



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent des anciens combattants

ACVA • NUMÉRO 010 • 2^e SESSION • 39^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mardi 29 janvier 2008

—
Président

M. Rob Anders

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

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

Comité permanent des anciens combattants

Le mardi 29 janvier 2008

• (1530)

[Traduction]

Le président (M. Rob Anders (Calgary-Ouest, PCC)): Bonjour, mesdames et messieurs.

J'aimerais souhaiter à tous la bienvenue après les vacances de Noël. Bonne année à vous tous.

Nous poursuivons, conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, l'examen des soins de santé des anciens combattants et du Programme pour l'autonomie des anciens combattants.

Nous recevons aujourd'hui deux témoins. Clara Fitzgerald, du Canadian Centre for Activity and Aging, de même que Mark Speechley, de l'Université de Western Ontario, département d'épidémiologie et de biostatistique, faculté de médecine et de dentisterie.

Je souhaite simplement indiquer à nos témoins qu'en général... Je ne sais pas si on vous a dit que vous disposiez de 10 ou de 20 minutes.

Très bien, on vous avait donné 20 minutes. C'est habituellement la norme. Vous pouvez donc disposer de 10 minutes chacun, ou l'un d'entre vous peut avoir 19 minutes alors que l'autre ne dispose que d'une minute, comme vous le souhaitez. Par la suite, les membres du comité poseront tour à tour des questions en fonction d'un ordre rigoureusement préétabli.

Vous avez la parole.

M. Mark Speechley (professeur, Département d'épidémiologie et de biostatistiques, Faculté de médecine et de dentisterie, University of Western Ontario): Merci de nous avoir invités aujourd'hui.

J'aimerais remercier Anciens combattants Canada d'avoir financé la recherche que nous avons réalisée sur les anciens combattants canadiens. Nous pensons qu'il s'agit de l'étude la plus approfondie sur les chutes chez les anciens combattants au Canada.

Mon mémoire résume les résultats de nos travaux. Je ne vous ferai pas perdre de temps en le relisant, mais j'aimerais souligner trois points essentiels.

Nous avons découvert que les chutes sont plus fréquentes chez les anciens combattants canadiens que parmi la population générale d'adultes âgés. Nous savons que les anciens combattants canadiens se déclarent en moins bonne santé que leurs compatriotes âgés en général, et même s'il s'agit d'un pourcentage peu élevé, 3,8 p. 100 des membres de l'échantillon ont signalé ne pas avoir assez d'argent à la fin du mois pour faire face à leurs dépenses. Lorsque nous avons analysé cette variable, nous avons conclu que ces gens sont également plus susceptibles de tomber.

Je suis conscient que ces dernières observations peuvent sembler négatives, mais laissez-moi vous parler des points positifs, parce que je sais qu'Anciens combattants Canada a une excellente réputation

pour ce qui est des soins offerts avec compassion aux anciens combattants. J'ai lu le rapport *Parole d'honneur*, et je tiens à féliciter les organisations qui ont publié le document.

Je commencerai par vous parler des caractéristiques que je considère positives dans le rapport *Parole d'honneur*, puis je conclurai en vous faisant part de ce que vous devrez, selon moi, garder en mémoire lorsque vous poursuivrez l'examen de cet excellent programme.

Parmi les caractéristiques positives du rapport *Parole d'honneur*, mentionnons le point d'accès unique ainsi que la coordination des services, en particulier avec les soins de santé provinciaux. En Ontario, nous avons des centres d'accès aux soins communautaires, qui sont à mon avis essentiels.

Autre point positif: il y aura une étroite collaboration avec les fournisseurs de soins primaires, ce qui est absolument vital. Les soins fournis par une équipe de professionnels ainsi que le modèle du gestionnaire de cas sont d'autres avantages. L'évaluation exhaustive des adultes âgés est fondée sur des preuves et tout à fait adéquate.

Je suis ravi d'y voir la mention de l'activité physique et de la prévention des chutes. On parle particulièrement des cours d'exercice physique, et Clara vous en parlera, puisqu'il s'agit de son domaine d'expertise.

Par ailleurs, j'ai été très heureux de voir les évaluations et la recherche mentionnées dans le document.

Lorsque vous poursuivrez l'examen de cet excellent programme, je vous encourage à garder les questions suivantes en tête. Il est important de veiller à ce que les fonds suivent l'ancien combattant ou l'adulte âgé en fonction de ses besoins. C'est une chose de rendre les gens admissibles à un service, mais s'ils n'en ont pas besoin, l'argent n'est pas utilisé de façon optimale. Je pense que nous devons réellement nous assurer que les fonds sont consacrés à ceux qui en ont le plus besoin.

Je me pose la question suivante: dans quelle mesure les fonds consacrés aux services intégrés pour les anciens combattants sont-ils réellement coordonnés avec les fonds provinciaux? Lorsque j'ai réalisé mon étude sur la prévention des chutes, des médecins m'ont téléphoné. Selon les renseignements recueillis, les médecins devraient rappeler leur patient pour évaluer, par exemple, le nombre de médicaments qu'il prend. Certains médecins m'ont dit qu'ils ne croyaient pas que le RAMO, en Ontario, leur verserait quoi que ce soit pour rappeler un ancien combattant afin de vérifier ce que mentionnait son questionnaire.

Cela me préoccupe réellement, parce que ça soulève la question du financement. Nous savons que nous pouvons prévenir les chutes, mais la question est, comme toujours, de savoir qui paiera et si l'argent suit le client comme il se doit.

Je pense qu'il faut se demander comment les spécialistes de l'intervention précoce s'assurent que l'ancien combattant a un fournisseur de soins primaires? En Ontario, nous savons que de nombreuses personnes n'ont pas de médecin de famille, de sorte que c'est une question qu'il faut se poser. Je suis heureux de la voir dans le document, mais je me demande comment nous saurons si ce geste très positif est effectivement posé.

Dans le document, on encourage les anciens combattants à subir une évaluation complète de leur état de santé. C'est ce que nous avons fait dans la seconde phase de notre projet, dont nous n'avons pas encore publié les résultats parce que ce n'est pas terminé. Nous avons divisé les gens en deux groupes au hasard. Un groupe a passé une évaluation gériatrique complète et a reçu une série de recommandations fondées sur des preuves au sujet de ce qui devait être fait pour prévenir les chutes. Nous n'avons relevé aucune différence entre ce groupe et le groupe qui a simplement reçu une lettre d'un médecin de famille.

• (1535)

Ainsi, nous ne nous basons pas seulement sur mon étude, mais également sur d'autres que j'ai lues, pour dire que les évaluations complètes et les recommandations seules ne suffisent pas. Il s'agit d'une étape nécessaire mais non suffisante pour prévenir les chutes.

Lorsque je lis votre document, je constate que vous encouragerez les anciens combattants à passer une évaluation de santé complète. Je me demande toutefois combien le font? Les simples encouragements sont-ils suffisants pour que les évaluations soient faites? Je me demande également quel type d'évaluation est réalisé, puisqu'il en existe plusieurs.

Si nous mettons de l'avant une évaluation normalisée, je pense que vous devriez tenir compte de l'ensemble de données minimales, qui a été étudié. C'est une suite internationale d'évaluations qui permet d'effectuer des comparaisons, de sorte que l'on peut comparer les résultats obtenus en Ontario, en Colombie-Britannique, au Québec, etc., de même qu'aux États-Unis et dans d'autres pays. Il s'agit d'une initiative exceptionnelle.

Encore une fois, je me pose une question: Qui paie? Qui paie pour toutes ces évaluations?

J'ai tracé une ligne sur ma page ici; je vais donc conclure en vous parlant de ce qui se passe après qu'un adulte âgé eut subi une évaluation normalisée.

L'ancien combattant doit impérativement avoir des contacts réguliers avec le gestionnaire de soins afin de veiller à ce que les résultats des évaluations fassent l'objet de mesures concrètes. Je souligne qu'une évaluation et une recommandation, si c'est tout ce que l'on fait, ne pourront sans doute pas prévenir les chutes ou tous les autres événements négatifs que l'on souhaite prévenir.

Selon moi, une fois que l'évaluation est réalisée et que les recommandations sont formulées, le gestionnaire de soins s'assure que l'ancien combattant obtient ce dont il a besoin, puis nous devons nous demander si les interventions sont fondées sur des preuves? Un grand nombre de ces interventions sont fondées sur des preuves, mais certaines ne le sont pas. Je pense que vous devriez inclure cet aspect dans votre programme d'évaluation.

Les mesures ne devraient pas seulement être fondées sur des preuves; elles devraient être continues, et il faut qu'il y ait un suivi régulier. Il faut que l'évaluation soit refaite. Il ne doit pas s'agir d'une mesure ponctuelle. Il faut la refaire régulièrement pour deux raisons. Premièrement, de nouveaux problèmes peuvent survenir assez rapidement chez les adultes âgés. Deuxièmement, si l'évaluation

est refaite, on peut l'utiliser comme un indicateur de la réussite du programme. Sinon, on ne sait pas vraiment si les objectifs sont atteints au niveau individuel.

De la même façon, pour ce qui est du renvoi à un spécialiste, je me pose certaines questions quant à l'évaluation: combien de temps cela prend-il? Les rendez-vous sont-ils respectés? Les renvois sont-ils adéquats? Les mesures prises sont-elles adéquates et fondées sur des preuves?

Pour conclure, je souhaite mettre l'accent sur les points positifs: nous savons que nous pouvons réduire les chutes de 25 p. 100. Nous savons qu'il est important d'améliorer nos efforts immédiatement, parce que nous pourrions être aux prises avec une épidémie de chutes à mesure que la population continuera de vieillir. Nous pouvons utiliser les connaissances existantes pour créer un programme national et uniforme de prévention des chutes qui, s'il est financé et maintenu, aura des avantages pour les anciens combattants du point de vue individuel, les familles et la société en général.

Merci beaucoup.

Le président: Merci.

Mme Fitzgerald dispose de près de 12 minutes, si elle le veut.

Mme Clara Fitzgerald (directrice de programme, Canadian Centre for Activity and Aging): Merci de reconnaître le Canadian Centre for Activity and Aging comme un chef de file national dans le domaine de l'activité physique et du vieillissement. Pour ceux d'entre vous qui ne connaissent pas le Canadian Centre for Activity and Aging, il s'agit d'un centre national situé à London, en Ontario, à l'Université de Western Ontario. Notre mandat est de réaliser des recherches dans le domaine de l'activité physique et du vieillissement, puis d'élaborer des programmes modèles et des programmes de formation en leadership qui appuient les recherches afin d'aider les aînés à conserver autant que possible leur capacité fonctionnelle. Notre travail se concentre à la fois sur les adultes âgés vivant dans la collectivité et sur les adultes âgés ayant une santé fragile et vivant dans différents établissements de soins.

Je pense qu'il est important que vous sachiez que nous sommes ravis de discuter avec les membres du comité et de parler de la valeur des programmes d'activité physique, une intervention qui peut prévenir un grand nombre des effets négatifs du vieillissement dont souffrent les anciens combattants et les adultes âgés à mesure qu'ils vieillissent et que leurs différents niveaux de fonctionnalité diminuent.

Comme Mark, j'ai pris note du rapport *Parole d'honneur* et du guide d'accès aux prestations de santé d'Anciens Combattants Canada et du Programme pour l'autonomie des anciens combattants. J'ai été très intéressée d'apprendre en lisant les documents que le PAAC ainsi qu'un grand nombre des services offerts aux anciens combattants sont fondés sur leur statut plutôt que sur leurs besoins réels. Je pense donc qu'il faut que l'intégration soit améliorée en fonction du modèle de prestation de services, de ce dont l'ancien combattant a réellement besoin, et de ses besoins fonctionnels plutôt que sur son âge ou son statut. Je suis certaine que vous pouvez penser à différents adultes âgés qui sont plus jeunes que d'autres mais qui n'ont pas les mêmes capacités fonctionnelles.

Les documents mentionnaient également l'importance de l'activité physique et du besoin d'accroître et d'améliorer les programmes communautaires. Ces deux aspects étaient mentionnés dans les deux documents, ce qui est, selon moi, encourageant.

En venant à Ottawa, j'ai essayé de trouver des interventions communautaires concrètes qui aident les anciens combattants à maintenir leur mobilité fonctionnelle dans les différentes collectivités où j'ai travaillé un peu partout au pays. Je n'ai pas vraiment pu penser à un grand nombre de ces programmes. Selon le document, le groupe souhaite adopter cette approche, mais il faut savoir que de nombreux aînés souhaitent vieillir chez eux. Nous devons veiller à ce que les programmes et les services leur soient fournis dans les collectivités où ils vivent. Ce qui est remarquable, également, c'est que vos travaux aident non seulement les anciens combattants mais également les adultes âgés en général.

Une grande partie du travail que nous faisons après la phase de recherche n'est pas financée. Au bout du compte, de nombreux aînés qui sont en mesure de payer pour les programmes et services fondés sur des preuves peuvent avoir accès à ces programmes et services s'ils sont offerts dans leur collectivité. Il y a quelques problèmes. Dans certaines collectivités, les fonds ne sont pas suffisants pour mettre en place des programmes fondés sur des preuves. Par ailleurs, certains anciens combattants ne sont pas nécessairement admissibles au PAAC ou n'ont pas les ressources financières nécessaires pour compenser ces coûts.

Je peux vous donner l'exemple d'un ancien combattant que je connais parce qu'il fréquente notre centre, où plus de 420 aînés ont accès à nos programmes et services. Cet ancien combattant participait à un programme sur la maladie pulmonaire obstructive chronique depuis environ dix ans. Ce programme, mené et suivi par un médecin, se donnait dans un hôpital à London, en Ontario. Selon les dirigeants de l'hôpital, ce programme pouvait être donné dans une collectivité, de sorte qu'ils se sont tournés vers le Canadian Centre for Activity and Aging, en raison de notre expertise dans la mise en oeuvre de programmes fondés sur des preuves, pour mettre en oeuvre ce programme.

● (1540)

Cela dit, des coûts directs sont associés à la participation à différents programmes sur la mobilité fonctionnelle pour, premièrement, tenter de prévenir le déclin fonctionnel; deuxièmement, si une chute s'est produite, par exemple, pour aider la victime à se remettre — la phase de réadaptation des programmes de mobilité fonctionnelle; et troisièmement, une fois la réadaptation faite, pour aider ces gens à conserver leurs gains fonctionnels à long terme, afin qu'ils puissent profiter des activités utiles auxquelles ces programmes les ont aidés à participer.

La personne dont je vous parle n'était pas au courant des versements auxquels elle avait droit en fonction du PAAC pour avoir accès aux services, et nous n'étions pas en mesure de lui offrir ce service gratuitement. Des discussions ont été entreprises au début d'août, et pour faire une histoire courte, la personne a fini par recevoir un versement par le truchement du PAAC vers la fin décembre. Je pense que ce délai a été trop long, et la personne ne savait pas comment s'y retrouver dans le système pour profiter des prestations offertes grâce à ces initiatives de promotion de la santé, même si on en parle dans le document. Je me demande si les anciens combattants connaissent ces initiatives de promotion de la santé, par rapport à des initiatives de réadaptation après un incident, comme une chute, par exemple. Il s'agit donc de trouver des façons de prévenir un plus grand déclin fonctionnel à long terme.

Je suis certaine que mon mémoire a été distribué avec celui de Mark. Je voulais simplement mentionner quelques recommandations en fonction des points que j'ai soulevés.

Il existe une grande quantité d'information et beaucoup de recherches ont été faites pour expliquer les avantages de l'activité physique chez les aînés. Si vous ne connaissez pas cette information, les représentants de Santé Canada ont sans doute mentionné le *Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine pour les aînés* lorsqu'ils ont comparu devant votre comité. Il s'agit d'un excellent document qui résume brièvement l'importance des programmes d'activité physique chez les adultes âgés.

Je pense qu'il est maintenant important d'examiner la vaste quantité d'information disponible, les recherches ayant été publiées — dont une grande partie sont canadiennes — et de chercher des façons de traduire cette information en programmes de mobilité fonctionnelle efficaces et responsables pour les adultes âgés et les anciens combattants; il faut aussi veiller à ce que ces programmes soient fondés sur des preuves et des résultats.

Par « fonder sur des résultats », je veux dire que si on n'a pas l'impression qu'il est suffisant de simplement créer des programmes d'activité physique partout au pays pour une vaste gamme d'anciens combattants et d'aînés en général, il est essentiel que ces programmes soient fondés sur des résultats. Nous savons ce que nous tentons de mesurer et quels sont les facteurs de risque, de sorte que les programmes adéquats peuvent être mis en place pour prévenir l'accroissement de ces facteurs de risque.

Il y a quelques concepts clés: programmes fondés sur les preuves, programmes fondés sur les résultats, programmes en place dans un éventail de collectivités partout au pays et programmes pouvant en grande partie être offerts dans le cadre de l'infrastructure des soins à domicile; bref, appuyer le vieillissement à domicile.

Il est essentiel d'élaborer des modèles de programmes d'activité physique rentables pour les anciens combattants et les adultes âgés en fonction des recherches, dirigés par des professionnels compétents pour veiller à ce que le financement et l'appui pour ces programmes dans les différentes collectivités soient offerts là où les adultes âgés résident; on peut ainsi veiller à ce que les programmes d'activité physique soient, comme je l'ai mentionné, fondés sur les résultats, communautaires et qu'ils favorisent le vieillissement à la maison.

Par ailleurs, pour aider les adultes âgés et nos anciens combattants qui vivent dans différents établissements de soins partout au pays, il est important de noter que ces types de programmes devraient également être en place dans ces établissements. Peu importe l'âge, il est toujours possible de conserver sa mobilité fonctionnelle. Nous savons que lorsque la mobilité fonctionnelle diminue, ce n'est pas nécessairement en raison de l'âge seulement; l'inactivité y joue un immense rôle.

● (1545)

La deuxième recommandation concerne l'activité physique: si l'activité physique est incorporée aux soins primaires habituels dispensés aux anciens combattants et aux adultes âgés, elle peut prévenir la baisse de la mobilité physique et faire en sorte que ces gens-là puissent continuer à vivre dans leur domicile, et ce, plus longtemps et avec une meilleure qualité de vie. Il en résulterait plusieurs possibilités d'économie par la suite, ce dont nous pourrions parler plus tard.

La troisième concerne l'aide qui devrait être accordée aux anciens combattants pour les aider à s'y retrouver dans le régime des soins de santé, pour qu'ils soient informés des services qui leur sont offerts. J'ai eu à traiter avec trois anciens combattants, qui ne savaient pas ce qu'ils ne savaient pas. Ils ne savaient pas quels services leur étaient offerts, parce qu'il s'agit de services de promotion de la santé plutôt que de services de réadaptation. Il est donc important de faire en sorte que les programmes de promotion de la santé qui ont fait leurs preuves soient accessibles par l'entremise du programme pour l'autonomie des anciens combattants afin que les anciens combattants y aient accès, non pas seulement dans le cadre des programmes de réadaptation ou des programmes qui dépendent de leur statut, mais également en fonction de leurs besoins fonctionnels.

En conclusion, je tiens à vous dire que l'important, c'est de se pencher sur les programmes qui existent déjà. Beaucoup d'entre nous ont fait des recherches pour mettre au point ces programmes et pour en faciliter la mise en oeuvre dans diverses localités, afin que nous puissions commencer à en faire des projets pilotes qui auraient une incidence réelle sur la mobilité fonctionnelle des anciens combattants et qui les aideraient à vivre de façon autonome aussi longtemps que possible.

Je vous remercie.

• (1550)

Le président: Merci.

Nous passons maintenant à M. Valley, du Parti libéral du Canada, pour sept minutes.

M. Roger Valley (Kenora, Lib.): Merci, monsieur le président.

Je remercie nos invités d'être venus nous faire part aujourd'hui de leurs travaux. Je suis sûr que, si vous avez suivi les travaux de notre comité, vous savez que nous souhaitons tous ardemment améliorer la situation de nos anciens combattants. Nous vous remercions de l'information que vous nous apportez.

Ma première question s'adresse à l'un ou l'autre de nos deux témoins. Vous avez parlé d'une étude et de la région visée. Pouvez-vous me dire quelle a été la portée de l'étude? J'aimerais notamment savoir s'il y a des villages ou des localités rurales qui y ont participé?

M. Mark Speechley: La première étude visait toute la région du sud-ouest. Elle a englobé 1 300 anciens combattants de 10 comtés de la région du sud-ouest de l'Ontario. L'étude d'intervention ne pouvait pas avoir une grande distribution parce qu'il fallait que nous fassions une évaluation complète et que nous n'avons qu'un certain nombre de personnes qui peuvent faire ce genre d'évaluation. Certains des participants venaient toutefois de régions aussi éloignées que le comté de Bruce et même de la ville de Windsor.

Il n'a pas été facile de trouver des personnes pour faire les évaluations parce qu'il n'y avait pas de fonds dans le projet pour cela. Les fonds sont venus de l'intérieur du système, ce qui explique peut-être en partie que le taux de réussite n'ait pas été aussi élevé qu'il aurait pu l'être.

M. Roger Valley: J'aurais sans doute dû préciser où je voulais en venir. Mais ce qui m'intéresse c'est une région qui est un tout petit peu plus éloignée. Je suis de la circonscription de Kenora, qui couvre environ 30 p. 100 de la province, plus de 30 p. 100 de la province, mais elle est très éloignée de la région dont vous parlez.

Puisque votre étude a englobé des localités rurales, j'allais vous poser une question au sujet des localités éloignées. Bien des gens ne se rendent pas compte du grand nombre de localités isolées que nous avons, mais nous en avons plus de 90 qui ne sont accessibles que par avion, et où vivent des anciens combattants. C'est toujours un défi.

Nous savons qu'il n'est pas facile de servir les anciens combattants dans les grandes villes, dans les comtés, mais quand il s'agit de ces autres régions plus éloignées...

Cela m'amène à ma prochaine question. Dans votre recommandation — je crois que c'était vous Mark —, vous avez parlé de tout le bon travail qui se fait, et je crois que Clara en a parlé aussi. Vous avez parlé de l'excellent travail qui est fait par des Canadiens, mais je suppose qu'il y a beaucoup de travail qui se fait dans les divers pays du monde. Je me demande si vous pourriez simplement nous dire brièvement dans quels pays il se fait du travail. Est-ce aux États-Unis, en Australie, en Grande-Bretagne?

M. Mark Speechley: Je crois que l'Australie et la Nouvelle-Zélande sont des chefs de file dans ce domaine à l'heure actuelle.

M. Roger Valley: Vous semblez dire, et nous le constatons dans la première de vos recommandations, que nous avons encore beaucoup à apprendre de ce qui a déjà été accompli.

M. Mark Speechley: Il n'est pas nécessaire de réinventer la roue. Il y a bien des possibilités qui sont déjà disponibles et qui pourraient s'appliquer au Canada. Je sais qu'il y a des régions éloignées en Australie. J'ignore comment on a réglé le problème là-bas, mais ils ont sans doute de l'expérience à ce niveau-là.

M. Roger Valley: J'ose croire qu'à un moment donné, quelqu'un s'est intéressé aux endroits les moins peuplés. Comment choisir?

Mme Clara Fitzgerald: Si vous permettez, j'aimerais ajouter à ce qu'a dit Mark au sujet des régions rurales et du travail qui a été fait, surtout au niveau du programme de soutien à domicile; c'est un service qui est assuré par des préposés qui offrent un soutien aux personnes âgées, ce qui leur permet de maintenir leurs gains fonctionnels là où ils habitent. Dans les communautés rurales, ces préposés aux services de soutien à la personne sont organisés au niveau de l'infrastructure de soins à domicile. Ces services sont offerts à domicile par le truchement du programme de soutien à domicile. Bien que le travail et la recherche ne se soient pas effectués uniquement au niveau des anciens combattants, un éventail de personnes âgées vivant dans des communautés rurales y ont participé; il s'agissait de personnes qui n'avaient pas accès aux programmes communautaires ni aux services dont disposent ceux qui habitent les grands centres.

Nous avons pu démontrer qu'en faisant appel à ces services de santé qui dispensent des soins aux clients à domicile, il était possible d'améliorer la force, l'équilibre, la souplesse, ainsi que la capacité aérobique. Nous savons que le déclin fonctionnel et le ralentissement au niveau de ces éléments physiques vont de pair. Donc, pour ces collectivités rurales, il faut se pencher sur les études qu'on a effectuées sur le vieillissement chez soi et mettre en oeuvre certaines de nos recommandations, ainsi que celles des autres, et jeter un coup d'oeil sur les modèles qui serviront à représenter ce qui se fait au niveau du domicile. Il n'est pas possible, physiquement, d'emmener ces gens-là, à cause de...

• (1555)

M. Roger Valley: Je ne voudrais pas non plus les déplacer. Ce que je souhaite, c'est qu'ils puissent avoir le service là où ils se trouvent.

Vous dites que cette étude porte sur les chutes, et sur ce qui les provoque. Lorsque les anciens combattants viennent nous rencontrer dans nos bureaux, il y a une chose que nous constatons assez souvent, c'est qu'ils ont des problèmes auditifs. Nous nous battons constamment pour leur obtenir des pensions en fonction de leurs capacités auditives; ce sont ces questions-là qui nous intéressent.

Est-ce une des raisons pour lesquelles les anciens combattants ont tendance à avoir des chutes plus souvent que le reste de la population? Est-ce que c'est parce qu'ils ont de la difficulté à entendre?

M. Mark Speechley: C'est une bonne question, et je n'ai pas assez de connaissances dans ce domaine pour vous donner une réponse exacte. Je sais que l'oreille interne représente un des trois éléments essentiels de notre système d'équilibre. Je n'ai jamais réfléchi à la question, à savoir que le service militaire, qui pourrait donner lieu à une perte auditive, pourrait aussi affecter l'équilibre.

C'est une excellente question. J'aimerais bien pouvoir vous répondre, mais, malheureusement, je n'ai pas la compétence requise.

M. Roger Valley: Je crois que vous allez découvrir que c'est un des éléments communs dans tout cela.

Je crois que je n'ai presque plus de temps, on me lance un regard, mais je voulais souligner quelque chose.

Clara, lors de votre dernier commentaire, vous avez dit...

Le président: Il n'y a pas de regard. Il vous reste une minute et trente secondes. Allez-y.

M. Roger Valley: Donc je peux parler pendant une minute et 29 secondes, parce qu'il ne va pas vous interrompre.

Sur votre dernier point, Clara, vous venez de le lire « Il faut aider les gens à s'orienter dans la prestation des soins de santé ». Chaque témoin qui comparait devant le comité nous répète qu'il s'agit d'un problème énorme. Je tiens à souligner, parce que vous parlez d'une population vieillissante, que nous sommes tous en train de vieillir. Vous parlez d'une population qui a vécu la Seconde Guerre mondiale, la guerre de Corée, et tout le reste, mais je vous dirais que même les jeunes anciens combattants nous le disent. Il y en a même qui sont en service actif et qui ne peuvent pas s'acquitter de leurs fonctions. Il est très difficile de s'y retrouver dans le système de soins de santé. Je suis heureux de constater que vous en avez tenu compte dans une de vos recommandations, et vous avez maintenant l'occasion de nous en dire quelques mots, parce qu'il ne va pas vous interrompre.

M. Mark Speechley: Eh bien, j'ai dit que j'étais ravi de voir que les SIAC avaient un seul point d'accès, et que toutes ces personnes travaillaient de concert avec les anciens combattants pour les aider à s'y retrouver dans le système. Nous avons le même service en Ontario; il s'agit des centres d'accès aux soins communautaires. Donc, je cherchais à savoir comment ce programme à point unique d'accès allait fonctionner au niveau du programme ontarien? Nous avons maintenant deux programmes à point d'accès unique. Si tout le monde collabore, c'est un pas dans la bonne direction.

Mme Clara Fitzgerald: Je suis d'accord avec Mark. Je pense que le programme pourrait se faire en collaboration avec le Centre d'accès aux soins communautaires afin qu'il n'y ait pas de doublement des services offerts aux personnes âgées, en général. Je pense que l'on peut tirer des leçons du travail effectué par les centres d'accès aux soins communautaires en Ontario. Encore une fois, il s'agit d'un point unique d'accès. Leur point unique d'accès est fondé sur les besoins fonctionnels du client, non pas sur la situation de la personne. Donc, le statut d'ancien combattant n'entrerait pas en ligne de compte.

Je pense également — et je ne peux parler ici qu'au nom du secteur des soins de santé — que les personnes âgées doivent être sensibilisées aux diverses initiatives de promotion de la santé afin de prévenir divers problèmes, notamment un déclin fonctionnel, car parfois les gens ne songent pas à accéder aux services tant que

quelque chose ne leur est pas arrivé, tant qu'ils ne sont pas tombés, qu'ils ne se sont pas fracturés quelque chose, et qu'ils ont besoin de réadaptation.

Il s'agit de savoir cependant ce qui arrive après la réadaptation. Quels services sont en place pour les résidents — les anciens combattants? Je fais beaucoup de travail auprès des établissements de soins de longue durée et c'est pour cette raison que j'ai parlé des « résidents ». Quels services sont en place pour les résidents afin de les aider à maintenir leurs gains fonctionnels après la réadaptation? Quels programmes de promotion de la santé pourraient être mis en place? Et après la réadaptation, quels programmes de suivi sont en place pour les aider à maintenir leurs gains après la réadaptation? Il est essentiel de songer à tout cela, car la plupart des fonds sont investis dans la réadaptation une fois que la personne a fait une chute, etc., pour l'aider à récupérer le plus possible son potentiel fonctionnel. Mais que faisons-nous pour aider ces gens à maintenir ces gains fonctionnels à long terme? Je dirais qu'il faut faire des efforts et mettre en place des programmes à cet égard plutôt que de mettre l'accent uniquement sur la réadaptation car les programmes de réadaptation sont mieux compris puisqu'ils sont régis par les services de soins hospitaliers tandis que ces deux autres éléments sont offerts par les services communautaires et souvent les anciens combattants ne sont pas conscients que ces services s'adressent à eux. Dans bien des cas, ces services ne sont pas en place.

• (1600)

Le président: Merci beaucoup.

Nous allons donner la parole maintenant à M. Perron du Bloc Québécois, pour sept minutes.

[Français]

M. Gilles-A. Perron (Rivière-des-Mille-Îles, BQ): Madame Fitzgerald, monsieur Speechley, bienvenue.

Votre présentation est fort intéressante. Cependant, elle ne porte que sur le sud-ouest de l'Ontario. En tant qu'experts, vous parlez-vous d'une province ou d'une région à l'autre? Pouvez-vous me donner rapidement un portrait général? Vos études reflètent-elles la situation de toutes les provinces?

[Traduction]

Mme Clara Fitzgerald: Si vous me demandez si ce type de programmes et de services qui existent dans le sud-ouest de l'Ontario sont en place dans diverses régions du Canada, la réponse est non. Je ne peux pas parler de l'étude. Mark peut parler de l'étude. Lorsque nous regardons le type de programmes et de services dont je recommandais la mise en place pour aider la mobilité fonctionnelle des anciens combattants et des personnes âgées en général, pour ce type de programmes et de services, même s'ils existent peut-être dans diverses régions ici et là, le niveau de financement, le niveau de preuves pour appuyer ces programmes modèles n'est pas coordonné de façon uniforme.

Le Canadian Centre for Activity and Aging est également un centre de formation nationale en leadership. Donc, nous accréditons des gens pour qu'ils dirigent ce type de programmes à l'échelle nationale.

Je mentionnais justement à Mark dans l'avion pour venir ici qu'Aniens combattants Canada n'a jamais communiqué avec le Canadian Centre for Activity and Aging pour nous demander où ce type de programmes existent, où se trouvent des gens accrédités pour diriger des programmes de mobilité fonctionnelle au Canada. Nous pouvons d'ailleurs vous donner un aperçu des endroits où des programmes ont été mis en place, mais il y a certainement un coût lié à ces programmes car ils ne sont pas offerts gratuitement.

M. Mark Speechley: Pour répondre à votre question, si notre programme n'a pas de succès dans le sud-ouest de l'Ontario pour les anciens combattants, il n'y a aucune raison de croire qu'il connaîtrait du succès ailleurs au pays. Mais je ne suis pas certain si c'était là la question que vous posiez.

[Français]

M. Gilles-A. Perron: L'étude que vous avez effectuée présente-t-elle les mêmes résultats que les autres études portant sur d'autres parties du Canada?

[Traduction]

M. Mark Speechley: Il y a une étude qui a été faite à Calgary qui n'a pas réduit la fréquence de chutes dans un groupe par rapport à un autre. Il y a beaucoup d'études de prévention des chutes qui n'ont pas réussi, dont quelques-unes faites au Canada et d'autres ailleurs. Mais il y a eu des études réussies également et ce sont celles qui... Nous essayons de déterminer ce que nous devons faire pour prévenir les chutes, et ce que je veux souligner, c'est que l'évaluation et la recommandation ne suffisent pas.

[Français]

M. Gilles-A. Perron: Comme il me reste du temps, je vais faire un dernier commentaire avant de donner la parole à Jean-Yves.

Votre enquête contient une phrase qui me laisse perplexe: « Les anciens combattants canadiens se déclarent en moins bonne santé que leurs compatriotes âgés en général. »

J'ai de la difficulté à croire et à comprendre cela. Il me semble que nos anciens combattants sont en aussi bonne forme que la population générale du même âge.

• (1605)

[Traduction]

M. Mark Speechley: Il semblerait que non. Nous demandons aux gens...

[Français]

M. Gilles-A. Perron: C'est ce qu'ils affirment?

M. Jean-Yves Roy (Haute-Gaspésie—La Mitis—Matane—Matapédia, BQ): Mais est-ce la réalité?

[Traduction]

M. Mark Speechley: « En comparaison avec d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise? » Lorsque nous posons cette question, les anciens combattants déclarent être en pire santé que les Canadiens et Canadiennes de plus de 75 ans.

Mme Clara Fitzgerald: En fait, c'est la façon dont ils perçoivent leur santé.

M. Mark Speechley: Oui, c'est leur perception de leur santé.

[Français]

M. Jean-Yves Roy: Ma question va dans le même sens. Vous dites que: « Les chutes sont plus fréquentes chez les anciens combattants du Canada (40 %) que parmi d'autres groupes d'adultes

âgés [...] » L'enquête a été menée auprès de 1 913 anciens combattants. Quelle était la proportion d'hommes parmi ces 1 913 personnes?

[Traduction]

M. Mark Speechley: 96 p. 100 des 1 913 anciens combattants étaient des hommes.

[Français]

M. Jean-Yves Roy: Très bien. Si vous prenez, dans la population générale, 1 913 hommes dont 90 p. 100 sont âgés de 81 ans, vous obtiendrez le même taux de chutes. Dans la population générale, les personnes ayant en moyenne 81 ans sont principalement des femmes. Et ce sont les hommes qui, à l'heure actuelle, font le plus de chutes dans la population générale. Par conséquent, vous ne pouvez pas affirmer qu'il y a plus de chutes chez les anciens combattants que chez les hommes âgés en moyenne de 81 ans.

C'est ce que je ne comprends pas dans votre étude.

[Traduction]

Le président: Le témoin a le droit de répondre, mais je voudrais juste aviser nos collègues du Bloc qu'ils ont dépassé leur temps alloué de cinq minutes, et donc ce sera leur dernière question avant la prochaine série.

Excusez-moi, les séries de questions sont de sept minutes. Vous pouvez continuer, ça va.

M. Mark Speechley: Merci de votre question.

C'est difficile de faire une comparaison précise, car les anciens combattants ont 81 ans, ou plutôt entre 79 et 83 ans, étant donné qu'ils avaient entre 17 et 21 ans pendant la guerre. Je ne peux pas faire une comparaison précise, mais les chiffres divergeaient quelque peu de l'enquête nationale de la santé de la population. Ma déclaration est fondée là-dessus, mais je vais vérifier mes chiffres et vous revenir, si cela vous convient.

[Français]

M. Jean-Yves Roy: Vous ne pouvez pas affirmer qu'il y a plus de chutes chez les hommes dont la moyenne d'âge est de 81 ans. C'est à peu près le même taux, parce que les chutes sont plus élevées chez les hommes que chez les femmes. J'ignore pourquoi, mais dans la population générale, ce sont en majorité des femmes qui ont 81 ans, parce que les hommes meurent avant les femmes. C'est un fait. Conséquemment, vous ne pouvez pas affirmer qu'il y a plus de chutes chez les anciens combattants. C'est ce que j'ai de la difficulté à comprendre.

La même chose s'applique à votre affirmation selon laquelle il y a plus de facteurs de risque chez les adultes âgés anciens combattants que chez les adultes âgés en général. Si vous prenez un groupe d'hommes dont l'âge moyen est de 81 ans, ils présenteront les mêmes facteurs de risque et sensiblement la même proportion de chutes.

[Traduction]

Le président: D'accord.

C'est la fin des sept minutes accordées au Bloc. Je m'excuse, mais vous avez pris sept minutes et 22 secondes et donc je m'excuse de vous avoir coupé la parole.

Maintenant c'est le tour de M. Stoffer, Nouveau Parti démocratique.

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

Je vous remercie tous les deux de vos exposés aujourd'hui.

Le sondage dont vous parliez, est-ce un sondage écrit ou verbal?

M. Mark Speechley: C'était un questionnaire écrit, qui a été envoyé par la poste.

M. Peter Stoffer: Pourrions-nous en avoir une copie?

M. Mark Speechley: Absolument.

M. Peter Stoffer: Vous avez mentionné 1 913 anciens combattants, et 1 398 conjoints et soignants. Avez-vous obtenu cette liste du ministère des Anciens combattants?

M. Mark Speechley: Les renseignements viennent de la liste des clients du ministère des Anciens combattants.

M. Peter Stoffer: Donc, c'est une liste des clients du ministère. Vous n'avez pas envoyé le sondage à des anciens combattants qui n'étaient pas des clients du ministère?

M. Mark Speechley: Non, malheureusement. C'est quelque chose que nous ne pouvions pas faire.

• (1610)

M. Peter Stoffer: C'est vraiment dommage, parce que d'après vos chiffres 3,8 p. 100 des anciens combattants dans votre sondage ont dit qu'ils n'avaient pas assez d'argent pour subvenir à leurs besoins sont des clients du ministère. D'après moi, les anciens combattants qui ne sont pas des clients du ministère ont beaucoup plus de difficultés financières. Cela aurait été bien d'avoir un sondage pour voir comment ils réussissent à subvenir à leurs besoins.

Deuxièmement, est-ce que votre sondage inclut les conjoints d'anciens combattants qui sont décédés.

M. Mark Speechley: Non, l'ancien combattant devait être en vie.

M. Peter Stoffer: Franchement, diriez-vous que c'est un sondage incomplet?

M. Mark Speechley: C'est un échantillon sélectionné.

M. Peter Stoffer: J'aime beaucoup ce mot-là.

De plus, avez-vous sondé tous les...? Je sais qu'un des premiers principes du Programme pour l'autonomie des anciens combattants c'est qu'il faut permettre aux anciens combattants et à leur conjoint de rester plus longtemps chez-eux.

Quand je parle aux médecins, on m'informe que les chutes se produisent quand un ancien combattant ou son conjoint a déménagé et vit maintenant dans un environnement qu'il connaît beaucoup moins bien, ils ne connaissent pas toujours la chambre à coucher, la salle de bains ou les corridors, et parfois ils ne peuvent pas faire l'ajustement mental pour bien accepter leur nouvel environnement. C'est là que des accidents comme les chutes se produisent. Cherchez-vous des corrélations entre les chutes à la maison ou des chutes ailleurs, comme des centres commerciaux ou autres, ou les chutes dans un nouvel environnement où l'ancien combattant a déménagé?

M. Mark Speechley: J'aurais dû le faire. J'ai dû garder le questionnaire assez court pour maintenir le taux de réponse à 70 p. 100; donc j'ai simplement demandé combien de chutes la personne a faites. Nous n'avons pas spécifié où ces chutes se sont produites.

M. Peter Stoffer: Bon.

J'ai un autre commentaire pour vous.

Une grande partie de tout cela a trait à tout ce qui est disponible dans les provinces ou dans les territoires. Comme a dit mon collègue M. Valley, le Canada rural a beaucoup de difficulté pour ce qui est de l'accès aux services ou à l'aide. Parfois il est même difficile de soulever un téléphone sans tomber sur un répondeur.

Est-ce que ce travail a été transmis aux provinces et aux territoires, où on pourrait encourager les gens à travailler avec le gouvernement fédéral, qui paie. D'après moi, c'est le gouvernement fédéral qui devrait couvrir les coûts reliés aux anciens combattants, mais il y a toujours le défi de voir qui offre le service. Il se peut que le ministère paie mais c'est quelqu'un d'autre qui offre le service — et là le transfert de responsabilités ne se fait pas toujours assez bien.

Quelle analyse et quelles recommandations pouvez-vous offrir à notre comité, pour que ce dialogue et cette communication aillent plus loin, pour qu'elles aillent au-delà de l'organisme qui paie et qu'elles touchent l'organisme qui livre les services, afin que le processus soit facilité pour les anciens combattants?

M. Mark Speechley: Je vous donne l'exemple du médecin qui m'a appelé, pour me dire qu'il n'allait pas rappeler l'ancien combattant pour faire une réévaluation parce que le RAMO ne voulait pas payer la réévaluation. Si le ministère était prêt à payer, l'assurance-maladie de l'Ontario pourrait facturer le ministère des Anciens combattants. C'est un simple exemple.

M. Peter Stoffer: Merci.

Le président: Merci, monsieur Stoffer.

Nous allons passer à Mme Hinton du Parti conservateur. Madame Hinton, vous avez sept minutes.

Mme Betty Hinton (Kamloops—Thompson—Cariboo, PCC): Merci beaucoup.

Je ne cesse jamais de m'étonner de constater que peu importe le nombre d'années d'expérience au sein de ce comité, on apprend toujours quelque chose de nouveau à chaque séance. Je ne m'étais jamais rendu compte, par exemple, qu'il y avait une université qui étudiait spécifiquement les chutes. C'est tout nouveau pour moi.

Vous avez fait des observations très intéressantes, et tout en écoutant, je lisais votre documentation. Il y a quelques points sur lesquels j'aimerais avoir votre réaction.

Il s'agit toujours de savoir qui paie. Les soins de santé sont une responsabilité partagée. Essentiellement, c'est la province qui fournit ces soins, et c'est le gouvernement fédéral qui finance les provinces pour le faire. Je suppose qu'il y a un peu de différences d'une province à l'autre, mais il y a sans doute plus d'une façon de travailler ensemble.

Je songeais également à l'élément exécution du programme. Vous vous demandiez comment nos anciens combattants vont se renseigner au sujet de tout cela. Je pense qu'on ne doit pas parler uniquement des anciens combattants à cet égard, mais qu'il faudrait inclure également toutes les personnes âgées.

Il y a plusieurs façons de s'y prendre pour assurer la coordination du travail des provinces, des communautés, du gouvernement fédéral et des médecins au pays. Si un patient se trouve dans le bureau d'un médecin et que ce dernier lui parle des installations ou des programmes d'exercice qui existent pour l'aider à prévenir les chutes, je pense que cela serait également avantageux.

Ceux que l'on oublie toujours — et nous ne devrions pas les oublier, car ils font un excellent travail au pays — sont les groupes d'anciens combattants. Ils sont peut-être la meilleure source d'éducation que nous pourrions avoir pour informer les anciens combattants des différents programmes qui sont en place.

Pour ce qui est des programmes qui sont en place, encore une fois ils sont très variés. Il y a notamment le Y, qui, je le sais, travaille avec les personnes âgées, anciens combattants ou non, les centres pour personnes âgées, où vivent de nombreux anciens combattants; les services de loisirs des villes et des collectivités; et les groupes qui sont créés indépendamment.

Par exemple, dans ma collectivité, la ville de Kamloops, il y a un groupe de personnes âgées qui se rend dans les plus grands centres commerciaux de la ville le matin avant l'ouverture. Cela leur permet de parcourir librement en groupe tout le centre commercial et de monter et de descendre les escaliers. C'est pour eux non seulement une activité physique mais aussi une activité sociale.

Il y a toutes sortes de façons de s'y prendre. Mon mari, qui n'est pas encore âgé — il me tuerait si je disais qu'il l'était — va à ce qu'on appelle un camp d'entraînement. Personnellement, j'ai pensé qu'il était fou lorsqu'il a décidé d'aller à ce camp d'entraînement avec ma fille, mais je dois dire que cela fait toute une différence et qu'il se sent maintenant beaucoup mieux. Ce sont des exercices qui sont faits en groupe. Il est le plus âgé de son groupe, mais cela lui a fait un bien extraordinaire.

J'écoutais également M. Valley lorsqu'il a dit qu'il était préoccupé par les régions en dehors des grands centres. Si on ne vit pas dans une ville, on n'a peut-être pas accès à un Y, on n'a peut-être pas accès à un grand centre commercial que l'on peut utiliser gratuitement. Je suis sûre que dans certaines régions du Canada, c'est toujours le cas.

Vous souvenez-vous cependant de ces unités mobiles qui se rendaient dans les plus petites collectivités pour offrir des services de bibliothèque? C'est peut-être une idée que l'on pourrait explorer également: avoir une unité mobile avec des entraîneurs, si vous voulez, qui se rendraient dans des collectivités éloignées pour offrir ce genre de programmes. Dans ce cas, les organisations d'anciens combattants de ces collectivités pourraient prendre la relève une fois qu'ils auraient appris à le faire.

C'est ce à quoi je pensais alors que j'écoutais. Je vais maintenant vous demander de répondre et s'il reste du temps, je donnerai la parole à mon collègue M. Shipley.

• (1615)

M. Mark Speechley: Merci beaucoup.

J'ai omis de parler de la Légion royale canadienne, qui a joué un rôle essentiel dans ce projet. C'est ACC et Santé Canada qui ont fourni le financement, mais la Légion royale canadienne a été notre partenaire. Elle nous a fourni un soutien extraordinaire. J'aurais dû la mentionner. Je vous remercie de m'avoir donné l'occasion de la remercier de son soutien.

Je suis entièrement d'accord avec vous. Il existe toutes sortes de programmes d'activité physique et de prévention des chutes. Mais comme Clara et moi le disions à bord de l'avion, les centres commerciaux sont extraordinaires pour les aînés moins âgés, qui sont foncièrement pareils comme nous, sauf qu'ils sont un peu plus vieux. Et ils n'ont pas besoin d'être supervisés.

Nous nous inquiétons des adultes plus fragiles. Les gens qui donnent des cours de conditionnement physique dans les centres pour aînés et dans les sous-sols d'église peuvent être bien intentionnés, mais si ils n'ont pas reçu la formation nécessaire, ils peuvent faire plus de tort que de bien. Les problèmes cardiaques ou les chutes peuvent causer rapidement des problèmes. Notre centre est reconnu pour la formation en conditionnement physique qu'il donne aux instructeurs.

En ce qui a trait aux régions isolées, je n'ai pas de solution à proposer. C'est un gros problème, et vous avez toute ma sympathie.

Il existe un programme d'exercice avec soutien à domicile qui peut être utilisé tant à Kenora qu'au centre-ville de Toronto. Il est facile de se procurer à Kenora la bande vidéo de ce programme. Il est possible aussi d'envoyer un instructeur par avion, mais quelqu'un doit en payer les frais.

Je ne peux pas vous proposer de solution pour ce qui est de donner des cours de conditionnement physique supervisés dans les localités éloignées. Nous avons présenté une demande de subvention pour offrir ce service au moyen d'une unité mobile, mais nous n'avons pas reçu le financement.

Mme Betty Hinton: J'ai changé d'idée. Comme M. Shipley y est habitué, il me laissera utiliser le reste de mon temps.

J'ai lu autre chose pendant que je vous écoutais. Vous avez parlé de renforcer la musculature, ce qui est évidemment une bonne chose, quel que soit notre âge. Vous avez aussi parlé d'entraînement d'équilibre. Je suis d'accord avec mon collègue sur le fait qu'un grand nombre d'anciens combattants souffrent de problèmes d'équilibre en raison des blessures qu'ils ont subies durant leur service. Les gens qui souffrent de problèmes de l'oreille interne ou qui ont tendance à développer ces problèmes manquent d'équilibre.

Il y a aussi un autre sujet dont on n'a pas vraiment parlé — vu le métier que je faisais avant d'être députée — et c'est celui des médicaments. Un grand nombre d'aînés prennent plus d'un médicament pour plus d'un problème de santé. C'est également vrai des anciens combattants. Il arrive parfois que l'interaction entre deux médicaments puisse provoquer la perte d'équilibre ou une chute.

Comme je le disais précédemment, si nous voulons trouver une solution au problème des chutes chez les anciens combattants ou les aînés, il faudra la collaboration de nombreux organismes. Et cette solution ne pourra pas fonctionner sans la collaboration de l'Association médicale canadienne. Les médecins sont les mieux en mesure de conseiller leurs patients âgés, qu'il s'agisse ou non d'anciens combattants. Les aînés acceptent généralement les conseils des médecins. Ils n'accepteront peut-être pas aussi rapidement les conseils de leur fille, même si elle est une experte du conditionnement physique, du moins pas autant que si le conseil venait de leur médecin.

Il faut que les provinces et le gouvernement fédéral travaillent de concert à ce projet. Il faut que les médecins y travaillent également. Il faut avoir la collaboration d'un grand nombre de gens. Les sociétés d'assurance seraient peut-être prêtes également à être partenaires d'un tel projet.

Merci.

• (1620)

Mme Clara Fitzgerald: Votre question et vos observations montrent clairement qu'on ne peut pas appliquer efficacement une seule solution à tous les anciens combattants.

Si l'on veut découvrir quels sont les facteurs de risque qui limitent l'autonomie de ces anciens combattants, qu'ils vivent principalement dans leur propre domicile ou dans des établissements de soins communautaires partout au pays, il importe de tenir compte des facteurs de risque qui peuvent contribuer à leur dépendance et de mettre sur pied les programmes dont ils pourront bénéficier. Si une personne tombe parce qu'elle a des problèmes auditifs, il faut donc corriger ses problèmes auditifs. Cela ne signifie pas que cet ancien combattant ne tirerait pas profit d'une intervention en conditionnement physique; pas du tout. Mais il faut d'abord examiner les principales causes du manque d'autonomie et des maladies chroniques dont souffrent les anciens combattants.

M. Mark Speechley: Permettez-moi de répondre brièvement à la question des médicaments. Je suis d'accord avec vous, il s'agit d'un problème important. Nous l'avons identifié parmi nos facteurs de risque. Il nous est arrivé d'informer des omnipraticiens que leurs patients prenaient huit médicaments et de leur demander de les examiner. Dans bon nombre des cas, les patients prenaient encore huit médicaments après l'examen fait par le médecin.

En Australie, le Dr Campbell a fait des essais cliniques dans lesquels il a réduit l'utilisation de médicaments psychotropes — des tranquillisants et des barbituriques. Il a réussi à réduire énormément l'usage de ces médicaments sur une période d'un an, et l'effet a été couronné de succès. Malheureusement, à la fin de cette année, les patients se sont retrouvés à la case départ. C'est un problème difficile.

Le président: Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à notre tour de cinq minutes. Chacun a cinq minutes. Personne n'a sept minutes.

Passons maintenant au Parti libéral. M. St. Denis a cinq minutes.

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

Madame Fitzgerald, monsieur Speechley, je vous remercie de l'aide que vous nous apportez aujourd'hui.

Ma première question s'adresse à Mme Fitzgerald. Vous avez donné l'exemple d'un ancien combattant qui était venu vous consulter. Vous avez dit que cela ne lui avait rien coûté. Je ne vous demande pas de révéler de renseignements confidentiels, mais quels services avez-vous été en mesure de lui offrir? Je ne suis pas certain que vous l'avez dit.

Mme Clara Fitzgerald: Ce qu'il voulait, c'était de pouvoir participer à un programme d'exercices à l'intention des personnes qui souffrent d'une maladie pulmonaire obstructive chronique. Cet ancien combattant souffrait de cette maladie. Le programme n'était pas dirigé par un physiothérapeute mais par un kinésologue et d'autres professionnels de la santé. Les programmes qui sont financés et reconnus par le PAAC sont ceux qui sont dirigés par des physiothérapeutes et qui prévoient une supervision médicale. Nous avons dû faire valoir que le programme offert se fondait sur des preuves. Nous avons pu avoir gain de cause parce que nous sommes un centre national qui fait ses propres recherches et bénéficie des recherches des autres.

On peut se demander si, dans une autre collectivité, un ancien combattant dans une situation semblable serait empêché de participer à un tel programme parce qu'il s'agit d'une initiative de promotion de la santé plutôt que d'une initiative de réadaptation dirigée par un physiothérapeute.

• (1625)

M. Brent St. Denis: Je vous remercie de cette précision.

Je vais continuer. On peut supposer que toutes sortes de thérapies différentes — je ne veux pas les appeler non traditionnelles — y compris des traitements comme l'acupuncture, seraient difficilement couvertes par le PAAC. Je signale que c'est un sujet que nous devrions peut-être examiner.

J'aimerais parler du concept de point d'accès. D'après les témoignages que j'ai entendus, si l'on ne pouvait corriger qu'un seul problème, cela devrait être celui de l'accès aux services de santé par les anciens combattants et leur cheminement dans le système de santé — la continuité. Il semble presque qu'on devrait leur affecter un défenseur, une aide, un ombudsman...

Mme Clara Fitzgerald: Quelqu'un pour naviguer dans les services de santé.

M. Brent St. Denis: Effectivement, il faut que chaque combattant ait un accompagnateur pour le guider dans le système. Et ce n'est pas dû seulement au problème de l'âge, il faut également tenir compte des problèmes d'alphabétisation, etc.

En fait, cela revient un peu à l'exemple que vous nous avez donné. Il y a un manque de continuité pour tout le monde. Dans l'exemple que vous avez donné, vous avez été en mesure d'aider cet ancien combattant.

Je me demande si l'un ou l'autre d'entre vous pourraient me parler un peu de ce problème de continuité. Même si nous offrons les meilleurs programmes au monde, même si nos agents de programme et nos professionnels des soins sont les plus dévoués, si nous n'arrivons pas à faire passer les gens du point A au point B, puis au point C efficacement et rapidement, nous ratons le coche. J'aimerais savoir ce que vous en pensez, si vous pouvez m'en parler un peu.

M. Mark Speechley: Je croyais comprendre que c'était là le but du programme des services intégrés aux anciens combattants, et c'est pourquoi j'étais si enthousiaste à l'égard de ce programme. J'aimerais simplement que ce programme soit évalué. C'est bien beau de dire que l'on veut de la continuité dans les soins, mais si les gestionnaires de cas ont une trop lourde charge ou qu'ils n'ont pas de rapports avec les anciens combattants, le programme ne peut pas donner de bons résultats.

Mme Clara Fitzgerald: En outre, vous pouvez recommander un service à quelqu'un, mais si cette personne décide de ne pas s'en prévaloir, on ne peut pas juger de la pertinence du service, puisque la personne n'y a pas participé. Il peut s'agir de médicaments qui ne sont pas pris ou d'autre chose.

Il y a peut-être une solution, à laquelle j'ai réfléchi pendant que vous posiez votre question, et ce serait d'avoir une sorte de journal de bord. La personne connaîtrait son état de santé et, pendant qu'elle navigue dans le système, elle pourrait inscrire ce qu'elle fait dans le journal. De cette façon, il serait plus facile de retracer de quels programmes et de quels services les anciens combattants se sont prévalus. C'est une solution qui pourrait être envisagée — peut-être au moyen d'un accompagnateur — car il est impossible à tous ceux qui dispensent des soins de santé d'être au courant de ce que fait cette personne. Et il n'est pas toujours facile de réinventer la roue. S'il existait un journal de bord pour cette personne, cela pourrait être...

M. Mark Speechley: Nous l'avons fait pour des patients qui s'étaient fracturés la hanche, et cela a très bien marché.

M. Brent St. Denis: Oui — un système de positionnement bureaucratique qui permettrait de savoir où en est M. Untel cette semaine dans le système.

Le président: Voilà, vous avez compris.

M. David Sweet (Ancaster—Dundas—Flamborough—Westdale, PCC): Monsieur le président, j'aimerais avoir un renseignement. M. Speechley a parlé de SIAC. Je veux m'assurer de bien connaître tous les programmes. S'agit-il du PAAC ou d'un programme différent? J'aimerais avoir cette précision.

Le président: C'est une question intrigante. Je me la posais d'ailleurs moi-même un peu plus tôt.

Monsieur Speechley, voulez-vous répondre?

Mme Clara Fitzgerald: Il s'agit des services intégrés aux anciens combattants, dont on parle à la page 37 du document *Parole d'honneur*. On y dit qu'il y aurait un guichet unique pour l'interrogation des anciens combattants et qu'il y a divers coordonnateurs et spécialistes de l'intervention, selon ses besoins. Ce guichet unique est supposé favoriser une prestation mieux intégrée des services. Dans les centres d'accès aux soins communautaires qui ont été mis sur pied en Ontario, on sait que les gestionnaires de cas décident dans ces centres des services auxquels une personne a droit.

Ce modèle intégré semble très prometteur, mais s'il n'est pas évalué pour voir comment les gens évoluent dans le système, il pourrait aussi poser des difficultés, comme l'a dit M. Speechley.

Le PAAC et les SIAC sont donc deux choses différentes. Il ne s'agit pas simplement de changer les lettres.

• (1630)

Le président: Merci. C'est plus clair.

Je cède maintenant la parole à M. Roy du Bloc Québécois pour cinq minutes.

[Français]

M. Jean-Yves Roy: D'accord.

Je n'ai pas d'autres questions.

[Traduction]

Le président: Bon, ça va, à moins que M. Perron ne veuille intervenir, non? Très bien.

C'est maintenant au tour du Parti conservateur. Monsieur Shipley, vous avez cinq minutes.

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

Merci, madame Fitzgerald et monsieur Speechley, d'être venus. Je suis de votre région, juste au nord de London. Je sais que, à l'Université de Western Ontario, Ted Hewitt fait du travail exemplaire dans l'obtention de fonds et dans la recherche qui est si nécessaire, pas seulement dans le sujet qui nous occupe, mais aussi quand il fallait obtenir du financement et faire de la recherche sur des questions qui touchent les moyens de subsistance des particuliers et des entreprises, des recherches qui nous ont menés sur la voie de l'avenir. Je suis donc heureux de souhaiter la bienvenue à des gens de chez moi.

Monsieur Speechley, vous avez fait à maintes reprises mention des programmes internationaux de prévention des chutes que vous étudiez et sur lesquels vous faites des recherches. Si j'en ai le temps, j'aurais des questions à vous poser sur le coût et l'efficacité de cette étude.

Vous avez dit qu'en Australie et en Nouvelle-Zélande, notamment, on a mis en place des programmes de prévention des chutes par l'entremise d'un réseau, si je ne m'abuse. Pourriez-vous nous en dire plus long sur le succès de ces programmes et nous indiquer si c'est là le genre de programmes que nous pourrions envisager au Canada. Il

n'y a pas vraiment d'hiver en Australie ou en Nouvelle-Zélande, et je me méfie toujours de l'idée de simplement copier ce qui se fait ailleurs, mais ne pourrions-nous pas au moins nous inspirer de ces expériences. Avez-vous trouvé dans ces programmes des éléments qui pourraient nous servir de repères?

M. Mark Speechley: Merci.

Le président: Avant de laisser notre témoin répondre, je signale qu'il y a des petites conversations en aparté des deux côtés de la table, ce qui est probablement une source de distraction autant pour les témoins que pour les autres. Alors, si vous voulez bien...

Merci.

M. Mark Speechley: Je m'attendais à votre question.

J'ai tenté de trouver des preuves de l'efficacité de ces programmes nationaux de prévention des chutes, mais je pense qu'ils ont été créés trop récemment pour qu'on puisse avoir de telles preuves. Pour ce qui est du programme lancé en 1999, on pourrait peut-être en effet en voir les effets et j'ai cherché des publications à ce sujet, mais en vain.

Au niveau national, rien ne prouve l'efficacité de ces programmes, mais il y a quelques études particulières qui prouvent qu'on peut modifier les facteurs de risque et réduire les chutes dans les groupes d'étude. En extrapolant à partir de ces études nous pourrions obtenir des données nationales, mais ce sont là toutes les preuves dont je dispose.

M. Bev Shipley: Madame Fitzgerald, vous avez parlé du document *Parole d'honneur*. Vous avez aussi parlé des services intégrés aux anciens combattants, les SIAC, et du Programme pour l'autonomie des anciens combattants et de l'importance de bien intégrer les programmes et services de ces deux initiatives. Est-ce un problème de logistique?

Mme Clara Fitzgerald: Ce n'est pas que ce soit un problème encore, mais bien que, selon la description des SIAC qu'on trouve dans le document, ceux-ci ressemblent à ce qui est offert en Ontario aux personnes âgées en général par le biais des centres d'accès aux soins communautaires. Ce qu'il importe de noter, c'est que cela peut sembler simple sur papier, mais les personnes âgées et les anciens combattants à qui nous en avons parlé nous ont dit qu'il n'est pas simple de se retrouver dans le système de soins de santé et qu'ils ignorent parfois quels sont les programmes et services qui leur sont offerts.

De plus, j'estime que le programme des SIAC devrait être évalué, qu'on devrait déterminer s'il aide vraiment les anciens combattants à se prévaloir des divers services et quel usage est fait des différents services. Ce faisant, on constatera peut-être que certains services semblent moins utiles que d'autres, mais la recherche nous a démontré que même ces services moins utilisés contribuent à l'indépendance des anciens combattants. On constaterait probablement, si on les analysait, que les programmes communautaires de mobilité fonctionnelle ne sont pas très en demande, mais nous savons que ces programmes et services aident considérablement ceux qui s'en prévalent à maintenir leur autonomie. Il faudrait déterminer si tous ceux qui ont droit à ces services savent qu'ils existent ou s'ils les connaissent mais choisissent de ne pas y recourir.

• (1635)

M. Bev Shipley: Vous venez de souligner deux points très pertinents.

Par exemple, nous venons de terminer une étude sur le stress post-traumatique et d'autres questions de santé, et nous avons constaté ce qui suit. Premièrement, il est vrai que nous avons parfois du mal à transmettre notre message ou que notre message n'est pas toujours bien entendu, mais je crois que la situation s'est améliorée. Deuxièmement, il arrive que les gens savent que ces services sont disponibles, mais qu'ils n'en ont tout simplement pas besoin.

Il y a aussi un troisième élément. Un témoin de la Nouvelle-Zélande ou de l'Australie nous a dit qu'il n'est pas rare que les anciens combattants refusent d'accepter les services gratuits. Nos anciens combattants réagissent aussi ainsi; ils ont toujours été prêts à donner mais ils ne veulent pas qu'on leur fasse la charité. Ils ont donc souvent plus disposés à accepter les services qu'ils reçoivent en échange d'une petite somme.

J'aimerais que vous nous aidiez à améliorer les communications. Comment le Canadian Centre for Activity and Aging est-il financé? Je vous pose cette question car j'aimerais voir quelle contribution vous pourriez apporter. Vous avez dit que Anciens Combattants Canada ne fait jamais appel à vous, et je me demande comment vous en êtes venu à témoigner aujourd'hui. Vous avez probablement été invités par l'un des membres du comité. Nous vous avons invité car vous menez des études sur le vieillissement et ses effets sur les gens en général et les anciens combattants en particulier. À quel chapitre pourriez-vous nous aider à mieux assurer la communication, à bien faire les liens entre les SIAC et le PAAC? Comment pourriez-vous aider les anciens combattants en tant que personnes vieillissantes?

Mme Clara Fitzgerald: Merci de cette question qui est très vaste.

Pour ce qui est de notre financement, le Canadian Centre for Activity and Aging, qui est un centre national, ne reçoit aucun fonds public, que ce soit du gouvernement fédéral, provincial ou local; nous sommes un centre de recherche établi à l'Université de Western Ontario, mais nous ne recevons aucun fonds directement de cette université. Notre financement vient de subventions de recherche fondamentale et appliquées et des revenus que génèrent différents services et programmes de formation à l'intention des leaders des citoyens âgés.

Cela ne signifie pas que notre centre ne mérite pas d'être financé, parce que c'est un centre national et que la viabilité d'un organisme comme le nôtre varie énormément d'une année à l'autre et que notre mandat est fonction des fonds que nous recevons. Certaines des questions qui ont été posées plus tôt étaient plutôt générales. Si notre recherche allait au-delà du Sud-Ouest de l'Ontario, dans différentes localités, ce serait bien, mais nous ne pouvons faire que ce pourquoi nous avons été financés.

Voilà la réponse à votre première question.

Vous avez ensuite demandé quel rôle notre centre pourrait jouer. D'abord, il importe de noter que les employés des Services intégrés pour les anciens combattants et du Programme pour l'autonomie des anciens combattants doivent savoir que des organisations comme la nôtre font des recherches exhaustives dans ce domaine pour pouvoir diriger les anciens combattants vers toute une gamme de programmes et de services que ceux-ci ne connaissent peut-être pas, et ils doivent comprendre que ces programmes se fondent sur des preuves. Notre centre pourrait certainement vous aider à transmettre le message aux personnes âgées, car les citoyens âgés sont ceux qui sont le mieux en mesure de communiquer avec leurs pairs. Par l'entremise des réseaux dont nous faisons partie et des diverses collectivités avec lesquelles nous collaborons à l'échelle du pays, nous pouvons faire en sorte que les autres aînés comprennent le message et, surtout, que nous agissons.

Quelqu'un m'a déjà dit en faisant ma connaissance que notre centre sur le vieillissement est jeune; il voulait dire que je ne fais pas mes 65 ans. Mais je crois qu'il voulait aussi laisser entendre que les aînés sont peut-être davantage à l'écoute des gens de leur âge. Il est donc bon de transmettre votre message par le biais de publications nationales à l'intention des cliniciens, des praticiens et des médecins, mais aussi de disséminer des informations de façon à ce que les aînés puissent les communiquer à d'autres personnes âgées.

• (1640)

M. Bev Shipley: Vous devriez peut-être aller dans les Tim Hortons.

Mon temps est probablement écoulé.

Le président: Oui, en effet, monsieur. Cela dit, vous avez posé des questions intéressantes.

Si M. Sweet a des questions, il peut maintenant les poser.

M. David Sweet: Merci beaucoup.

Vous avez parlé d'évaluations exhaustives de la condition des personnes âgées. Ces évaluations se feraient régulièrement et permettraient de déterminer s'il y a progrès ou dégradation dans les capacités physiques, dans l'équilibre, et ainsi de suite. En général, s'il ne s'agit pas d'anciens combattants, arrive-t-il souvent qu'un médecin de famille dresse un bilan de santé complet d'une personne âgée?

M. Mark Speechley: Pas du tout. Ce n'est pas fréquent ni régulier. Les femmes sont censées subir une mammographie à 40 ans et pendant leurs années d'activité sexuelle, elles sont censées subir un test PAP; de même, on devrait dresser un bilan de santé complet de toute personne qui atteint 70 ans. Ce bilan resterait au dossier et serait refait peut-être tous les cinq ans ou après une chute. Pour autant que je sache, cela ne fait pas partie des soins primaires au Canada.

M. David Sweet: Vous avez fait mention de recommandations. Après un bilan de santé exhaustif, le médecin pourrait recommander à son patient des façons d'améliorer son équilibre et d'accroître sa mobilité. Vous avez dit que ces évaluations devraient se fonder sur des preuves. Quel argument pourrait-on avancer sans preuve? Vous devez savoir de quoi il s'agit ou vous n'en auriez pas parlé. Quelles recommandations fait-on qui ne se fondent pas sur des preuves?

M. Mark Speechley: Ce sont des pratiques de médecine traditionnelle dont l'efficacité n'a pas été démontrée. Heureusement, elles sont de plus en plus rares.

M. David Sweet: Cela m'amène à la question suivante: Il y a une dichotomie entre toute la recherche qui a déjà été faite et toute celle qu'il reste à faire. J'ai remarqué que, dans votre exposé, vous avez dit qu'on ne connaît pas encore les meilleurs exercices pour maintenir l'équilibre et réduire les risques de chute, mais vous avez dit plus d'une fois que toute augmentation de l'activité physique peut réduire les risques de chute. Je ne veux pas nier le fait qu'on se sente bien quand on est en bonne forme — votre mari vous le prouve — mais on est encore loin de savoir précisément ce qui accroît la capacité d'une personne à maintenir son équilibre et à éviter les chutes, n'est-ce pas?

M. Mark Speechley: Ce que je voulais dire, et désolé si ce n'était pas clair, c'est que nous avons mené certains programmes de recherche sur la prévention des chutes qui démontrent clairement une réduction des chutes et il y en a d'autres qui ne démontrent pas de réduction de chutes. Ce que nous essayons de déterminer maintenant est le minimum, l'intensité, la régularité, et même le type d'interventions qui sont nécessaires. Nous ne savons pas où est ce point. Mais il semble qu'il y ait une courbe dans la ligne, plutôt qu'une augmentation linéaire à laquelle on pourrait s'attendre.

• (1645)

M. David Sweet: Et c'est pour cela que vous dites qu'il y a une grande lacune au niveau du financement et que cela pourrait vraiment aider la recherche?

M. Mark Speechley: En tant que chercheur, oui, je dirais qu'il faut faire plus de recherches.

M. David Sweet: Vous avez beaucoup parlé des services d'intégration des vétérans. Est-ce que vous avez discuté avec le groupe en gérontologie qui a fait cette recommandation? Si je vous comprends bien, vous êtes généralement en accord avec cette recommandation modèle. Ce que je vous ai entendu répéter c'est que vous voudriez certaines preuves, une façon de vous assurer que le tout était bien fait et qu'il y avait des résultats mesurables.

Est-ce qu'il y a autre chose? Est-ce que vous avez discuté avec eux, et est-ce que vous avez d'autres critiques à faire sur ce modèle?

M. Mark Speechley: Je connais Norah Keating. Je n'ai pas participé à la rédaction de ce document. Je connais certaines personnes qui y ont participé. Je crois que si nous ne faisons qu'évaluer et recommander, et c'est tout, cela ne fonctionnera pas. Nous devons évaluer, recommander, et ensuite faire un suivi, faire rapport, et réévaluer. Ce n'est pas gratuit, et cela coûtera de l'argent pour économiser de l'argent. mais nous allons économiser de l'argent, si nous faisons bien le travail. L'important, je pense, c'est que s'arrêter aux recommandations n'est pas suffisant.

M. David Sweet: Je suis d'accord avec vous. En ce qui concerne la promotion de la santé, nous en avons beaucoup à faire non seulement pour les anciens combattants et les personnes âgées, mais pour chaque dimension de notre culture.

Merci beaucoup de ces informations et d'avoir éclairci les choses sur lesquelles je me posais des questions. Bon travail.

Le président: Nous allons maintenant passer au Nouveau Parti démocratique et M. Stoffer.

M. Peter Stoffer: Encore une fois merci beaucoup à vous deux.

Vous avez dit que le MAC ne vous a jamais contactés. On peut lire dans votre document « Grâce au financement du Programme de prévention des chutes d'Anciens Combattants Canada... ». Est-ce que vos organisations ont contacté le MAC pour financer cette recherche, ou est-ce que le ministère vous a contactés?

M. Mark Speechley: C'était votre prédécesseure, peut-être pourriez-vous répondre.

Mme Clara Fitzgerald: Ce que je disais, c'est que le Canadian Centre for Activity and Aging, depuis que j'y suis affiliée, soit 15 ans, n'a jamais reçu de demandes ou de questions d'Anciens Combattants Canada pour savoir s'il y avait des programmes en place auxquels les anciens combattants pouvaient participer pour conserver ou améliorer leur mobilité fonctionnelle. C'est ce que j'ai dit.

En ce qui concerne le financement, peut-être voulez-vous répondre, Mark.

M. Mark Speechley: La prédécesseure de Clara était Nancy Ecclestone, qui a eu des discussions avec Santé Canada. Elle connaissait l'initiative de prévention des chutes et elle est revenue à London et m'en a parlé.

Je ne sais pas si cela répond à votre question cependant.

M. Peter Stoffer: Deux ministères du gouvernement fédéral ont financé cette recherche. C'est pour les anciens combattants dont le MAC est responsable; ils sont des clients du MAC. Est-ce que l'on pense à faire plus tard une étude des anciens combattants qui ne sont pas des clients du MAC?

M. Mark Speechley: Vous avez posé cette question plus tôt.

M. Peter Stoffer: Oui.

M. Mark Speechley: La seule façon pour nous d'obtenir des listes d'adresses était de demander au ministère des Anciens combattants.

M. Peter Stoffer: La Légion royale canadienne pourrait vous en donner énormément également. Ils ont beaucoup de listes d'anciens combattants qui ne sont pas des clients du MAC, et ils pourraient vous aider.

Aussi, Clara dans son document parle de divers aspects physiques, comme le déséquilibre, le tai chi, l'exercice physique, et vous faites de même, monsieur, mais je ne vois rien qui concerne la santé mentale. Ou peut-être ai-je mal lu.

Vous dites que 40 p. 100 des anciens combattants font plus de chutes que les autres adultes. D'après moi, je ne sais pas ce qu'en pense le comité, les anciens combattants plus âgés à qui je parle, surtout ceux qui sont très fragiles, semblent penser beaucoup à leurs expériences de guerre et ce type de choses. Un grand nombre d'entre eux souffrent également peut-être de démence, d'un peu d'Alzheimer et ce type de maladies. Je ne sais pas combien de ces gens auraient rempli un questionnaire, mais je sais que pour les gens qui souffrent de démence ou d'Alzheimer, remplir un questionnaire est très difficile même s'il est très simple.

Dans votre étude, avez-vous eu l'occasion d'étudier la santé mentale de ces gens? Souvent, cela mène à des problèmes physiques, qui peuvent ensuite mener à des chutes. Alors avez-vous eu la chance de faire cela, et si ce n'est pas le cas, planifieriez-vous de le faire à l'avenir?

M. Mark Speechley: Merci de cette question.

Sur la première page de mon questionnaire, je souligne qu'il y a des critères d'exclusion. Si des gens souffraient de problèmes cognitifs importants, s'ils avaient eu un AVC ou quelque chose comme ça, alors ils ne devaient pas remplir le questionnaire eux-mêmes. Malheureusement, toutes les études sur les chutes doivent exclure les gens qui ont des problèmes cognitifs importants, parce qu'ils ne peuvent tout simplement pas y participer. C'est une omission à laquelle nous ne trouvons pas de solution.

Nous avons demandé aux gens d'évaluer leur mémoire comparativement aux autres personnes du même âge. Les gens qui ont dit que leur mémoire avait changé durant les cinq dernières années étaient plus susceptibles à faire des chutes. Donc c'est un facteur de risque pour les chutes.

• (1650)

M. Peter Stoffer: Cela me rappelle une blague. Trois anciens combattants âgés sont assis sur un banc de parc et cette très belle femme passe devant eux. Le premier dit « J'aimerais donner une caresse à cette femme. » Le deuxième ancien combattant dit « J'aimerais lui donner une caresse et un baiser. » Et le troisième ancien combattant dit « Mais quelle était cette autre chose que nous faisons auparavant? »

Cette blague a du succès dans la salle de la Légion. Il parlait de perte de mémoire.

Des voix: Oh!

Le président: Madame Fitzgerald.

Mme Clara Fitzgerald: Je voulais tout simplement dire que le mandat du Canadian Centre for Activity and Aging est d'étudier la relation entre l'activité physique et le vieillissement. Pour la plupart des travaux, et certainement avec certains programmes, si une étude est menée, nous étudions également les avantages pour la santé mentale.

Je peux dire avec certitude, que des diverses personnes âgées qui profitent de nos programmes et services, ceux qui continuent à long terme à suivre le programme sont des gens qui ont développé diverses amitiés et relations sociales avec d'autres personnes âgées qui ont des intérêts semblables, des défis semblables.

Donc, la composante sociale est très importante, mais j'ai parlé aujourd'hui surtout des avantages fonctionnels de l'activité physique pour les anciens combattants.

Le président: C'est très gentil de votre part d'avoir répondu à la question de M. Stoffer.

Passons maintenant au Parti conservateur du Canada, à M. Cannan.

M. Ron Cannan (Kelowna—Lake Country, PCC): Merci, monsieur le président. Il est difficile de faire aussi bien.

Merci à nos deux témoins de leurs exposés. J'ai eu la chance d'examiner les documents remis. Je viens de la Colombie-Britannique, comme ma collègue Mme Hinton. À l'Université de la Colombie-Britannique, on a fait d'excellentes recherches en gérontologie sur la prévention des chutes. Nous avons cinq régies de la santé et comme vous le dites, toutes ne conviennent pas à tous les anciens combattants. C'est la même chose partout au pays, en raison des différences géographiques et démographiques.

Dans ma circonscription, il y a la région métropolitaine de recensement qui compte le plus fort pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus au Canada. Je connais donc très bien toute la question des efforts visant à réduire le nombre de remplacements de la hanche et du genou rendus nécessaires non seulement en raison du vieillissement et de l'ostéoporose, mais aussi des chutes et des glissades. J'ai constaté que notre régie de la santé avait obtenu un assez bon succès.

D'après votre expérience, y a-t-il un bon dialogue entre Affaires des anciens combattants et Santé Canada lorsqu'il s'agit de programmes de sensibilisation, ou y a-t-il place à amélioration?

M. Mark Speechley: Je vais donner une brève réponse. Pendant l'initiative de prévention des chutes, les deux organismes communiquaient apparemment très bien et il s'agissait d'un excellent partenariat. On m'a dit que le ministère des Affaires des anciens combattants avait demandé l'aide de Santé Canada qui avait davantage d'expérience en matière de recherche en santé. À la fin

du programme, que je sache, il n'y a plus eu de collaboration. C'est l'impression que j'ai eue. J'aurais voulu qu'elle se poursuive.

M. Ron Cannan: Voyons si nous trouvons les raisons de cette rupture et un moyen de rebâtir ce partenariat. En effet, d'après ce que vous me dites, il est prouvé que les programmes d'éducation préventive sont efficaces.

Comme le mentionnait mon collègue M. Sweet, est-ce que les études sur la prévention en santé, qu'il s'agisse du diabète, du vieillissement ou, comme dans ce cas-ci, des anciens combattants, ont prouvé que l'argent investi dans la prévention donnait lieu à des économies dans le secteur de la santé? Est-ce que des recherches ont fourni des données quantitatives?

M. Mark Speechley: Il est très difficile d'en obtenir puisqu'il est difficile de prouver qu'on a évité quelque chose. Il est plus facile de prouver ce qui s'est produit. Que je sache, c'est le parent pauvre de la recherche en prévention primaire: montrer qu'en dépensant 10 \$, j'en économise 100. Même si on avait ce chiffre, combien de temps faudrait-il pour économiser ce 100 \$

• (1655)

M. Ron Cannan: Je comprends. Nous avons tous ce problème. Les ressources financières sont limitées et on veut s'assurer d'en avoir le plus possible pour notre argent.

Ma dernière question se rapporte à l'exercice. Peu importe notre âge, nous avons la responsabilité de nous occuper de nous-mêmes et nous voulons qu'il soit plaisant de faire de l'exercice. Il faut féliciter les fabricants de jeux vidéo qui ont provoqué la ruée de Noël pour le Wii. Des anciens combattants et des personnes âgées de ma collectivité en ont achetés. Dans les foyers pour personnes âgées, on en trouve maintenant qui se sont blessés en jouant trop aux quilles et en se disputant les tours au tennis.

Avez-vous des idées sur les façons de rendre l'exercice plus amusant, et sur la façon de motiver les gens? Il y en a dont la mobilité est réduite à cause de blessures subies pendant leur service, quand ils étaient membres des Forces canadiennes. Dans bien des cas, il ne s'agit que de stimuler le cœur et de maintenir l'activité cérébrale, parce que leurs membres ont perdu de la mobilité. D'après vos études, y a-t-il des moyens intéressants de les y aider?

Mme Clara Fitzgerald: Volontiers. Je suis ravie de vous dire que le Canadian Centre for Activity and Aging a fait des recherches approfondies avec le Vancouver Coastal Health et les autres régies de la santé de la Colombie-Britannique, pour appliquer des connaissances tirées de diverses études menées principalement dans des établissements sur le maintien et le rétablissement de la capacité fonctionnelle de personnes âgées fragiles vivant en établissement en Colombie-Britannique.

Au lieu de réinventer la roue, les régies régionales de la santé ont cherché à savoir qui avait fait des études, les ont fait venir, ont appliqué les résultats et formé le personnel. Vous serez donc ravis de savoir qu'on n'a pas tout refait à partir de zéro, on se sert des recherches effectuées et on met en oeuvre les résultats. J'en félicite la régie régionale Vancouver Coastal Health.

Pour répondre à votre question sur le plaisir de l'activité physique, j'ajouterai qu'il faut aussi qu'il soit agréable de suivre le programme jusqu'au bout. Nous tous ici, peu importe notre âge, connaissons les avantages pour la santé de l'activité physique. Nous savons peut-être même où aller, quoi faire, etc., mais la partie la plus difficile, c'est de suivre un programme jusqu'au bout.

On peut édulcorer un programme, lui ajouter un aspect récréatif pour que cela soit plus séduisant pour les personnes âgées, puisqu'il est essentiel qu'elles continuent à venir aux séances. Ce qui est crucial, c'est qu'elles se rendent compte des avantages qu'a le programme pour leur capacité fonctionnelle à elles, et qu'avec le temps, il ne s'agit pas que d'une activité récréative, surtout si le résultat du programme c'est de garder sa capacité fonctionnelle ou de la rétablir.

Au Canada, beaucoup de programmes n'y arrivent pas. On commence par un programme fondé sur les données recueillies, puis on en fait un programme récréatif et tout le monde s'assoit en cercle et s'amuse. Il faut que les personnes âgées reçoivent un message clair. Je pense que l'élément récréatif est critique, mais ne doit pas devenir l'objectif ultime de l'intervention en activité physique.

M. Ron Cannan: Merci beaucoup de votre passion et de votre intérêt. Cela nous aidera tous, au bout du compte.

Le président: Je pense que la liste des intervenants est épuisée.

Je remercie nos témoins. Vous nous avez certainement rendu la tâche agréable. Merci beaucoup de votre témoignage. Tout cela sera bien entendu intégré à notre rapport sur les soins de santé pour les anciens combattants et je vous en remercie.

Après ces mots de la fin, nous allons parler des activités du comité, entre membres du comité.

Il y a eu un échange entre M. Cannan et nos invités sur la santé. Jeudi, Santé Canada sera des nôtres et nous poursuivrons cette discussion.

Notre greffier veut inviter d'autres témoins, notamment Maggie Gibson, en remplacement de Howard Bergman, de l'Initiative nationale pour le soin des personnes âgées ou INSPA.

Il y a aussi Terri Wickens, président national de l'Association canadienne des vétérans de la Corée, et Dre Gloria Gutman, du Service de gériatrie de l'Université Simon Fraser. Vous étiez aussi sur notre liste et vous venez de comparaître.

D'autres personnes ont manifesté l'intention de comparaître: Cathy Moore, directrice nationale, Relations avec la clientèle et les gouvernements, Institut national canadien pour les aveugles, M. Bernard Nunan, chercheur-rédacteur pour le même institut, et la Aboriginal Veterans Association of Canada.

C'est consigné.

J'aimerais aussi vous donner les dernières nouvelles au sujet de nos déplacements sur cette question. Nous pensons aller à Comox, Cold Lake, Shearwater et Goose Bay juste avant le congé, pendant la semaine du 11 février; à Valcartier le 28 février, et à Petawawa le 6 mars. Je voulais que le comité soit mis au courant.

C'est tout.

•(1700)

M. Brent St. Denis: Allons-nous discuter du voyage?

Le président: J'avais l'intention de lever la séance, mais si vous le voulez, nous pouvons en parler.

M. Brent St. Denis: Rappelez-vous les questions soulevées au comité du budget. Est-ce qu'on a enlevé des places, par rapport à la liste initiale?

Le président: Non.

M. Brent St. Denis: Quel était le problème, je ne me souviens plus.

Le président: Simplement pour mettre au parfum les membres du comité... Je dois être prudent quand je vous en parle, je ne sais trop si les délibérations du comité de liaison sont...

Une voix: En termes généraux.

Le président: En termes généraux.

On a proposé d'aller à tous les endroits prévus, mais en nombre réduit de moitié. Je pense que pour certains membres du comité, qui ont d'autres comités aussi, question de temps... Nous n'avons probablement pas besoin d'être tous là, de toute façon. Il s'agit de voir la différence entre presque tous les membres et la moitié des membres. Mais je ne sais pas exactement de combien nous parlons.

M. Brent St. Denis: Quelle est la ventilation pour le nombre de députés?

Le président: Le greffier s'en souvient peut-être mieux que moi. Parlions-nous de six députés?

Le greffier du comité (M. Alexandre Roger): Six pour l'Ouest et six pour l'Est.

M. Brent St. Denis: Mais comment sont-ils répartis? Est-ce six plus le président ou six avec le président?

Le président: Six, président compris. C'est donc cinq autres députés.

M. Brent St. Denis: Cinq autres députés, comment y arrivez-vous?

Le président: Je laisse au greffier le soin de vous l'expliquer.

M. Brent St. Denis: Pourrions-nous en discuter rapidement, pour obtenir des réponses?

Le président: Je demande au greffier de vous en parler, puisqu'il connaît mieux que moi la situation.

Le greffier: C'est six, président compris. Essentiellement, le président ne fera qu'un des voyages. Comme il y a 12 membres du comité, nous avons coupé en deux, exactement. Il y a donc six députés qui iront dans une direction, et six dans l'autre direction.

M. Brent St. Denis: Il n'y a donc pas de répartition en fonction des partis. Il y a 12 personnes, vous en prenez six pour chaque voyage.

Le président: Exactement.

Si j'ai bien compris ce que m'ont dit certains de mes collègues, du côté conservateur, ce n'est pas tout le monde qui peut voyager. Cela étant dit, on peut faire preuve de plus de souplesse que vous imagineriez au départ.

Il est prévu que nous soumettions ce projet à nouveau, au comité de liaison. Je suis certainement pour le voyage de l'ensemble du comité. Je vous demanderais d'en parler aux membres de vos partis, afin qu'ils comprennent bien ce que nous voulons tous, quand ce sera présenté au comité de liaison.

M. Brent St. Denis: Puis-je dire un mot là-dessus, monsieur le président?

Le président: Oui, bien sûr.

M. Brent St. Denis: Peter, vous écoutez? C'est surtout à votre intention.

Vous vous souviendrez de ce que vous avez rapporté. À la fin de la session, avant Noël, j'ai parlé à votre whip, qui a parlé aussi aux bloquistes et aux conservateurs, pour que nous présentions tous ensemble à la Chambre une motion visant à revenir au budget initial.

Il faut que Peter convainque son whip d'être de notre côté.

Le président: Monsieur Stoffer, c'est à vous.

M. Peter Stoffer: Je vais l'autoriser tout de suite. J'en parlerai à Yvon.

Le président: Tous les autres partis s'entendaient, dans le cadre de cette négociation, et les néo-démocrates...

M. Peter Stoffer: Le nôtre a dit non?

Le président: C'est ce qui est arrivé.

M. Brent St. Denis: Votre whip a dit non, Peter. Nous avions tout organisé.

M. Peter Stoffer: Je vais lui en parler.

Le président: Bien. Avec le temps, je suis sûr qu'on arrivera à obtenir que tous puissent y aller.

Monsieur Valley, vous aviez quelque chose à dire?

M. Roger Valley: Nous devons savoir dès que possible. Je sais que c'est difficile, mais je ne peux pas quitter ma circonscription en claquant les doigts. Il est difficile d'obtenir un vol pour n'importe où... Je peux toutefois prendre ma voiture. Pour moi, si je n'ai pas six ou huit semaines de préavis, c'est très difficile.

Le président: Croyez-moi, j'ai négocié avec les whips des partis et avec le comité de liaison, mais j'essaierai de nouveau, le comité de liaison. Je vous demande à tous de faire pression sur qui vous savez, et nous ferons de notre mieux.

Monsieur Perron.

[Français]

M. Gilles-A. Perron: Juste avant de partir pour la pause de Noël, j'ai demandé quelles étaient les conditions de travail des civils en Afghanistan et quelles étaient leurs suggestions. Je n'ai pas demandé un rapport ou une étude, mais Michel a pris l'initiative d'en faire un. Il a pondu un fichu de beau rapport, que j'ai lu pendant que vous vous engueuliez de chaque côté.

Michel, merci beaucoup, c'est très bien fait. Jetez-y un coup d'oeil. C'est très bon.

• (1705)

[Traduction]

Le président: Oui, compris. Félicitations à Michel pour son travail.

Monsieur Russell.

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

J'apprécie le travail que vous faites avec le greffier, là-dessus. Pouvons-nous avoir des dates et des destinations sûres?

Le président: Ces dates sont sûres. Il reste à déterminer combien nous serons, et cela dépendra de la décision du comité de liaison.

J'insiste là-dessus, veuillez parler aux députés de votre parti qui sont membres du comité de liaison.

M. Todd Russell: Quelles sont les dates?

Le président: Encore une fois: Comox, Cold Lake, Shearwater et Goose Bay, la semaine du 11 février, avant la relâche, soit une semaine de voyage. Disons que c'est la première semaine de travail complète en février.

Ensuite, nous irons à Valcartier le 28 février. C'est une excursion d'une journée, assez facile.

Notre visite à Petawawa aura lieu le 6 mars, au début du mois suivant. Il s'agira aussi d'une excursion d'un jour.

Monsieur Stoffer.

M. Peter Stoffer: Pourquoi ne pas en profiter quand nous serons à Petawawa pour revenir sur ce dont on a parlé l'an dernier, soit les enfants qui éprouvaient des problèmes? Une entente a été conclue entre le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial pour offrir une aide psychologique à ces enfants. Puisqu'on sera là, pourrait-on demander une courte mise à jour sur le fonctionnement du programme? Serait-ce possible?

Le président: Monsieur Stoffer, vous pouvez en parler au greffier. Je ne sais pas quels arrangements ont été pris avec la base. Vous pourrez certainement poser les questions à ce sujet quand nous serons là-bas. Mais vous devriez peut-être d'abord en parler au greffier.

M. Peter Stoffer: C'est bon.

Le président: Monsieur St. Denis.

M. Brent St. Denis: Je suis désolé, je n'ai pas compris... Goose Bay, c'était le même voyage que Comox, Shearwater et Cold Lake?

Le président: Oui, monsieur. C'est exact. Cela fait partie de notre grand voyage.

M. Brent St. Denis: Le voyage le plus long a toutes les destinations les plus lointaines...

Le président: C'est exact.

Tout le monde comprend la marche à suivre? Il s'agit de parler à vos whips, de parler aux membres de votre parti qui siègent au comité de liaison et nous pourrons, espérons-le, voyager tous ensemble.

La séance est levée.

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

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

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

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

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

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

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