.

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

Nous vous remercions de vous être joints à nous aujourd'hui. Nous comprenons bien que le mauvais temps vous a empêchés de vous rendre jusqu'à nous, mais nous sommes néanmoins heureux d'avoir la possibilité de vous parler.

Vous avez énuméré un certain nombre d'éléments. Mes questions porteront donc essentiellement sur les différentes régions du pays. Je veux d'abord... et je vais reprendre vos propres termes. Je crois que vous avez parlé de cinq principaux principes qui ont résisté à l'épreuve du temps. Vous les avez énumérés ici et vous les mentionnez dans vos commentaires.

En bref — il s'agit de points que nous avons déjà entendus, car vous y avez fait référence à maintes reprises pendant votre exposé — mais pouvez-vous nous redonner la liste des services que le Programme pour l'autonomie des anciens combattants fournirait? Il y en a probablement une demi-douzaine, voire une douzaine. Pouvez-vous nous les rappeler rapidement?

**M. David Pedlar:** Bien sûr, avec plaisir.

Il y a tout d'abord les services de soins personnels. Il s'agit de l'aide pour les activités de la vie quotidienne comme la nutrition, l'habillement, la toilette et les déplacements. Un autre domaine est celui de l'entretien du terrain: tonte de la pelouse et déneigement, entre autres. Il y a aussi l'entretien ménager, c'est-à-dire l'aide aux tâches ménagères courantes comme la lessive, l'aspirateur, le nettoyage des planchers, l'époussetage, etc. Un autre service concerne l'aide à la nutrition. Il s'agit d'aide pour amener le client à l'endroit où il prend ses repas, ou encore de lui faire livrer des repas à domicile, ou autrement dit, des services de popote roulante ou de transport-repas. Il y a aussi le remboursement des frais de déplacement pour participer à des activités sociales, se rendre à la banque, faire les emplettes, aller en visite et ainsi de suite. Il y a encore les soins ambulatoires, c'est-à-dire l'aide pour obtenir des services sociaux et des services de santé à l'extérieur du domicile, par exemple l'accès aux soins de jour et aux soins de relève. Un autre domaine est celui que nous appelons les services de santé et de soutien, c'est-à-dire des bilans de santé, des services diagnostiques et des services de soins personnels. Ces services sont essentiellement fournis par des professionnels de la santé. Le programme prévoit aussi les adaptations au domicile afin d'en faciliter l'accès. Je crois d'ailleurs que ces services sont assortis d'un montant maximal par résidence. Enfin, bien sûr, il y a les soins en foyer d'accueil, qui font également partie du continuum.

Voilà donc les principaux services qui sont offerts par l'entremise du Programme pour l'autonomie des anciens combattants. Parmi eux, ce sont les services d'entretien ménager qui sont les plus utilisés en ce moment.

**M. Roger Valley:** Je vous remercie. J'avais cru comprendre de vos commentaires que les services d'entretien ménager sont les plus... je ne suis pas sûr si « populaires » est le mot juste, mais disons les services qui sont le plus utilisés.

Les éléments qui concernent directement les services de soins de santé ne sont donc pas fournis par le ministère. Ils sont fournis par des employés provinciaux ou des contractuels, de toute évidence, puisqu'il s'agit d'un service professionnel.

**M. David Pedlar:** Oui. La façon d'accéder au programme varie selon les éléments concernés. Par exemple, comme je l'ai dit plus tôt, un des modèles qui fait partie du programme et l'un des principaux principes que j'ai mentionnés est le service des soins autogérés. Cela signifie, que pour un grand nombre de services que nous proposons, le client ou la cliente joue un rôle essentiel dans le choix du prestataire de services dans sa collectivité. Dans de nombreux cas, c'est une tierce partie qui s'occupe d'administrer le paiement des coûts relatifs au programme.

En règle générale cependant, nous ne disposons pas d'une équipe de préposés à l'entretien ménager ou de spécialistes de la santé pour donner directement les services. L'expertise ou le soutien se trouvent dans la collectivité où vivent les clients. Je sais que nous avons des listes de fournisseurs, c'est-à-dire des listes de prestataires de soins ou de services, dans différentes collectivités pour aider les anciens combattants à trouver des fournisseurs qui peuvent leur procurer le soutien nécessaire.

**M. Roger Valley:** Merci. Ça m'amène au point que je voulais aborder.

À la page 9 de votre document, vous parlez un peu du fait que vous avez réussi à offrir des services dans les régions urbaines. Y a-t-il des données qui montrent le niveau d'efficacité du programme dans les régions rurales?

Je remarque que vous effectuerez également votre étude dans cette région très rurale de Toronto. J'essaie donc de déterminer comment nous pouvons nous assurer de recevoir un niveau de service qui équivaut à ce que l'on observe dans les grands centres urbains.

Il y a ensuite un second volet à cette question. Même si vous regroupez les régions urbaines et rurales, il reste des régions éloignées — et je représente la circonscription de Kenora, où il y a beaucoup d'endroits éloignés.

Est-ce que des études ou des données démontrent notre niveau d'efficacité dans les régions rurales puis dans les régions éloignées, qui seraient très difficiles?

• (1135)

**M. Marcus Hollander:** En fait, il y a quelques années, nous avons réalisé avec la Légion royale canadienne et l'Université de l'Alberta une étude qui portait sur les problèmes auxquels doivent faire face les personnes âgées dans les régions rurales. Cette étude n'était pas nécessairement axée sur nos clients, mais sur un groupe d'anciens combattants dans son ensemble. Elle comprenait des enquêtes, une analyse des données de Statistique Canada ainsi que quelques études de cas tirés de la collectivité.

Nous savons qu'il y a souvent des problèmes relativement à l'accessibilité aux services dans les régions rurales en comparaison avec les régions urbaines. Nous savons également qu'il y a des différences entre les régions en matière d'accessibilité aux services. Ce sont donc des problèmes avec lesquels nous sommes aux prises, et nous n'avons pas toujours de solutions simples pour les régler.

Par contre, nous savons une chose: pour ce qui est de la façon dont nous gérons les cas de clients — soit la façon dont les conseillers travaillent directement avec les clients dans ces types d'environnement — nous devons connaître les groupes qui sont très à risque, les groupes auxquels nous pourrions devoir porter une plus grande attention. Il s'agit souvent de personnes sans soutien social — en d'autres termes, les personnes qui disposent d'un réseau de soutien social plus restreint pour les aider. Souvent, ce sont des personnes seules ou isolées ou qui ont plus de problèmes de santé. Nous savons qu'il existe certains éléments clés qui peuvent nous aider lorsque

nous travaillons avec les clients dans ces régions. Nous devons porter une attention plus grande à certains types de facteurs de risque pour les clients qui vivent dans ces régions relativement à la façon d'administrer notre programme et de gérer les cas.

Pour ce qui est des stratégies visant à atteindre l'efficacité dans les régions rurales, nous savons que la vie dans une région rurale peut exiger une plus grande planification pour accéder aux services. Il peut être nécessaire de faire plus d'efforts pour trouver des services. De ce fait, l'aspect soins autogérés du programme, qui donne au client une marge de manoeuvre considérable pour choisir qui effectuera la prestation des services, pourrait aussi être d'un grand secours.

De plus, comme vous le savez sans doute, la capacité de conduire et l'accès à des services de transport peuvent également être des éléments essentiels, souvent plus important que pour les clients dans les régions urbaines, particulièrement si aucun transport public n'est offert. Il peut donc être particulièrement important dans ces régions d'accorder une attention spéciale à ce que l'on peut faire relativement au transport, qu'il s'agisse de services de transport sociaux pour permettre aux personnes d'aller à la banque ou de satisfaire d'autres besoins sociaux ou encore de services de transport pour raison médicale.

Nous savons aussi que les relations avec d'autres personnes et le soutien social peuvent jouer un rôle très important pour les personnes qui vivent dans les régions rurales. Par conséquent, le fait de s'assurer que les anciens combattants peuvent communiquer avec des groupes sociaux ou avec la Légion royale canadienne ou encore qu'ils ont des occasions de communiquer avec d'autres personnes et d'établir des réseaux de soutien peut également être d'une grande aide.

C'est un défi constant pour nous.

J'espère que je vous ai fourni quelques renseignements utiles qui répondront à votre question.

**M. Roger Valley:** Merci.

**Le président:** Merci beaucoup.

C'est maintenant au Bloc québécois. Monsieur Perron, vous avez sept minutes.

[Français]

**M. Gilles-A. Perron (Rivière-des-Mille-Îles, BQ):** Bonjour, monsieur le président. Je m'excuse de ne pas avoir les idées très claires ce matin. Je me suis levé à 5 heures pour me rendre ici. La route entre Saint-Eustache et Ottawa n'était pas belle du tout.

Messieurs, j'aimerais vous parler de soins à domicile. Je ne sais pas si vous avez fait une étude ou si vous êtes allés voir comment cela se passait au Québec. Il semble que vous ayez omis le Québec, dans votre présentation.

Au Québec, depuis environ une douzaine ou une quinzaine d'années, les gouvernements locaux ont décidé de favoriser les soins à domicile. Cela a été et est une opération plus ou moins réussie. Un fait est à remarquer. Je ne sais pas si c'est à cause de la solidarité familiale, mais dans les milieux ruraux ou éloignés, ça va mieux que dans les grands centres. Les grands centres ont des problèmes.

Au Québec, le gouvernement aide en subventionnant les résidences abritant plusieurs générations. Par exemple, on pourrait soit transformer ma maison, soit en construire une autre, soit construire une partie de maison près de la mienne, et mes parents habiteraient avec moi. Le gouvernement m'aiderait financièrement à modifier ma maison, comme il aide financièrement à modifier des appartements, en ajoutant des rampes par exemple, pour aider les personnes âgées.

J'ai remarqué, personnellement — et cela semble aussi être le cas au Québec —, que les soins à domicile fonctionnent bien lorsque les deux personnes âgées sont vivantes. Lorsque l'une des deux personnes décède, l'autre va d'abord chez un fils, puis chez une fille, puis chez un autre fils, puis chez une autre fille. Cela crée toutes sortes de problèmes.

Il fait faire attention en ce qui a trait aux soins à domicile. Bien sûr, votre rapport parle de quelques milliers de dollars épargnés, mais quelles sont les conséquences économiques pour la personne qui reçoit ces soins à domicile? Ce n'est pas une question, c'est tout simplement un commentaire.

Comme j'ai beaucoup de mal à parler dans le vide, je termine ici ma présentation.

● (1140)

[Traduction]

**M. Marcus Hollander:** Tout d'abord, en réponse au point que vous avez soulevé concernant l'étude en cours, vous avez raison : nous ne menons pas l'étude au Québec. Je tiens cependant à souligner que nous n'avons pas pour autant oublié le Québec.

Si l'on examine l'ensemble des travaux que nous menons dans le cadre de l'examen de soins de santé, par exemple le document intitulé *Parole d'honneur*, ainsi que les travaux que j'ai moi-même effectués depuis une dizaine d'années, l'on voit en fait que le document *Parole d'honneur* s'inspire grandement des pratiques d'avant-garde en cours au Québec lorsqu'il est question de pratiques de service innovantes, que ce soit pour les évaluations préalables ou les concepts entourant le point d'entrée unique.

Dans le document *Parole d'honneur* comme dans d'autres études que nous réalisons, nous voyons ce qui se fait au Québec comme un modèle pour bien des aspects de notre programme pour les aînés. Nous n'avons donc pas oublié le Québec, qui joue plutôt un rôle très important dans la réflexion que nous avons entrepris relativement à l'examen des services de santé pour anciens combattants.

Je ne sais pas si, à part mon commentaire général, je devais aborder une question en particulier. Je ne crois pas avoir autre chose à ajouter, mais si vous voulez reformuler une question, il me fera plaisir d'y répondre.

[Français]

**M. Gilles-A. Perron:** Non, j'ai terminé, mon ami.

[Traduction]

**M. Marcus Hollander:** Merci.

Si vous me permettez, j'aimerais ajouter à ce que David disait au sujet des recherches en cours et de ce qui se fait à l'échelle nationale un point soulevé dans notre étude et dans d'autres études aussi; il s'agit des membres de la famille, le conjoint ou la conjointe plus particulièrement, qui peuvent continuer de vivre au domicile après le décès de la personne ou, plus certainement, si la personne est admise dans un établissement de soins de longue durée — il s'agit là d'un aspect important sur lequel il faudrait peut-être se pencher plus activement.

Ce qu'il advient de la conjointe ou du conjoint et sa contribution réelle aux soins de la personne sont des aspects que nous avons étudiés. Certes, l'apport du conjoint ou de la conjointe aux soins donnés est une question qui a été soulevée, en termes du travail que nous faisons et des choix en matière de politiques qu'Anciens Combattants pourrait envisager faire pour mieux aider les proches et conjoints, surtout dans le cas où la personne peut être admise dans un établissement de soins de longue durée.

● (1145)

**M. David Pedlar:** Si nous n'avons pas écoulé tout le temps qui nous est alloué, je devrais mentionner que nous fournissons, à l'heure actuelle, un soutien important aux aidants naturels. L'un des meilleurs moyens de les soutenir est de leur offrir une aide à domicile, comme pour l'entretien ménager. C'est un soutien majeur pour les familles. Ce moyen allège le fardeau des membres de la famille qui, autrement, auraient à fournir ces soins, et il leur permet de poursuivre leurs efforts.

Nous fournissons également divers types de services de relève pour que les aidants naturels bénéficient d'un répit. Nous avons d'ailleurs étendu les services du PAAC aux aidants primaires, ou à un groupe d'aidants primaires, comme vous le savez fort bien. Nous pouvons aussi payer un membre de la famille pour qu'il prodigue des soins. Dans certains cas, cela se fait pour un proche qui ne vit pas avec l'ancien combattant et dans d'autres, même s'il vit sous le même toit, bien que dans ce dernier cas des critères plus stricts peuvent s'appliquer.

Enfin, la prestation de soins est un volet important de l'étude que nous menons présentement. Nous allons même jusqu'à quantifier la valeur monétaire des soins prodigués. Cela nous aidera à mieux comprendre les besoins des soignants. Il y a une seconde étude en cours. De moindre envergure, elle se penche sur les soignants qui s'occupent de membres des FC encore jeunes et aux prises avec une incapacité. La prestation de soins et le soutien aux familles sont à la fois un important champ d'étude et une préoccupation majeure pour le ministère.

**Le président:** Très bien. Pour l'information des témoins, sachez que le temps qui vous est alloué est rarement dépassé. Nous vous laissons décider du temps qu'il vous faut. La durée de l'intervention de chacun des membres du comité est cependant une question de respect mutuel et de respect des règles que nous établissons au départ. Comme témoins, vous avez donc une plus grande marge de manoeuvre que les membres qui vous posent les questions.

Nous allons maintenant passer au Nouveau Parti démocratique et à M. Stoffer, pour cinq minutes.

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

Merci, messieurs, de témoigner aujourd'hui devant nous par téléphone.

Ma première question est celle-ci : combien d'anciens combattants et leurs conjoints ou conjointes et de veufs ou de veuves d'anciens combattants y a-t-il au Canada?

**M. David Pedlar:** Je n'ai pas ce chiffre à portée de main. J'en suis désolé. Je peux vous le fournir. Il y a diverses façons d'aborder cette question. Je voudrais m'assurer de ne pas me tromper.

**M. Peter Stoffer:** D'accord. Alors combien d'anciens combattants de la guerre de Corée et de la Seconde Guerre mondiale, de conjoints et/ou de veufs et de veuves de cette catégorie d'anciens combattants y auraient-ils?

**M. David Pedlar:** Je sais qu'il y a environ 220 000 anciens combattants de la Seconde Guerre mondiale et de la guerre de Corée. Je crois qu'il y a quelque 260 000 survivants. Mais si nous parlons de chiffres, je préférerais les confirmer avant de vous les communiquer.

**M. Peter Stoffer:** D'accord. Pour bénéficier du PAAC, une des questions qu'ACC pose aux personnes concerne leur revenu. Est-ce exact?

**M. David Pedlar:** Pas nécessairement. Je pense que vous avez probablement entendu d'autres députés dire que l'admissibilité à nos programmes est parfois complexe, alors il y a divers...

**M. Peter Stoffer:** Mais, monsieur, en règle générale, si une personne est financièrement à l'aise, elle ne sera pas admissible au PAAC, n'est-ce pas?

**M. David Pedlar:** Non. Elle peut certainement bénéficier du PAAC si ses besoins sont liés à l'état de sa pension ou si...

**M. Peter Stoffer:** C'est lié à l'état de sa pension, ce qui était ma prochaine question. Si une personne n'a pas de pension, reçoit-elle des services du PAAC?

**M. David Pedlar:** Oui, elle peut en recevoir. Il existe essentiellement deux grandes façons d'y avoir accès. En fait, il y a trois façons. La première est liée à l'admissibilité au service. Vous savez, vous devez avoir le bon type de service pour avoir accès au programme. La deuxième, c'est généralement dans le cadre d'une pension, ce qui veut dire que vous pourriez recevoir du ministère une pension d'invalidité, une pension d'invalidité pour raison médicale. La troisième façon concerne le revenu, et ces conditions peuvent être différentes dans diverses circonstances en raison de la complexité de nos critères d'admissibilité. Je pense que d'autres témoins en ont probablement parlé, et le document *Parole d'honneur* traite de préoccupations liées à la complexité de l'admissibilité.

**M. Peter Stoffer:** Oui et vous aviez mentionné le document *Parole d'honneur*.

Maintenant, ma prochaine intervention bien qu'elle ne vous soit pas adressée... Je le demanderai au ministre lorsqu'il se présentera. Mais comme vous le savez, au cours de la dernière campagne, il y a eu une promesse écrite d'offrir les services du PAAC à tous les anciens combattants de la Seconde Guerre mondiale et de la guerre de Corée et à leurs conjoints dès la formation d'un gouvernement. Je veux vous poser une simple question : Cela peut-il se faire immédiatement? Il n'était pas question d'un examen des soins de santé ou de l'examen d'une coalition de l'Ontario. La promesse disait « immédiatement » et beaucoup de gens se sont accrochés à ces mots.

Manifestement, il doit y avoir un problème quelque part, autrement le gouvernement aurait respecté cet engagement. Mais il ne l'a pas fait et je voudrais donc savoir s'il est possible de le faire immédiatement. Parce que vous avez tout particulièrement mentionné que le PAAC permettait d'épargner de l'argent. Si tel est le cas, si vous l'offriez à d'autres personnes, alors, visiblement, il permettrait d'épargner encore plus d'argent, si on poursuit ce raisonnement.

Voilà ce qui me frustre. Je viens de parler à une dame ce matin à Musquodoboit Harbour dont la maison a été inondée. Elle est la veuve d'un ancien combattant qui est mort il y a quelques années, mais parce qu'il n'a pas demandé les services du PAAC, elle n'est admissible à aucun avantage. C'est une frustration que partagent bon nombre de mes collègues à la Chambre lorsqu'ils doivent leur dire non.

Je comprends que vous effectuez un examen, mais j'ai toujours pensé qu'un ancien combattant était un ancien combattant. Il ne

devrait pas être complexe de répondre à un appel téléphonique. Si des personnes qui ont servi leur pays appellent pour demander des services, je comprends mal pourquoi il leur est si difficile de réussir à en obtenir.

• (1150)

**M. David Pedlar:** Je répondrais qu'il vaudrait mieux adresser une question de cette nature au ministre des Anciens combattants.

**M. Peter Stoffer:** C'est compréhensible.

Combien d'anciens combattants et/ou leurs conjoints meurent chaque jour dans ce pays? J'ai entendu des chiffres de l'ordre de 120 à 130. Cela comprend approximativement 70 à 80 anciens combattants et/ou leurs épouses. Est-ce un chiffre exact?

**M. David Pedlar:** Le chiffre que j'ai entendu à ce propos est environ 2 000 anciens combattants par mois qui ont servi en temps de guerre. Je ne suis pas certain du nombre de survivants, mais on peut répondre facilement à ces deux questions.

**M. Peter Stoffer:** D'accord. Alors quand prendra fin l'examen, monsieur?

**M. David Pedlar:** Je fais de la recherche dans le domaine de la santé et mes recherches contribuent à l'examen. Mais pour ce qui est de l'échéancier, c'est une autre question qui devrait être adressée au ministre des Anciens combattants.

**M. Peter Stoffer:** Merci beaucoup.

**M. David Pedlar:** De rien. Merci.

**Le président:** Merci beaucoup.

Nous laissons maintenant la parole au Parti conservateur du Canada et à M. Shipley pour sept minutes.

**M. Bev Shipley (Lambton—Kent—Middlesex, PCC):** Merci, monsieur le président.

Merci à vous deux, messieurs Hollander et Pedlar, de témoigner une fois de plus, car nous avons déjà eu le plaisir de vous entendre.

Je veux donner suite à la question de mon collègue au sujet des services ruraux. Je représente également une région rurale, bien plus rurale — quoique pas aussi éloignée que celle de mon collègue. Vous avez indiqué que vous aviez déjà effectué une étude. J'aimerais savoir quand vous l'avez faite.

**M. David Pedlar:** C'était il y a quelques années. Je pense que le rapport final a été publié il y a peut-être 18 mois ou deux ans.

**M. Bev Shipley:** D'accord. Comportait-il des recommandations?

**M. David Pedlar:** Il y aurait eu des suggestions. Je peux vous fournir ce rapport si cela vous intéresse.

**M. Bev Shipley:** Je pense que ce serait utile. Je vais demander de l'avoir.

**M. David Pedlar:** Puis-je demander que quelqu'un prenne cela en note pour que je puisse assurer le suivi?

**M. Bev Shipley:** Notre greffier prend des notes très soigneusement.

**M. David Pedlar:** Merci. Nous le ferons avec plaisir.

Et si jamais vous vouliez que quelqu'un vienne vous présenter cette étude, Norah Keating, qui est membre du Conseil consultatif de gérontologie et était responsable de cette étude, qui est maintenant devenue un livre, serait, j'imagine, enchantée de venir en parler.

**M. Bev Shipley:** Merci. Ce n'était qu'une question complémentaire, parce que je crois qu'il y a toujours une distinction entre les régions rurales et les régions urbaines, et comme mon collègue l'a dit, les régions éloignées, qui sont différentes.

Puis-je maintenant m'adresser à M. Hollander? Vous faites une distinction, mais lorsque nous avons parlé des infirmières — et c'était à la page 5 — vous avez dit qu'il ne faut pas être une infirmière pour dispenser la plupart des services fournis. Évidemment, nous comprenons pour ce qui est des services à l'extérieur, mais lorsqu'il s'agit des services à l'intérieur, en dehors de la préparation des repas, par exemple, lorsqu'il faut donner des soins de santé ou un bain et faire autre chose de ce genre, comment choisissez-vous les compétences qu'une personne doit avoir?

**M. Marcus Hollander:** En règle générale — et je crois que c'est certainement vrai en ce qui concerne les Anciens combattants et les systèmes de soins de santé continus des provinces — il y a habituellement un processus qui permet de signaler si une personne a besoin de soins; c'est-à-dire que les personnes pourraient appeler elles-mêmes ou encore un médecin ou un membre de la famille pourrait le faire. Il y aurait une brève évaluation pour déterminer la nature du problème et, s'il s'avérait que la personne nécessitait des soins de santé, il y aurait généralement une évaluation complète de la personne et aussi probablement du niveau de disponibilité de la famille quant à l'aide qu'elle peut apporter et ainsi de suite. Cette évaluation complète effectuée par l'évaluateur donnerait un très bon aperçu des besoins, des circonstances et du milieu de la personne. En fonction de cet examen et des discussions avec le client et un proche, un plan de soins serait élaboré qui correspondrait aux types de besoins établis; ce serait donc essentiellement dans le cadre du plan de soins que l'on déterminerait les types de services qui conviennent.

Il est certain que si des services professionnels et des services de soins infirmiers, notamment, sont nécessaires — il s'agit de services très importants — ils feraient partie du plan de soins et seraient fournis. Nous constatons souvent que les personnes ont aussi besoin de ces types de services auxiliaires qui s'inscriraient également dans le plan de soins.

Dans le cadre de ce processus, on déterminerait les besoins et on élaborerait un plan de soins. Par la suite, les services seraient autorisés comme il convient, soit en offrant les services directement par l'entremise du personnel de la santé dans la région de soins en question, soit en les achetant auprès de fournisseurs tiers, etc.

• (1155)

**M. Bev Shipley:** Le temps file, et j'ai encore une question à poser avant que le président ne me fasse signe. Je vous remercie de vos observations.

Je veux passer à la recherche dont vous avez parlé, le projet pilote de services à domicile pour les anciens combattants. Je pense bien saisir l'ensemble du projet pilote. Si j'ai bien compris, vous avez affirmé que le projet avait été élargi en 2001 et qu'une loi avait été adoptée en 2003, mais qu'il n'y avait eu aucune évaluation. Il semblerait que d'autres études aient été faites, et nous complétons maintenant une étude qui sera soumise en 2008.

Parlons-nous de la même chose?

**M. Marcus Hollander:** Oui, nous parlons de la même chose.

**M. Bev Shipley:** Aucune évaluation n'a eu lieu après l'adoption de la loi en 2003, alors nous avons une étude qui a débuté en 2001 et nous sommes à présent en 2007. En 2003, aucune évaluation n'a été faite. Savez-vous pourquoi?

**M. David Pedlar:** En fait, une évaluation à petite échelle a été réalisée au cours des deux premières phases, mais elle n'était pas aussi approfondie que nous le croyions nécessaire.

C'est en partie le Conseil consultatif de gérontologie qui a manifesté de l'intérêt pour une étude plus poussée. Il croyait qu'en plus d'être importante pour Anciens combattants, elle pouvait fournir des informations très utiles qui pourraient avoir beaucoup de répercussions à l'extérieur du ministère, dans le milieu des soins de santé en général.

**M. Bev Shipley:** Ce qui me préoccupe, c'est que nous avons quelque chose qui dure depuis... Vous n'obtiendrez rien pendant cinq ans, de 2003 à 2008. Je me demande pourquoi. Y a-t-il une bonne raison?

**M. David Pedlar:** Nous avons recueilli divers niveaux de données au fil du temps. Cependant, à l'heure actuelle, elles sont utilisées dans le cadre de l'examen des soins de santé.

Le programme ACSO fait partie de l'ensemble de l'examen des soins de santé. Les données que nous recueillons vont servir à poser diverses questions, par exemple si le PAAC devrait être plus général qu'actuellement. Ce type d'étude peut aider à répondre à cette question. On pourrait aussi demander s'il y a d'autres possibilités de remplacement entre les soins à domicile et les soins en établissement. Ces questions peuvent être élucidées et nuancées grâce à une étude de cette nature. C'est pourquoi elle est en fait très importante pour l'examen des soins de santé des anciens combattants qui est notre priorité actuelle.

En ce qui concerne la qualité des études, il y a divers niveaux de données. Plus les données sont précises, plus les études peuvent avoir des incidences. Comme cette étude permettra d'obtenir de très bonnes données, elle peut avoir des répercussions très importantes sur le ministère des Anciens combattants et aussi sur d'autres administrations responsables des soins de santé.

• (1200)

**M. Bev Shipley:** Merci beaucoup.

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

C'est maintenant au Parti libéral du Canada pour le deuxième tour, au cours duquel chacun aura droit cinq minutes.

Monsieur St. Denis, vous avez cinq minutes.

**M. Brent St. Denis (Algoma—Manitoulin—Kapusking, Lib.):** Merci, monsieur le président, et merci, messieurs, de nous aider aujourd'hui.

J'ai été très intrigué lorsque vous avez tous deux mentionné une économie de 3 000 \$ au cours de la troisième année, si j'ai bien noté, en faveur de ceux qui ont reçu des soins à domicile par rapport à ceux qui n'en ont pas eu. Je pense que cela va dans le sens de ce que nous avons tous entendu dire, à savoir qu'il nous coûte moins cher et qu'il est préférable d'aider les aînés à demeurer chez eux tant qu'ils le peuvent physiquement.

Ai-je bien noté le montant? Selon cette étude, les contribuables ou la société profitent, pour parler brutalement, du maintien des aînés à domicile, n'est-ce pas?

**M. Marcus Hollander:** C'est exact, et je pense que la différence était d'environ 3 500 \$ au cours de la troisième année de l'étude. Une expérience a été faite de façon vraiment naturelle en Colombie-Britannique, qui a décidé de ne plus assurer de services d'entretien ménager aux gens qui avaient besoin d'un minimum de soins. Quelques-uns des services de santé, comme nous les appelions à l'époque, ont pris cela très au sérieux et ont réduit leurs listes. Étant donné que d'autres ne l'ont pas fait, nous avons pu vérifier de façon naturelle la différence entre une région ayant réduit ses services et une autre ne l'ayant pas fait.

Lorsque nous avons ventilé les données de l'étude, nous avons constaté qu'en moyenne, si l'on comparait les deux groupes, la plus importante hausse des coûts se rapportait aux admissions en établissements de soins de longue durée — en proportion, plus de gens étaient admis dans un établissement, ce qui augmentait les coûts — et à l'utilisation de services hospitaliers. Au fond, les personnes qui n'obtenaient plus ces services se sont aperçues qu'elles pourraient avoir certains problèmes, pour diverses raisons, à cause de l'absence de ces services. Elles se sont donc rendues plus souvent à l'hôpital et étaient plus susceptibles d'être admises dans un établissement de soins de longue durée.

**M. Brent St. Denis:** Avant de poursuivre, j'ai une brève question connexe à poser. Selon l'étude, quel serait le nombre moyen d'heures de soins à domicile?

**M. Marcus Hollander:** Il n'aurait pas été très élevé. Je ne me rappelle pas le nombre exact d'heures, mais en règle générale, les personnes ayant besoin d'un minimum de soins en obtiennent probablement de quatre à six heures par mois. C'est-à-dire qu'une personne se rend chez elles, peut-être deux fois par mois, pour fournir des soins de base et faire de l'entretien ménager. Ces soins de santé étaient donc relativement peu coûteux.

**M. Brent St. Denis:** Encore une fois, pour reprendre vos termes, un investissement très modeste dans les soins à domicile a été extrêmement avantageux par rapport aux coûts d'admission en établissement et, bien entendu, aux visites connexes à l'hôpital et dans les urgences pour les personnes qui ne voulaient pas d'aide à domicile.

**M. Marcus Hollander:** C'est exact.

**M. Brent St. Denis:** Je pense que la plupart d'entre nous auraient deviné que c'était le cas, mais c'est bien d'avoir maintenant des études pour confirmer ce dont nous nous serions probablement doutés.

La personne était-elle admise en établissement ou recevait-elle des soins à domicile parce que les fonds en question provenaient du fédéral? Le financement était le même dans les deux cas. J'imagine que c'est ce qui a permis de réaliser une expérience comme celle-ci, parce que nous ne pouvons malheureusement pas faire ce genre de choses lorsque divers gouvernements sont concernés. Si nous sortons du milieu des anciens combattants pour passer à la population en général, nous avons alors affaire à un mélange de fonds provinciaux et fédéraux, et c'est plus difficile dans ce sens.

Y avait-il des obstacles provinciaux à l'expérience?

• (1205)

**M. Marcus Hollander:** Tout d'abord, l'étude a eu lieu essentiellement en Colombie-Britannique et elle visait le système de soins de santé continus de cette province. Il s'agissait des fonds du ministère de la Santé de la province. De toute évidence, compte tenu des transferts fédéraux, une partie du financement venait également du fédéral.

En fait, la province a décidé de consacrer plus de fonds aux personnes ayant besoin de soins plus complexes. C'était un choix stratégique.

Heureusement, l'Université de la Colombie-Britannique collabore depuis de nombreuses années avec le ministère de la Santé en Colombie-Britannique, et elle a une très bonne base de données d'ordre administratif, toutes confidentielles et ainsi de suite. Nous avons néanmoins pu utiliser cet ensemble de données, et certaines portent sur les services de soins à domicile, les établissements, les médicaments, les médecins et les hôpitaux. Il est possible, de façon anonyme, d'étudier les conséquences de certains changements de politiques, et c'est ce que nous avons pu faire.

**M. Brent St. Denis:** Merci.

**Le président:** Merci, monsieur St. Denis.

Nous en sommes à présent au Bloc québécois et à M. Gaudet, pendant cinq minutes.

[Français]

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

J'ai des questions simples à vous poser, messieurs. Les études qui ont été faites ont-elles été réalisées pour trouver des problèmes, ou pour trouver des solutions à ces problèmes?

[Traduction]

**M. Marcus Hollander:** D'après moi, le plus souvent, on fait des études sur certaines questions pertinentes en vue de décisions futures. Comme elles vont contribuer à formuler des politiques, vous ne seriez probablement pas parfaitement au courant du contexte. En faisant une bonne recherche thématique, on peut obtenir des informations pertinentes à ce sujet et, selon ce dont il s'agit, faire ressortir certains choix stratégiques.

En ce qui concerne le type de recherche que nous avons menée jusqu'ici dans le cadre de ce projet, nous examinons les niveaux de satisfaction ainsi que les coûts. Ce n'est pas simplement une étude des coûts; nous étudions également la contribution des soignants et la satisfaction à l'égard des services.

Nous avons constaté que, dans le cas de personnes ayant des besoins similaires en matière de soins, les soins à domicile représentent d'habitude — pas toujours, mais en moyenne — une solution plus économique. Ainsi, en fait, les gens préfèrent généralement demeurer chez eux. Donc, si les gens préfèrent rester chez eux lorsqu'ils peuvent obtenir les soins dont ils ont besoin et qu'ils en sont satisfaits, alors cette option pourrait être envisagée par les décideurs dans l'optique d'investir davantage dans les soins à domicile, au lieu des soins en établissement.

Cela dit, il faut continuer de reconnaître l'importance des soins en établissement pour les personnes qui ont besoin de ce type de service. En règle générale, il faut espérer que les données recueillies amènent des améliorations et des solutions.

**M. David Pedlar:** Je suis d'accord avec Marcus. Pour résumer, l'étude avait véritablement deux objets. Le premier était d'examiner attentivement le Programme pour l'autonomie des anciens combattants, ce qui n'avait pas été fait jusqu'à maintenant, afin de nous aider dans l'élaboration de notre politique, plus particulièrement dans le contexte de l'examen des soins de santé des anciens combattants, une entreprise considérable.

Le deuxième objet avait trait à l'intérêt manifesté à l'égard du Programme pour l'autonomie des anciens combattants par d'autres administrations au Canada et à l'étranger. La meilleure façon de donner des renseignements au sujet des pratiques exemplaires est par le biais d'une étude de haute qualité, comme celle-ci.

[Français]

**M. Roger Gaudet:** Merci. J'y reviendrai plus tard, si j'ai le temps.

Ma deuxième question porte sur les soins à domicile. Votre priorité est-elle la santé, ou l'entretien? Je pense que c'est très important. C'est bien beau de dire que ça coûte moins cher, mais nos anciens combattants nous ont donné notre liberté. Les soins de santé sont aussi importants que le fait d'avoir un beau gazon et toutes sortes de choses à l'extérieur de la maison. Je pense que ce qui est important est à l'intérieur, et c'est l'ancien combattant et sa famille.

J'aimerais donc savoir ce que vous entendez, vous, par « soins de santé ». Je ne vous dis pas que l'entretien n'est pas important. Il ne faut pas que ça ait l'air du diable. Mais, pour moi en tout cas, les soins de santé sont très importants.

• (1210)

[Traduction]

**M. David Pedlar:** J'ai parlé plus tôt du concept d'intégralité. J'entendais par là qu'il faut disposer d'une série d'options pour répondre à l'éventail de besoins des anciens combattants. S'ils ont besoin d'un niveau de soins élevé qui pourrait exiger la prestation de soins de santé et de soins professionnels plus poussés, nous voulons nous assurer que ces soins leurs sont accessibles. S'ils ont besoin de services non professionnels, nous voulons garantir qu'ils y aient aussi accès.

Je pense que la question de l'entretien est davantage liée à la politique nationale. Même si Anciens Combattants Canada fournit des services d'entretien et juge que tous les volets de son programme ont leur importance, on tend actuellement à s'éloigner des services d'entretien et à mettre l'accent sur les soins de santé professionnels.

D'après l'expérience d'Anciens Combattants Canada et des responsables du Programme pour l'autonomie des anciens combattants, l'intégralité importe beaucoup, et les services d'entretien aussi, tout comme les autres volets de la gamme de soins offerts, dont ceux qui nécessitent les services de fournisseurs professionnels de soins de santé. Tous les aspects comptent, et il faut que le programme puisse répondre à une vaste gamme de besoins.

**Le président:** Merci beaucoup.

Nous donnons maintenant la parole à M. Sweet, du Parti conservateur du Canada, pour cinq minutes.

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

Merci, messieurs Pedlar et Hollander, pour votre bon travail.

Je crois savoir que l'année dernière, 12 000 nouveaux clients se sont joints au Programme pour l'autonomie des anciens combattants. Pouvez-vous tout d'abord me dire si c'est exact et comment cela s'est-il produit? Est-ce le résultat de la campagne téléphonique dont nous avons entendu parler? Comment ces personnes se sont-elles jointes au programme?

**M. David Pedlar:** Malheureusement, je ne peux donner de réponse précise à cette question, mais je peux la trouver pour vous. Je ne m'occupe pas des données liées à la prestation du programme au jour le jour.

Je sais qu'un grand nombre de clients se sont joints au programme au cours des dernières années, grâce à l'extension des services aux

principaux dispensateurs de soins, mais je ne suis pas tout à fait certain de la répartition des nouveaux clients. Cette information se trouve cependant.

**M. David Sweet:** Vous avez mentionné dans votre déclaration que le Programme pour l'autonomie des anciens combattants compte 100 000 clients partout au Canada à ce jour. Si vous offriez le programme à toutes les personnes qui pourraient en bénéficier, quelle serait la charge de travail?

**M. David Pedlar:** Je ne détiens pas non plus ce type de renseignements précis. Toutefois, la question de la charge de travail est complexe. Il ne s'agirait pas simplement de diviser le nombre de dossiers par le nombre de gestionnaires. Il faudrait tenir compte du nombre de clients qui, à notre avis, nécessitent différents niveaux de service. Les clients qui nécessiteraient le niveau de service le plus élevé seraient ceux qui ont besoin de soins de santé plus poussés.

L'un des facteurs qui caractérise le Programme pour l'autonomie des anciens combattants est le large éventail de besoins de ses bénéficiaires. Nous avons beaucoup de clients qui nécessitent relativement peu de soins et dont le dossier est, par conséquent moins difficile à gérer, et nous avons aussi des clients qui nécessitent des soins intermédiaires et d'autres qui ont des besoins poussés en matière de soins de santé.

**M. David Sweet:** Bien. Je savais qu'il y aurait différents niveaux, mais nous n'avons pas les données de toute façon.

**M. David Pedlar:** Je ne peux pas répondre de façon précise à votre question.

**M. David Sweet:** D'accord.

Vous dites que des constatations ressortiront de cette étude en 2008. M. Shipley vous a posé une série de questions, et je dois admettre que je suis un peu perplexe. Quand a commencé cette étude dont nous connaissons les constatations au printemps de 2008?

**M. David Pedlar:** La collecte de données a commencé il y a un an et demi.

C'est exact, Marcus?

**M. Marcus Hollander:** Oui. Je crois que la collecte a débuté en 2006.

**M. David Pedlar:** La collecte de données a commencé en 2006.

• (1215)

**M. David Sweet:** J'ai une autre question: dans l'ensemble des études réalisées, a-t-on déjà examiné ou proposé d'examiner le recours aux services d'un médecin et le coût des visites à domicile? Autrement dit, réaliserait-on des économies si on effectuait des visites à domicile pour évaluer la santé des anciens combattants au lieu que ceux-ci aient à se rendre à un cabinet de médecin ou à un hôpital?

**M. David Pedlar:** Je n'ai pas de réponse précise à cette question non plus. Nous avons recours à des professionnels de la santé pour différentes choses. Ils procèdent entre autres à des examens médicaux aux fins de pensions. Nos équipes de prestations de soins comportent aussi des conseillers médicaux qui travaillent pour le Programme pour l'autonomie des anciens combattants dans nos bureaux de district. Il y a donc des médecins qui participent à la prestation de soins de santé et à la prise de décisions médicales; toutefois, ce sont surtout les conseillers médicaux et d'autres professionnels de la santé qui effectuent des visites à domicile.

Je n'ai donc pas vraiment de réponse précise à la question. Je ne sais pas si Marcus a une certaine connaissance de modèles axés sur les visites de médecins à domicile.

**M. Marcus Hollander:** Non.

Je crois que c'est un sujet important qui, en fait, vaudrait la peine d'être étudié. À mon avis, pour appliquer le modèle de façon plus générale, il faudrait établir des rapports entre le système de soins primaires et le système de soins continus, pour voir quelles options s'offriraient aux médecins et les inciteraient à faire ce genre de visites à domicile ou peut-être à travailler dans le domaine des soins à domicile.

Dans certains organismes de soins à domicile du pays, on a établi des contrats avec des médecins. Je crois que dans un cas, à Toronto, il s'agissait du responsable de la médecine familiale de l'hôpital. On reconnaît qu'il doit y avoir des liens plus solides avec les médecins. Alors, si un organisme de soins à domicile a un médecin, il peut établir un lien avec les médecins de l'hôpital pour faciliter l'autorisation de sortie, et aussi avec les médecins locaux, en ce qui concerne les soins.

Donc, le rôle des médecins est très important dans tout cela, mais je ne suis pas au courant de circonstances où il existe un programme de visites à domicile en tant que tel. Je crois que certains médecins le font, mais je crois que c'est limité actuellement.

Mais c'est un sujet important, et...

**M. David Sweet:** Je n'ai qu'une autre question à poser.

Je suis heureux que vous trouviez que le sujet vaut la peine d'être étudié.

**Le président:** Merci beaucoup.

Merci infiniment, monsieur Sweet. Six minutes et neuf secondes.

La parole est maintenant à M. Valley, du Parti libéral, pendant cinq minutes.

**M. Roger Valley:** Merci.

Je veux revenir rapidement à une question à laquelle je n'ai pas obtenu de réponse. C'est à propos des régions urbaines, rurales et éloignées.

Quand vous m'avez répondu, vous avez parlé, entre autres, des différentes façons d'identifier les personnes qui présentent un risque élevé. Je pense que les personnes qui vivent en milieu rural devraient peut-être, dès le départ, être considérées comme présentant un risque plus élevé. Vous avez mentionné un peu plus tôt qu'il existe des échanciers et que les soins nécessitent davantage de planification.

Nous sommes habitués à ce genre de chose en milieu rural. Nous comprenons ce que signifie voyager pour obtenir des services et tout le reste, mais je dirais presque que les régions rurales devraient être considérées comme présentant un risque plus élevé, et les régions éloignées devraient définitivement l'être, car elles ont très peu ou pas de services, et presque aucune option de déplacement. Je parle des endroits où l'on se rend en avion, à l'extrême.

Pour revenir aux deux études dont vous avez parlé, avons-nous manqué quelque chose en ne mettant pas davantage l'accent sur la manière dont nous servons les régions rurales?

**M. David Pedlar:** Je conviens que nous devrions continuer de nous pencher sur cette question. C'est un défi, et je crois que vous avez bien fait de souligner que nous devrions continuer de l'examiner. Je crois que c'est important.

En ce qui concerne la définition du risque, je crois que c'est plus ou moins ce que je disais. Toute personne vivant en milieu rural ne

présenterait pas nécessairement un risque plus élevé, mais ce serait le cas pour des personnes en milieu rural présentant certains facteurs de risque, comme celles qui vivent seules ou qui nécessitent un niveau plus élevé de soins. Pour des besoins équivalents, elles présenteraient un niveau de risque plus élevé, en raison de problèmes qui pourraient être liés à l'accès aux services de soutien.

Je suis donc généralement d'accord avec le sens de vos commentaires.

• (1220)

**M. Roger Valley:** Alors, en ce qui concerne notre comité, quand deux études sont en cours, que nous attendons un rapport et que nous ne voulons pas le retarder de quelque façon que ce soit, comment pouvons-nous faire participer ces personnes et obtenir une étude qui montre certaines des différences flagrantes? Je crois qu'il y en a.

**M. David Pedlar:** Un peu plus tôt, on a mentionné brièvement une experte, Norah Keating, membre du Conseil consultatif de gérontologie, qui a mené une étude que nous avons financée et dans le cadre de laquelle nous avons collaboré avec l'Université de l'Alberta et la Légion royale canadienne. Le comité voudra peut-être en savoir davantage sur cette étude, et nous serions heureux de partager cette information avec vous afin que vous puissiez examiner les résultats de ces travaux et discuter de quelle manière cela pourrait orienter la prestation de soins aux anciens combattants. Nous aimerions également avoir votre opinion sur le sujet.

**M. Roger Valley:** Merci. Je crois qu'elle a déjà témoigné devant nous. Peut-être pourrait-elle revenir.

Je vais vous donner tous les deux une option. Vous parlez à des politiciens. Si vous pouviez résumer tout cela en deux ou trois phrases chacun, dites-nous ce qui doit être réglé. Vous avez soulevé plusieurs points. Vous avez deux études en cours et elles seront fournies. Mais que pourrions-nous faire dès maintenant pour améliorer la situation de ces anciens combattants?

Vous avez indiqué que nous en perdons un bon nombre, ainsi que leur famille, en raison de l'âge et de tout le reste. Dites-nous en deux ou trois phrases ce que vous feriez dès maintenant pour changer cela, sans toutes ces études qui sont sources de tergiversations, ni les lois qui prennent du temps, ni les mesures gouvernementales qui s'éternisent. Que feriez-vous si vous pouviez appuyer sur un bouton et changer les choses pour ces personnes que nous essayons de servir?

**M. David Pedlar:** Je répondrai à cette question en quelques points.

Je crois que le document *Parole d'honneur* constitue un bon modèle et, bien qu'il ne puisse pas être réalisé immédiatement, certains des principaux points visent un programme de soins de santé intégré unique. Cela ne se fait pas du jour au lendemain, mais pourrait probablement être réalisé dans une période relativement courte si des décisions sont prises pour l'appuyer.

La simplification de l'admissibilité à notre programme est un autre point. C'est depuis longtemps un obstacle pour les anciens combattants.

Un autre point serait de s'assurer que nos outils d'évaluation sont prêts à mesurer les besoins en matière de soins et de niveaux de soins, et qu'ils sont aussi bien conçus que possible. Nous disposons de bons outils, mais nous pourrions les améliorer avec le temps.

Rendre le continuum de soins plus complet. Ça rejoint aussi ce qu'indique le document *Parole d'honneur*. Certains des points du continuum devraient probablement comporter davantage d'options et nous devrions avoir la souplesse d'utiliser ces options, comme les logements avec services de soutien.

Compte tenu des études sur lesquelles je crois que le Dr Hollander travaille, il pourra probablement nous dire plus précisément si nous pouvons faire certaines choses dès maintenant à propos du remplacement des soins. Dans notre modèle de soins actuel, cela voudrait dire se demander s'il existe d'autres possibilités de remplacement des soins, ainsi que garder les gens à leur domicile plus longtemps, si c'est ce qu'ils veulent. Je crois que ces études pourraient aussi aider à déterminer certaines possibilités dans ce domaine.

Enfin, les soins informels sont un domaine d'intérêt actuellement, et nous pouvons les soutenir de certaines façons. Je crois que notre étude nous éclairera aussi sur cette question.

**M. Roger Valley:** Merci beaucoup.

**Le président:** Très bien. M. Sweet n'a pas terminé sa dernière série de questions, et c'est maintenant au tour du Parti conservateur.

Monsieur Sweet, vous avez cinq minutes.

**M. David Sweet:** Merci, monsieur le président.

Docteurs, je vais donner suite à une question, et mon collègue, Ron Cannan, aura ensuite quelques questions pour vous.

Je suis heureux que vous pensiez qu'il puisse être avantageux d'inclure des médecins pour les visites à domicile, en particulier dans le type d'étude mené dans la communauté urbaine de Toronto, où le nombre d'anciens combattants est plus élevé. Mais je peux aussi comprendre la préoccupation de M. Valley à propos du fait d'éviter aux anciens combattants tous les déplacements qu'ils devraient effectuer pour recevoir les soins médicaux que seul un médecin pourrait leur prodiguer.

Mais ma dernière question est la suivante. Dans votre déclaration, vous avez mentionné certaines conclusions préliminaires qui se dégagent de votre étude. Vous avez aussi eu la gentillesse d'indiquer qu'à notre demande, vous nous en feriez part. Pourriez-vous nous présenter certaines des conclusions préliminaires du rapport, qui devra être soumis intégralement au printemps 2008?

• (1225)

**M. David Pedlar:** Je demanderai à Marcus s'il aurait l'obligeance de faire un survol de certains des thèmes des conclusions préliminaires, afin d'appuyer les travaux du comité.

**M. Marcus Hollander:** Je le ferai avec plaisir.

Voici quelques constatations principales, qui ressemblent à celles d'autres études.

Si on uniformisait les besoins en soins et que l'on adoptait un système de classification permettant de regrouper les clients par catégories semblables de besoins de sorte à pouvoir faire des comparaisons de même nature, il serait vraisemblablement moins coûteux de fournir des soins à domicile. Par conséquent, Anciens Combattants Canada aurait intérêt à examiner si ses politiques actuelles limitent la quantité de ressources disponibles et à étudier la possibilité de prendre soin des anciens combattants plus activement dans leur collectivité.

Les données semblent indiquer qu'il serait moins coûteux de prendre soin de gens ayant des besoins semblables s'ils pouvaient rester dans la collectivité. D'après moi, il y aurait donc des occasions de recourir au genre de substitution dont parlait David. Cependant, il

faudrait faire attention, car même si les substitutions coûtent moins cher, elles ne s'appliqueraient pas nécessairement à tout le monde. De fait, il faudrait les envisager dans le cadre d'un processus d'évaluation approprié et ainsi de suite, mais les occasions sont là.

Je voudrais mentionner une autre constatation, indirecte cette fois-ci, qui a été faite dans d'autres études également. C'est que les occasions de substitution... D'abord, les données révèlent qu'on peut faire des substitutions. Habituellement, les substitutions sont plus efficaces lorsqu'elles sont faites à l'intérieur d'un programme intégré où on jumelle des services et des procédures aux besoins d'une personne, conformément à la vision énoncée dans le document intitulé *Parole d'honneur*.

Nous avons également constaté que les conjointes contribuent énormément à la prestation des soins. La plupart des personnes visées par l'étude sont des anciens combattants et des hommes, et l'apport des conjointes est important, alors, s'il y a quelque chose qu'on peut faire pour améliorer la situation des conjointes, il serait bon de l'étudier. En effet, nous avons des documents sur l'apport des conjointes.

Par ailleurs, la capacité de faire efficacement des recherches, des analyses et de la planification repose notamment sur l'utilisation d'un bon outil d'évaluation qui est uniforme et qui a été validé, ainsi que sur un système de classification des clients qui est cohérent dans toutes les catégories de soins. Nous avons employé ce genre d'outil dans notre étude, et nous estimons qu'il s'agit là d'un point très important. De fait, si on n'a pas ce genre d'outil, il est impossible de faire les comparaisons de même nature dont nous avons parlé tantôt.

Nous avons aussi fait une constatation relativement aux genres de services que paie Anciens Combattants Canada. Le ministère a deux ou trois programmes offrant un mélange de services offerts habituellement par un programme de soins à domicile ou de soins continus ou encore par un programme élargi d'avantages médicaux. Nous soulignons ce point pour savoir s'il serait approprié d'étudier la possibilité de reconnaître ces distinctions.

Voilà les principales constatations dont nous pouvons parler en ce moment.

**Le président:** Merci beaucoup.

L'intention de M. Sweet était d'allouer un certain temps à M. Cannan, mais nous sommes rendus à 5 minutes 24 secondes, alors nous donnerons la parole à M. Stoffer du NPD. Après ce sera au tour du Parti conservateur, et M. Cannan pourra parler.

C'est maintenant au tour de M. Stoffer et du Nouveau Parti démocratique. Vous avez cinq minutes.

**M. Peter Stoffer:** Merci beaucoup, monsieur le président.

Je vous remercie, messieurs, de la réponse que vous avez fournie à mon collègue, David Sweet.

Nous avons entendu que 12 000 nouveaux clients ont commencé à recevoir des services du PAAC, mais nous n'avons reçu aucune documentation à cet égard. Vous nous avez dit que vous n'êtes pas la personne-ressource en matière de données, mais si vous pouviez obtenir l'information, nous vous en serions reconnaissants. Nous voudrions savoir combien de personnes, parmi celles qui ont commencé à recevoir des services du PAAC depuis que le gouvernement a pris le pouvoir, sont de nouveaux clients. De plus, pouvez-vous nous dire combien de personnes n'en reçoivent plus en raison de leur décès ou du fait qu'elles n'y sont plus admissibles?

Monsieur, vous venez de dire dans votre conclusion que vous avez maintenant des données sur ce que font les conjointes pour les anciens combattants. Vous avez des données documentées. C'est ce que vous avez dit, je crois. Je trouve cela plutôt incroyable, parce que je ne sais pas pourquoi il vous faut une étude ou des preuves pour constater ce que font les conjointes d'anciens combattants. Vous n'avez qu'à leur parler ou visiter un Centre de ressources pour les familles des militaires. La réponse est très simple. Sans elles, le gouvernement ne pourrait pas faire son travail, et beaucoup de ces hommes n'auraient pas pu survivre aux horreurs qu'ils ont vécues durant la Seconde Guerre mondiale, en Corée, en Bosnie et, maintenant, en Afghanistan, et à tout le reste. Elles jouent un rôle extrêmement crucial dans la prestation de soins à nos anciens combattants.

J'avoue très franchement que je trouve incroyable que vous ayez des données documentées là-dessus. Cela dit, si on se fie à vos données, selon lesquelles plus de 2 000 anciens combattants meurent chaque mois — et j'estime qu'au moins la moitié de leurs veuves et de leurs conjointes meurent aussi —, on peut dire que 3 000 personnes meurent chaque mois. C'est donc dire qu'entre février 2006, quand ce gouvernement a été formé, et la diffusion de votre rapport en avril, 78 000 anciens combattants ou leurs conjointes seront morts depuis la publication du document *Parole d'honneur*.

Une fois que le gouvernement aura pris connaissance du document, ce dernier devra faire l'objet d'une étude par les fonctionnaires des divers ministères et par le Cabinet. Si des élections sont déclenchées, cette étude sera repoussée encore davantage — remarquez, cela ne vous regarde pas — et la réalité est que des milliers d'autres mourront avant de pouvoir bénéficier des résultats d'une façon ou d'une autre. Cela me frustre de savoir que beaucoup de gens appellent régulièrement pour obtenir une simple réponse en matière de services d'entretien du terrain et d'entretien ménager — non pas de services de santé, mais de services d'entretien du terrain et de services à domicile. C'est tout ce qu'elles demandent, et on leur refuse à tout coup.

Pouvez-vous donc me dire pour quelles raisons les services d'entretien ménager et les services d'entretien général sont visés par l'Examen des services de santé?

•(1230)

**M. David Pedlar:** Nous définissons les soins de santé au sens large de sorte à inclure les divers aspects du mieux-être des clients. Cette définition générale est conforme aux modèles exemplaires de prestation de soins pour les aînés. Elle englobe la capacité de fonctionner à la maison et dans la collectivité et n'est pas limitée à ce que l'on considère traditionnellement comme étant des problèmes d'ordre médical. Nous prenons donc les soins de santé dans leur ensemble, comme cela devrait se faire pour les personnes âgées.

Pour ce qui est des questions liées aux études, aux échéances et à tous les autres points soulevés, je peux vous assurer que les

constatations préliminaires et les données antérieures recueillies pour l'étude sont utilisées à des fins de planification, dans le cadre de l'Examen des services de santé pour anciens combattants, à mesure qu'elles sont disponibles. Nous n'avons pas besoin d'attendre au printemps 2008 pour pouvoir mettre à profit les résultats de recherche. Nous en profitons actuellement, en partie, en veillant à ce qu'il y ait une collaboration étroite entre l'équipe d'Anciens Combattants chargée de l'Examen des services de santé pour anciens combattants et l'équipe de recherche dirigée par le Dr Hollander. Il y a une interaction directe entre les deux équipes, ce qui permet d'échanger des constatations à mesure qu'elles sont disponibles, même si elles sont préliminaires.

Nous n'attendons donc rien. Nous utilisons ce que nous avons à mesure que nous avançons, et nous le mettons à profit.

**M. Peter Stoffer:** Merci.

Lorsque vous répondrez à la question de M. Sweet concernant le nombre de personnes nouvelles participant au PAAC et que vous aurez répondu à la mienne sur le nombre de personnes qui ont quitté le Programme, pourriez-vous nous préciser le nombre de personnes dont la demande de participation au PAAC a été rejetée?

Je vais vous donner un exemple rapidement, celui de Chris Beattie, une femme d'Halifax. Son mari, qui est décédé, était un ancien combattant. Il avait présenté sa demande au PAAC avant son décès. Il a été admis au Programme, mais, pour reprendre les mots de Mme Beattie, il a eu l'audace de mourir avant de commencer à recevoir des services, alors elle s'est vu refuser l'accès aux services du PAAC.

Ce genre de situation frustrante, monsieur, nous en voyons tous les jours. Je voulais vous faire part de cet exemple.

Merci.

•(1235)

**M. David Pedlar:** Nous vous remercions de votre rétroaction.

**Le président:** Merci beaucoup.

J'aurais presque souhaité répondre à la question de M. Stoffer. Je lui suis reconnaissant de poser ce genre de questions à la Chambre. Il fait bien. C'est ce que j'espérais qu'il fasse.

J'aimerais vous faire part de mes réflexions à ce sujet. Pour certaines personnes âgées de plus de 80 ans qui habitent dans mon quartier, le fait de pelleter la neige pour dégager l'entrée ou de faire ce genre de travaux dans des conditions hivernales pose un risque pour la santé, car elles peuvent tomber et se casser la hanche ou subir d'autres blessures semblables. C'est sans compter que cela est dur pour leur cœur, notamment.

Nous passerons la parole, pour les cinq prochaines minutes, à M. Cannan du Parti conservateur.

**M. Ron Cannan (Kelowna—Lake Country, PCC):** Merci, monsieur le président. Je remercie aussi nos témoins de cet après-midi.

On a répondu à la plupart de mes questions. Je suis également d'accord avec l'idée que les soins de santé touchent la qualité de vie. Nous devons en tenir compte.

Je représente la circonscription de Kelowna—Lake Country, située dans la vallée de l'Okanagan en Colombie-Britannique. Si vous connaissez Victoria et l'Université de la Colombie-Britannique et si vous étudiez la gérontologie et la philosophie du vieillissement chez soi, vous savez sans doute que notre région regroupe le plus fort pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus. Ce groupe représente environ 16 % de la population de Kelowna. Pour sa part, Victoria, bien sûr, compte le plus grand nombre de personnes âgées de plus de 80 ans. D'excellentes recherches ont été menées dans notre province.

M. Aboott, notre ministre de la Santé, et le premier ministre Campbell ont adopté une approche de soins à domicile et d'aide à la vie autonome, de préférence au placement en établissement ou à l'hospitalisation, pour des raisons économiques et pour assurer la qualité de vie. Je crois que nous avons un modèle à notre disposition et que nous avons les résultats de la recherche. Tous comme mes collègues ici présents, un grand nombre de mes électeurs demandent que l'on apporte des améliorations à un programme qui ne fonctionne pas et qui doit être remanié.

Je vais donc m'en tenir à une question, pour résumer toutes les discussions que nous avons eu avant d'entendre les témoins. Si le comité terminait de compiler toute l'information reçue des témoins et présentait un rapport, enserré dans une belle boucle, avant le congé des Fêtes, est-ce que cela permettrait d'accélérer le passage du projet de loi au cours de la nouvelle année?

**M. David Pedlar:** Je ne peux pas vraiment me prononcer sur le calendrier législatif. Je peux toutefois dire que l'information produite par le comité sera certainement très utile, puisqu'elle pourra éclairer l'examen des soins de santé en cours et les projets de recherche que nous menons.

Dans l'établissement des politiques de santé, nous utilisons évidemment différentes sources de renseignements, chacune apportant des éléments importants. Par exemple, les projets de recherche et les études que nous effectuons nous permettent de recueillir des éléments d'information essentiels. Toutefois, le genre de conseils que peut apporter le comité est tout aussi primordial.

Le comité a eu le plaisir et l'occasion de discuter à fond avec des spécialistes de toutes sortes au cours des derniers mois. Pour ma part, j'ai eu l'occasion de lire la transcriptions des délibérations tenues au cours des dernières réunions. Je suis convaincu qu'un rapport de votre comité sera utile et jouera un rôle important dans le processus.

**M. Ron Cannan:** Parfait. Nous avons abordé cette question brièvement au cours de la dernière réunion du comité. Si nous pouvons atteindre un consensus après la conférence téléphonique, nous pourrions, espérons-le, terminer notre rapport. En tant que député conservateur, je ferai tout mon possible pour accélérer l'adoption du projet de loi.

Merci, monsieur le président, et merci aux témoins.

**Le président:** Merci.

J'ai déjà épuisé la liste des intervenants.

**M. Brent St. Denis:** J'aimerais intervenir brièvement, monsieur le président.

**Le président:** M. Brent St. Denis, député libéral.

**M. Brent St. Denis:** J'ai une question pour vous messieurs. Elle porte sur l'étude fascinante dans laquelle on compare un groupe de vétérans qui n'ont pas eu accès au PAAC et qui ont été institutionnalisés, ou disons plutôt placés dans des établissements pour être plus juste, à un groupe de vétérans qui ont obtenu des soins à domicile et qui, par conséquent, ont pu éviter d'être placés dans un

foyer. Dans le cadre de l'étude qui nous a été présentée aujourd'hui — le critère le plus facilement observable étant les coûts — est-il possible de mesurer la qualité de vie? Un jour, ce sera mon tour, ou celui de ma famille agissant en mon nom, je suppose. Après avoir parlé à un grand nombre de personnes âgées, je constate qu'elles semblent plus heureuses lorsqu'elles peuvent rester chez elles, qu'elles n'ont pas besoin d'être placées dans un établissement de soins.

Existe-t-il un moyen de mesurer les avantages liés à la qualité de vie que procure le fait de pouvoir rester chez soi et de savoir si cela contribue à la longévité? Peut-on mesurer les bienfaits indirects pour la santé de vivre dans sa collectivité, dans un milieu familial, avec son conjoint, s'il est encore en vie, ou des membres de sa famille? Est-il possible de mesurer cet aspect de la qualité de vie?

• (1240)

**M. David Pedlar:** La réponse à votre question est oui, mais je laisserai à Marcus le soin de vous expliquer exactement comment l'on mesure ces éléments dans le cadre de l'étude.

**M. Marcus Hollander:** Il existe des échelles permettant de mesurer la qualité de vie; nous les avons utilisées par le passé. Chacune comporte des forces et des faiblesses. Toutefois, si l'on examine les résultats des études, on constate que les critères évalués englobent généralement la satisfaction à l'égard des services, tant pour les clients que les fournisseurs de soins, et la qualité de vie des particuliers.

De façon générale, il apparaît que les résultats touchant la satisfaction et la qualité de vie sont comparables pour les personnes habitant dans la collectivité et parfois même plus élevés. Les résultats varient légèrement selon les études, et selon que l'on se penche sur l'un ou l'autre de ces facteurs. Cependant, c'est ce qui se dégage généralement des résultats.

La deuxième partie de votre question porte sur un aspect qui serait plutôt évalué dans le cadre d'une étude longitudinale, où l'on suit un groupe de personnes sur une certaine période afin de tenir compte, entre autres, de la durée du placement en établissement aux fins de comparaison. À ce que je sache, il y a eu peu d'études jusqu'à maintenant sur cette question. Il s'agit certes d'un point important.

Les études longitudinales sont plus complexes, surtout lorsqu'on veut mesurer les aspects dont nous parlons, car il faut le faire sur une certaine période. Le niveau de satisfaction peut changer au fil du temps, par exemple.

Ces études sont difficiles à mener, mais vous avez soulevé un point important. On veut certainement que les études donnent de l'information sur la satisfaction et d'autres résultats. Lorsque l'on cherche à déterminer l'efficacité par rapport au coût, il est important d'examiner à la fois les résultats et les coûts.

**M. David Pedlar:** Si vous me permettez, en ce qui concerne la deuxième question touchant les répercussions sur la santé, j'ajouterais à la réponse de Marcus que s'il faut une stratégie complexe pour vraiment bien mesurer cet aspect, on peut, dans les faits, poser cette question dans le cadre d'une étude transversale, soit le genre d'études que nous faisons. Même s'il ne s'agit pas d'un instrument de mesure aussi rigoureux, il est utile d'obtenir ce genre d'information en demandant aux gens, de façon hypothétique, de décrire certains des avantages de rester chez soi plus longtemps.

**M. Brent St. Denis:** Merci, monsieur le président.

Merci aux témoins.

**Le président:** Merci.

J'ai de nouveau épuisé la liste des intervenants. Nous n'avons pas encore tout à fait terminé, puisque je pense que certains membres souhaitent soulever quelques points.

Je tiens à remercier nos deux témoins, M. Hollander et M. Pedlar. Merci beaucoup. Dès que vous nous quitterez, nous discuterons de la préparation du rapport. J'espère que celui-ci vous aidera. Merci beaucoup pour votre témoignage.

Je regrette que la tempête ait empêché certains membres du comité et d'autres personnes de se présenter en personne, mais heureusement nous avons pu assurer votre participation par téléconférence.

**M. David Pedlar:** Merci. Le plaisir était pour moi.

**M. Marcus Hollander:** Merci beaucoup.

**Le président:** Merci.

**Des voix :** Bravo!

**Le président:** Je tiens à signaler aux membres du comité que j'ai parlé à Michel. Il a indiqué qu'il est peu probable que ce soit mardi

prochain, mais que ce pourrait être jeudi, juste avant le congé. Nous pourrions peut-être discuter d'un rapport sur le sujet. Le délai est court, je sais, puisque nous n'avons pas beaucoup de temps avant le congé. Nous ferons toutefois de notre mieux.

Je crois que M. Shipley se penche pour parler...

● (1245)

**M. Bev Shipley:** Non, monsieur le président, vous venez de résumer la question. C'est probablement ce qui se produira. Nous avons eu une longue discussion aujourd'hui au sujet des études et du manque de temps. Je crois que tout le monde ici présent veut aller de l'avant. Si nos attachés de recherche peuvent nous préparer au moins une ébauche pour que nous puissions en discuter avant le congé, ce serait merveilleux et très apprécié des anciens combattants.

**Le président:** Merci.

Est-ce qu'il y a quelque chose à ajouter sur ce point? Non? Parfait.

La séance est levée.

---





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

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

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

**Also available on the Parliament of Canada Web Site at the following address:**

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

---

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

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