



Chambre des communes
CANADA

**Sous-comité des anciens combattants du Comité
permanent de la défense nationale et des anciens
combattants**

SVAC • NUMÉRO 004 • 1^{re} SESSION • 38^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le lundi 13 décembre 2004

—
Président

M. Anthony Rota

Toutes les publications parlementaires sont disponibles sur le
réseau électronique « Parliamentary Internet Parlementaire » à l'adresse suivante :

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

Sous-comité des anciens combattants du Comité permanent de la défense nationale et des anciens combattants

Le lundi 13 décembre 2004

•(1105)

[Traduction]

Le président (M. Anthony Rota (Nipissing—Timiskaming, Lib.)): Bonjour.

Je pense que nous allons commencer. Nous laissons un peu plus de temps aux retardataires à cause du mauvais temps. Je suis sûr que les membres vont arriver petit à petit dès que nous aurons commencé.

Ce matin, nous accueillons des représentants du ministère des Anciens combattants. Ce sont Verna Bruce, la sous-ministre adjointe—merci d'être venue—et John Walker, le directeur général régional de la région de l'Atlantique. Je vous remercie tous deux d'être ici ce matin.

Je n'en dirai pas plus, et je vous laisse commencer. Je sais que vous avez préparé une présentation; vous pouvez nous parler de « Honorer notre engagement ».

Mme Verna Bruce (sous-ministre déléguée, ministère des Anciens combattants): Merci beaucoup. Je dois dire que c'est un honneur réel et un plaisir que d'être ici aujourd'hui.

John Walker, qui est actuellement le directeur régional pour la région de l'Atlantique, a passé un bon nombre d'années au poste de directeur des soins de longue durée. C'est lui qui a voyagé avec le sous-comité du Sénat partout au pays quand il a fait son rapport sur la nécessité de lever la barre. John nous accompagne à titre d'expert des soins de longue durée. Je suis sûre qu'il pourra répondre à toutes vos questions.

Pour ce qui est de votre rapport « Honorer notre engagement », nous l'avons pris très au sérieux, et à la fin de cette réunion, nous aimerions vous laisser un document. Il s'intitule « Honorer notre engagement—Plan d'action », et il décrit vos 25 recommandations et ce que nous avons fait pour les concrétiser. Nous pensons avoir pleinement réalisé 16 d'entre elles, six sont en cours de réalisation et cinq sont des recommandations qui relèvent vraiment de la compétence provinciale; bien que nous ayons fait certaines démarches en ce qui les concerne, elles ne sont pas de notre ressort.

Les soins de longue durée sont un domaine très complexe, parce que nous offrons nous-mêmes une série de programmes, et nous faisons aussi le complément des programmes qu'offrent les provinces. Quand de nouveaux ministres arrivent à notre ministère, nous les informons du fonctionnement de tout le système des soins de longue durée, et c'est un peu ce que nous voulions faire avec vous ce matin, vous expliquer le système.

Je vais laisser la parole à John. N'hésitez pas à poser des questions.

À ce que je comprends, nous allons essayer de vous libérer d'ici à 12 h 30.

M. John Walker (directeur général régional, Région de l'Atlantique, ministère des Anciens combattants): Tout d'abord, je vous remercie de m'accueillir. Je suis heureux de pouvoir vous faire une brève présentation, qui durera probablement 20 ou 25 minutes. Vous pouvez à loisir m'interrompre et me poser des questions, n'hésitez pas. Je ne sais pas si c'est un domaine complexe, mais disons qu'il est assez compliqué, en ce sens que bien des aspects font fond les uns sur les autres. J'essaierai seulement de vous donner un aperçu historique, avant de décrire la situation actuelle.

L'histoire du ministère des Anciens combattants dans le domaine des soins de longue durée, ou des soins institutionnels, comme on les appelait à l'époque, commence en 1919. À l'époque, la priorité n'était pas sur les soins de longue durée, mais plutôt sur les soins actifs aux soldats revenus blessés de l'étranger. Pour vous donner une idée de l'ampleur de ces activités, en 1946, les Anciens combattants avaient 36 hôpitaux, appelés des instituts de traitement, et en période de pointe, ces établissements hébergeaient 17 000 patients. Donc c'est une infrastructure assez imposante que nous avons à l'époque.

Faisons un bond de 1919 à 1963. Nous avons bien 18 établissements en 1963, mais nous avons constaté que les blessures de guerre n'étaient pas de nature nécessitant des soins actifs. Celles que nous voyions étaient de nature à exiger des soins de longue durée, et dans nos établissements, il était difficile d'attirer et de retenir des professionnels de la santé qui avaient les compétences voulues. Bien que l'infrastructure doit d'envergure, elle prenait de l'âge, et sa nécessité dans un contexte de soins « actifs » avait nettement baissé au point où elle n'était plus viable.

À ce moment-là, en 1963, la commission Glassco a demandé au ministère des Anciens combattants de transférer ces établissements à des compétences communautaires, à deux conditions. L'une était la garantie d'accès prioritaire pour les anciens combattants, et l'expression « lit d'accès prioritaire » reviendra tout au long de ma présentation. Lorsque vous entendez cette expression, lit d'accès prioritaire, vous pouvez penser à un lit qui est réservé aux anciens combattants de tout le pays. Personne d'autre qu'un ancien combattant ne peut occuper un lit d'accès prioritaire.

L'autre garantie, c'était l'assurance d'établissements communautaires adéquats. Cela signifiait qu'il fallait s'assurer qu'il y avait assez de lits communautaires pour pouvoir répondre aux besoins des anciens combattants au moyen d'un mécanisme différent.

Nous avons relevé les statistiques les plus récentes sur le transfert de 18 établissements. Nous avons achevé le transfert de 17 d'entre eux. Celui qui reste, l'hôpital Sainte-Anne, en banlieue de Montréal, est à Sainte-Anne-de-Bellevue. C'est le dernier du genre. Nous avons entrepris de le transférer à la province, au Québec. Ces négociations ont échoué, et il a été décidé que nous allions conserver l'établissement.

De fait, l'hôpital Sainte-Anne est en train de subir toute une gamme de travaux de mise à jour et de rénovation en ce moment-même. Soixante-sept millions de dollars ont été investis dans sa rénovation. Ainsi, il y aura des chambres rénovées, et même une nouvelle aile, sur un seul étage, avec quelque chose de l'ordre de 130 lits, qui seront réservés aux soins aux personnes atteintes de démence, d'Alzheimer, etc. Plus de 70 p. 100 des gens qui occupent les lits dont nous disposons sont atteints d'une forme quelconque de démence.

Maintenant, nous en venons aux lits pour soins de longue durée. Là encore, ce sont des lits d'accès prioritaire, et quand on voit « contractuel /du ministère », les lits du ministère, comme je l'ai déjà dit, sont ceux qui se trouvent à l'hôpital Sainte-Anne. Nous avons 4 310 lits d'accès prioritaire dans 171 établissements du pays.

Comme complément à ces lits, nous avons les lits que nous appelons « VIP » l'acronyme anglais du Programme pour l'autonomie des anciens combattants. Nous avons environ 4 000 lits dans plus de 1 500 établissements. En fait, nous utilisons pour cela les lits de foyers de soins infirmiers qui sont disponibles partout au pays. Nous avons constaté que les anciens combattants préfèrent rester dans leur propre collectivité, auprès de leurs amis et de leurs proches.

Au Canada, il y a environ 220 000 lits de soins infirmiers dans tout le pays, dans 1 700 établissements—mais que si vous me demandiez d'aller les compter, je ne pourrais pas le faire, parce que le temps que j'en aie fini, ce nombre aurait changé.

•(1110)

Nous utilisons ces réserves de lits pour les anciens combattants, nous défrayons leurs soins, moins la part de l'ancien combattant. C'est ce que nous appelons les lits communautaires VIP. En juin dernier, nous avons annoncé un supplément de 2 600 lits, en employant les lits communautaires—j'y reviendrai tout à l'heure. C'est ce que nous appelons notre réserve de lits, ou l'offre de lits disponibles pour offrir des services aux anciens combattants partout au pays.

Je pense qu'il convient de rappeler encore une fois que les lits communautaires sont moins coûteux et le degré de satisfaction semble plus élevé que dans le cas des lits d'accès prioritaire, à en croire les entrevues et sondages qui ont été menés sur la satisfaction de la clientèle, mais ce qu'il y a de fantastique, c'est que les anciens combattants ont ainsi 1 700 choix, plutôt que 171. En contrepartie, dans ces établissements, ils n'ont pas le statut d'ancien combattant associé aux 171 autres établissements. Le degré de ce que nous appelons la programmation améliorée n'est pas le même qu'avec les lits communautaires qu'avec les lits d'accès prioritaire. Nous laissons le choix aux anciens combattants. Ils peuvent décider quels lits ils veulent utiliser.

Les coûts varient grandement pour nos programmes, d'une province à l'autre. Vous verrez que dans les provinces de l'Atlantique, on parle de 4 000 \$ par mois, mais je soupçonne que c'est même plus maintenant. C'est moins de 1 000 \$ par mois dans les provinces de l'Ouest. Ce que les anciens combattants paient pour que nous appelons les frais d'hébergement...

•(1115)

Mme Betty Hinton (Kamloops—Thompson—Cariboo, PCC): Pardonnez-moi de vous interrompre, mais ce chiffre m'ébahit. Pourquoi est-ce 4 000 \$ par mois dans les provinces de l'Atlantique et 1 000 \$ par mois dans l'Ouest?

M. John Walker: C'est une question très perspicace. C'est directement lié au montant de l'assurance provinciale. Le coût serait plus ou moins le même dans les provinces de l'Atlantique que dans l'ouest du Canada. C'est le coût pour le ministère des Anciens combattants. Il reflète l'écart du soutien provincial offert dans l'Ouest par comparaison au manque de disponibilité dans les provinces de l'Atlantique.

Mme Betty Hinton: Je vous remercie.

Le président: C'est une excellente question.

Si vous êtes d'accord, nous devrions écrire nos questions et les poser toutes ensemble, mais c'était une excellente question.

Nous allons respecter le protocole, si vous le voulez bien, parce que je sais que votre présentation est assez longue.

M. John Walker: Oui, d'accord.

Le président: Merci.

M. John Walker: Elle est plus longue que je le voudrais, mais il y a beaucoup de choses à voir.

En ce qui concerne ce que nous appelons les frais d'hébergement et de repas, c'est le montant que l'ancien combattant paie par mois, en gros pour compenser les coûts de leurs repas et de leur hébergement. Ce sont, plus ou moins, des frais de location; c'est ainsi que nous les appelons. Ce chiffre, de 786,56 \$ est le plus bas; il est fixé d'après le taux provincial le plus faible de tout le pays. Nous voulons nous assurer que les anciens combattants de tout le pays paient la même chose, et le taux le plus bas.

Auparavant, ce montant était fixé directement d'après les frais provinciaux les plus faibles. Si c'était 700 \$, nous facturions 700 \$, mais il y a quatre ou cinq ans, les frais provinciaux ont monté en flèche, au point d'atteindre 1 000 \$ au plus bas, alors nous avons choisi d'indexer nos frais de l'époque à l'IPC. Ces 786,56 \$ sont, de loin, le montant le plus bas que peut verser n'importe quel bénéficiaire de soins de longue durée dans le pays.

Si un ancien combattant admissible est admis à un établissement de soins de longue durée pour ce que nous appelons une affection ouvrant droit à pension, il n'a pas à payer ces 786,56 \$. Son séjour dans l'établissement est entièrement payé par le ministère des Anciens combattants.

Ici, nous avons les coûts des programmes, qui sont de l'ordre de 220 millions de dollars par année. Avec la demande accrue de lits, en plus des coûts accrus pour chacun d'eux, nos frais augmentent de l'ordre de 8 à 10 p. 100 par année. C'est encore un dossier assez important; 220 millions de dollars, c'est encore un montant considérable de financement, et il affiche une hausse importante chaque année.

On peut dire sans craindre de se tromper qu'en 1998-1999, les soins de longue durée étaient la principale préoccupation de nos grandes organisations d'anciens combattants et des comités comme le vôtre. Le sous-comité sénatorial voulait particulièrement s'assurer que nous trouvions des moyens de répondre à cette préoccupation. Les principaux problèmes étaient le nombre insuffisant de lits—donc il fallait assurer une offre suffisante—et les normes nationales de qualité des soins. En fait, en matière de soins de longue durée, il y a deux enjeux : il faut s'assurer d'avoir assez de lits disponibles, et veiller à ce que les soins offerts aux patients occupant ces lits soient d'un niveau approprié pour garantir une bonne qualité de vie aux résidents.

L'élaboration d'un réseau national d'établissements comptant des lits d'accès prioritaire. Nous avons environ 20 grands établissements dans tout le pays, qui comptent pour environ 85 p. 100 des 4 310 lits dont nous disposons. Le sous-comité du Sénat a recommandé que nous relevions la barre, que nous employions ces établissements comme un réseau, pour mettre en commun l'information avec d'autres établissements de soins de longue durée du pays—nous nous sommes attelés à cette tâche, et j'en parlerai tout à l'heure—et que nous stimulions l'évolution de nos grands établissements d'accès prioritaire, soit les quatre ou cinq grands établissements que nous avons au pays, pour mettre l'expertise de ces grands établissements à la disposition des établissements communautaires plus modestes de tout le pays.

Nous avons formulé une stratégie de soins à domicile. En gros, cette stratégie voulait que nous nous concentrons sur les soins de longue durée plutôt que d'être en mode de réaction, une réaction à la crise du jour, quelle qu'elle soit. Nous avons fait un examen des besoins en soins des anciens combattants, ce qui a été une entreprise d'envergure pour notre ministère, et c'est de là qu'est née la stratégie des soins de longue durée, pour répondre aux besoins que nous avons recensés. La stratégie tient compte de l'engagement du ministère des Anciens combattants à l'égard de la qualité des soins de longue durée pour les anciens combattants, tout en veillant à ne pas faire double emploi avec le processus d'assurance de la qualité des compétences provinciales.

C'est une pente glissante sur laquelle nous nous engageons, parce qu'avec les lits communautaires, nous employons une ressource provinciale, bien que nous payions pour elle. Nous ne devons pas oublier cet élément tout au long de nos délibérations.

Très brièvement, je peux dire que les principes directeurs de la stratégie de soins à domicile sont de faire en sorte que les besoins prédominants soient satisfaits; de respecter les compétences et les systèmes provinciaux; de répondre avec rapidité et souplesse aux besoins changeants des anciens combattants; d'accorder une grande importance aux activités d'assurance de la qualité et de surveillance en relation avec les soins prodigués aux anciens combattants et avec les résultats des soins; de maximiser les compétences spécialisées dans les grands établissements ayant des lits d'accès prioritaire afin que ceux-ci servent de ressources pour les collectivités; et d'inciter les anciens combattants à participer à l'administration des établissements ayant des lits d'accès prioritaire, s'il y a lieu. Cela concerne les installations pour les anciens combattants dans les grands établissements, où on partage les installations avec un établissement de soins communautaires. On voulait s'assurer que les lits des anciens combattants soient bien représentés dans les structures de gouvernance de chacun de ces établissements.

• (1120)

En fait, le premier problème que nous avons eu à régler était le nombre insuffisant de lits. J'ai déjà parlé des lits d'accès prioritaire et

de l'offre de lits dans les établissements communautaires. Là où cela devient important, c'est dans la catégorisation que nous faisons des services offerts aux anciens combattants. Nous avons trois modes d'accès des anciens combattants à nos programmes ministériels. Le premier groupe est celui des pensionnés; ils reçoivent une pension d'invalidité. Les anciens combattants au revenu admissible sont ceux qui ont un faible revenu—ils sont aussi admissibles à des prestations de soins de santé—et il y a les anciens combattants ayant servi outre-mer. Ces derniers ne sont admissibles qu'à un avantage qu'offre le ministère des Anciens combattants. Il se trouve que c'est notre avantage le plus important, le lit d'accès prioritaire.

Nous avons environ 63 000 pensionnés, environ 43 000 anciens combattants au revenu admissible, et à peu près 100 000 anciens combattants ayant servi outre-mer. Là où les choses se compliquent, c'est que les pensionnés et les anciens combattants au revenu admissible ont accès aux établissements de soins communautaires et aux 4 310 lits d'accès prioritaire, mais les 100 000...

C'est un chiffre arrondi, parce que, très franchement, nous n'avons pas de très bonnes statistiques. Ces gens-là ne bénéficient pas des services de notre ministère jusqu'à ce qu'ils s'adressent à nous pour obtenir un lit. Ce sont des gens qui ont été outre-mer se battre, n'ont pas été tués, n'ont pas été blessés et n'ont pas un faible revenu. Ce qui leur a été promis en 1946, c'est que lorsqu'ils en auraient besoin, ils auraient accès à un lit dans un établissement de soins de longue durée. Mais en 1999, tout ce à quoi ils avaient accès, c'était à 4 310 lits dans 171 établissements du pays, auxquels avaient aussi droit les 100 000 anciens combattants qui avaient aussi accès aux établissements communautaires.

Nous sommes partis du postulat que les pensionnés et les anciens combattants au revenu admissible avaient une offre suffisante puisqu'ils avaient accès aux établissements communautaires. Cependant, les anciens combattants ayant servi outre-mer n'y avaient pas droit. Alors, nous avons procédé à une répartition des lits dans les établissements communautaires que pourraient utiliser les anciens combattants ayant servi outre-mer, et cela nous a donné 2 600 lits. Aujourd'hui, environ 1 600 de ces lits sont occupés par des anciens combattants ayant servi outre-mer.

Je pense que cette initiative a résolu le problème de l'offre, et je peux citer une traduction libre d'un numéro d'octobre 2000 de la revue *Legion Magazine* : « L'ajout de 2 600 lits résout le problème de la quantité des lits réservés aux anciens combattants. Le temps est venu... de nous occuper... de la qualité des soins fournis » aux occupants de ces lits.

Nous avons fait une autre chose pour les anciens combattants ayant servi outre-mer, parce qu'il y avait des régions, trois en particulier—qui se trouvent à être Ottawa, Halifax et Victoria—où les listes d'attente pour l'accès des anciens combattants à ces établissements étaient longues. Ce que nous avons fait, c'est que nous avons rendu notre Programme pour l'autonomie des anciens combattants et notre Programme de traitement accessibles aux anciens combattants qui ont servi outre-mer s'ils ne pouvaient accéder à des soins en établissement. Ainsi pouvaient-ils bénéficier du programme VIP et avoir leur carte de traitement pendant qu'ils attendaient d'obtenir un lit.

•(1125)

Ce que nous avons constaté, et ce n'était pas leur faute, c'est que les anciens combattants qui avaient servi outre-mer ne pouvaient pas accéder aux programmes pouvant répondre à leurs besoins de soins de santé. Ainsi, alors que nous avions ces trois longues listes d'attente, il n'y aurait pas de combattants dont les besoins de soins de santé ne seraient pas comblés. Nous avons pu y parvenir.

on a observé une ramification intéressante. Nous téléphonions aux gens qui étaient inscrits sur la liste d'attente pour leur dire qu'un lit les attendait. Ils répondaient « Je pense que j'aimerais rester chez moi un peu plus longtemps », parce qu'avec les prestations du Programme pour l'autonomie des anciens combattants et les prestations de traitement qu'ils recevaient, ils pouvaient rester chez eux un peu plus longtemps qu'ils avaient pensé pouvoir le faire auparavant.

En téléphonant à ces gens, nous avons découvert que 90 p. 100 d'entre eux préféreraient, avec les prestations qu'ils recevaient, rester chez eux un peu plus longtemps plutôt que d'aller en établissement. Pour faire un peu une comparaison des coûts, les prestations que nous versions en vertu du Programme pour l'autonomie des anciens combattants et du programme de traitement étaient de l'ordre de 5 000, 6 000 à 7 000 \$ par année, mais un lit dans un établissement de soins de longue durée coûtait au gouvernement entre 45 000 et 60 000 \$ par année. C'est très avantageux du côté des coûts, et le client était plus satisfait du choix le moins coûteux. À la lumière des résultats de ce projet pilote, nous avons offert cette possibilité dans tout le pays à tous les établissements qui avaient une liste d'attente. Aujourd'hui, environ 600 personnes tirent parti de ce programme.

Notre directeur de la recherche, David Pedlar, et moi-même, avons rédigé un document sur ce processus, et nous l'avons soumis à la *Revue canadienne du vieillissement*. À notre avis, cette étude a d'assez importantes répercussions sur les soins de longue durée partout au pays. Si nous pouvions offrir à l'échelle nationale un bon programme de soins de soins à domicile, je pense que nous pourrions voir des résultats—peut-être pas aussi radicaux, mais il aurait des résultats assez similaires. Les gens, je pense, ne veulent pas aller dans un établissement de soins de longue durée tant qu'ils n'y sont pas obligés. En leur offrant ces prestations par le truchement de nos programmes, nous avons clairement fait la preuve qu'ils préfèrent de loin rester chez eux, dans leur propre environnement, au sein de leur propre réseau familial, plutôt que d'aller dans un établissement qui pourrait être plus éloigné de chez eux qu'ils le souhaiteraient, et où ils pourraient devoir partager une chambre avec un inconnu. Nous remettons au comité une copie de ce document.

Nous avons ensuite porté notre attention, puisque nous avions, selon nous, réglé le problème de l'offre, sur celui de la qualité. Les facteurs qui nous intéressaient étaient ceux de la sécurité, de la qualité de la nourriture, de l'accès aux services cliniques, des médicaments, de l'accès à des conseillers spirituels, des activités sociales et des loisirs, de l'activité et des déplacements, des soins personnels, de l'hygiène et de l'accès à des services spécialisés. Ce sont les aspects qui nous intéressaient, et dont nous devons nous assurer que les clients étaient aussi satisfaits qu'il était en notre pouvoir de le faire.

Nous avons défini ces 10 normes en matière de soins, et maintenant nous veillons à aller dans chaque établissement où il y a des anciens combattants, pour faire un sondage sur la satisfaction de la clientèle. L'année dernière, en 2003-2004, en réponse à la question « Êtes-vous satisfait de votre situation actuelle? », 94 p. 100 des personnes interrogées ont répondu par l'affirmative. Nous avons

constaté qu'avec quelque 1 700 établissements dans la collectivité, dont 1 500 hébergent des anciens combattants à un moment ou à un autre, nous n'avions ni l'effectif, ni les ressources nécessaires pour aller voir les gens aussi souvent que nous l'aurions voulu pour remplir ces questionnaires. Nous avons donc retenu les services de la Légion royale canadienne sur une base contractuelle, et ses membres vont voir les anciens combattants pour remplir ces questionnaires. Aujourd'hui, d'après les chiffres les plus récents dont je dispose, nous avons 136 enquêteurs qui vont dans les établissements voir les anciens combattants pour notre compte. Nous faisons une vaste étude dans nos 21 grands établissements, lequel est mené par les professionnels de la santé, .

•(1130)

Nous encourageons l'accréditation de nos lits d'accès prioritaire par le Conseil canadien d'agrément des services de santé. Actuellement, 93 p. 100 des lits de ces établissements sont accrédités. En collaboration avec le Conseil canadien, nous avons incorporé nos 10 normes en matière de soins à leurs normes AIMS. Cet acronyme, AIMS, est pour Achieving Improved Measurement System. C'est ce qu'ils appellent leurs normes AIMS. Ils ont maintenant un service consacré aux anciens combattants et tout établissement réservant des lits aux anciens combattants doit subir une évaluation spéciale d'après les normes nationales en matière de soins aux anciens combattants.

En outre, j'ai passé trois ans et demi dans notre bureau régional de Kirkland Lake, et j'avoue que nous avons des problèmes assez importants aux trois grands établissements de l'Ontario—Sunnybrook, Parkwood et Perley-Rideau ici, à Ottawa. Nous avons créé, dans le cadre d'un projet pilote, un poste de directeur de la qualité des soins, dont le mandat est de régler les problèmes sur place, aussitôt qu'ils surviennent, plutôt que d'attendre qu'ils s'aggravent. À mon avis, cette initiative a été très fructueuse. Je ne suis pas assez naïf pour venir ici et vous dire que chacun des problèmes relevés a été réglé, parce qu'il y en aura toujours. Mais si on regarde notre évolution depuis 1998, il y a eu d'importants progrès, et ce directeur de la qualité des soins s'est révélé très utile. Donc, on envisage d'en désigner un pour les provinces de l'Atlantique et un pour l'Ouest du Canada, pour ces établissements.

Le ministère des Anciens Combattants offre son appui aux divers comités des établissements et assiste à des rencontres avec les anciens combattants et leur famille, et le personnel d'ACC visite régulièrement les établissements.

Tout à l'heure, j'ai parlé du réseau d'établissements comptant des lits d'accès prioritaire. Nous avons tenu quatre réunions, auxquelles sont invités des employés d'établissements de soins de longue durée de tout le pays, et nous nous réunissons généralement pendant deux jours et demi pour mettre en commun les pratiques exemplaires et créer un réseau entre les participants. Cela s'est révélé très utile. Ils sont beaucoup plus à l'aise pour se téléphoner entre eux et correspondre par le biais d'Internet. Cela donc été très utile. C'est la mise en commun des pratiques exemplaires.

L'hôpital St. Anne a transmis à d'autres établissements comptant des lits d'accès prioritaire son savoir-faire en matière de soins aux personnes atteintes de démence et de dysphasie, ainsi qu'en matière de soins palliatifs et de réduction du recours à la contention. Nous avons créé un réseau en ligne de la collectivité des soignants, que ces derniers peuvent consulter pour poser des questions, offrir des réponses et proposer des pratiques exemplaires.

Pour ce qui est de l'évolution des grands établissements comptant des lits d'accès prioritaire, nous avons créé une initiative des soins aux personnes atteintes de démence, par laquelle nous aidons les autres établissements à mener des examens organisationnels et à préparer leur personnel à soigner des personnes atteintes de démence, parce que nous avons constaté que c'était un problème prédominant dans nos établissements offrant des lits d'accès prioritaire. C'est un facteur important que d'avoir une structure appropriée pour les soins aux personnes atteintes de démence, et nous avons amélioré plusieurs de nos installations sur ce plan. La formation que nous avons offerte, à 12 établissements qui l'ont demandée, a été jugée des plus utiles. C'est l'une des choses que nous avons faites.

Si nous passons à la situation actuelle, notre but prioritaire, maintenant, est de continuer de régler les enjeux de la qualité des soins, et de nous assurer de faire de notre mieux dans ce domaine. Les pratiques exemplaires sont signalées à notre réseau, et la troisième « un paiement, un programme » est un enjeu administratif. Maintenant, avec la pléthore de processus existants d'admissibilité au programme et de paiements, il est assez difficile pour notre personnel de déterminer lequel est le plus avantageux, alors nous allons essayer de rationaliser cela.

● (1135)

En ce qui concerne le rapport intérimaire sur la crise de la côte Ouest, trois recommandations ont été faites aux établissements de la Colombie-Britannique. À ce que je sache, les problèmes ont été réglés et les recommandations ont été mises en oeuvre. Nous continuons cependant de travailler avec les établissements touchés par la crise de la côte Ouest, et je crois que nous avons fait d'excellents progrès sur ce plan.

Le rapport de ce comité permanent, intitulé *Honorer notre engagement : assurer aux anciens combattants des soins de longue durée de qualité* porte, en gros, sur trois thèmes : l'un est l'amélioration des services d'alimentation. Je suppose que je devrais quand même m'arrêter là-dessus un petit moment, parce que c'est très complexe. Il est très difficile de plaire à 50 personnes différentes avec un choix de deux repas par jour. Donc, ces problèmes d'alimentation continueront de nous peser encore longtemps, à mon avis. Il est difficile à régler, parce que je sais que même à la table familiale du dîner, chez moi, où nous sommes cinq, il arrive très souvent que deux ou trois d'entre nous n'aimions pas ce qu'il y a dans nos assiettes. Mais nous continuerons d'y travailler. L'un des enjeux qui a certainement retenu l'attention des gens, c'est l'emploi des aliments remis en température. Nous avons essayé, dans la mesure du possible, d'éviter cela.

Pour ce qui est de la réduction du nombre de lits par chambre— nous avons réalisé de grands progrès de ce côté-là.

La réduction des listes d'attente... À mon avis, nous avons fait de grands progrès avec les listes d'attente, mais il y aura toujours, à un moment ou à un autre, quelqu'un qui ne peut accéder à l'établissement qu'il veut, quand il le veut. Cela existera toujours.

Nous avons rendu ces 2 600 lits accessibles. Il en reste 1 000 que nous n'avons pas eus à utiliser. Lorsque je me suis renseigné, en fin de semaine, sur les 4 300 lits, je crois que dans tout le pays, il y a environ 200 qui sont libres.

Sur les 25 recommandations, 14 ont été suivies, 6 sont en cours de réalisation et 5 sont partiellement concrétisées, étant donné qu'elles relèvent des gouvernements provinciaux. Je ne suis pas sûr que nous puissions un jour toutes les concrétiser, à 100 p. 100.

Si les problèmes actuels persistent, sur la qualité des soins, les normes de soins, ce que nous avons dit, c'est qu'avec notre chapitre sur les normes AIMS et nos visites et nos normes nationales, c'est la norme des soins que nous allons essayer d'appliquer. Certaines organisations d'anciens combattants aimeraient que nous ayons un ombudsman. Il y a aussi l'unification des conjoints, un problème chargé d'émotions quand il survient. Et de fait, bien entendu, comme je venais ici, c'était l'objet des manchettes du *Chronicle Herald*, l'histoire d'un couple... Mais nous faisons de notre mieux pour résoudre cette situation.

Cela étant dit, je pense en avoir terminé de ma présentation. Ça n'a pas été trop mal, mais c'était plus long que je l'aurais voulu. Je m'en excuse, mais c'est la présentation formelle. Je suis prêt à répondre aux questions ou à accueillir les commentaires, le cas échéant.

● (1140)

Le président: Merci, monsieur Walker. C'était très exhaustif, très bien préparé.

Nous allons commencer avec madame Hinton. Vous avez des questions?

Mme Betty Hinton: Oui, et ce qui est malheureux, c'est qu'il m'en vient à l'esprit tout au long de la présentation, mais qu'au bout de celle-ci il m'arrive de les avoir oubliées, alors je n'ai pas arrêté de prendre des notes.

Qu'est-ce qui fait qu'un ancien combattant n'a pas à payer les frais mensuels d'utilisation? C'est ma première question.

Deuxièmement, je n'ai pas lu le journal cette fin de semaine, mais c'est un sujet qui me tient beaucoup à coeur. Et la neuvième recommandation du rapport portait, notamment, sur les efforts pour éviter la séparation des couples, un enjeu qui a retenu beaucoup d'attention au début de l'année et, apparemment, encore une fois cette fin de semaine. Quelles mesures le ministère des Anciens combattant a-t-il prises pour limiter, autant que possible, la séparation des couples âgés dans les établissements de soins aux anciens combattants?

Ce sont mes deux principales questions, mais j'en ai d'autres.

M. John Walker: Vous demandez d'abord, je crois, comment un ancien combattant peut-il ne pas avoir à payer les 786,52 \$ ou quel que soit le montant de ces frais? Leur situation, au titre des prestations de retraite, est très bien documentée dans leur dossier. Si leur médecin ou le médecin des Anciens combattants peut établir un lien entre la nécessité de les admettre dans un établissement de soins de longue durée et leur situation de pensionné... Par exemple, si quelqu'un est pensionné pour motif de troubles cardiaques et que ses besoins de soins de longue durée sont liés à ces troubles cardiaques, il n'a pas besoin de payer. Nous appelons cela l'admission motivée par une affection ouvrant droit à pension.

Ai-je répondu à votre première question?

Mme Betty Hinton: Ça va. Y a-t-il d'autres exemples?

M. John Walker: Chaque cas devrait être unique, mais si quelqu'un est un amputé, un double amputé, est-ce qu'il serait admissible? Bien souvent, oui, mais il y a un nombre infini de possibilités.

Mme Betty Hinton: En fait, vous me dites qu'il n'est pas impossible, ou même extrêmement difficile pour un ancien combattant de réunir les conditions voulues pour ne pas avoir à payer ces frais?

M. John Walker: C'est...

Mme Verna Bruce: Il faut tout de même que ce soit une affection ouvrant droit à pension. C'est l'une des exigences. Comme le dit John, il y a beaucoup d'exemples, mais la raison de la présence dans l'établissement de soins doit pouvoir être liée à l'affection de la personne, qui lui donne droit à pension.

Mme Betty Hinton: Je vous remercie.

La deuxième question?

M. John Walker: En ce qui concerne les couples, comme je l'ai dit, nous avons des anciens combattants dans 1 500 établissements, qui peuvent y être hébergés sans le moindre problème. Ce sont les 171 établissements où nous avons des lits réservés pour les anciens combattants qui posent plus un problème. Environ 150 d'entre eux sont ce que j'appellerais des établissements partagés avec la collectivité, où il y aurait, disons, une centaine de lits, dont 15 sont réservés par le ministère des Anciens combattants pour les anciens combattants.

Par exemple, à Perley, nous avons eu un cas que nous avons pu résoudre l'année dernière. Disons que l'ancien combattant était l'époux, et que l'épouse n'était pas une ancienne combattante. À Perley, l'épouse était admise dans l'aile communautaire et l'ancien combattant dans l'aile réservée aux anciens combattants. Dans la plus grande partie des cas, nous pouvons trouver solution au problème.

Ce qui pose plus de difficulté, c'est dans certains de nos établissements qui sont entièrement réservés aux anciens combattants. Il y a encore une demande pour ces lits. Nous sommes en quelque sorte pris entre l'arbre et l'écorce, parce que nous n'allons pas séparer le couple. Nous préférons leur laisser des lits réservés aux anciens combattants, mais la plupart du temps, nous trouvons, grâce au Programme pour l'autonomie des anciens combattants, des places dans un établissement communautaire qui peut les accueillir tous les deux.

Mme Betty Hinton: D'accord, si je vous comprends bien, le problème, c'est lorsqu'il y a un ancien combattant dans l'aile des anciens combattants de l'hôpital, l'épouse n'est pas forcément une ancienne combattante, et les lits sont tous occupés par des anciens combattants. C'est là, alors, que se pose un problème?

M. John Walker: C'est bien là que se pose le problème.

•(1145)

Mme Betty Hinton: Est-il possible de mettre deux lits dans une chambre?

M. John Walker: Nous ne l'avons pas fait. De façon générale, nous avons résisté à cette tentation dans le passé, à cause des dimensions des chambres et parce que l'effectif et les ressources sont réservés aux anciens combattants. Pour mettre cela en perspective, nous avons environ 10 000 anciens combattants qui occupent ces lits dans tout le pays. Lorsque ce problème survient, c'est très délicat et déchirant, etc., mais ça n'arrive pas souvent. La plupart du temps, nous pouvons résoudre le problème. Nous résoudrons aussi celui d'Halifax; la seule question qui se pose, c'est combien de temps cela prendra.

Mme Betty Hinton: C'est un rôle très facile que celui de quart-arrière du lundi matin, et c'est en fait la position dans laquelle je me retrouve. D'après moi, la solution très simple est de mettre deux lits dans une chambre d'hôpital d'anciens combattants et d'éviter la déchirure de la séparation au couple. Peut-être seront-ils un peu à l'étroit, mais je suis sûre qu'ils peuvent tolérer cette proximité beaucoup mieux qu'ils ne peuvent supporter la séparation.

M. John Walker: Jusqu'à maintenant, je ne connais pas de couples que nous ayons dû séparer. Ont-ils été admis dans des

établissements d'anciens combattants? Je n'en suis pas sûr. Dans la vaste majorité des cas, nous pouvons régler le problème avec une solution qui convient à tout le monde. Je ne vais pas essayer de minimiser le problème, parce que c'est quelque chose que nous prenons très au sérieux lorsque la situation survient.

En travaillant avec les provinces, et j'ai travaillé avec beaucoup d'entre elles, nous avons constaté qu'elles sont très conscientes qu'il existe des motifs d'ordre humanitaire. La Colombie-Britannique a décidé au printemps qu'elle allait séparer un couple, dont les deux membres étaient des anciens combattants. Ils ont essayé, et les journaux en ont parlé. Ce n'était pas un quart-arrière du lundi matin, mais un défenseur du mercredi qui est intervenu. Ils ont retrouvé leurs sens et ont trouvé une solution pour réunir ce couple.

Mme Betty Hinton: Je vis en Colombie-Britannique, monsieur Walker. Je m'en souviens.

Est-ce qu'il me reste le temps de poser une autre question, très rapidement?

Le président: En fait, votre temps est écoulé. J'en suis désolé.

Mme Betty Hinton: Ce n'est pas grave.

Je vous remercie.

[Français]

Le président: Monsieur Perron.

M. Gilles-A. Perron (Rivière-des-Mille-Îles, BQ): Merci, monsieur le président.

Bonjour madame, bonjour monsieur.

À la page 8 de votre document, vous parlez de l'accroissement de la demande. Cet accroissement, de façon normative, est-il dû à l'âge des anciens combattants, au vieillissement de la population, comme c'est le cas pour le reste de la population canadienne, je suppose?

M. John Walker: Oui, c'est vrai. L'âge moyen des anciens combattants est maintenant de 81 ans. C'est plus élevé que la population canadienne.

M. Gilles-A. Perron: Vous nous dites que les coûts ont augmenté de 8 à 10 p. 100 pour les anciens combattants. Est-ce environ la même augmentation que celle observée dans les systèmes de santé provinciaux pour les soins de longue durée?

M. John Walker: Oui.

M. Gilles-A. Perron: C'est à peu près la même chose?

M. John Walker: Oui, approximativement. Un peu plus de la moitié des lits, soit 53 p. 100, sont à l'usage des communautés aussi. C'est simplement notre ministère qui paie.

M. Gilles-A. Perron: Une autre chose me fatigue énormément. J'essaie d'obtenir des réponses, mais je n'en trouve pas. On dirait que je marche sur des oeufs: personne n'ose parler. Je reviens à l'hôpital Sainte-Anne. On me dit toujours qu'on n'a pas pu avoir de bonnes négociations et en arriver à une entente entre le Québec et le ministère des Anciens combattants. Dites-moi ce qui s'est passé, ou ce qui se passe, à ce sujet.

M. John Walker: C'est intéressant. À un moment donné, nous avons décidé qu'il valait mieux garder l'hôpital au sein du ministère, parce que nous pouvons l'utiliser comme un « centre d'expertise » pour tous les autres hôpitaux au pays.

M. Gilles-A. Perron: Oui, mais vous n'avez pas d'autre hôpital au pays, c'est le seul disponible.

M. John Walker: Je sais, mais on peut utiliser l'hôpital Sainte-Anne comme une ressource, un vrai centre d'expertise, pour tous les autres.

• (1150)

[Traduction]

Mme Verna Bruce: Il y a aussi un autre aspect à cela. Si vous avez déjà été à Sainte-Anne-de-Bellevue, les soins qui y sont prodigués sont d'une qualité phénoménale. L'établissement lui-même n'est pas aux normes, et je pense qu'on peut comprendre qu'à un moment donné, le Québec n'ait pas été plus intéressé qu'il ne le fallait à l'achat d'un établissement décrépit qui ne répondait même pas à certaines de leurs normes provinciales en matière de soins de santé. C'est pourquoi nous investissons d'énormes sommes dans la rénovation de l'hôpital Sainte-Anne. Quand elles seront terminées, ce ne sera plus un établissement dont une chambre pouvait avoir 16 occupants, mais un établissement dont les chambres seront pour la plupart privées ou semi-privées.

Je pense qu'on peut très bien comprendre que dans ce système de soins de santé provincial, où les coûts sont en hausse, l'achat d'un établissement désuet ne répondait pas forcément à leurs besoins. Nous avons trouvé une solution, dont nous avons d'ailleurs convenu avec le ministère de la Santé du Québec.

Le président: Monsieur Bagnell.

L'hon. Larry Bagnell (Yukon, Lib.): Je vous remercie.

C'était une excellente présentation, alors je n'ai pas tellement de questions à poser.

Avez-vous fait une comparaison des coûts entre vos établissements et ceux que dirigent les provinces?

M. John Walker: C'est une excellente question, à laquelle il est néanmoins difficile de répondre parce que cela dépend du modèle qu'on applique pour prodiguer les soins. Par exemple, à notre hôpital de Montréal, à Sainte-Anne, nous avons une proportion élevée de professionnels de la santé, infirmiers et infirmières, etc., qui offrent les soins directs, alors que certains des établissements de soins du pays recourent à des infirmiers et infirmières auxiliaires autorisés—mais cela dépend des provinces. Le personnel infirmier et les professionnels de la santé n'interviennent qu'une fois que le personnel auxiliaire a trouvé... Supposons que la situation M. et Mme Smith déborde de mes compétences et qu'il me faut l'infirmière ou le médecin...

Alors, il serait très difficile d'établir un rapport linéaire entre nos coûts à Sainte-Anne et ceux de l'établissement de soins du bout de la rue, ici, à Ottawa. Mais je peux dire que ceux qui sont offerts à Sainte-Anne sont plus onéreux à cause des proportions de la combinaison de personnel que nous avons. Dans le monde des foyers ou des établissements de soins de longue durée, environ 80 p. 100 des frais sont des coûts salariaux. Si on a une ressource plus onéreuse qui offre les soins directs aux patients, les coûts seront beaucoup plus élevés.

Ce n'est pas vraiment une bonne réponse à votre question, mais c'est une question difficile.

L'hon. Larry Bagnell: C'est bon.

Si les provinces, qui je suppose ont les experts, parce qu'ils ont beaucoup d'expérience, découvrent que pour être plus économiques, certaines fonctions devraient être exécutées par une nouvelle catégorie de travailleurs... Je pense que c'est ce qu'on découvre actuellement avec les médecins et les infirmiers et infirmières auxiliaires, que nous essayons d'attirer en plus grand nombre au

Canada. Mais s'ils découvrent, par exemple, qu'il n'y a pas besoin d'une infirmière auxiliaire pour déplacer le bassin hygiénique, et qu'ils ont modifié ou ajusté leur système en conséquence, est-ce qu'il ne serait pas logique d'ajuster le nôtre aussi?

M. John Walker: Là où il ne nous reste qu'un établissement, ce que nous avons choisi de faire, c'est de l'utiliser, avec notre effectif actuel, comme modèle d'expertise, un personnel supérieur à ce qu'on peut trouver dans un établissement de soins ordinaire. Ils peuvent composer avec les cas, peut-être, de démence très profonde et agressive quand d'autres ne le peuvent pas. Par exemple, dans la région de Montréal, si un ancien combattant voulait être admis dans l'un des foyers d'accueil de la ville, il le pourrait; mais à un moment donné, si son état devient trop lourd pour le foyer qui l'a accueilli, la progression logique serait que cette personne soit envoyée à Sainte-Anne, qui a les ressources et l'expertise nécessaires.

Ce ne sont pas vraiment des soins de longue durée, mais nous faisons de plus en plus de traitement du syndrome de stress post-traumatique. Il n'y en a pas ici, mais Sainte-Anne sera un intervenant déterminant pour ce type de—je cherche l'expression juste—de lésion. Nous appelons cela un trouble lié au stress professionnel. Il n'y a pas beaucoup d'experts de ce domaine dans le pays, parce que ce mal, littéralement, n'atteint que maintenant sa majorité, c'est ainsi que je le dirais. Nous essayons d'acquiescer et de conserver un véritable savoir-faire, à Sainte-Anne, relativement à ce type de trouble de santé.

Sainte-Anne, le joyau de notre couronne, offre toute une combinaison de services qu'on ne trouverait pas ailleurs. Alors, on peut comprendre que les coûts y soient plus élevés.

• (1155)

L'hon. Larry Bagnell: Je ne pensais pas à ces cas particuliers; je pensais plutôt au cas général.

Mon temps est-il écoulé?

Le président: Non, il vous reste encore trois minutes.

L'hon. Larry Bagnell: Est-ce que cela s'applique aux soins de longue durée de personnes qui sont dans les établissements communautaires plutôt que dans nos établissements? Est-ce que c'est pareil pour eux?

M. John Walker: De quel aspect parlez-vous?

L'hon. Larry Bagnell: La même comparaison des coûts.

M. John Walker: Les anciens combattants paieraient le même...

L'hon. Larry Bagnell: Non, les coûts de gestion de l'établissement.

M. John Walker: Si on voulait comparer les coûts de Sainte-Anne à d'autres établissements du pays, ce serait comparer une pomme à une orange. Mais ce que nous payons...

L'hon. Larry Bagnell: Non, je ne parlais pas de Sainte-Anne. Y a-t-il d'autres établissements que nous dirigeons?

M. John Walker: Oui, les plus coûteux sont nos 20 établissements offrant des lits d'accès prioritaire, le ministère des Anciens combattants ayant décidé d'accroître les programmes offerts dans ces établissements pour les anciens combattants, parce que nous l'avons jugé nécessaire.

Il est important de ne pas oublier que si un ancien combattant le veut, il ou elle peut aller dans ces établissements qui offrent de meilleurs programmes et qui coûtent plus cher, mais ce que nous avons constaté, c'est que quand ils ont le choix, ils préfèrent rester dans leur propre collectivité, et dans un établissement où leurs voisins et leurs enfants peuvent venir leur rendre visite.

Je me rappelle que lorsque nous n'avions pas de lits d'accès prioritaire dans le nord de l'Ontario, une fois qu'on passait North Bay, personne ne voulait aller à Sunnybrook, à Toronto—mais cela ne voulait pas dire que le besoin n'existait pas. Lorsque nous avons pu créer des lits dans le nord de l'Ontario—bien que ce fut dans un établissement communautaire—les gens en ont voulu et les ont utilisés.

Je pense que nous avons pu préserver pour les anciens combattants un élément réel de choix, ici. Je pense que c'est l'une des distinctions de notre programme, et je crois que nous devrions vraiment nous y accrocher.

Le président: Il vous reste 30 secondes.

L'hon. Larry Bagnell: D'accord, c'est une question qui est brève.

C'est en rapport avec la question de Betty. Quel pourcentage, grosso modo, ou combien de personnes ont une affection ouvrant droit à pension?

M. John Walker: Je pourrai faire parvenir ces chiffres au comité, mais lorsque je me suis intéressé à cet aspect, il y a déjà un bon moment, c'était de l'ordre de 10 p. 100. Cela étant dit, je tiens à préciser que je vérifierai ce chiffre et vous le confirmerai, parce qu'il n'est pas difficile à vérifier; nous l'avons sur notre système informatique, et je le consulterai. Je devrais avoir pensé à l'apporter, mais je ne l'ai pas.

Le président: À ce propos, je vais vous encombrer de quelques questions relativement aux pourcentages. Je remarque ce taux de satisfaction de 94 p. 100. Sur le 6 p. 100 qui ne sont pas satisfaits, quel est l'objet de leur insatisfaction?

M. John Walker: Cela varie, dirais-je, de la soupe aux noix, mais l'aspect qui nous pose le plus de difficulté, c'est celui de l'alimentation. Ensuite, c'est quand ils sont dans une chambre semi-privée et qu'ils voudraient une chambre privée. Ou encore quand leur camarade de chambre ronfle; c'est une plainte qu'on reçoit souvent. C'est ce genre de facteurs. Quand ils ne sont pas satisfaits, cela dépend du jour où on leur a rendu visite, mais l'alimentation, les chambres semi-privées et ensuite les petits travers de leur compagnon de chambre sont les trois problèmes qui reviennent le plus souvent.

Le président: Donc, ce ne sont pas les soins en soi, c'est plus la situation où ils...

M. John Walker: Généralement, ce ne sont pas les soins.

Le président: D'accord. Est-ce qu'il serait possible d'avoir un échantillon du questionnaire que vous leur soumettez? Est-ce que vous pourriez le transmettre au comité?

M. John Walker: Oui. Voulez-vous seulement le questionnaire, ou voulez-vous aussi des échantillons de questionnaires remplis?

Le président: Non, je ne pense pas que ce soit nécessaire d'avoir ceux qui sont remplis. Ce n'est que pour avoir une idée des questions posées, pour pouvoir nous faire une meilleure idée de...

Je peux le comprendre. Je serais plus à l'aise de connaître les questions, pour ma propre...

M. John Walker: Nous veillerons à vous faire parvenir le questionnaire, mais je voudrais seulement que vous n'en attendiez pas trop. C'est un instrument très rudimentaire.

Le président: J'ai une autre question, tant qu'à y être.

J'ai été intrigué par l'observation qu'a fait Mme Hinton sur les 4 000,00 \$ et 1 000,00 \$, d'un bout à l'autre du pays, ou sur les écarts. Combien cela coûte-t-il de la différence? Êtes-vous en

contradiction avec les provinces? Comment cela fonctionne-t-il? J'essaie de comprendre la dynamique, ici, et elle ne me paraît vraiment pas très logique.

• (1200)

M. John Walker: Ce que j'ai appris, en six ans passés à ce poste, c'est que notre système de soins de santé varie grandement d'une province à l'autre.

Pour le ministère des Anciens combattants, un ancien combattant qui est dans un établissement de soins de longue durée coûte par mois, en Colombie-Britannique, quelque chose de l'ordre de 250 \$ tandis que dans les provinces de l'Atlantique, ce peut être 3 500,00 ou 4 000,00 \$, selon l'endroit où il se trouve.

J'ai assez d'expérience de tout cela pour savoir que nous pouvons en discuter avec eux, mais ils ont leurs propres responsabilités et pressions dans les provinces. Dans les provinces de l'Atlantique—et je m'exprime ici de mon point de vue de Canadien originaire de cette région—pas tout de suite, mais en janvier prochain, la Nouvelle-Écosse va instituer un programme qui fera qu'ils ne prendront plus les biens d'une personne. Auparavant, dans cette province, on commençait par prendre l'argent que vous aviez épargné.

Je ne sais pas si Verna peut en parler mieux que moi, d'après son expérience provinciale. Ainsi, il y aurait une grande migration des aînés vers la Colombie-Britannique pour cette raison-là.

S'il vous en coûte 4 000,00 ou 5 000,00 \$ par mois pour vivre dans un établissement de soins de longue durée pendant quatre ou cinq ans, cela peut faire beaucoup d'argent en bout de ligne. N'oubliez pas, j'ai dit que les gens ne veulent pas vraiment vivre dans un établissement de soins de longue durée. Eh bien, c'est certainement une des raisons qui motive le citoyen moyen, dans les provinces de l'Atlantique. Si les fils ou les filles voient leur héritage s'effriter pour cela—et c'est peut-être brutal, mais c'est la vérité—ils sont beaucoup plus disposés à offrir des soins à leur propre domicile qu'ils ne le seraient si ce n'était pas le cas.

Mme Verna Bruce: À titre de précision, nous offrons un complément aux programmes provinciaux dans ce domaine, alors de notre point de vue, les anciens combattants sont des Canadiens, et nous offrons un standard de soins à nos anciens combattants qui est le même dans tout le pays. C'est là notre engagement. Quelle que soit la situation dans la province, nos anciens combattants n'ont à payer que 786,00 \$ par mois, à moins qu'ils aient une affection ouvrant droit à pension, auquel cas ils ne paient rien, et alors le ministère assume ces frais, en versant un complément. Mais c'est très différent, comme l'a dit John, d'une province à l'autre.

M. John Walker: Pour ce qui est d'aller négocier avec les provinces—de leur dire d'accord, les provinces de l'Atlantique, vous devez payer pour ces gens-là—elles ne traitent pas les anciens combattants autrement que les autres citoyens. Nous faisons fond sur le programme qui est accessible à tout citoyen dans chaque province. Ce que nous avons, c'est, de façon générale, un programme national. Nous devons prendre les programmes provinciaux, aussi généreux soient-ils dans l'Ouest, et aussi modestes soient-ils dans l'Est.

Le président: Très bien, je vous remercie.

Nous laissons maintenant la parole à Mme Hinton.

Mme Betty Hinton: Merci.

Je ne manque jamais de sortir de ces séances avec beaucoup d'information et je dois vous dire que le plus souvent, je pars d'ici quelque peu en colère et frustrée par certaines choses, qui, selon moi, seraient faciles à régler.

M. John Walker: Êtes-vous en colère maintenant?

Mme Betty Hinton: Oui, la moutarde commence à sérieusement me monter au nez. Eh bien, vous venez de mettre en lambeaux le mythe des soins de santé universels au pays. De toute évidence, cela n'existe pas.

Je voudrais en venir à certains des coûts dont vous avez déjà parlé. Je suis tout à fait d'accord avec vous. De toute évidence, si les gens peuvent rester dans leur propre maison ou dans leur collectivité, cela vaut mieux pour tout le monde. C'est mieux pour l'ancien combattant ou toute autre personne âgée, tant qu'à y être, et c'est mieux pour le pays.

Est-ce que vous avez bien dit qu'avec le programme PAAC, c'était 6 000 \$ à 8 000 \$, ou ai-je mal entendu les chiffres?

M. John Walker: C'est 5 000 \$ à 6 000 \$ à 7 000 \$, cela dépend. C'est pour le Programme pour l'autonomie des anciens combattants, pour les services du genre entretien du terrain, entretien ménager, et tout cela, et en plus ils ont notre programme de traitement, la carte de la Croix-Bleue. Cela leur permet d'accéder à 14 programmes de choix; peut-être le plus important est-il le dixième, celui des médicaments. Les coûts sont partagés à peu près à moitié-moitié entre les deux programmes.

Nous avons notre article dans la *Revue canadienne du vieillissement*, qui les a pas mal intéressés. Il a retenu leur attention. J'en ferai parvenir une copie à ce comité. C'est assez remarquable, parce que rien que pour les coûts-avantages, c'est fantastique.

• (1205)

Mme Betty Hinton: C'est assez important. Je crois avoir bien noté la deuxième partie, c'est entre 45 000 \$ et 60 000 \$ par année.

M. John Walker: Oui.

Mme Betty Hinton: C'est un assez grand écart. Il me semble que nous payons beaucoup plus qu'il ne le faut et que nous faisons les choses à l'envers, parce que ce n'est pas à l'avantage de l'ancien combattant, non plus. Ce n'est manifestement pas avantageux pour nous au plan financier, et ce n'est pas avantageux pour l'ancien combattant.

M. John Walker: Je dois m'assurer d'être bien compris, ici. Parce que maintenant, une fois qu'il a été déterminé après évaluation que les anciens combattants, les trois groupes dont j'ai parlé, ont besoin de soins infirmiers à domicile, les gars qui ont servi outre-mer ont accès, et j'en suis très fier, à notre programme PAAC, auquel les citoyens canadiens n'ont pas accès. Ce que je dis, c'est que les anciens combattants peuvent rester dans leur propre collectivité et, en général, ils vont dans les établissements de soins de longue durée mais n'y restent pas longtemps. Avec le programme PAAC et les interventions de traitement, ils n'y restent pas très longtemps parce qu'ils n'y vont pas à moins d'être très malades.

Mme Betty Hinton: J'ai trois questions, alors je vais toutes les poser d'un coup.

Est-ce qu'il vous arrive d'exclure quelqu'un du PAAC qui ne veut pas en être exclu, parce qu'un lit est devenu disponible? C'est la première question.

La deuxième c'est : dans quelle mesure le ministère peut-il influencer la conception de centres de soins de longue durée des anciens combattants administrés par les autorités provinciales? Quelle est votre rôle dans cette conception?

Troisième question : Est-ce que le ministère a réussi, dans ses discussions avec les autorités provinciales de la santé, à rationaliser

le processus décisionnel de manière à ce que les décisions puissent être prises dans un délai plus raisonnable?

M. John Walker: Pour la première question, je ne me rappelle pas avoir jamais exclu quelqu'un de la liste—nous ne le ferions pas. Je serais absolument renversé que cela arrive—nous ne le ferions tout simplement pas. Cela n'a aucun sens; ce serait une situation où tout le monde serait perdant.

En ce qui concerne notre degré de participation, cela dépend certainement des provinces, mais dans les grands établissements dont j'ai parlé, les 21 établissements qui ont 85 % des lits d'accès prioritaire, nous exerçons une influence considérable, mais elle est directement liée, j'ose le dire, au montant d'argent que nous y investissons.

Récemment, j'ai remporté un certain succès dans les provinces de l'Atlantique parce que nous avons construit de nouvelles installations dont nous avons payé la part du lion. Dans les deux provinces de l'Ouest, l'Alberta et la Colombie-Britannique, nous avons de merveilleuses installations. L'établissement Colonel Belcher, à Calgary, est un merveilleux établissement, de même que The Lodge de Broadmead, à Victoria. Ce sont des installations nouvelle tendance, et nous avons étroitement collaboré avec eux parce que nous avons accès à des ressources dans tout le pays par le truchement de notre comité consultatif sur la question gérontologique, qui peut leur donner des conseils experts au pied levé. Ces gens ont étudié cette question des soins de longue durée dans le monde entier.

Il y a un type en Australie, le Dr Tooth, qui a trouvé un excellent concept pour des installations destinées à un patient souffrant de la maladie d'Alzheimer. Nous l'avons modifié, mais il est vraiment très bien.

Je m'excuse, mais j'ai oublié la troisième question? Est-ce que c'est quelle influence nous avons sur les provinces?

Mme Betty Hinton: Quelle influence avez-vous? J'ai ensuite un très bref commentaire à faire pour terminer.

M. John Walker: Cela dépend de la province, mais je trouve que nous avons une influence considérable, en ce sens qu'elles connaissent le pouvoir des organisations d'anciens combattants. Donc, nous pouvons avoir une grande influence là où nous avons beaucoup d'anciens combattants. Quand il n'y en a qu'un ou deux, et cela relève de leur choix, dans un établissement d'une centaine de personnes, l'ancien combattant jouit de conditions privilégiées, mais nous ne pouvons pas avoir d'influence sur 1 500 établissements.

Le président: Madame Hinton, nous avons déjà dépassé le temps prévu. Si vous voulez bien, nous pourrions probablement vous revenir dans quelques minutes.

Nous allons maintenant laisser la parole à M. Bagnell.

Mme Betty Hinton: Ce n'était qu'un compliment.

Le président: Oh, d'accord. Nous pouvons toujours accepter un compliment.

Mme Betty Hinton: Le compliment, c'est que j'applaudis votre décision de faire appel aux membres de la Légion pour aller faire ces sondages, parce que je pense que vous obtiendrez des réponses beaucoup plus franches d'un camarade que de quelqu'un qu'ils ne connaissent pas. Alors bravo, et bravo aussi aux légions de rendre ce genre de service.

M. John Walker: Si je peux me permettre un commentaire, une grande part des progrès que nous avons réalisés, particulièrement au titre de la qualité, sont tributaires de partenariats avec les organisations d'anciens combattants, qui nous ont montré ce que nous devrions faire. Elles ont collaboré avec nous, avec le Conseil canadien d'agrément des services de santé, pour la rédaction du nouveau chapitre de leur stratégie d'amélioration des mesures. Elles ont travaillé avec nous main dans la main, elles ont collaboré avec nous à la réalisation des sondages sur la satisfaction des clients. C'est donc réellement un partenariat.

J'ai appris assez tôt qu'il vaut beaucoup mieux les avoir de notre côté que contre nous.

Je vous remercie.

•(1210)

Le président: Nous allons maintenant laisser la parole à M. Bagnell.

L'hon. Larry Bagnell: Merci. En ma qualité de membre de notre Légion, je suis tout à fait d'accord avec Betty.

Si vous obtenez un taux d'approbation des aliments de 96 p. 100, c'est plutôt bon. C'est beaucoup mieux que ce qu'obtiennent les compagnies aériennes.

Les soins à domicile, c'est offert au public dans certaines régions du Canada.

M. John Walker: Oui, mais je ne sais pas s'ils sont aussi complets que notre programme. Par exemple, je n'en connais pas qui offrent des services de tonte de la pelouse et de déneigement. Cela semble des choses assez simples, mais ce sont deux facteurs qui comptent pour beaucoup dans la décision de certaines personnes de quitter le domicile familial pour aller vivre en condominium. C'est énorme.

Je voudrais ajouter une chose à ce propos. Les anciens combattants reçoivent un certain montant pour faire entretenir leur pelouse. Tout le monde, dans le voisinage, paie le fils du voisin peut-être une vingtaine de dollars pour faire tondre la pelouse. L'ancien combattant offrira 8 \$, mais serait prêt à en donner 10 \$. Il est vraiment très intéressant de voir la valeur qu'ils accordent à l'argent que nous leur donnons et combien ils le dépensent de façon judicieuse. C'est très encourageant.

L'hon. Larry Bagnell: Si on revient à ces 4 000 \$ et 1 000 \$, en fait, c'est parce que les provinces de l'Ouest subventionnent les soins et ne facturent pas une personne qui reste là, que ce soit un jeune ou un ancien combattant, ou un membre du grand public. Elles ne facturent certainement pas autant, alors c'est une énorme subvention provinciale, si on peut dire. Elles n'offrent pas moins de soins.

M. John Walker: Non. Je dirais que les soins seraient tout à fait semblables partout au pays, et le prix serait semblable partout au pays. La différence, c'est qui le paie. Est-ce que c'est le gouvernement provincial, ou, dans notre cas, le ministère des Anciens combattants? Ou encore, en fait, est-ce la part du citoyen?

Je dirais que les coûts sont similaires, sous réserve des fluctuations de l'ICP, pour refléter le coût de la vie en Colombie-Britannique comparativement à d'autres régions moins fortunées du pays.

L'hon. Larry Bagnell: À votre avis, quelle serait la longévité de l'hôpital Sainte-Anne, une fois les rénovations terminées?

Mme Verna Bruce: L'hôpital Sainte-Anne sera, en fait, un établissement très moderne une fois que nous aurons achevé le projet de rénovation. Nous avons l'intention d'y créer une vaste expertise autour du traitement de la démence et du syndrome de stress post-traumatique. Nous allons examiner ce que sont les besoins des

clients anciens combattants qui y seront traités, et quand le moment sera venu de nous asseoir et de discuter avec la province de Québec, nous serons prêts à le faire.

Toutefois, les travaux, en tant que tels, devraient durer une trentaine d'années à tout le moins.

L'hon. Larry Bagnell: Voyez-vous quoi que ce soit chez vos patients résidents qui vous donne l'impression que vous pourriez influencer le système pour prévenir certains troubles dont ils souffrent quand ils sont à votre charge? Par exemple, trouvez-vous que certains patients ont des problèmes quelconques, découlant de leur service, dont vous pourriez aviser l'armée et au sujet de quoi vous pourriez lui suggérer certaines mesures, dans ses programmes de formation ou dans l'expérience qu'ils vivent, pour que les anciens combattants ne se retrouvent pas avec ce type de problème? Est-ce que vous pouvez voir ce genre de chose?

Mme Verna Bruce: L'un de ces troubles importants est la perte de l'ouïe. C'est quelque chose qui s'est déjà fait il y a plusieurs années, à cause du nombre d'anciens combattants qui perdaient l'ouïe.

C'est incroyable. Par exemple, il semble évident que les gens qui servent dans l'artillerie, quand ils ont une perte auditive, il y a de bonnes chances qu'il y ait un lien. Or je dirais que, certainement, en ce qui concerne l'ouïe, l'armée fait maintenant très attention à offrir de l'équipement de protection de l'ouïe.

Y a-t-il autre chose, John?

M. John Walker: Rien qui me vienne à l'esprit qui soit aussi évident que cet aspect-là.

Pour nous, je pense que ce sont les leçons que nous avons apprises par l'entremise des anciens combattants ayant servi outre-mer que nous trouvons très utiles. En ce qui concerne ce qui est particulier aux militaires, à part la perte auditive, rien ne me vient tout de suite à l'esprit.

Le président: Merci. Très bien.

[Français]

Monsieur Perron, avez-vous des questions? Non.

[Traduction]

Monsieur Bagnell? Madame Hinton? Non. Très bien.

Monsieur O'Connor.

M. Gordon O'Connor (Carleton—Mississippi Mills, PCC): Je suis nouveau à ce comité, et je ne sais pas ce qui s'est passé avant, mais à la toute dernière page, vous avez toutes ces recommandations. Y a-t-il une liste simplifiée de ces recommandations, indiquant lesquelles sont en voie de concrétisation et lesquelles sont partiellement réalisées, etc.?

•(1215)

M. John Walker: Nous l'avons ici, pour la distribuer, monsieur.

Mme Verna Bruce: Nous avons effectivement des documents à vous laisser.

M. Gordon O'Connor: L'autre question, c'est que pensez-vous d'un ombudsman des anciens combattants?

Mme Verna Bruce: Je pense que la position qu'a adoptée le ministère, c'est que nous avons probablement déjà parmi les meilleurs ombudsman du monde, parce que les Légions royales canadiennes tiennent ce rôle et sont partout au pays.

Selon nous, nous avons déjà un nombre incroyable d'ombudsman en oeuvre, actuellement.

Le président: Très bien, alors.

Je tiens à vous remercier tous les deux d'être venus aujourd'hui. C'était très instructif et nous avons certainement une meilleure idée des objectifs du programme. Merci beaucoup.

Mme Verna Bruce: Nous allons veiller à transmettre dès que possible au greffier les documents que nous avons promis. Nous vous remercions de l'occasion que vous nous avez donnée.

Le président: Merci beaucoup.

Membres du comité, si vous voulez bien attendre quelques minutes, je voudrais vous parler d'une seule chose, puis nous discuterons des affaires du comité. Nous allons passer très rapidement sur trois points, si vous voulez bien. Commençons tout de suite.

Le PAAC proposé a subi des modifications. Voulons-nous que quelqu'un vienne nous en faire une description détaillée? Est-ce que nous avons des questions sur le nouveau programme? Est-ce que ce serait utile?

Mme Betty Hinton: Je ne sais pas s'il y a vraiment eu d'importants changements qui nécessiteraient une séance d'information. Si ce ne sont que de petites mises au point, je me contenterais tout à fait d'une présentation écrite.

Le président: Nous n'avons donc pas besoin d'une présentation, c'est bien ce que vous dites?

Mme Betty Hinton: Je ne sais pas. Ce que je veux dire, c'est que je plierai à l'avis de la majorité. Mais en ce qui me concerne, à moins qu'il y ait eu des changements vraiment importants, je me contenterais tout à fait d'explications écrites plutôt que d'avoir une présentation.

Le président: D'accord.

L'hon. Larry Bagnell: Une fois que nous l'aurons lu, si nous voulons une présentation, nous pourrions la demander.

Le président: D'accord. Cela peut se faire pendant la période d'ajournement. Je vais demander au greffier de nous en remettre une copie. Cela vous convient?

Mme Betty Hinton: D'accord. C'est bien.

Le président: D'accord. Nous allons examiner les changements, et nous verrons ce qui arrivera quand nous reviendrons.

Ensuite, j'avais suggéré quelque chose, mais Peter n'est pas ici pour se défendre. Est-ce que tout le monde a eu une copie de l'ordre d'intervention, sur le mode de fonctionnement de ce comité? Nous avons un premier tour, un deuxième, et un troisième. Au deuxième tour, c'est le Parti conservateur d'abord, puis le parti au pouvoir, le Bloc, le parti au pouvoir, le Parti conservateur, le parti au pouvoir et le Parti conservateur.

J'allais suggérer que nous passions directement au troisième tour en sautant le deuxième. Ce n'est qu'une suggestion. Je sais que M. Stoffer est ici d'habitude, et il a quelques questions à poser.

En faisant ainsi, ce serait un peu plus égal. Je comprends que ce n'est pas la façon habituelle de faire, selon les chiffres, mais je vous laisserai en décider. À notre prochaine réunion, si vous voulez bien, nous pourrions en discuter, au nombre des affaires du comité. Ce n'est qu'un élément de réflexion pour la prochaine réunion.

La question a été soulevée l'autre jour, quand il avait des questions à poser, et nous ne sommes jamais vraiment parvenus au troisième tour, de toute façon. Ce serait une façon d'équilibrer les choses. Bien que si...

• (1220)

L'hon. Larry Bagnell: Est-ce que vous dites que vous l'ajouteriez au deuxième tour?

Le président: En fait, oui. Il faut que la décision soit unanime, et il n'y a pas d'autres moyens. Du moment que quelqu'un n'est pas tout à fait d'accord, cela ne pourra se faire. Je pensais seulement que ce serait un bon geste à faire.

Mme Betty Hinton: Je pense que je peux vous donner une réponse.

Le président: Je suis impatient de l'entendre, Betty, je vous l'assure.

L'autre chose dont il a été question, c'est que nous devons tenir une réunion pour discuter des activités du comité le 31 janvier. Voulons-nous avoir cette réunion, ou voulons-nous attendre la semaine suivante? Il a été suggéré que nous sautions la première semaine du retour.

Mme Betty Hinton: Attendons-nous un témoin?

Le président: Nous devons accueillir la ministre.

La greffière du comité: La ministre compte venir le 7 février, je crois, le premier lundi de la semaine qui suit notre retour.

Le premier jour du retour est le 31 janvier. Nous n'avons, pour l'instant, rien prévu de précis pour ce jour-là. Il s'agit de déterminer si les membres du comité veulent avoir une réunion pour parler de ce dont ils veulent discuter avec la ministre lorsqu'elle viendra la semaine suivante.

M. Gordon O'Connor: Une idée en passant, à cette réunion, si nous parlons de ce que nous allons faire entre ce moment-là et l'été? Qu'allons-nous essayer de réaliser? Est-ce qu'on procède pêle-mêle, ou avons-nous une espèce de plan?

Le président: Je pense que c'est une excellente idée. Est-ce que tout le monde est d'accord? Nous serons donc ici à 11 heures le 31 janvier pour déterminer ce que nous allons faire. Si vous pouvez y réfléchir entre-temps, nous déciderons exactement de ce que nous voulons faire. Nous avons entendu à peu près tous les comités jusqu'à maintenant.

C'est tout pour nos activités. Il ne reste qu'une chose. Je vous fais à tous mes meilleurs voeux, et je souhaite à tout le monde d'excellentes Fêtes.

Mme Betty Hinton: Joyeux Noël à vous aussi.

M. Gordon O'Connor: Pour ceux qui ne seront pas au Comité de la défense cet après-midi...

Le président: Ah bon, on a le choix?

Très bien. La séance est levée.

Joyeuses fêtes.

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 réseau électronique « Parliamentary Internet Parlementaire » à l'adresse suivante :

Also available on the Parliamentary Internet Parlementaire 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.