



Chambre des communes  
CANADA

## **Comité permanent des anciens combattants**

---

ACVA • NUMÉRO 007 • 2<sup>e</sup> SESSION • 39<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

**TÉMOIGNAGES**

**Le jeudi 6 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 jeudi 6 décembre 2007

• (1105)

[Traduction]

**Le président (M. Rob Anders (Calgary-Ouest, PCC)):** Bonjour mesdames et messieurs. Bienvenue à cette nouvelle séance du Comité permanent des anciens combattants.

Nous poursuivons aujourd'hui l'examen des soins de santé des anciens combattants et l'étude du Programme pour l'autonomie des anciens combattants. Ce matin, nos témoins sont Willie Lirette, président de la Fédération des aînées et aînés francophones du Canada, ainsi que Marc Ryan, le premier vice-président de l'Ontario. Ensuite, nous recevons Greg Shaw, directeur des Relations internationales et d'entreprise à la Fédération internationale du vieillissement.

En général, messieurs, les témoins disposent de 20 minutes. Toutefois, je crois comprendre que l'on vous a accordé 10 minutes chacun. Les membres du comité entendront donc vos témoignages pendant 30 minutes, si vous le souhaitez. Par la suite, les députés des différents partis poseront des questions selon une liste préétablie, et je veillerai au bon fonctionnement de l'affaire.

Je pense, messieurs, que nous sommes tous généralement favorables à l'idée d'élargir le Programme pour l'autonomie des anciens combattants, mais la question est de déterminer dans quelle mesure.

Vous avez la parole.

[Français]

**M. Willie Lirette (président, Fédération des aînées et aînés francophones du Canada):** Merci, monsieur le président. Il me fait plaisir d'être présent. Pour moi, c'est une première comparution devant un comité de la Chambre des communes et j'envisage cette expérience comme un atout.

Au nom de la Fédération des aînées et aînés francophones du Canada, j'aimerais profiter de l'occasion pour vous remercier de l'invitation à comparaître aujourd'hui devant le Comité permanent des anciens combattants de la Chambre des communes. De plus, j'aimerais vous féliciter de l'initiative que vous prenez pour tenter d'améliorer le sort des anciens combattants et des aînés. La population âgée continuera de croître de façon importante d'ici les 20 prochaines années. Il est important que le gouvernement fédéral tente par tous les moyens d'améliorer le bien-être et le mieux-être des aînés au Canada.

La Fédération des aînées et aînés francophones du Canada est un organisme sans but lucratif qui a pour membres 12 associations francophones d'aînés qui représentent plus de 3 300 membres, incluant le Mouvement des Aînés du Québec, la FADOQ. Nous travaillons en étroite collaboration avec tous nos membres pour faire en sorte que les aînés francophones de partout au pays puissent avoir accès à des services et à des soins de qualité dans leur langue maternelle.

Nous aimerions profiter de l'occasion aujourd'hui pour vous faire part de notre expérience dans le domaine de la santé, et nous espérons que les éléments que nous allons aborder pourront apporter un nouvel éclairage et vous aider à trouver de nouvelles pistes de solution pour améliorer la qualité des services et des soins offerts aux anciens combattants.

Nous tenons à souligner que notre domaine d'expertise touche d'abord les aînés francophones. Nous n'avons pas eu à travailler de façon particulière auprès des anciens combattants, mais peut-être est-ce appelé à changer au cours des prochaines années. Disons toutefois que beaucoup d'anciens combattants sont membres de nos associations provinciales et profitent des services qu'on leur donne.

Selon notre expérience, voici les principaux enjeux que nous avons été en mesure de définir en termes de besoins de santé pour les aînés francophones en milieu minoritaire. D'abord, si on se fie à quelques données statistiques, il est permis d'affirmer que sur le plan de tous les déterminants de la santé, les aînés francophones en situation minoritaire sont grandement désavantagés comparativement à l'ensemble des aînés anglophones. À titre d'exemple, des données recueillies en Ontario montrent que 43 p. 100 des aînés francophones ont un revenu moindre, comparativement à 27 p. 100 des aînés anglophones. De plus, 36 p. 100 des aînés francophones n'ont pas fait d'études secondaires, comparativement à 24 p. 100 des anglophones. Les données manquent pour les autres provinces canadiennes, mais nous croyons que de telles données se retrouvent ailleurs au pays.

Il est toujours très difficile pour les aînés d'avoir accès à des services en français. Selon une étude récente réalisée par le docteur Louise Bouchard et Valérie Bourbonnais de l'Université d'Ottawa, 66,2 p. 100, des aînés francophones de l'Ontario ne parlent pas leur langue maternelle avec leur médecin de famille. C'est plus de la moitié. De plus, l'étude révèle que les aînés francophones sont plus enclins à ne pas avoir de médecin de famille que les anglophones.

Des témoignages recueillis sur le terrain montrent également que les aînés sont souvent confrontés à de grands défis par rapport à la santé. Le « vieillir à domicile » reste un enjeu majeur pour les aînés en général, et encore plus pour les aînés francophones. À titre d'exemple, j'ai eu la chance dernièrement de discuter avec une dame âgée francophone du Manitoba qui habite un petit village à prédominance francophone à plusieurs kilomètres de Winnipeg. Elle disait à quel point elle avait peur de devoir vendre sa maison pour des raisons de santé et d'être obligée d'aller vivre dans un foyer de soins, dont le plus près était à une centaine de kilomètres de chez elle, surtout qu'il n'y avait aucun service en français. J'ai vu alors toute la vulnérabilité de cette dame âgée francophone qui avait peur d'être déracinée de son milieu et de se retrouver complètement isolée de sa communauté francophone.

Au Nouveau-Brunswick, lorsque le temps est venu de bâtir la nouvelle résidence pour les vétérans, à Moncton, la direction de la résidence a été donnée à la Régie régionale Beauséjour, c'est-à-dire à la régie régionale francophone. Cela a permis à ce centre d'offrir d'excellents services dans les deux langues officielles. Cela n'aurait pas eu lieu si le centre avait été bâti dans un centre comme Saint John ou Fredericton. Comme c'est à Moncton, le bilinguisme régnant, les services sont automatiquement une priorité. Ce n'est pas le cas dans toutes les régions du pays.

Le manque de services de soutien à domicile en français constitue souvent un enjeu de taille pour tous les aînés, mais particulièrement pour les aînés francophones.

Les aînés veulent rester à domicile, mais pour ce faire, ils ont besoin de services de soutien à domicile.

Le soutien ou le manque de soutien pour les aidants naturels — cela peut s'appliquer aux vétérans aussi — a des répercussions sur l'état de santé des aînés. Faute de services en français, les aînés francophones ont plus souvent tendance à recourir au réseau informel lorsqu'ils ont besoin de soins et de soutien, d'où l'importance d'avoir un bon réseau d'appui pour les aidants naturels, ce qui n'est pas toujours le cas.

L'absence de centres de soins de longue durée qui puissent offrir des services et un milieu de vie en français aux aînés francophones est également une grande préoccupation pour les aînés francophones. Chez nous, au Nouveau-Brunswick, la situation des aînés qui sont dans des lits d'hôpitaux ordinaires et qui n'ont pas de place dans des foyers de soins de longue durée est un problème majeur. Chez nous, c'est aussi le cas des vétérans: il y a un manque de places.

Pour pallier ces différents problèmes, la Fédération des aînées et aînés francophones a dû être créative et penser à de nouvelles façons de faire pour joindre les aînés, et ce, avec peu de ressources. Pour ce faire, nous avons dû développer une stratégie qui repose sur certains principes. Je vous en citerai quelques-uns.

Les aînés doivent être beaucoup plus que des « patients » de notre système. Il faut mettre en oeuvre des stratégies où les aînés vont être directement interpellés, consultés et mis à contribution dans la mise en oeuvre de solutions à certains problèmes sociaux qui vont se poser au cours des prochaines années.

À titre d'exemple, nous avons mis en place un programme d'accompagnement communautaire qui consiste à former des aînés bénévoles, leaders dans leur communauté, pour aider les aînés plus vulnérables ou en moins bonne santé, en vue de les appuyer dans leur quête de services de santé en français. Ce projet a connu beaucoup de succès, mais n'a été financé que pour une période de neuf mois. Bien que le programme n'ait pu continuer, je pense que s'il avait bénéficié d'un financement approprié, il aurait été très profitable et aurait permis au système de santé d'épargner bien des sous.

Ensuite, il est important de mettre l'accent sur la prévention et la promotion de la santé. Dans ma province, par exemple, moins de 1 p. 100 du budget total de la santé est consacré à la prévention. Tout l'argent est alloué à la cure, et c'est un problème majeur. Les aînés ne veulent pas attendre d'être malades pour qu'on agisse. À ce titre, nous menons dans les communautés francophones des forums de santé qui connaissent beaucoup de succès et qui rassemblent un grand nombre d'aînés. Il est bon pour les aînés francophones qui se sentent souvent isolés de pouvoir participer à de tels événements. Cela leur permet d'échanger et de relativiser leur propre situation sur le plan de la santé. Ces rencontres sont bonnes pour le moral et pour la santé.

Il faut également miser sur le savoir-faire et l'expérience des retraités. À ce chapitre, la Fédération des aînées et aînés francophones du Canada travaille présentement avec chacune des associations provinciales et fédérations provinciales et territoriales pour bâtir un plan d'action intergénérationnel en santé dans chacune des provinces et chacun des territoires. Nous croyons que la mise en oeuvre de ces plans d'action est porteuse de prévention et de promotion de la santé pour les aînés. Entre parenthèses, ce programme a permis, jusqu'à présent, de valoriser le vieillissement auprès des petits enfants. En s'investissant dans des actions qui ont pour but d'appuyer en santé les autres générations — les petits enfants, les jeunes parents, etc. —, les aînés qui s'impliquent seront beaucoup plus portés à prendre soin de leur santé, et de tels contacts avec d'autres générations ne pourront qu'avoir un effet bénéfique sur leur état physique et mental.

En ce qui a trait à la situation plus particulière des anciens combattants et à la prestation de services de santé, nous pensons qu'il est important pour le gouvernement fédéral de contempler des modèles où les anciens combattants et leur famille pourront avoir plus d'importance à l'intérieur du système et avoir leur mot à dire sur la façon de rendre des services.

● (1110)

Comparons cela à l'école par rapport aux parents. Si vous impliquez les parents dans l'école, il y a des chances que le service scolaire soit meilleur parce que les parents sont impliqués. De ce fait, nous pensons que parce que les vétérans ou les aînés en général sont impliqués dans leur domaine de santé, dans leur autodétermination, ce sera meilleur pour le système.

Il faut de plus en plus transcender le modèle traditionnel de médecin-patient pour permettre aux clients et à leur famille d'exercer et d'assumer des choix par rapport à la prestation des soins de santé. On parle de plus en plus de santé et de l'autodétermination des clients, et des études démontrent que plus vous permettez à un client d'exercer des choix par rapport à la prestation des soins, plus rapidement celui-ci pourra recouvrer la santé. Il faut donc impliquer le patient dans sa cure.

Nous aurions aimé présenter un peu plus longuement certaines initiatives, mais nous espérons que nous aurons la chance, lors de notre échange, de les aborder.

En terminant, j'aimerais remercier le comité de nous avoir donné la chance aujourd'hui de présenter les besoins des aînés francophones du Canada. Je crois aussi que beaucoup de nos besoins sont aussi les besoins des aînés anglophones. Nous espérons que les différentes pistes que nous avons présentées pourront vous aider dans le développement de nouveaux modèles destinés à améliorer la qualité des soins aux anciens combattants et à leur famille.

De plus, j'aimerais terminer en félicitant le gouvernement fédéral qui, comme certains gouvernements provinciaux maintenant, assigne de façon spécifique des ministres ou sénateurs aux dossiers plus spécifiques des aînés. Nous sommes donc très heureux de constater que la sénatrice Marjory LeBreton a été nommée à ce poste et qu'il nous est maintenant possible de rencontrer des représentants du gouvernement haut placés qui peuvent entendre ce qui préoccupe les aînés.

Ajoutons que lorsqu'on doit se présenter à Ottawa, ou dans n'importe quelle province, on doit cogner à 10 ou 12 portes parce que chacun a un dossier sur les aînés ou les anciens combattants. On n'a pas les ressources humaines et financières pour faire ce travail. Donc, une porte est au moins ouverte ici, à Ottawa, à laquelle nous pourrions cogner à un moment donné, soit le poste de Mme LeBreton, que nous avons déjà rencontrée.

Encore une fois, merci. Nous nous ferons un plaisir de répondre à vos questions. Le court laps de temps que nous avons eu pour faire cette présentation ne nous a pas permis de vous apporter plus de substance, comme des statistiques, des recherches, etc. Ce sera pour une prochaine fois.

• (1115)

[Traduction]

**Le président:** À titre d'information, vous avez parlé pendant environ 12 minutes et demie.

Poursuivons avec les autres témoins, s'il vous plaît.

[Français]

**M. Marc Ryan (premier vice-président (Ontario), Fédération des aînées et aînés francophones du Canada):** J'aimerais simplement ajouter ou reprendre quelques idées. Mon président a parlé du Nouveau-Brunswick. J'aimerais saisir l'occasion pour parler de l'hôpital Montfort, qui dessert les anciens combattants et la Défense nationale également. Il s'agit là encore d'une institution bilingue qui est en mesure de rendre les services dans les deux langues officielles.

Ailleurs au pays, on doit surveiller une certaine contribution, celle de la Société Santé en français. Cette dernière a — à défaut d'un autre terme — un *outreach* dans des zones de langue minoritaire du reste du Canada. Cette société a fait ses preuves ces cinq dernières années. Je crois savoir qu'actuellement, elle est en train de mettre en place des services de santé en français partout au pays, là où la situation est très précaire dans ce domaine.

L'absence de centres de soins de longue durée est vraiment un problème. C'est un iceberg qui est devant nous et que l'on n'a pas encore frappé. À titre de président ontarien de cette association, je puis vous assurer qu'ailleurs au pays, c'est un problème qui va devenir de plus en plus aigu et qui ne sera pas facile à résoudre, car on a affaire aux ministères qui ont trait aux municipalités, on a affaire à l'habitation en général et on a affaire à tous ces programmes de soutien. La chose n'est pas résolue.

En outre, M. Lirette a parlé de l'accompagnement communautaire qui, en zones de langue minoritaire, est très important. Grâce à des programmes d'accompagnement communautaire, on a une chance de retarder très souvent la mise en institution de personnes qui, graduellement, perdent leurs moyens. Ce sont les centres de longue durée qui coûtent extrêmement cher au système de santé. Cela étant dit, c'est quand même important d'en avoir.

Enfin, permettez-moi de vous décrire très brièvement une journée santé-prévention comme on en a organisé et pour lesquelles on demande du financement afin d'en organiser d'autres dans toutes les zones de langue minoritaire. Au début de la journée, on présente toujours une maladie sur le plan technique, par exemple les maladies du cœur ou l'alzheimer. Puis, il y a toujours une infirmière qui prend la pression artérielle des gens et qui procède à des prélèvements sanguins. On avertit les gens en place. Habituellement, de 100 à 250 personnes viennent à ces journées santé-prévention. Cette première partie est très technique. Ensuite, c'est la nutrition. Un peu plus tard dans la journée, on fait venir soit un policier ou un

représentant des services sociaux, et l'on traite des abus faits aux personnes âgées. Habituellement, on termine avec une présentation de type *entertainment*.

En conclusion, les programmes intergénérationnels sont des programmes qui ont tendance à briser l'isolement des aînés. Les francophones en zones de langue minoritaire partout au pays en ont grandement besoin.

Je ne veux pas prendre plus de temps. Je vous remercie de votre attention.

• (1120)

**M. Willie Lirette:** Je voudrais ajouter que le phénomène du vieillissement de la population est un heureux problème. Au sein de tous les gouvernements, qu'il s'agisse du gouvernement fédéral ou de celui de chacune des provinces et de chaque territoire, on a de la difficulté à intégrer le fait que d'ici 20 ans, on aura un problème majeur quant au remplacement de la main-d'oeuvre, car beaucoup d'aînés ne seront plus sur le marché du travail. On dirait que ce n'est pas facile de vendre l'idée de préparer longtemps d'avance cette venue d'une grande majorité d'aînés dans la population. Je crois que cette population de personnes âgées atteindra des proportions de 20 p. 100 dans très peu de temps. Une fois que ce sera fait, qu'y aura-t-il sur place?

Je sais qu'un gouvernement est élu pour quatre ou cinq ans en moyenne et que parfois on vise seulement quatre ou cinq ans dans les programmes ou les projets. On oublie que le problème sera vraisemblablement un problème majeur dans 15 à 20 ans. En ce qui concerne cette idée de prévoir des programmes ou de prévoir comment les gouvernements feront face à ces situations, je ne trouve pas encore de réponse parmi les élus, que ce soit au palier provincial ou au palier fédéral. C'est un problème majeur, surtout pour le fédéral. Il doit songer à mettre sur pied quelque chose de concret qui nous aidera dans 10, 15 ou 20 ans, car ce sera un problème réel. On n'a pas encore touché le fond de ce problème.

Je suis prêt à répondre à vos questions.

[Traduction]

**Le président:** Très bien, merci beaucoup.

Poursuivons maintenant avec M. Shaw, pendant 10 minutes, s'il le souhaite.

**M. Greg Shaw (directeur, Relations internationales et d'entreprise, Fédération internationale du vieillissement):** Merci beaucoup. Je suis très heureux d'être ici aujourd'hui. C'est la première fois que je comparais devant un comité au Canada. Comme vous l'avez sans doute remarqué en raison de mon accent, je ne suis pas Canadien. Je viens de l'Australie, mais j'ai déjà comparé devant quelques comités parlementaires, lorsque j'étais en Australie et que je travaillais pour le ministère australien de la Santé.

Je suis directeur de la Fédération internationale du vieillissement, une organisation créée il y a 35 ans. Elle est active au Canada depuis 15 ans. Elle fait partie des quatre principales ONG qui ont statut consultatif général aux Nations Unies et se penche précisément sur les questions liées au vieillissement.

Nous mettons généralement l'accent non pas sur les questions liées aux maladies, mais plutôt sur les enjeux sociaux entourant le vieillissement. Nous agissons comme modérateurs et nous tentons de rapprocher les gouvernements et les ONG des pratiques exemplaires; nous nous intéressons à ce qui se passe dans chaque pays, en particulier du point de vue des programmes et des politiques de soutien aux aînés.

Nous sommes heureux de voir que votre comité s'intéresse aux questions touchant les anciens combattants, puisque cet enjeu n'existe pas seulement au Canada, mais aussi dans de nombreux autres pays, et je pourrai certainement vous donner le point de vue du système australien de soins fournis aux anciens combattants pendant la période de questions et réponses. Mais je me contenterai aujourd'hui de parler de certains aspects du rapport de novembre 2006 publié par le Conseil consultatif de gérontologie ainsi que de certaines recommandations formulées par cette organisation, en particulier du point de vue des anciens combattants, de cette tranche de population comme elle existe aujourd'hui ainsi que de la tendance qu'ont les gouvernements d'envisager les choses du point de vue d'un modèle de soins axé sur la maladie plutôt qu'un modèle de soins axé sur le mieux-être.

La Fédération internationale du vieillissement appuie les gouvernements et est en faveur des politiques et des programmes qui adoptent des modèles qui favorisent le mieux-être et les interventions visant à réduire véritablement le fardeau des maladies.

Comme Willie l'a indiqué, les gouvernements ne consacrent pas beaucoup d'argent à la prévention et à la promotion de la santé, parce que leurs résultats se font généralement voir à long terme et que les avantages du point de vue de la santé ne se concrétisent pas nécessairement pendant les courts mandats des gouvernements.

Dans la plupart des pays, les efforts déployés dans le cadre des programmes de santé et de mieux-être sont insuffisants. Certains aspects du Programme des soins à domicile pour les anciens combattants sont assez novateurs et se sont attiré une reconnaissance mondiale, comme notamment les programmes canadiens de prévention des chutes et les interventions rapides dans la prévention des chutes, ce qui aide les anciens combattants et leur rend service.

L'autre point qui constitue selon moi une préoccupation majeure est l'appui reçu par les aidants, c'est-à-dire les gens qui sont à la maison pour aider les anciens combattants qui en ont besoin. Au cours des 10 ou 15 dernières années, on a beaucoup mis l'accent sur l'appui fourni par les aidants à domicile, ou encore les conjoints et les familles des aînés, et le fait que cet appui contribue aux économies réalisées par le gouvernement. Naturellement, nous favorisons les programmes qui appuient ces aidants en particulier, et je sais qu'il existe de très bons modèles, tant au Canada qu'à l'étranger, et que ces modèles permettent de trouver des façons d'appuyer les aidants de ces anciens combattants, afin que ceux-ci demeurent autonomes, ou qu'ils puissent rester dans leur collectivité ou à la maison plus longtemps.

Ce faisant, les gouvernements l'ont volontiers reconnu, et on passe rapidement des soins à domicile à des programmes d'appui communautaire à domicile... Pour les aînés, il continue d'y avoir des questions entourant les programmes d'appui communautaire à domicile: Où puis-je obtenir les renseignements sur ces programmes? Avec qui dois-je communiquer, et existe-t-il des points d'accès ou de référence uniques? Ces références sont-elles les mêmes d'une province à l'autre, en particulier pour ce qui est des programmes de soins à domicile?

• (1125)

Un guichet unique, utilisé comme élément d'orientation et d'évaluation, est sans aucun doute une initiative opportune, recommandée par le Conseil consultatif de gérontologie. Les gens ne recherchent ces services qu'en cas de crise et ils ne savent pas vers qui se tourner. Mais s'il existe un point d'évaluation et d'orientation unique qui tient compte des problèmes de l'ancien combattant et de toute sa famille de même que de l'infrastructure familiale, et qui les

oriente vers les services adéquats, les familles et les anciens combattants eux-mêmes seront plus à l'aise en cas de problème et sauront où aller.

Il faut reconnaître que les gens n'ont accès à ces services que lorsqu'il y a un problème, et c'est à ce moment-là qu'ils ont besoin d'aide et de services rapidement. Il s'agit donc de diffuser l'information sur les services disponibles. Au Canada, la collectivité des ONG de même que les organisations de prestations de services ont un rôle essentiel à jouer; elles doivent informer les anciens combattants au sujet de la gamme de services disponibles, mais également se pencher sur les inégalités des services offerts dans les provinces au Canada. La même situation prévaut dans de nombreux pays où les compétences en matière de santé relèvent du niveau provincial.

Pour ce qui est de certaines tendances que l'on peut observer, jetons un coup d'oeil aux programmes de soins à domicile pour les anciens combattants; je vous donnerai un exemple de l'Australie. On envisage là-bas d'avoir recours à des équipes pluridisciplinaires pour procéder à l'évaluation, de sorte qu'il n'y ait qu'un seul point d'accès. Les évaluations sont ainsi uniformes et on peut y avoir accès partout au pays. Un certain montant est également alloué à des séries de services de prestation de soins, de sorte que l'on peut réellement appuyer les familles et les anciens combattants grâce à un ensemble de soins communautaires aux aînés, ou un ensemble de soins aux anciens combattants, ce qui fait partie de la gamme des services dont un ancien combattant peut avoir besoin pour rester à la maison beaucoup plus longtemps. Naturellement, nous mettons l'accent sur la façon de permettre aux gens de rester dans la collectivité où ils vivent et où ils sont actifs aussi longtemps que possible. Le problème soulevé au sujet des gens qui doivent s'installer dans des établissements de soins de longue durée ou d'autres établissements de soins n'est pas propre au Canada; on le retrouve partout, et c'est un problème qui touche également le multiculturalisme des populations aînées dans tous les pays.

Pour ce qui est de la gamme de programmes et services, il faut mettre l'accent sur la santé et le mieux-être. À long terme, cela permettra sans doute de réduire le fardeau financier des gouvernements dans le domaine des soins, ou alors les coûts associés aux soins seront limités à des périodes beaucoup plus courtes dans les cas des soins de longue durée. Dans les pays développés, 4 ou 5 p. 100 seulement des personnes de plus de 70 ans aujourd'hui iront dans des établissements de soins de longue durée. Bon nombre de personnes dans la collectivité y demeureront, et seuls les ennuis de santé les obligeront à subir des interventions et à être hospitalisés.

Pourquoi plus de gens ne se tournent-ils pas vers les soins résidentiels? En fait, c'est parce qu'on cherche de plus en plus à élaborer des services communautaires qui permettent aux gens de demeurer à la maison pendant beaucoup plus longtemps. Il s'agit également de créer des programmes et des services qui favorisent l'autonomie, la santé et le mieux-être, en vue de minimiser le fardeau lié aux maladies à long terme.

La gestion des cas est une autre question soulevée par le conseil consultatif dans son rapport, et il s'agit d'un modèle qui a été suivi et adopté dans bon nombre de pays. Le problème, pour les coordonnateurs ou les gestionnaires de cas, réside dans la charge de travail qu'ils finissent par devoir assumer. Le système australien prévoyait des gestionnaires de cas pour chaque région géographique, de sorte que la charge de travail de ces gestionnaires de cas était assez importante; on a reconnu très rapidement que ce programme était sous-financé, parce que les gestionnaires de cas tentaient d'appuyer entre 70 et 90 personnes chaque semaine, ce qui était tout simplement impossible.

• (1130)

Je pense que la question de l'uniformité d'accès, ou de l'accès aux services sans discrimination, est importante. Un ancien combattant qui vit au Manitoba veut avoir le même accès aux services, que ce soit des services de soins de santé ou des services de soins à domicile, que s'il vivait à l'Île-du-Prince-Édouard.

À l'échelle nationale, le gouvernement canadien ainsi que le secteur des ONG doivent se pencher sur cette question et commencer à parler des différences. Par exemple, quels sont les services offerts au Manitoba par rapport à ceux offerts à l'Île-du-Prince-Édouard? Je pense que ce sont les questions prioritaires.

Un programme national pour les anciens combattants règle bon nombre de ces problèmes et les programmes financés de façon indépendante par le ministère des Anciens combattants permettent de se doter d'un modèle beaucoup plus uniforme. Mais dans le cas des autres aînés, ce n'est pas nécessairement uniforme.

Naturellement, je souhaite féliciter le comité, qui cherche des façons d'appuyer, d'examiner et d'améliorer la qualité des soins fournis aux anciens combattants. Je serai très heureux de répondre à vos questions ou de parler de certains des points de vue internationaux.

**Le président:** Je suis impressionné. Vous avez pris 29 minutes et 48 secondes. Pouvez-vous le croire? Si seulement les membres du comité pouvaient respecter leur temps de parole autant que les témoins aujourd'hui. Bravo, messieurs.

Chaque parti posera des questions à tour de rôle. Nous commencerons avec le Parti libéral du Canada, et M. Valley, pour sept minutes.

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

Merci d'être ici ce matin.

Je pense que c'est un peu ironique que les députés de ce côté-ci de la table parlent de vieillissement. Nous avons tous vieilli hier soir. C'était notre fête de Noël et nous nous sentons tous un peu plus vieux ce matin.

Je peux sans peine comprendre certains des commentaires de M. Lirette. Ma circonscription est très rurale, très étendue et comporte de très petites collectivités. Vous avez principalement parlé des services que vous essayez de fournir, des langues et de tout le reste, mais je suis certain que dans le nord du Québec et dans d'autres endroits au Canada, pas seulement dans ma propre circonscription, il existe certains endroits où il n'y a pas de services. Nous prenons ce que l'on nous offre. Dans ma collectivité, personnellement, nous n'avons pas assez de médecins. Il y a trois médecins, alors qu'il devrait y en avoir 16.

Et les défis liés à la prestation de services aux gens à mesure qu'ils vieillissent, de même que les complications liées à un manque de services et à la nécessité de voyager rendent les choses plus difficiles; et lorsqu'il s'agit d'un ancien combattant par-dessus le

marché, avec tous les problèmes qu'ils ont, ça devient tout simplement encore plus difficile.

Ainsi, je comprends très bien tous vos efforts, et nous avons de la chance d'avoir des gens comme vous qui tentent de fournir ces services. C'est l'une des forces du Canada, ces groupes qui tentent d'aller de l'avant et de réunir tout le monde.

J'ai des questions pour M. Shaw.

Il ne faut pas généraliser, mais certains de nos anciens combattants nous disent qu'ils n'ont pas l'impression d'être bien servis par le ministère des Anciens combattants. Ils ont l'impression qu'il y a des lacunes et des défauts. Selon votre expérience, cette impression est-elle généralisée à tous les anciens combattants au monde? La situation est-elle semblable en Australie? Ont-ils l'impression d'être bien servis? Nous recevons parfois des invités des États-Unis, et ils disent qu'ils n'ont pas l'impression d'être bien servis par certains de leurs ministères des Anciens combattants dans le domaine des soins de santé. Et bien entendu, les problèmes s'aggravent toujours avec l'âge.

• (1135)

**M. Greg Shaw:** Peu importe où on pose la question aux anciens combattants, ils répondraient probablement que leur ministère des Anciens combattants, dans leur pays d'origine, ne leur fournit pas les services adéquats.

Le problème tourne principalement autour de l'accès aux services et des fournisseurs de ces services, parce qu'aucun pays ne dispose d'une seule agence qui fournit toute la gamme de services de soutien, allant de l'entretien de base et de l'appui nécessaire aux besoins liés aux soins de santé. Ces services sont fournis par tout un éventail d'agences et d'organisations; on se soucie peu d'avoir un seul point d'accès, un seul point d'évaluation ou une évaluation exhaustive. Ainsi, les anciens combattants australiens diraient sans doute exactement la même chose que les anciens combattants ici: ils ne sont pas nécessairement bien servis.

C'est parce que généralement, les ministères des Anciens combattants tentent d'aborder les besoins et les problèmes en matière de soins de santé du point de vue national, puisqu'il s'agit habituellement d'une responsabilité fédérale au sein du gouvernement. Mais dans bon nombre de cas, de nombreux services sont offerts par les gouvernements des provinces, des États et des territoires. Il y a donc toujours des différences d'une province à l'autre ou d'un État à l'autre, et il est difficile de tout coordonner à l'échelle nationale.

Ainsi, que ce soit au Danemark, en Australie ou aux États-Unis, tous les anciens combattants diraient probablement la même chose. Mais je pense que le fait que le Canada procède à un examen et cherche des façons d'améliorer l'accès aux soins de santé et aux services sera sans aucun doute utile pour les anciens combattants à mesure qu'ils vieillissent.

**M. Roger Valley:** Merci.

J'aurais dû mentionner qu'il y a d'importants problèmes de langue dans ma circonscription, mais en général, ce n'est ni en raison du français, ni en raison de l'anglais. C'est plutôt en raison du cri et de l'ojibwa, parce que 60 p. 100 de la population de ma circonscription est constituée de membres des premières nations. Ma circonscription comporte l'une des plus grandes populations de membres des premières nations au Canada, de sorte qu'une multitude de considérations entrent en ligne de compte.

Lorsqu'on pense à un ancien combattant qui revient à la maison après avoir servi dans les Forces canadiennes à un endroit ou à un autre, il parle l'anglais ou le français, ou même les deux. Le problème est assez souvent lié à ceux qui ne parlent aucune de ces deux langues, dans ma circonscription.

Il s'agit d'un problème. Mais comment pouvons-nous diffuser cette information? Vous avez parlé de communiquer les renseignements aux gens. Nous ne pouvons pas le faire. Au Canada, il y a des lois sur la protection de la vie privée. Il est impossible pour nous, les députés, d'obtenir une liste des anciens combattants qui résident dans nos circonscriptions. Nous devons régler les problèmes. Nous faisons affaire avec les légions, entre autres. Mais pour diffuser ces renseignements avant de faire face à ce problème, qui est, comme vous l'avez dit à quelques reprises... On ne réagit que lorsqu'une crise survient. Comment pouvons-nous, alors, établir ces réseaux si nous n'avons pas accès aux renseignements?

Ma question s'adresse à tous les témoins.

**M. Willie Lirette:** Je ne suis pas au courant de cette situation. Mais pour revenir à ce que vous avez dit au sujet des services dans la langue de notre choix, le gouvernement du Canada et la Société Santé en français ont créé un bon programme. Il prévoit, par exemple, la formation de professionnels. Ainsi, l'école de médecine de Moncton, qui est une école de médecine francophone, forme les gens dans toutes sortes de professions pour qu'ils fournissent des services à la collectivité.

• (1140)

[Français]

C'est un moyen que le gouvernement a mis en place pour aider à la formation des professionnels et s'assurer ensuite de la présence de services en français partout au pays. Cette entente viendra à échéance au printemps, si je ne me trompe pas, et il faut la renégocier. C'est là que le gouvernement devrait savoir que le succès de la Société Santé en français partout au pays doit être renouvelé pour arriver à répondre aux questions que vous posiez plus tôt.

Quant aux vétérans, j'ai fait des efforts au cours des derniers jours pour obtenir plus d'information, puisque nous n'étions pas nécessairement au courant de la situation des vétérans. On me dit que la paperasserie administrative, la *red tape* comme vous l'appellez, est énorme. Ces gens se découragent face à tout cela et il faut presque des professionnels pour faire les demandes ou les recherches pour obtenir des services. Je me rappelle tout le travail qu'a fait Mme Bradshaw, du temps où elle était députée, pour l'installation du Centre de santé des anciens combattants de Moncton. Je crois qu'il a fallu trois ou quatre ans pour qu'on prenne une décision, et les vétérans étaient situés au cinquième étage d'un vieil hôpital. Maintenant, le service est excellent, mais il faut investir trop de temps dans la paperasserie administrative des gouvernements provincial et fédéral.

Au Nouveau-Brunswick, on a aussi ce qu'on appelle un nouveau gouvernement. Depuis janvier, il a éliminé tous les revenus de sa liste de critères pour être admis dans un foyer de soins, même le revenu de vétéran. En effet, avant le 1<sup>er</sup> janvier, quand un vétéran devait entrer dans un foyer de soins de longue durée, tout son revenu y était consacré, et son épouse demeurait une femme pauvre. On m'a dit hier, avant que je parte, qu'au Nouveau-Brunswick, on a un peu réglé le problème. Mais je crois qu'il faudra que votre comité aille voir comment les femmes de ces vétérans sont traitées lorsque ceux-ci sont admis dans un foyer de soins de longue durée. Deviennent-elles des personnes pauvres? Si vous prenez toutes les femmes qui n'ont pas travaillé à l'extérieur du foyer et qui ont élevé de grosses

familles, que ce soit les femmes des anciens combattants, les femmes de pêcheurs ou les femmes de fermiers, ce sont des femmes pauvres au Canada.

On vient de découvrir que plus de 200 000 personnes auraient droit au Supplément de revenu garanti et ne l'ont pas parce qu'elle ne sont pas au courant qu'elles peuvent l'avoir. C'est pourquoi on presse le gouvernement de nous donner les moyens d'aller de porte en porte et de faire connaître ces choses. Cela prend des ressources humaines. Jusqu'à maintenant, le gouvernement provincial a fait des efforts du côté des services sociaux et on a ajouté beaucoup de noms à ces listes, mais il en reste encore presque 200 000 qui y ont droit. On n'a pas de moyen pour les contacter. Il me semble que dans les données du gouvernement fédéral, ils sont quelque part et on connaît leur situation. Il suffirait qu'on trouve un moyen technologique de leur donner ce supplément, sans qu'elles soient obligées d'embaucher un avocat pour toucher leurs prestations. Je voulais ajouter ce commentaire.

[Traduction]

**Le président:** Merci beaucoup.

Nous allons maintenant poursuivre avec le Bloc québécois; monsieur Perron, vous avez sept minutes.

[Français]

**M. Gilles-A. Perron (Rivière-des-Mille-Îles, BQ):** Messieurs, bonjour. C'est agréable d'avoir des francophones à la table, pour une fois, afin de jaser un peu.

Une considération me touche beaucoup. On parle des anciens combattants d'un certain âge, mais il ne faut pas oublier nos jeunes anciens combattants qui souffrent de blessures psychologiques. Cependant, je vais me limiter aux anciens combattants traditionnels.

D'abord, j'aimerais vous donner un petit cours d'histoire. Je veux envoyer un message: lundi prochain, j'aurai 67 ans. N'oubliez pas de me souhaiter bonne fête le 10 décembre.

Dans ma jeunesse, la coutume voulait que les grands-parents paternels soient confiés aux soins de l'aîné des fils et que les grands-parents maternels soient confiés aux soins de l'aînée des filles. C'était la « loi de pousse » qui réglait la société québécoise de l'époque.

D'ailleurs, cette tradition québécoise s'est transmise jusqu'à moi, à cause de mon âge avancé. Ma belle-mère est décédée à l'hôpital, mais après le décès de son mari, elle a habité chez moi. J'en ai assumé la charge sans aide gouvernementale. C'est ainsi j'ai été éduqué.

Mais aujourd'hui, ça ne fonctionne plus comme cela. On prend les vieux, comme j'aime les appeler et comme j'aime m'appeler moi-même, et on les place à peu près n'importe où. On essaie d'établir un système pour qu'ils puissent demeurer chez eux aussi longtemps que possible. J'approuve ce système à 300 p. 100, mais il faut l'améliorer parce que les vieux sont bien dans leurs vieilles affaires.

J'aimerais maintenant donner un peu d'information technique à M. Shaw. Je pense que le système de santé et des affaires sociales du Québec est le système le plus avancé de toutes les provinces canadiennes. Par exemple, y a-t-il, ailleurs au Canada, de l'aide pour que les citoyens puissent construire ou modifier leur maison en maison « cogénérationnelle »? Cela existe au Québec. Y a-t-il, ailleurs au Canada, un système comme celui des Centres locaux de services communautaires, les CLSC, que l'on retrouve au Québec et qui offre des soins de santé aux malades dans les résidences?



En fait, la difficulté que pose une situation intergénérationnelle, c'est qu'on voudrait bien garder ses parents chez soi. On peut les aider physiquement, mais lorsqu'ils ont besoin de soins de santé, on ne peut pas le faire parce qu'on n'est pas expert. C'est là que le CLSC vient à la rescousse.

Je pense que les soins de santé devraient être développés au niveau provincial, avec un retour d'impôt fédéral lorsque les soins de santé pour les personnes âgées — j'inclus les anciens combattants — sont donnés par leur famille. Les personnes âgées ont besoin de soins à domicile, mais il faut avoir des outils pour le faire, et je pense qu'on en manque.

Monsieur Lirette, le cours de politique 101 que vous nous avez donné plus tôt est très vrai. La vision d'un gouvernement ou d'un politicien ne va pas au-delà de la prochaine élection. Il légifère en vue de sa réélection, au lieu d'avoir la vision qu'a toute compagnie qui se respecte et de penser à ce que seront ce pays et cette société dans 50 ans.

Lorsqu'on change, si vous venez d'un coin de pêcheurs, on essaie de garder le bateau aligné sur le bon port.

Ce sont les commentaires que je voulais faire. Si vous le voulez, vous pouvez en ajouter, les approuver ou les désapprouver.

• (1145)

**M. Willie Lirette:** Je ne suis pas prêt à dire que votre système de santé est meilleur que le nôtre. Chacun a ses spécialités et ses domaines. Ce dont vous avez parlé, j'ai l'impression que nous l'avons chez nous et que d'autres provinces l'ont aussi.

Selon les dernières statistiques sur la santé des Canadiens ou en ce qui concerne les régies régionales partout au pays, il y a encore des situations problématiques majeures, par exemple la liste d'attente pour avoir un médecin spécialiste. Chez nous, on a ce qu'on appelle l'hôpital extramural, et on est la seule province à avoir ce programme. C'est un atout pour nous. En effet, aussitôt qu'un patient sort de l'hôpital, un suivi est fait à la maison jusqu'à ce qu'il n'ait plus besoin de soins de santé. Nous avons ce programme plus de 20 ans ou 25 ans, et il fonctionne très bien.

La situation du vieillissement dont vous parlez est un problème réel, et les gouvernements doivent s'arrêter et le regarder en face, car un jour il sera là. Et si l'on n'a pas prévu comment le régler ou l'encadrer lorsqu'il arrivera, on aura un problème majeur.

• (1150)

**M. Marc Ryan:** Je pourrais ajouter, monsieur le président, qu'en Ontario, on a actuellement le développement des RLISS ou, en anglais, les LHINs. Ce sont des Réseaux locaux d'intégration des services de santé. Ils comprennent des services qui sont apparentés ou quelque peu semblables aux services offerts dans les CLSC du Québec, que vous connaissez.

Cela étant dit, il existe un problème et pour vos anglophones au Québec et pour nos francophones en Ontario, dans le sens...

**M. Gilles-A. Perron:** Je m'excuse.

**M. Marc Ryan:** Je ne m'aventure pas au Québec. Je ne veux pas vous donner...

**M. Gilles-A. Perron:** Je m'excuse. Au Québec, monsieur, il y a huit hôpitaux qui s'occupent spécialement des anglophones; et il y en a un au Canada francophone!

**M. Marc Ryan:** C'est exact, monsieur.

**M. Gilles-A. Perron:** Dans tous les hôpitaux du Québec, vous pouvez vous faire soigner en anglais, ce qui n'est pas le cas dans le reste du Canada, mon cher ami.

**M. Marc Ryan:** Je suis d'accord, je ne vais pas contester cela.

Toutefois, en Ontario, nous nous inspirons largement de l'expérience québécoise en mettant cela en place.

La minorité francophone en Ontario rencontre un petit problème: à certains endroits dans la province, les RLISS étant composés de leaders de la communauté, qu'arrive-t-il quand il y a un ou deux francophones sur quinze personnes? Les programmes de nature à développer une équité dans les services de santé en français pour les francophones risquent de semer une certaine inquiétude parmi la population francophone.

Cela étant dit, il y a une solution de rechange que nous avons mentionnée lors de notre délibération antérieure. La Société Santé en français imagine des moyens d'offrir des services qui sont plus disponibles à la population.

C'est vrai au Manitoba aussi, jusqu'à un certain point, et ailleurs, comme en Colombie-Britannique.

**M. Gilles-A. Perron:** Cela existe depuis les années 1970.

**M. Marc Ryan:** C'est exact.

**M. Gilles-A. Perron:** Depuis 35 ans, précisément depuis 1974.

[Traduction]

**Le président:** Merci beaucoup.

Nous allons poursuivre avec le Nouveau Parti démocratique pour cinq minutes. Allez-y, monsieur Stoffer.

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

Merci, messieurs, d'être ici aujourd'hui.

L'un des problèmes que nous avons pour ce qui est des anciens combattants de la Première Guerre mondiale, de la Deuxième Guerre mondiale et de la guerre de Corée — même s'il ne reste qu'un ancien combattant de la Première Guerre mondiale — réside dans le fait que lorsqu'ils se sont enrôlés, bon nombre d'entre eux n'avaient pas fait beaucoup d'études. Ils avaient souvent une quatrième année, une cinquième année ou une sixième année. Dans le cas des anciens combattants de la Deuxième Guerre mondiale, c'était peut-être un peu plus, mais en général, ces gens ne sont pas ce que l'on appelle des universitaires; ils n'étaient que des Canadiens moyens, qui travaillaient pour gagner leur vie, avant de s'enrôler.

Beaucoup plus tard, lorsqu'ils ont vieilli et qu'ils ont fait des demandes de services, ils devaient remplir des formulaires; certains de ces formulaires sont si compliqués qu'il faut l'aide d'un grand avocat simplement pour les comprendre. Ne diriez-vous pas que lorsque le gouvernement envoie des formulaires ou des renseignements au public, ils devraient être simples à comprendre, faciles à remplir et clairs? Voilà ma première question.

Comme vous savez, certaines de ces personnes souffrent de ce que l'on appelait auparavant le traumatisme dû aux bombardements, mais que l'on nomme aujourd'hui le syndrome de stress post-traumatique. Au cours de séances précédentes, des victimes du SSPT nous ont dit que le simple fait de remplir les formulaires sur le SSPT causait d'énormes problèmes. J'aimerais savoir ce que vous en pensez.

Deuxièmement, il y a le problème de l'argent. Vous savez, bon nombre de ces anciens combattants sont très autonomes. Ils sont têtus et indépendants. Ils disent « Je vais pelleter ma propre allée », mais ensuite ils ont une crise cardiaque, ils meurent et ils laissent leur épouse derrière, et on a tout un problème, n'est-ce pas? Comme vous l'avez dit, ils ont besoin d'aide, et ce, aujourd'hui.

Ce qui est préoccupant, bien entendu, c'est que lorsqu'ils atteignent 65 ans, une partie de leur pension est déduite des autres pensions parce que c'est ainsi que les programmes ont été créés il y a des années. J'aimerais savoir ce que vous pensez de la déduction des pensions, ce que signifie la perte de revenu à 65 ans, et ce que signifie le manque d'accès à certains médicaments, parce que beaucoup de ces personnes ont besoin de médicaments, et selon la province où on vit, il se peut que certains médicaments ne soient pas couverts. Il y a quelques années, en Nouvelle-Écosse, l'Aricept, un médicament contre l'Alzheimer, n'était pas couvert; mais il était couvert au Nouveau-Brunswick, alors les gens demandaient s'ils devaient déménager au Nouveau-Brunswick pour avoir ces prestations.

Voilà certaines des préoccupations actuelles. Aucun gouvernement fédéral ou provincial ne va régler tous les problèmes du jour au lendemain, mais je pense que nous pouvons le faire collectivement. J'aimerais savoir ce que vous en pensez.

Merci.

• (1155)

[Français]

**M. Willie Lirette:** En ce qui a trait aux formulaires, lorsqu'on fait une demande pour des prestations ou pour un projet au gouvernement fédéral... Je suis impliqué dans les associations d'aînés et je suis membre de la Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada depuis 20 ans. On a recommandé maintes et maintes fois aux fonctionnaires de réduire la teneur des questionnaires pour qu'ils soient adaptés aux personnes qui ont de la difficulté. Vous savez, le taux d'analphabétisme au Canada est très élevé, c'est un problème majeur et on ne s'y attaque pas.

Par exemple, la semaine dernière, j'ai reçu un formulaire à remplir pour faire une demande au programme Nouveaux Horizons pour les aînés, un programme qui s'attaque aux abus que subissent les aînés. En tant qu'organisme provincial, devons-nous embaucher une personne pour remplir ce formulaire? C'est un document qui demande toute une connaissance du vocabulaire des fonctionnaires — excusez l'expression. En tant que bénévoles et personnes qui d'idées, nous ne pouvons pas remplir ce formulaire. J'ai appris le lendemain que ce programme ne dispose que de 1,8 million de dollars pour tout le Canada. Alors, on a mis le projet de côté. On s'est dit qu'il était inutile de faire cette demande parce que l'argent n'est pas là. Tout le Canada va se battre pour avoir une partie des 1,8 million de dollars destinés à lutter contre les abus faits aux aînés. On a abandonné parce que le questionnaire coûtait plus cher à remplir que ce qu'on aurait obtenu.

Le problème du niveau très élevé d'analphabétisme est majeur et n'est pas toujours compris par les fonctionnaires. Je comprends pourquoi: ce sont des gens bien spécialisés et érudits sur ce plan, mais cela ne répond pas aux besoins de la communauté. En tant que bénévoles, on doit souvent intervenir pour aider les gens à remplir leur formulaire de demande du Supplément de revenu garanti, par exemple. C'est un grave problème pour ces gens.

Vous avez parlé des anciens combattants qui ont un niveau d'éducation peu élevé. Ils ne sont pas toujours disponibles. Quand ils

écoutent la radio, la télévision ou qu'ils lisent des journaux, ils ne comprennent pas toujours ce qu'ils lisent parce qu'ils ne retrouvent pas leur vocabulaire de tous les jours. En ce sens, je crois que c'est un problème important.

**M. Marc Ryan:** J'aimerais parler brièvement du syndrome de stress post-traumatique.

Quand un soldat fait une demande aux Forces canadiennes pour obtenir le statut d'ancien combattant, je suis persuadé que des psychologues analysent sa situation. En outre, avant qu'une personne aille à l'étranger, on analyse un peu ses capacités.

Pour ma part, je crois sincèrement que tous les anciens combattants devraient bénéficier d'un suivi pendant un minimum de 10 ans, période au cours de laquelle le service des psychologues serait offert automatiquement et presque obligatoirement. Comme nous le savons, il y a toujours des conséquences à un combat. C'est mon opinion en ce qui concerne le syndrome de stress post-traumatique. En ce qui a trait à l'éducation, je ne peux qu'être d'accord avec vous.

Je vais maintenant parler de la pauvreté chez les anciens combattants. Pour me préparer à la présente rencontre, j'ai fait appel à quelques amis qui sont d'anciens combattants. L'un d'eux m'a demandé de mentionner au comité qu'en 1967, le gouvernement de l'époque a combiné les pensions d'Anciens Combattants et celles de la Défense nationale, de telle sorte qu'aujourd'hui, donc 40 ans plus tard, cet ami subit une baisse de revenu de l'ordre de 22 p. 100. Celle-ci peut varier entre 20 et 30 p. 100. Aujourd'hui, on utilise un terme plus sophistiqué, on parle d'une retenue. Mon ami m'a prié de demander au gouvernement d'abolir cette retenue dans le cas des membres des Forces canadiennes.

Pour aider les anciens combattants à ne plus subir la pression d'une certaine pauvreté, on pourrait éliminer cette retenue.

• (1200)

[Traduction]

**Le président:** Oui, bien sûr.

**M. Greg Shaw:** Je voudrais faire quelques brèves observations. Je reconnais certes que l'accès aux médicaments au Canada pose un problème, et c'est notamment le cas pour les anciens combattants parce que nous n'avons pas dans notre pays une charte quant à l'accès aux médicaments. Les médicaments auxquels on est admissible dépendent de l'endroit où l'on habite, qu'il s'agisse de médicaments de priorité un ou deux. Je pense que c'est un problème qu'il faut régler.

Par ailleurs, il faut reconnaître que, dans le cas des anciens combattants de la Deuxième Guerre mondiale, nous avons affaire à toute une cohorte de gens. Je pense que l'on pourrait leur poser la question et probablement que neuf sur dix d'entre eux diraient qu'ils n'ont pas besoin de quoi que ce soit, que leur santé n'est pas plus mauvaise que celle de John et qu'ils ne sont pas vieux. Tout est relatif. La plupart des anciens combattants ont dû se battre pour obtenir ce qu'ils ont, ils ont l'habitude de ne pas demander d'aide et ils persistent à ne pas en demander même quand ils sont dans une situation désespérée. Ils préféreraient probablement mourir en pelletant de la neige dans leur entrée.

La question n'est donc pas de savoir comment renseigner les anciens combattants et faire savoir aux groupes et organisations que les gens sont admissibles et ont accès à des services de soutien. Il s'agit plutôt de trouver le moyen de présenter le tout de manière à ce que ce ne soit pas comme si l'on faisait la charité aux anciens combattants.

Je peux vous donner un exemple tiré de l'Australie. Les anciens combattants aimaient mieux payer pour obtenir un service que de le recevoir gratuitement. S'ils devaient recevoir des soins personnels à domicile, ils étaient beaucoup plus contents de payer 5 \$ par semaine que de recevoir le même service gratuitement, parce qu'ils ne sont pas intéressés à ce qu'on leur fasse la charité. En Australie, il y a un système de quote-part et le paiement est très minime, mais le nombre d'anciens combattants qui utilisent les services est probablement beaucoup plus élevé parce qu'ils ne les voient pas comme un cadeau qu'on leur fait.

Voilà ce que j'avais à dire.

**Le président:** Que Dieu bénisse les gens de cette génération.

Très bien. Nous passons maintenant au Parti conservateur et à M. Shipley, qui a sept minutes.

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

Je remercie les témoins d'être venus aujourd'hui.

Cela s'inscrit dans une discussion qui se poursuit maintenant depuis longtemps et qui porte non seulement sur le PAAC, mais aussi sur le stress post-traumatique. Dans le cadre de notre débat, nous avons créé un ombudsman des anciens combattants, poste qui n'avait jamais existé dans notre pays. Je suppose que l'on peut dire que c'était une lacune que nous avons comblée dans les services offerts à nos anciens combattants. Nous en sommes donc reconnaissants et nous savons qu'ils le sont aussi.

Il arrive parfois que les anciens combattants aient de la difficulté à obtenir des services. Je pense que nous convenons tous que nous devons, à tous les niveaux de gouvernement — je ne peux pas parler au nom des provinces, mais je dois poser certaines hypothèses au sujet des autorités fédérales, et j'ai moi-même travaillé au niveau municipal — rendre les choses moins compliquées pour les gens en termes de paperasse. Nous devons continuer d'essayer d'améliorer cela ou d'essayer de simplifier les formulaires, de les rendre compréhensibles, de ne pas essayer de prouver à tout le monde à quel point nous sommes brillants en créant des formulaires tellement complexes.

Monsieur Shaw, j'ai beaucoup aimé votre exposé, de même que votre manière de vous exprimer.

Pouvez-vous me dire s'il y a une coordination des recommandations? Quand on discute des anciens combattants au Canada, il faut se rappeler qu'il y a aussi des anciens combattants partout dans le monde, surtout dans les pays libres et démocratiques. Existe-t-il un mécanisme de coordination ou de communication pour savoir ce qui fonctionne le mieux dans le monde?

**M. Greg Shaw:** Il y a certainement des discussions; généralement pas au niveau du gouvernement, mais plutôt au niveau des fonctionnaires au sein du gouvernement. Lorsque j'étais au gouvernement, de nombreuses délégations des autres gouvernements de partout dans le monde visitaient mon bureau pour parler des programmes et services offerts en Australie.

D'après ce que j'ai vu, les programmes et services aux anciens combattants offerts ici sont très semblables aux programmes et services offerts aux anciens combattants en Australie. Ils sont présentés différemment, mais ils sont semblables aux services offerts partout dans le monde.

Je pense qu'il est plus facile d'accepter les modèles qui viennent de l'étranger. C'est la même chose dans de nombreux pays. En Australie, le gouvernement fédéral ne s'intéresse pas nécessairement à ce que fait le gouvernement provincial de l'ouest de l'Australie du

point de vue de la prévention des chutes, parce que le gouvernement fédéral offre un meilleur programme de prévention des chutes. Mais notre programme fédéral de prévention des chutes est conçu de façon très semblable au programme canadien de prévention des chutes.

Il y a donc un transfert de connaissances et de renseignements d'un pays à l'autre, mais ce n'est probablement pas suffisant. Les gouvernements ne disposent sans doute pas des moyens nécessaires pour réellement parler et discuter des bonnes pratiques utilisées dans les autres pays dans le domaine des services aux anciens combattants.

• (1205)

**M. Bev Shipley:** J'aimerais beaucoup avoir vos idées ou vos recommandations sur la façon d'améliorer ces services et sur ce que le comité des anciens combattants pourrait faire pour apporter son appui et passer à la prochaine étape. Si ce n'est pas aujourd'hui, ça peut être plus tard, mais je l'apprécierais beaucoup.

Je pense que nous sommes tous d'accord, comme les anciens combattants, pour dire que c'est une bonne chose qu'ils puissent conserver leur autonomie le plus longtemps possible dans une collectivité, dans leur propre environnement social. Vous avez piqué ma curiosité avec vos observations sur ce qui s'est passé en Australie, les anciens combattants qui ne voulaient pas qu'on leur fasse la charité, qui veulent se sentir utiles, qui veulent payer pour les services qu'ils reçoivent.

Manifestement, certains d'entre eux ne seront pas en mesure de le faire, mais je pense qu'au Canada, nous avons tendance à penser qu'il faut agir d'une certaine façon et donner aux gens leur indépendance. Ce que l'on constate, par contre, c'est que pour que les gens demeurent chez eux, que ce soit à leur domicile ou dans un complexe d'habitation pour les aînés... Et vous savez, très franchement, ça fonctionne bien dans certains endroits. Les aînés sont avec d'autres aînés du même âge, ils profitent d'équipement de loisir et du divertissement qui vient avec tout cela.

Mais nous avons des problèmes au Canada, comme ailleurs je pense, avec le nombre de professionnels dans nos villes. Nous n'avons pas suffisamment de médecins dans nos villes, et nous n'avons pas suffisamment des autres professionnels dont nous avons besoin. Manifestement, pour ce qui est des anciens combattants, nous faisons face aux mêmes problèmes si nous souhaitons fournir certains de ces services aux anciens combattants pour qu'ils puissent demeurer chez eux.

Je me demandais si l'un d'entre vous avait des idées sur la façon de coordonner les efforts ou de travailler avec le secteur public pour veiller à ce que nous ayons des services professionnels à offrir à nos anciens combattants qui en ont besoin et qui pourraient ainsi demeurer chez eux.

Très franchement, je ne sais pas s'il existe une réponse.

**M. Greg Shaw:** Je pourrais vous donner un exemple. Si vous parlez des programmes et services en particulier qui sont gérés ou appuyés par le ministère des Anciens combattants, dans bon nombre de pays, les gouvernements donnent des permis aux fournisseurs de soins afin qu'ils assurent la prestation de l'ensemble des services offerts.

En Australie, il y a environ 2 000 organisations qui peuvent fournir les services des programmes de soins à domicile aux anciens combattants. Ainsi, peu importe que l'on se trouve dans une petite ville rurale ou dans un grand centre urbain, il y a des ONG ou des organisations qui peuvent offrir ces services. Il pourrait même s'agir de ce que nous appelons un poste d'infirmier temporaire en Australie, lorsqu'il s'agit d'une très petite collectivité indigène où la seule infrastructure est un petit poste d'infirmier où ces services pourraient être offerts.

Il y a donc une façon de fournir et de regrouper les services, mais la question est de savoir comment en arriver à une certaine uniformité nationale.

**M. Bev Shipley:** En Ontario, nous avons les Infirmières de l'Ordre de Victoria, une organisation fantastique qui s'occupe surtout de traitement mais qui s'occupe aussi de différents aspects des soins à domicile. Ces infirmières font un travail formidable, car ce sont des bénévoles, grâce au financement qu'elles obtiennent de la communauté grâce à leur dévouement.

Je crois que mon temps est écoulé. Je poserai des questions plus tard. Merci.

• (1210)

**M. Greg Shaw:** Puis-je faire une brève remarque?

**Le président:** Les témoins peuvent faire tout ce qu'ils veulent.

**M. Greg Shaw:** Il est toujours désavantageux de regrouper à la rubrique des soins de santé tous les soins accordés aux aînés, par opposition à la rubrique des soins aux aînés.

Lorsque des gens sont placés dans des établissements de soins de longue durée, le degré d'intervention médicale qui leur est nécessaire représente généralement moins d'une heure par semaine. Tous les autres soins sont d'ordre social ou personnel. Il ne s'agit pas d'intervention médicale. Cela pose un problème, à mon avis, lorsque les soins de santé et les soins sociaux relèvent d'un modèle de santé ou d'un budget de santé.

**Le président:** D'accord. Merci beaucoup.

Revenons au Pari libéral du Canada, avec M. Russell, qui a cinq minutes.

**M. Todd Russell (Labrador, Lib.):** Merci, monsieur le président.

Bonjour à nos témoins.

J'ai écouté vos exposés avec beaucoup d'intérêt. Au Canada, c'est toute la population qui vieillit. Certaines statistiques montrent que c'est même le cas au sein de nos forces armées. Nos soldats vieillissent.

Votre présence et votre témoignage devant notre comité arrivent donc à point nommé.

J'ai des questions bien précises pour vous. Elles peuvent paraître simples.

Sur quel principe vous fondez-vous pour les soins aux aînés? Quand vous parlez « d'aînés », de qui s'agit-il? Au gouvernement, quand nous parlons des jeunes, il peut s'agir des personnes de 14 à 18 ans, parfois même jusqu'à 25 ans, et dans certains programmes, pour des raisons d'application, cela peut aller jusqu'à 35 ans.

Comment définissez-vous un aîné?

**M. Greg Shaw:** Dans mon organisation, les aînés sont... C'est sur la durée de la vie. Notre approche en matière de vieillissement se fonde sur la durée de la vie. Si nous vivions en Sierra Leone, je ne crois pas... En fait, il y a dans cette salle quelques hommes âgés de moins de 37 ans, mais tous les autres seraient probablement déjà

morts en Sierra Leone. Dans ce pays, un homme de 37 ans est probablement considéré comme un vieillard. Au Japon, vous êtes considéré vieux à partir de 70 ans. Par contre, notre principal représentante aux Nations Unies, Helen Hamlin, aura 87 ans cette année, et elle refuse de dire qu'elle est vieille.

Les gouvernements fixent des repères arbitraires en matière de vieillissement. En Australie, un aborigène de 50 ans est considéré comme un aîné, ce qui lui donne droit aux mêmes avantages qu'une autre personne de 65 ans.

**M. Todd Russell:** Je comprends qu'il y a des différences culturelles dans le domaine du vieillissement. Je suis sûr que vous devez en tenir compte lorsque vous faites des études sur le vieillissement, sur ses effets, sur les mesures et les services qui sont nécessaires, etc. Au Canada, plus précisément, sur quels principes vous fondez-vous?

[Français]

**M. Willie Lirette:** Il y a à peu près trois différentes catégories. Il y a ceux qui ont 55 ans et plus et qui travaillent encore, qui sont encore actifs sur le marché du travail. Il y a tous les *baby boomers*, qui sont un tout autre genre de personnes. Ils sont plus éduqués, ont davantage de moyens financiers et sont plus professionnels. Ensuite, il y a les personnes de mon âge, de 75 ans et plus, qui sont retraitées, souvent illettrées, et qui souvent aussi n'ont pas les mêmes notions de la personne âgée que nous.

Dans notre association, on accepte les membres dès qu'ils ont 50 ans. C'est à peu près ainsi que fonctionnent toutes les associations d'aînés un peu partout au pays. Cependant, on ne peut pas réellement jouer la même carte d'activités ou de revendications avec les *baby boomers* qu'avec les vétérans, par exemple, qui sont d'un âge assez avancé. Beaucoup de légions ferment leurs portes parce qu'il y a pénurie de vétérans. Beaucoup de clubs de l'âge d'or éprouvent le même problème au pays: ils ne s'adaptent pas aux nouveaux retraités qu'on appelle les *baby boomers*. Ce sont des « pitonneux » d'ordinateur, ils jouent au golf et ont des activités différentes des plus vieux.

On doit donc faire face à ces trois catégories de personnes, d'après moi.

• (1215)

[Traduction]

**M. Todd Russell:** Supposons que vous êtes classé comme un aîné à partir de 50 ans. Quelle portion de nos anciens combattants correspondrait à ce critère d'âge? Existe-t-il des chiffres?

**M. Marc Ryan:** Combien d'anciens combattants?

**M. Todd Russell:** Oui, des anciens combattants. Les définitions des anciens combattants diffèrent également. Est-ce que des chiffres sont disponibles?

**M. Marc Ryan:** Je n'ai pas de statistiques sur les anciens combattants de 50 ans et plus. Mais je crois qu'il existe des statistiques pour ceux qui sont âgés de 65 ans et plus. Ce dernier groupe est facile à identifier grâce aux méthodes de collecte de statistiques de Service Canada.

**M. Todd Russell:** Je viens d'une circonscription très rurale, le Labrador. On y trouve de nombreuses petites localités éparpillées le long de la côte, et certaines à l'intérieur des terres. Nous avons au Labrador quelque chose qui ressemble au poste infirmier de brousse.

A-t-on fait des analyses comparatives entre les services disponibles dans les villes par rapport aux services offerts dans les régions rurales éloignées ou nordiques? Qu'a-t-on constaté? Existe-t-il une pénurie générale de services ou cette pénurie est-elle plus marquée dans les régions rurales éloignées, comparativement aux zones urbaines? Que pouvez-vous proposer à ce sujet?

Je suis sûr qu'il doit en aller de même en Australie, compte tenu de l'énorme territoire de ce pays. C'est un pays semblable au Canada. Que pouvez-vous nous dire au sujet des services des régions urbaines et des régions rurales éloignées?

[Français]

**M. Willie Lirette:** Il n'y a pas de doute quant à la différence entre des services offerts en milieu rural et des services offerts en milieu urbain. Par exemple, en ce qui concerne la ville de Moncton, d'où je viens, la population rurale vient à Moncton pour obtenir des services. Les trois grands hôpitaux du Nouveau-Brunswick sont situés à Moncton, à Saint John et à Fredericton — toute la partie Nord. Je suis convaincu que le même problème existe en Ontario, en Alberta et à Terre-Neuve-et-Labrador.

En milieu rural, il y a aussi tout le problème de l'inexistence du transport en commun. En revanche, dans les villes, le transport en commun existe. Aussi, d'après la démographie et les statistiques de 2006 que Statistique Canada vient de publier, les aînés ou la population en général des milieux ruraux ont tendance à converger vers les capitales ou les grandes villes. En effet, les services sont plus disponibles, surtout lorsqu'il s'agit de traitements contre le cancer, en oncologie, et de traitements spécialisés.

Chez nous, il existe un hôpital pour les vétérans, et il est situé à Moncton. Un vétéran du Nord doit déménager à Moncton pour terminer ses vieux jours. Le problème du milieu rural par opposition au milieu urbain existe. C'est un vrai problème.

[Traduction]

**M. Todd Russell:** J'aimerais entendre l'opinion de M. Shaw à ce sujet.

**M. Greg Shaw:** Si vous vivez dans une région rurale ou éloignée, il est certain que vous êtes désavantagé pour ce qui est de l'accès aux soins de santé. C'est vrai peu importe le pays dans lequel vous vivez. C'est partout pareil. Cela dépend des services qui sont offerts pour amener les gens là où les soins de santé sont dispensés et des services qui peuvent être mis au point pour aider les gens au sein de leur propre collectivité.

Il existe d'excellents exemples de très petits postes infirmiers communautaires qui offrent un bon soutien aux petites collectivités. Dans les régions rurales, il arrive que la population ait plus rapidement accès aux soins de santé généraux que les gens des villes.

Il y a à la fois des avantages et des inconvénients. Il est certain que les soins offerts par les spécialistes sont dispensés principalement dans les grands centres urbains. Il faut donc qu'il y ait des moyens de transport et des mécanismes de soutien pour que les gens puissent avoir accès à ces réseaux de spécialistes. Aucun gouvernement ne peut garantir un accès égal aux soins spécialisés, où que l'on vive. Aucun gouvernement ne peut le faire.

**Le président:** M. Gaudet, du Bloc québécois, a cinq minutes.

[Français]

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

Je suis chanceux parce que ma mère a eu 98 ans au mois d'octobre et je lui ai parlé hier soir à 22 heures. Elle est en pleine forme.

M. Perron parlait de cela. Notre père est décédé à la maison et on aimerait que ce soit aussi le cas de notre mère. Je pense que c'est une question d'attitude, mais il est fort probable qu'avec les *baby-boomers*, ce ne sera pas la même chose. On se lance des fleurs parce que les autres ne nous en lancent pas souvent. On va s'en lancer.

M. Marcel Gagnon avait fait le tour du Québec pour les aînés et le Supplément de revenu garanti, et je pense que cela a débordé sur les autres provinces. Cela a fait du bien. Présentement, notre curé devenu député fait la même chose.

Je me demande si on devrait faire la même chose pour les anciens combattants. Je ne le sais pas. On devrait peut-être partir en croisade pour dire aux anciens combattants qu'ils ont certains droits. La semaine dernière, on a rencontré quelqu'un qui, depuis sept ans, cherche à être reconnu comme ancien combattant. Il a été dans l'armée pendant 20 ans. Il a participé à la guerre de Bosnie. Il a participé à quelques guerres. Il essaie depuis sept ans, et il n'est pas encore reconnu comme ancien combattant. Il n'a donc pas droit à une pension et il souffre du syndrome post-traumatique.

Voici ce que j'aimerais savoir. D'après vous, quelles seraient les meilleures solutions pour aider les gens? Il est fort probable que, pour la génération des *baby-boomers*, comme vous le dites si bien, ce ne sera pas la même chose. J'ai l'impression que ce ne sont pas les gens qui font partie de la FADOQ ou de la Fédération des aînés et aînés francophones du Canada qui causent le problème. Je pense plutôt que ce sont ceux qui n'en font pas partie.

Je ne sais pas comment faire. Plus tôt, vous avez suggéré une solution que le gouvernement connaît. J'aimerais trouver des solutions. Je pense qu'on a pas mal situé les problèmes. C'est de solutions qu'on a besoin.

J'aimerais que vous répondiez tous les trois.

• (1220)

**M. Willie Lirette:** Les solutions ne sont pas faciles à trouver. La recherche nous indique ce qu'il faut faire. Je n'ai pas la recherche en main présentement. J'ai participé, la semaine dernière, à un colloque sur la recherche sur le vieillissement à Ottawa. Tous les chercheurs nous ont dit qu'il y avait des problèmes de nutrition et des problèmes de santé sérieuse chez les aînés. Si je veux que nos associations travaillent avec les anciens combattants, je devrai entrer en contact avec eux, ce que nous n'avons pas nécessairement fait.

Beaucoup d'anciens combattants sont membres de nos associations. Ils viennent en tant que membres ordinaires, et non en tant que vétérans. Il faut aller voir ce que les vétérans veulent, ce qu'ils sont et savoir quels sont leurs problèmes. J'avais l'impression que chez moi, le nouvel hôpital pour les vétérans avait réglé ce problème dans la province. Je ne connais pas la situation ailleurs au Canada.

La solution, c'est d'aller voir sur place ce qui se fait et de faire confiance aux gens. Notre association a un réseau de 300 000 personnes, ce qui comprend la FADOQ. On pourrait rendre beaucoup de services aux citoyens aînés et je crois qu'on pourrait faire le travail mieux que ne le font habituellement les gens du gouvernement. Nos projets sont bons, mais une fois qu'ils sont terminés, on n'a pas les moyens d'aller plus loin. Lorsqu'on fait un projet d'une durée de neuf mois et qu'on étudie une situation, par exemple les abus chez les aînés ou le transport, une fois notre projet terminé, il n'y a pas de suite. On a trouvé des solutions, mais on ne peut plus les appliquer. Ce sont de petits projets à court terme, qui ne débouchent pas nécessairement sur les besoins du milieu.

Le problème est que le gouvernement fait des études, donne des projets et lorsque les projets sont terminés, il s'en lave les mains.

**M. Roger Gaudet:** Monsieur Ryan.

**M. Marc Ryan:** Monsieur Gaudet, j'ajouterais ceci. Si on s'asseyait, vous et moi, avec les organisations des aînés de votre comté et qu'on prenait la liste électorale pour établir, adresse par adresse, où la clientèle est négligée, on pourrait avoir un groupe de base qui rencontrerait ces gens. Je pense que c'est la solution. Je ne veux pas les endoctriner politiquement...

**M. Roger Gaudet:** Non.

**M. Marc Ryan:** Tout ce que je veux, c'est essayer de voir s'ils ont des besoins et de les définir. J'appelle cela du dépistage. Quand on fait du dépistage, la Loi sur la protection des renseignements personnels nous pose un petit problème. À mon avis, les petites organisations communautaires ont plus de possibilités d'accès avec les gens du terrain, sur place, qu'avec un programme strictement gouvernemental.

•(1225)

**M. Roger Gaudet:** Et vous, monsieur Shaw?

Je veux entendre la réponse de M. Shaw à tout cela. Vu que son organisme est international, j'aimerais bien qu'il nous fasse part de ses solutions.

[Traduction]

**M. Greg Shaw:** Il existe un mécanisme pour retracer les anciens combattants. Il n'est pas toujours facile de consulter les anciens combattants ou de les retracer.

Je vais vous donner un exemple. Mon père était un ancien combattant de la Deuxième Guerre mondiale. Il n'a jamais adhéré à une association d'anciens combattants, mais il était reconnu comme ancien combattant puisqu'il était titulaire d'une carte dorée en Australie. De cette façon nous savions — tous les anciens combattants en Australie.

Généralement, il existe des moyens d'obtenir de l'information pour éclairer le gouvernement au sujet des problèmes et des besoins des anciens combattants. Il y a entre autres le réseau des associations des soldats de retour, qui existe dans le monde entier. Il doit aussi y avoir des organisations de soldats de retour au Canada qui peuvent travailler de concert à informer le gouvernement des problèmes des anciens combattants, que ce soit au sujet des mesures que le gouvernement veut prendre ou d'autres choses.

En Australie, nous avons beaucoup consulté les ONG qui appuient les anciens combattants au sujet de leurs problèmes et de leurs besoins en matière de soins de santé, ainsi qu'au sujet des programmes qu'il fallait mettre au point pour répondre à leurs besoins constants. Cet examen s'est fait de façon permanente. Le ministre chargé des anciens combattants recevait les conseils de conseil consultatif au sujet des besoins des anciens combattants vieillissants.

**Le président:** Merci beaucoup.

M. Hawn a eu l'incroyable gentillesse de remplacer M. Sweet pour cette réunion. Il m'a accompagné à partir de la Chambre des communes. Il participe régulièrement aux travaux du Comité de la défense nationale, entre autres.

Puisqu'il remplace M. Sweet, c'est son tour maintenant de poser une question, si le comité y consent.

**M. Laurie Hawn (Edmonton-Centre, PCC):** Merci beaucoup, monsieur le président, et merci à tous nos témoins.

En ma qualité d'ancien combattant, je vais faire une brève observation au sujet de la récupération, puis j'aurai quelques questions précises pour M. Shaw.

Il n'y a pas de récupération. Ce qui s'est produit, c'est que lorsqu'un ancien combattant prend sa retraite, il reçoit une pension de retraite sous le régime de la Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes, plus la prestation de raccordement jusqu'à ce qu'il arrive à l'âge de 65 ans. À l'heure actuelle, les anciens combattants à la retraite reçoivent des prestations de deux sources: le régime de la Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes et le Régime de pensions du Canada.

Le Régime de pensions du Canada est conçu de façon à remplacer la prestation de raccordement. Le calcul des prestations du Régime de pensions du Canada dépend de ce que le prestataire a fait depuis le moment de sa retraite, dans mon cas, entre l'âge de 47 ans et celui de 65 ans. Une personne qui n'a pas fait grand-chose pour être admissible au RPC dans cette période de 15 à 18 ans recevra de petites prestations.

Il ne s'agit pas d'une récupération. Les deux programmes fonctionnent selon la façon dont ils ont été conçus; les prestataires reçoivent exactement ce pourquoi ils ont payé dans les deux régimes.

On peut toujours discuter de l'équité de la conception de ces régimes, et c'est une analyse que quelqu'un pourrait entreprendre à un moment donné. Mais les versements que les militaires devraient faire à leur régime de pensions augmenteraient considérablement, et ils n'en seraient probablement pas très heureux.

C'est une question qui soulève beaucoup d'émotions, mais beaucoup d'anciens combattants ne comprennent pas vraiment les faits. Bien des gens me demandent pourquoi je n'appuie pas une réforme, puisque je suis un ancien combattant et que je suis maintenant député. Eh bien, si l'on regarde ce qu'il en est, le régime fonctionne exactement pour ce pourquoi il a été conçu. On peut discuter de la conception du régime, mais les anciens combattants reçoivent ce pourquoi ils ont payé.

Cela dit, monsieur Shaw, vous avez vu de bonnes choses dans le régime australien et maintenant dans le régime canadien, puisque vous avez vécu les deux systèmes. Pourriez-vous nous donner des exemples des points forts ou des points faibles du système australien et du système canadien dans l'optique des aspects sur lesquels nous devrions nous pencher?

**M. Greg Shaw:** Je puis vous parler des points forts — des points faibles aussi.

En Australie, il s'agit d'un programme national de soins de santé. Tout le programme de soins de santé est administré à l'échelle nationale et la prestation des services relève des gouvernements des États ou des territoires, tout en demeurant contrôlée à l'échelle fédérale. Le régime des soins aux personnes âgées est également un régime fédéral, en Australie, et la prestation des services de même que le contrôle relèvent de l'échelon fédéral. Il en va exactement de même des services aux anciens combattants.

L'avantage, c'est que les services sont uniformes. Il existe un régime national de soins de santé et d'assurance-médicaments. Tous les citoyens ont droit au même degré de services et les coûts de ces services sont les mêmes, où que l'on vive.

Il y a cependant quelques inconvénients, des aspects pour lesquels le régime canadien est supérieur au régime australien. Au Canada, il y a davantage de possibilités d'innovation et d'élaboration de pratiques exemplaires dans la prestation des soins de santé parce que les gouvernements des provinces n'ont pas à s'aligner sur ce que font les autres provinces. Ils peuvent élaborer leurs propres programmes.

C'est un avantage, mais je n'ai pas constaté que les pratiques exemplaires élaborées dans une province sont reprises par les autres provinces. L'un d'entre vous vient-il de la Colombie-Britannique? Cette province a un excellent programme pour les aînés, le programme ActNow BC. J'ai parlé à des personnes de six ou sept provinces différentes pour leur demander s'ils connaissaient ce programme. Ils n'en avaient jamais entendu parler, même s'il s'agit d'un excellent programme.

Le Canada a un très bon régime qui encourage l'innovation et les pratiques exemplaires, mais ces pratiques ne sont pas communiquées; on n'en tire pas de leçons. En Australie, le fait que le régime soit entièrement fédéral empêche l'innovation.

• (1230)

**M. Laurie Hawn:** Je vous remercie de votre réponse.

C'est très précis. Ce n'est pas un sujet dont j'ai traité, mais il a été discuté la semaine dernière encore. Nous avons parlé d'accès, de communication de l'information et de listes des endroits où on peut recevoir des services, etc. Je voudrais lancer une suggestion et savoir ce que vous en pensez. Que pensez-vous de l'idée d'une liste de services qui serait communiquée lors du décès d'un ancien combattant — pas pour l'ancien combattant lui-même, mais pour son épouse ou son époux?

La semaine dernière, l'un de mes bons amis est décédé d'un cancer, et sa femme devait s'occuper des formalités. Elle avait trois personnes qui l'aidaient, trois anciens combattants. L'un d'eux était un ancien chef de l'aviation et les deux autres étaient des hauts gradés de l'aviation également. Ils ont eu beaucoup de difficulté à s'y retrouver dans tout ce qu'une veuve doit faire en tel cas, dans une situation de stress bien sûr, pour réclamer toutes les prestations et les autres mesures auxquelles elle a droit.

À mon avis, Affaires des anciens combattants Canada devrait avoir une liste à cocher — une sorte de guichet unique — pour toutes les choses à faire et toutes les organisations avec lesquelles il faut communiquer. Certaines de ces organisations se trouvent au ministère de la Défense nationale. Mais il y a aussi le Régime de pensions du Canada et toutes sortes d'autres choses.

A-t-on déjà pensé à dresser une liste comme celle-là pour aider le conjoint survivant lorsqu'un ancien combattant décède?

**M. Greg Shaw:** Dans certains pays, on a élaboré des points d'accès uniques pour fournir aux anciens combattants des renseignements sur les services auxquels ils ont droit; cette information est généralement communiquée au conjoint survivant. Dans bon nombre de pays, lorsqu'un ancien combattant décède, son veuf ou sa veuve a généralement droit à toutes les prestations de retraite et autres du conjoint décédé. Le problème, dans bien des pays, c'est qu'il est très difficile au conjoint survivant d'obtenir l'information nécessaire.

Dans les pays qui se sont dotés de centres d'information centralisés, l'information ou les conseils donnés relèvent généralement du ministère des Anciens combattants, et c'est là que l'information est dispensée.

**M. Laurie Hawn:** Cela ne se fait pas au Canada, et c'est un problème que nous devrions examiner.

**Le président:** D'accord. Merci beaucoup.

Passons maintenant à M. St. Denis, du Parti libéral, pour cinq minutes.

**M. Brent St. Denis (Algoma—Manitoulin—Kapusking, Lib.):** Merci, monsieur le président.

Merci, messieurs, d'être venus comparaître devant nous aujourd'hui.

Dans les observations qu'il a faites en réponse à la question de M. Hawn, M. Shaw a mentionné un élément très important, c'est-à-dire l'absence d'un système ou d'un régime qui permette de communiquer les pratiques exemplaires. C'est malheureux, parce que quand on parle de retard à adopter des méthodes exemplaires, cela peut nuire aux gens qui... On rate le coche.

À notre dernière réunion, nous avons entendu un témoin du Conseil consultatif de gérontologie, ainsi qu'un chercheur du ministère. Ils nous ont parlé de projets pilotes, dans le cadre desquels on suivait le cheminement d'un groupe d'anciens combattants et, dans certains cas, des conjoints et conjointes. Certains de ces projets étaient en Colombie-Britannique. Les personnes suivies vieillissaient et devaient aller dans des foyers pour personnes âgées car il n'y avait pas de soins à domicile, ne serait-ce que pour déneiger l'entrée, tondre la pelouse ou faire de l'entretien ménager. Ce ne sont pas des services que l'on associe automatiquement à la santé, mais nous reconnaissons pour la plupart qu'ils sont liés à la santé. Une personne faible ne peut pas tondre sa pelouse. Si l'on ne peut pas tondre sa pelouse, il est moins possible de continuer à demeurer dans sa maison. Cela peut devenir un cercle vicieux. On a également suivi une cohorte d'anciens combattants, de même que les conjoints et conjointes dans certains cas, à qui des soins à domicile étaient dispensés. On a analysé les résultats. Pour mesurer la réussite, on s'est fondé sur les coûts, même si c'est une mesure un peu grossière. On a évalué quels étaient les coûts pour le pays pour l'un et l'autre groupes. On a constaté qu'en moyenne, il en coûtait moins cher pour le groupe qui recevait des soins à domicile.

Il faut aussi ajouter à cela la question de la qualité de vie, le fait de pouvoir demeurer plus longtemps dans sa maison... jusqu'à sa dernière heure, si possible... plutôt que d'avoir à vivre dans un foyer. Ce sont là aussi des avantages, bien qu'ils soient difficiles à mesurer.

Je pose la question à la cantonade. Croyez-vous que cette analyse représente la vérité? C'est une question de pratiques exemplaires, car alors nous devrions adopter cette mesure de façon générale, pas seulement pour les anciens combattants. Vous semble-t-il logique d'aider les gens à demeurer plus longtemps dans leur maison, pas seulement pour améliorer leur qualité de vie mais aussi pour réduire les coûts?

• (1235)

[Français]

**M. Willie Lirette:** Toute la recherche indique que ce que vous dites est vrai. Plus le gouvernement nous aide à faire la promotion de la santé, par exemple un programme d'éducation physique...

Nous avons un programme appelé « Grouille ou Rouille », « *Move or Rust* », qui existe depuis 30 ans sans financement du gouvernement. Dans le sud-est du Nouveau-Brunswick, 700 personnes y prennent part. On vient juste de convaincre notre nouveau gouvernement de l'importance de ce programme du point de vue de la santé.

Toute la recherche a prouvé ce que vous dites. Plus longtemps on maintient l'activité et l'autonomie chez les personnes âgées, moins il en coûte au système de santé. C'est un fait que la recherche prouve partout au pays. Cependant, on ne semble pas encore injecter suffisamment de fonds dans cette promotion de la santé.

Je disais plus tôt, dans mon mémoire, que chez moi, moins de 1 p. 100 du budget total alloué à la santé est affecté à la promotion de la santé. Tout le reste va à ce qu'on appelle le domaine curatif.

Nous sommes aux prises avec des exercices, des programmes pour promouvoir la santé, des forums sur la santé. Santé Canada nous a énormément aidés dans ce domaine. Cependant, il semble que les gouvernements fédéral et provinciaux ne réalisent pas encore que la promotion de la santé, c'est important.

Récemment, il a été question de nous donner un programme portant sur l'abus fait aux aînés, mais il n'y a pas assez de fonds pour nous permettre de faire ce programme d'une façon adéquate à l'échelle d'un pays comme le nôtre.

Oui, c'est vrai, et la recherche le prouve. Je peux vous procurer toute la recherche voulue démontrant que les soins à domicile réduisent le coût de la santé, en ce qui concerne les aînés qui peuvent vivre de manière autonome le plus longtemps possible.

**M. Marc Ryan:** Toutes les études le démontrent, et l'investissement que les gouvernements s'approprient à faire dans le domaine du maintien à domicile sont la conséquence de cette constatation que les coûts sont de loin inférieurs.

[Traduction]

Plus longtemps on peut garder les gens chez eux, moins cela coûte cher. Cela ne fait aucun doute.

Il existe une longue liste. Il y a tant de services — je l'ai moi-même passée en revue avec mes propres parents — que ce soit pour couper les ongles, donner un bain, toutes ces choses qui deviennent de plus en plus difficiles avec l'âge. Mais pour certaines choses, il arrive un moment où les soins à domicile sont insuffisants.

[Français]

C'est à ce moment que les places désignées dans un endroit de soins de longue durée... Il faut un centre d'accueil pour ces gens. C'est une question qui est quand même très mesurée. On aura à faire face à un iceberg: il y aura un très grand nombre de personnes pour lesquelles les aidants naturels seront épuisés. De plus, il n'y a pas de place. Les listes d'attente sont quand même assez longues.

• (1240)

[Traduction]

**M. Greg Shaw:** Ce que l'on a constaté, dans la prestation des soins à domicile, c'est que quand les gens envisageaient d'aller vivre dans un foyer ou dans des établissements de soins de longue durée, il y a 15 ou 20 ans, c'était pour y trouver un autre type de logement. La mère devait aller dans un foyer parce que le père était décédé et que ça lui faisait trop de travail. C'était la seule possibilité. Il y a 15 ans, la durée moyenne du séjour en foyer était d'environ cinq à 10 ans, probablement.

À l'heure actuelle, la durée moyenne du séjour en foyer en Australie du moins, car je ne connais pas les statistiques au Canada, est de moins de deux ans. Quand je suis arrivé au ministère de la Santé, le séjour moyen était de cinq ans. On peut donc mesurer la réussite des programmes d'intervention à domicile en fonction de la réduction du séjour moyen en foyer.

Ce serait formidable si la durée moyenne du séjour en foyer était de moins d'un an grâce à un soutien plus prolongé apporté à

domicile. De cette façon, les gens ne vivraient qu'à très court thème dans ce milieu étranger des établissements de soins de longue durée.

**Le président:** Merci.

Passons maintenant au Parti conservateur. Monsieur Cannan, je vous remercie d'avoir permis à M. Hawn de poser ces questions.

**M. Ron Cannan (Kelowna—Lake Country, PCC):** Ce fut un plaisir. Nous travaillons tous de concert pour améliorer la qualité des soins accordés aux anciens combattants. C'est notre objectif à tous. Merci à nos témoins d'être venus assister à notre réunion d'aujourd'hui et de nous aider à faire progresser ce dossier aussi rapidement que possible.

Je connais très bien le programme ActNow BC, dont M. Shaw a parlé. Je viens de la Colombie-Britannique et je représente la région de Kelowna-Lake Country, qui possède le plus grand nombre de personnes âgées au Canada, d'après l'AMC.

Nous parlons d'améliorer la qualité de vie des anciens combattants — mieux vaut prévenir que guérir. On a mentionné des rapports, et je sais que c'est un élément très difficile à quantifier. J'ai travaillé pendant neuf ans dans un gouvernement local, et quand je suis arrivé au gouvernement fédéral... nous ne faisons pas de planification à long terme. Dans les gouvernements locaux, les plans se font généralement pour une période de 20 ans. Au gouvernement fédéral, nous n'avons pas de perspective à long terme, comme vous l'avez mentionné.

L'un des problèmes, c'est le caractère partisan de notre travail, peu importe quel parti forme le gouvernement. Cela s'applique à la politique tant provinciale que fédérale. Comment ce problème peut-il être surmonté? Existe-t-il des analyses quantifiables si nous voulons voir des chiffres? Nous savons ce qu'il en est du point de vue de la logique et du gros bon sens, mais a-t-on pu réaliser des études sur une période de 10 à 20 ans pour vraiment quantifier cette information?

**M. Greg Shaw:** Il y a sans doute eu un certain nombre de recherches au sujet des différences dans la prestation des soins de santé ou des soins à domicile, que ce soit à l'échelle fédérale ou provinciale.

Vous avez dit que les municipalités ont un horizon de 20 ans et que les gouvernements fédéraux en ont un de quatre ans. Dans un gouvernement, la vision vient en grande partie des hauts fonctionnaires. Cela ne fait aucun doute. Ce sont eux qui établissent les stratégies à long terme, qui participent à l'élaboration des programmes et des services et qui communiquent avec les autres provinces pour discuter de ce qui se fait. Le gouvernement appuie ou rejette les programmes proposés.

Le problème, entre autres, c'est que lorsqu'un nouveau gouvernement est élu et arrive en poste, il veut changer les choses, et il les change un peu. Un nouveau gouvernement ne va pas nécessairement adopter les pratiques exemplaires élaborées ailleurs. Et il est certain que cela peut lui poser des problèmes.



Dans le cas des parlementaires, il faut qu'un mécanisme permette de mettre de côté l'allégeance politique — les relations provinciales ou fédérales — pour discuter du bien commun d'une population cible ou d'une cohorte, dans ce cas-ci, les anciens combattants. Comment pouvez-vous agir de concert pour aider les anciens combattants afin qu'ils reçoivent les mêmes services où qu'ils se trouvent? Il existe sans doute un certain nombre de rapports sur les disparités et les différences, mais je ne crois pas qu'on ait fait beaucoup de recherches sur ce qui peut en fait être regroupé.

• (1245)

**M. Ron Cannan:** Je le comprends.

Mon collègue a une petite question et j'ai une question supplémentaire.

Nous avons actuellement le Programme pour l'autonomie des anciens combattants. L'un d'entre vous a-t-il des recommandations à nous faire quant à la façon d'améliorer ce programme ou aux services additionnels que nous devrions y ajouter? Vous avez parlé d'une approche pluridisciplinaire et d'un guichet unique.

**M. Greg Shaw:** Il est toujours possible d'améliorer les programmes. Les anciens combattants eux-mêmes estiment qu'ils devraient pouvoir obtenir plus facilement l'information dont ils ont besoin. Les anciens combattants bénéficieraient certainement d'un point d'accès unique.

Il est en outre essentiel d'avoir une approche pluridisciplinaire pour les évaluations, une approche qui préconise l'intervention précoce en matière de promotion de la santé. Cette approche s'appliquerait jusqu'au gérontologue chargé d'évaluer les besoins des aînés en matière de soins de santé et comprendrait également un travailleur social. Il serait donc utile qu'il y ait une équipe d'évaluation pluridisciplinaire afin d'éviter que les gens soient renvoyés à des sources multiples de services.

L'autre difficulté, c'est de faire accepter les évaluations à l'échelle nationale. Si ma mère déménageait de Montréal à Toronto, elle devrait subir une nouvelle évaluation; peu importe les services dont elle a besoin. Les évaluations ne sont pas transférables et l'on n'accepte pas celles que d'autres personnes ont faites. Il serait à l'avantage des anciens combattants qu'il y ait un centre unique de renvoi et d'évaluation dont les décisions seraient acceptées dans l'ensemble du pays.

**M. Ron Cannan:** C'est une bonne idée. Nous avons le même problème en ce qui concerne le commerce. Les obstacles au commerce nuisent beaucoup aux échanges interprovinciaux au Canada.

**Le président:** J'informe le comité que nous devrions revenir aux partis d'opposition, mais le député en cause n'est pas... Comprenez-moi. Je ne crois pas que je puisse officiellement nommer quelqu'un qui est absent, comme vous le savez.

Nous revenons donc au Parti conservateur et à M. Sweet, qui sera suivi par un représentant du Bloc québécois.

Monsieur Sweet.

**M. David Sweet (Ancaster—Dundas—Flamborough—Westdale, PCC):** Merci, monsieur le président. J'ai deux brèves questions à poser.

Je suis désolé de ne pas avoir été présent plus tôt pour entendre vos témoignages, mais je suis très content de ce que je viens d'entendre.

Monsieur Shaw, je crois savoir qu'on vous a demandé un peu plus tôt de comparer la situation en Australie et au Canada. De combien

de pays connaissez-vous les régimes, grâce à votre analyse des soins de gérontologie à l'échelle de la planète? Y en a-t-il beaucoup?

**M. Greg Shaw:** En effet, un grand nombre.

**M. David Sweet:** Très bien. C'est tout ce que je voulais savoir. Comme je l'ai dit, je n'ai pas assisté au début de la réunion et je ne connaissais pas votre expérience et vos compétences.

**M. Greg Shaw:** Nous avons travaillé avec des instituts de recherche qui s'intéressent aux personnes âgées dans plusieurs pays du monde.

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

Je suppose qu'il n'est sans doute pas juste de dire que les soins à domicile sont embryonnaires, mais comme il semble qu'il faut du temps pour mettre les choses en oeuvre, il s'agit toujours d'une pratique à l'état naissant. Comment nous comparons-nous aux autres pays que vous avez étudiés du point de vue de la concrétisation de cette notion à laquelle mon collègue a fait allusion tout à l'heure, à savoir qu'il est tout à fait indiqué sur les plans moral, éthique et financier d'offrir plus de soins en établissement aux personnes âgées?

**M. Greg Shaw:** Il est difficile de faire des comparaisons directes d'un pays à l'autre car les régimes de soins de santé fonctionnent différemment. Cependant, là où on applique de bons modèles et de bonnes pratiques, il semble qu'on s'écarte des soins en établissement. Les gouvernements ont tendance à ne pas s'occuper de la prestation de services de soins en établissement. Ainsi, dans bien des pays, il n'existe plus de foyers qui sont la propriété d'un gouvernement, provincial ou autre, qui s'occupe de son fonctionnement. Cette tendance remonte à 15 ou 20 ans, car il est difficile pour un gouvernement de mettre les choses en oeuvre et de s'évaluer par rapport à des principes d'amélioration ou d'assurance de la qualité; il est très difficile pour un gouvernement de s'auto-critiquer.

Les gouvernements qui ont reconnu cela se sont attachés à consolider des systèmes d'assurance de la qualité en matière de soins à domicile et de soins de longue durée, mais la prestation de ces services relève énormément du secteur privé ou du secteur non gouvernemental, sans but lucratif. Les gouvernements offrent des trains de services avec le souci que ces services répondent à l'ensemble des besoins de l'ancien combattant plutôt que de s'attendre à ce que l'ancien combattant s'adapte aux services offerts par le gouvernement. Le gouvernement constitue donc des trousseaux de services de soins qu'il qualifie de services communautaires, dans nombre de pays, et ces trousseaux équivalent à 12 ou 13 000 \$ par année. Toutefois, il s'agit là de tout un train de services élaborés d'après une évaluation faite par une équipe pluridisciplinaire. Il y a de très bonnes choses qui se font assurément.

Il y a bien maintenant dix ans que la tendance est à la création d'établissements de type résidence pour les soins de longue durée, pour que les pensionnaires s'y sentent davantage chez-eux.

Je m'en tiendrai à ces quelques remarques.

• (1250)

**M. David Sweet:** Je vais m'attarder à un élément car ayant posé la question à des témoins précédents, ils m'ont répondu que cela ne faisait pas partie de l'étude qu'ils avaient effectuée.

Dans les modèles que vous avez étudiés, avez-vous pu mesurer des coûts-avantages découlant de l'ensemble des services quand un médecin faisait des visites à domicile, quand les professionnels pouvaient surveiller précisément la situation afin de voir combien de temps une personne pouvait demeurer chez-elle tout en étant en bonne santé et bénéficier pleinement des services?

**M. Greg Shaw:** Des équipes pluridisciplinaires, constituées par les gouvernements ou financées par eux, rendent visite aux intéressés chez-eux, rencontrent les familles, et le patient qui reçoit des soins afin de faire une évaluation et c'est assurément bénéfique.

Le système de soins de santé est tel qu'il y a de moins en moins de généralistes qui font des visites à domicile, en particulier chez les personnes âgées, de sorte que ces dernières doivent encore aller consulter dans les hôpitaux publics ou dans un dispensaire local. Toutefois, si une personne vieillissante cherche des services d'appui, elle peut sur recommandation de son généraliste ou d'une personne indépendante, vous ou moi, être dirigée vers une équipe indépendante pluridisciplinaire qui dans bien des pays est financée par le gouvernement, provincial ou fédéral.

En Australie, il existe 56 équipes pluridisciplinaires financées et elles font des évaluations et ce régime relève du gouvernement fédéral.

**M. David Sweet:** Monsieur le président, les autres témoins souhaitent-ils ajouter quelque chose?

**Le président:** S'ils le souhaitent.

[Français]

**M. Willie Lirette:** Il y a des systèmes dans chacune des provinces qui peuvent être différents.

Chez nous, au Nouveau-Brunswick, depuis une trentaine d'années, il y a ce que l'on appelle les services à domicile ou le programme extramural. Cela fonctionne bien. Ce service offre tous les soins au patient une fois qu'il est sorti de l'hôpital, et ce, aussi longtemps qu'il en a besoin. Il peut s'agir de services de physiothérapie, de services sociaux et de tous les services médicaux nécessaires, sauf les services du médecin, qui ne va pas au domicile. Ce n'est plus la pratique maintenant, mais le médecin ira au foyer de soins de longue durée. C'est un service que le système offre. Bien entendu, le programme extramural de soins au foyer, à domicile, impose moins de stress au système régulier, à l'hôpital par exemple. Un patient qui devait demeurer à l'hôpital pendant deux semaines il y a 10 ans y demeure maintenant deux jours. Cela favorise une rotation des places disponibles.

Pourtant, un problème se pose: il y a des aînés hospitalisés en attente d'une place dans un foyer de soins de longue durée parce qu'ils ont perdu leur autonomie. C'est le problème majeur, et on le rencontre dans chacune des provinces actuellement. Il y a trop de personnes âgées qui occupent des lits d'hôpitaux qui ne sont pas disponibles pour des urgences. À Moncton, dans les deux hôpitaux, c'est un grand problème. Plus de 200 personnes âgées attendent une place dans un foyer de soins de longue durée, mais il n'y a pas assez de places dans ces foyers.

Aussi, sachez que les aînés sont davantage en meilleure santé, qu'ils vivent de plus en plus vieux et qu'ils ont moins besoin de services. Il n'y a que 2, 3 ou 4 p. 100 des personnes âgées dans les foyers de soins de longue durée qui ont perdu leur autonomie. Tout le reste est actif dans la société, et plus longtemps on peut les garder actifs et autonomes, moins il en coûte au système de santé. C'est un fait: la recherche le prouve, encore une fois.

● (1255)

[Traduction]

**Le président:** Nous passons maintenant au Bloc québécois, et M. Perron a cinq minutes.

[Français]

**M. Gilles-A. Perron:** D'abord, monsieur, je vous remercie de votre témoignage. Je fais miennes vos préoccupations sur les soins de santé pour les personnes âgées. Tout comme vous, je crois que nous avons et que nous aurons plus de personnes âgées parce que la longévité des gens a beaucoup augmenté depuis 25 ans.

Je suis un partisan des soins à domicile et je suis conscient qu'il faut faire de grands efforts à cet égard, puisque les aidants naturels manquent d'aide. Il manque de personnel médical pour donner des services dans ces résidences, il manque des sous, il y a beaucoup de choses auxquelles il faut travailler. Je fais mien le voeu que vous avez énoncé, monsieur Lirette. Les gouvernements provinciaux, municipaux et fédéral devraient commencer à développer une vision à long terme et non électoraliste, au lieu de travailler pour se faire élire et se faire réélire lors de la prochaine élection. Il faut un plan à long terme. C'est ce vers quoi il faut aller.

Ce sont les commentaires que j'ai retenus de ce que vous avez dit. Si j'en ai oublié, vous pouvez en rajouter.

**M. Willie Lirette:** Je sais que le temps passe, mais vous parlez des aidants naturels. La plupart d'entre nous ici n'aurions pas la compétence voulue si demain un membre de notre famille, un conjoint ou une conjointe, était en état d'incapacité et que nous devions le soigner. Ce qu'on préconise...

**M. Gilles-A. Perron:** Je veux clarifier quelque chose. Un aidant naturel coupe les cheveux, coupe le gazon et fait des choses comme ça. Il y a aussi les aidants médicaux. C'est un autre groupe.

**M. Willie Lirette:** Les aidants naturels, pour la plupart, sont les conjoints ou des membres de la famille. Nous préconisons un programme de formation avant même que ces choses n'arrivent à la famille. Je crois qu'on n'est pas prêt à soigner ou à faire tout ce travail. Depuis quelques années, on demande aussi aux gouvernements des programmes de formation des aidants naturels.

**M. Gilles-A. Perron:** Je suis d'accord là-dessus.

[Traduction]

**Le président:** Il nous reste très peu de temps et je voudrais traiter de quelques questions très rapidement.

Je remercie nos témoins d'être venus aujourd'hui. Je pense que votre témoignage nous est très utile pour cerner les enjeux qui nous occupent et le rapport que nous espérons rédiger sous peu.

Veillez nous excuser mais il nous faut maintenant régler certains détails des futurs déplacements des membres du comité.

Merci beaucoup d'être venus.

● (1300)

**M. Greg Shaw:** Merci beaucoup.

**Le président:** Merci.

Nous avons distribué des documents aux membres du comité. Nous souhaitons tout simplement l'approbation des membres du comité afin que nous puissions présenter le projet au comité de liaison.

Nous en avons déjà discuté et nous avons adopté une motion portant que nous nous rendions visiter certaines de ces installations dans le reste du pays. Les déplacements sont partagés en trois et dans deux cas, il s'agit de voyages d'un jour.

Le voyage à Québec exige que nous disposions d'un avion pour nous rendre et revenir. Dans ce cas, cela coûtera environ 30 000 \$.

Il y a également un déplacement vers Petawawa, que nous pouvons un peu plus facilement faire par la route. Cela représente un peu moins de 2 000 \$.

Ensuite, il y a les visites à Shearwater en Nouvelle-Écosse, à Goose Bay à Terre-Neuve-et-Labrador, à Comox en Colombie-Britannique et à Cold Lake en Alberta. Ce voyage plus long et plus compliqué représente 134 000 \$ et des poussières.

Si vous le souhaitez, vous pouvez poser des questions ou encore nous pouvons en discuter. Non? C'est assez clair?

Monsieur Sweet.

**M. David Sweet:** Je tiens à dire une chose parce que ce ne serait pas correct alors que j'ai parlé des 130 000 \$ la dernière fois pour l'Afghanistan.

Assurément, pour nos anciens combattants, nous voulons faire de notre mieux pour que notre enquête aille au fond des choses afin de faire des recommandations au gouvernement à propos du SSPT. Cela représente 165 000 \$. C'est un coût. Il nous faut faire cet investissement étant donné... De combien de visites s'agit-il? Six au total?

**Le président:** Monsieur Sweet, étant donné que je me suis chargé la dernière fois de présenter le projet en question au comité de liaison, je peux vous dire que ce ne sont pas des considérations de coût qui ont été la raison essentielle nous empêchant de le mener à bien. Je sais bien que vous y avez fait allusion au moment des discussions sur la motion. J'ai dit à M. Valley que si à un moment donné il souhaitait proposer que nous nous rendions à Chypre pour une séance d'information sur les troubles liés au stress post-traumatique qui touchent ceux qui servent dans un théâtre de combat, cela serait sans doute envisagé plus favorablement.

De toute façon, voici le projet que nous avons pour l'heure. Nous avons M. Sweet...

**M. David Sweet:** Juste une remarque.

**Le président:** ... pour une intervention ou une remarque.

Excusez-moi, monsieur Cannan, allez-y.

**M. Ron Cannan:** Merci, monsieur le président. Juste une précision: 16 personnes peuvent aller à Québec pour la journée?

**Le président:** Monsieur Cannan, pour toutes les visites, c'est le comité au complet qui se déplacerait. Nous n'avons pas tenu compte de ceux qui se désisteraient et nous avons inclus dans le groupe, le greffier, l'analyste, etc.

Vous demandez pourquoi?

**M. Ron Cannan:** Pourquoi en coûterait-il 30 000 \$ pour aller à Québec en avion et en revenir?

**Le président:** Si vous tournez la page, vous constaterez que c'est une question de vols. Dans un cas c'est par la route et dans l'autre c'est par avion.

**M. Ron Cannan:** Est-ce que le coût est imputé?

**Le président:** Oui.

**M. Brent St. Denis:** Les membres du comité qui le peuvent, qui le souhaitent, peuvent utiliser leurs points. Cela coûte quand même mais au moins nous n'utilisons pas deux budgets.

**Le président:** Exact.

Monsieur Cannan, si vous voulez utiliser vos points Air Canada, n'ayez aucune hésitation.

**M. Ron Cannan:** Ça ne coûte pas 1 600 \$ pour aller d'ici à Québec par avion. Je pourrais traverser le pays pour moins que cela.

**Le président:** Je vais demander aux greffiers et à l'attaché de recherche de vous répondre.

**Le greffier du comité (M. Alexandre Roger):** Je vous donne ici les chiffres que l'agent de logistique m'a communiqués pour l'époque de l'année où nous comptons voyager. Évidemment, si nous trouvons un vol nolisé à meilleur marché, nous récupérerons tout ce qui n'aura pas été dépensé. Nous choisissons toujours ce qui est meilleur marché. C'est le devis qu'on nous a donné. Si les membres du comité utilisent leurs points, comme je l'ai dit, nous réaliserons également une économie.

Il s'agit ici d'un budget maximal pour que nous ne soyons pas à court.

**M. Brent St. Denis:** Permettez-moi de venir en aide à mon ami Ron. Il coûte moins cher d'aller d'ici en Colombie-Britannique, c'est un effet pervers. Étant donné l'endroit où se trouve ma circonscription, je prends l'avion d'ici à Sudbury et ensuite je fais deux heures de voiture pour rentrer chez moi. Même si Sudbury est bien moins loin que la Colombie-Britannique, le vol aller-retour pour s'y rendre coûte presque aussi cher. C'est un effet pervers, mais c'est ainsi. Ces chiffres ne m'étonnent pas.

**Le président:** Monsieur Valley.

**M. Roger Valley:** Le recours aux points peut être une solution pour certains membres du comité. En tout cas, pas pour moi. Je n'ai pas assez de points. Je suis toujours à court.

Il faut dire aussi que cela coûte plus cher. Je dois prendre quatre avions toutes les semaines et cela représente 2 700 \$ pour le trajet entre chez moi et ici. Venir de là où j'habite coûte très cher.

**Le président:** Je comprends. J'ai beaucoup de chance d'habiter à Calgary, une plaque tournante.

Oui, monsieur Gaudet.

[Français]

**M. Roger Gaudet:** Je veux seulement faire une petite remarque à l'intention de M. Cannan. Il en coûte 846 \$ pour aller aux Îles-de-la-Madeleine à partir de Montréal. Pour aller à Vancouver, il en coûte 600 \$. Je suis au Québec, et le trajet entre Montréal et les Îles-de-la-Madeleine dure 1 h 45. Le trajet entre Montréal et Vancouver dure 5 heures. Cela me coûte donc moins cher d'aller à Vancouver que d'aller aux Îles-de-la-Madeleine.

[Traduction]

**Le président:** C'est la nature du trafic en ce qui a trait aux voyages en avion. Messieurs, il y a des situations où l'offre et la demande interviennent.

Ai-je votre approbation pour présenter ceci au comité de liaison?

**Des voix:** D'accord.

**Le président:** Merci beaucoup.

[Français]

**M. Roger Gaudet:** S'ils ne veulent pas, on les étouffe.

**Des voix:** Ah, ah!

•(1305)

La séance est levée.

[Traduction]

**Le président:** Pour certaines raisons, je n'ai pas entendu la traduction. C'était une blague. D'accord.

---







**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.**