



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent des anciens combattants

ACVA • NUMÉRO 045 • 1^{re} SESSION • 39^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 31 mai 2007

Président

M. Rob Anders

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

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

Comité permanent des anciens combattants

Le jeudi 31 mai 2007

•(0905)

[Traduction]

Le président (M. Rob Anders (Calgary-Ouest, PCC)): Nous avons une conférence téléphonique ce matin. Nous avons le quorum. Notre témoin est en ligne. Selon mon BlackBerry, il nous reste encore deux minutes avant de commencer. Je vais donc attendre encore une minute. Ainsi, aucun membre du comité ne pourra se plaindre que la réunion a commencé trop tôt.

La Dre Dorothy Pringle est-elle là?

Dre Dorothy Pringle (membre du Conseil, Conseil consultatif de gérontologie): Oui, je suis là.

Le président: Bon, nous allons commencer.

Docteure Pringle, la façon dont nous fonctionnons habituellement est la suivante: vous avez 20 minutes pour présenter votre exposé. Vous pouvez ou non prendre tout ce temps si vous le désirez; cela n'en tient qu'à vous. Puis, les membres du comité peuvent poser des questions. L'horaire et l'ordre, les tables rondes et toutes ces questions sont déjà préétablis. C'est généralement la façon dont cela fonctionne.

Nous effectuons actuellement une étude sur le Programme pour l'autonomie des anciens combattants et une révision des soins de santé. La Dre Pringle fait partie du Conseil consultatif de gérontologie.

Docteure Pringle, la parole est à vous.

Dre Dorothy Pringle: Je vous remercie. Je suis heureuse d'avoir la possibilité de discuter avec vous et je me réjouis de constater que vous vous intéressez à cette question.

Je suis membre du Conseil consultatif de gérontologie depuis environ cinq ans. Je ne suis pas l'un des membres fondateurs, mais je préside le groupe de travail qui a élaboré le rapport *Parole d'honneur*. Je suis infirmière et je m'intéresse davantage dans mes activités cliniques et mes recherches aux soins de longue durée, en particulier la qualité de la vie quotidienne des personnes atteintes de démence qui vivent dans des établissements de soins de longue durée.

Je travaille également à l'autre extrémité du continuum, soit la promotion de la santé. J'ai beaucoup travaillé en santé publique et j'ai enseigné la promotion de la santé aux étudiants en soins infirmiers pendant de nombreuses années. Je suis présidente du comité de promotion de la santé du Conseil consultatif et travaille avec le personnel du ministère des Anciens combattants à déterminer comment ce dernier peut mettre en place les programmes et systèmes proposés dans *Parole d'honneur* et ceux qui mèneront à long terme, nous l'espérons, à une amélioration de l'état de santé de tous les anciens combattants. Il existe un deuxième comité, présidé par le Dr François Béland, qui tente d'évaluer les besoins, les types d'outils de dépistage qui seront utilisés pour évaluer les personnes à divers stades de leurs interactions avec le ministère. Ces deux comités se

sont rencontrés pendant toute une journée il y a deux semaines afin de déterminer comment nous pourrions élaborer nos objectifs particuliers.

Le personnel du ministère des Anciens combattants a fait un énorme travail en prévision de ces réunions. Notre but est de présenter un rapport assez complet lors de la réunion du Conseil consultatif de gérontologie qui aura lieu la première semaine de juillet à Charlottetown.

J'ai pensé parler d'abord du comité de promotion de la santé en particulier. J'aimerais examiner les principes que nous avons adoptés pour orienter le travail du comité en ce qui a trait à la façon d'élaborer les programmes et de favoriser l'accès à ces programmes dans toutes les régions du Canada.

Notre premier principe consiste à essayer d'être très pragmatique et réaliste. Nous comptons recommander des programmes qui sont faisables et des façons de mettre en place des programmes dans tout le pays. Nous ne recommanderons que des programmes fondés sur des preuves, c'est-à-dire des programmes pour lesquels il existe suffisamment de données de recherche démontrant qu'ils contribuent efficacement à améliorer l'état de santé.

Nous adopterons une approche graduelle. Nous débiterons par des programmes pour lesquels il existe actuellement des données sur leur efficacité, puis nous élaborerons un processus permettant au personnel du ministère ou à nous-mêmes d'évaluer continuellement les données de recherche, de manière que si d'autres programmes s'avèrent efficaces, ils seront ajoutés au répertoire de programmes disponibles du ministère des Anciens combattants.

Notre démarche sera également tournée vers l'avenir. Dans *Parole d'honneur*, comme vous le savez — peut-être parce que j'ai lu les transcriptions de vos entrevues précédentes — on nous a demandé expressément de parler des anciens combattants, c'est-à-dire des vétérans de la Première Guerre mondiale, de la Deuxième Guerre mondiale et de la guerre de Corée, mais nous avons en fait mis l'accent sur les vétérans de la Deuxième Guerre mondiale et de la guerre de Corée.

Je pense que les programmes que nous recommanderons devraient répondre aux besoins des anciens combattants et de leurs soignants. Au départ, ces personnes seront d'un âge avancé, mais il faut préparer le terrain pour tous les anciens combattants — ceux d'âge moyen. La moyenne d'âge des anciens combattants des Forces canadiennes est de 56 ans, je crois, mais il y a des anciens combattants beaucoup plus jeunes. Nous devons mettre en place les types de programmes et de processus qui répondront aux besoins des anciens combattants de tout âge.

Dans *Parole d'honneur*, nous proposons de créer un nouveau rôle, celui de spécialiste en intervention précoce. Il s'agit de spécialistes en promotion de la santé. À mon avis, ce n'est pas encore le bon titre de fonction. Nous avons eu du mal avec cette appellation, tant à l'intérieur de notre groupe de travail qu'au sein du conseil du ministère. Nous aimions bien le terme « health navigator » (conseiller en matière de santé), mais il n'avait pas la faveur des groupes d'anciens combattants; nous utilisons donc le terme « spécialiste en intervention précoce ». Cela sonne un peu trop médical, à mon avis, et il reste donc encore du travail à faire. Je décrirai ce rôle comme celui d'un spécialiste en intervention précoce parce que c'est ce que nous avons indiqué dans *Parole d'honneur*.

Ces spécialistes seraient ajoutés à toutes les équipes dans tous les bureaux régionaux. Leur nombre serait établi en fonction de la taille du bureau, tant du point de vue du nombre d'anciens combattants desservis que de la superficie de la région en question.

Si après une évaluation préliminaire initiale d'un ancien combattant qui communique avec le ministère, il est établi que l'ancien combattant n'a pas besoin de services de santé, celui-ci serait adressé au spécialiste en intervention précoce. Une évaluation additionnelle pourrait être effectuée à ce stade pour faire le bilan des activités de promotion de la santé du client. Quel type d'alimentation a-t-il? Quel est son poids? À quels types d'activités physiques s'adonne-t-il? Souffre-t-il d'une maladie chronique qu'il essaie de contrôler? L'ancien combattant consulterait le spécialiste en intervention précoce s'il contrôle assez bien sa maladie chronique, mais des mesures additionnelles pourraient être requises.

Il y aurait une évaluation préliminaire additionnelle et si le spécialiste en intervention précoce établit, lors de cette évaluation plus intensive, que la personne a besoin de services, un coordonnateur de soins communiquerait également avec cette dernière. Lorsque je dis « personne », je parle de l'ancien combattant et d'un soignant. C'est la stratégie que nous avons adoptée et j'espère que vous avez bien retenu du document *Parole d'honneur* qu'il faut offrir des services tant à l'ancien combattant qu'à la personne qui en prend soin. Puis, le spécialiste en intervention précoce travaillerait avec l'ancien combattant et son soignant pour déterminer quels types d'activités de promotion de la santé leur conviendraient et leur apporteraient des bienfaits; ensuite, il organiserait ces activités avec eux. Nous ne laisserons pas à l'ancien combattant le soin de prendre toutes ces dispositions. Les personnes de 80 et de 85 ans ont besoin de quelqu'un qui établisse des liens avec les programmes.

Nous mettons l'accent sur les programmes de promotion de la santé qui peuvent être mis en place dans tous les bureaux régionaux. Nous avons commencé par examiner les programmes dans quatre domaines : nutrition, activité physique, prévention des chutes et prise en charge des maladies chroniques. Nous avons étudié l'intégration sociale à cause de ses répercussions sur la santé mentale des anciens combattants, mais au lieu de traiter ce domaine comme une catégorie distincte, nous avons décidé d'établir un lien avec les activités physiques et d'autres domaines, parce que l'intégration sociale peut souvent se faire par la participation à d'autres types d'activités.

● (0910)

Encore une fois, nous identifions les interventions qui conviennent le mieux aux spécialistes en intervention précoce et celles qui relèvent davantage du coordonnateur de soins.

Le reste de mes commentaires portera principalement sur le travail effectué dans le domaine de l'activité physique, en partie parce qu'il y a plus de données dans ce domaine et parce qu'un plus grand

nombre de programmes conçus spécialement pour les personnes âgées ont été évalués.

On dispose de données de recherche très probantes concernant les personnes qui sont actives physiquement et effectuent régulièrement de l'exercice, peu importe leur âge; cela s'applique aux personnes même d'un âge avancé. Ces personnes sont en meilleure santé, leur pression artérielle est moins élevée, et leur poids est plus adéquat, elles sont moins nombreuses à avoir le diabète et elles sont moins souvent considérées comme frêles. Si vous incitez les gens plus jeunes à faire, ou si les gens plus jeunes font, régulièrement de l'exercice et ce, de façon soutenue, il y aura certes des effets plus marqués et plus spectaculaires sur l'état de santé que si, au départ, les personnes sont déjà âgées. Mais dans le cas de l'activité physique, l'expression « il n'est jamais trop tard », s'applique réellement.

Une bonne part des données qui établissent des liens entre l'état de santé et l'activité physique sont tirées de recherches canadiennes. Il s'agit de populations que nous aurons à desservir dans l'avenir. Il n'y est pas uniquement question des anciens combattants.

Il importe que les programmes que nous recommandons soient fondés sur des preuves, comme je l'ai mentionné à maintes reprises, mais il est également essentiel que les programmes soient abordables et accessibles. Le ministère des Anciens combattants a un rôle important à jouer à cet égard. Il doit mettre en place les programmes, contrôler leur qualité, trouver des façons de les rendre accessibles aux anciens combattants et à leurs soignants et veiller à ce qu'ils soient abordables, soit en prenant en charge leur coût ou en payant une partie.

Nous savons que si nous amenons un ancien combattant de 85 ans et sa femme de 82 ans à s'inscrire à des programmes d'exercice, les effets récoltés ne seront pas considérables mais seront quand même présents. Nous savons que si nous pouvons inciter un ancien combattant de 50 ans à participer à ces programmes, l'effet sera beaucoup plus important. Un ancien combattant de 35 ans peut également prendre part à des programmes. Ceux-ci doivent être différents, parce que les attitudes vis-à-vis de l'activité physique diffèrent selon la génération. On peut s'attendre à ce que l'ancien combattant de 35 ans participe déjà à des programmes d'activité physique, et même celui de 56 ans. Les baby-boomers ont une attitude très différente face à l'exercice physique; beaucoup de ces personnes auront des entraîneurs personnels. Cela risque fort ne pas être le cas des anciens combattants de 85 ans.

Nous examinons quatre programmes d'exercice physique de plus près parce que leur efficacité a été établie. L'un d'eux mise sur l'amélioration de la forme physique; un autre est axé sur les choix actifs.

Le programme d'amélioration de la forme physique est centré sur l'individu. Il serait utile dans le cas des anciens combattants qui ne sont pas intéressés à participer à une activité de groupe; c'est un programme d'exercice prescrit qui comporte de nombreux contacts téléphoniques entre l'ancien combattant et le spécialiste en intervention précoce pour voir comment les choses fonctionnent et discuter des effets négatifs et positifs ressentis par l'ancien combattant. C'est l'un des types de programme que nous examinons.

Le programme PACE en est un autre. PACE est l'acronyme de *People with Arthritis Can Exercise*, c'est-à-dire les personnes atteintes d'arthrite peuvent faire de l'exercice. Nous savons que la prévalence de l'arthrite est plus élevée chez les anciens combattants âgés que dans l'ensemble de la population. Il y a des études américaines valables qui démontrent l'existence d'un lien entre le service militaire et le développement subséquent de l'arthrite. Nous voulons qu'un programme PACE soit mis en place dans toutes les régions, de même qu'un autre programme appelé « *Growing Stronger* ».

• (0915)

On pourrait s'attendre à ce que le spécialiste en intervention précoce, dans ce domaine de spécialité, identifie les programmes d'exercice existants peu importe l'endroit où ils sont situés. Ils peuvent être offerts par des organisations d'anciens combattants comme la Légion où les organisations d'anciens combattants de l'armée, de la marine et des forces aériennes. Ils peuvent être offerts par le YMCA, par des clubs de l'âge d'or ou même par des clubs de conditionnement physique à but lucratif. Le spécialiste en intervention précoce doit connaître les ressources disponibles. De quels types de programmes s'agit-il? Sont-ils conformes aux programmes fondés sur les preuves que nous allons mettre sur pied ou appuyer?

Si de tels programmes n'existent pas, le spécialiste travaillera alors avec les organisations d'anciens combattants, le YMCA ou les clubs privés pour que ces programmes soient mis en place, puis établira des liens entre ces programmes et les anciens combattants par le truchement de ces mécanismes d'évaluation préliminaire. Le spécialiste en intervention précoce déterminera les besoins de transport des anciens combattants, mettra des services de transport sur pied pour ces programmes et assumera en tout ou en partie les frais pour que les anciens combattants aient accès aux programmes.

Le spécialiste en intervention précoce gardera ensuite le contact avec ces anciens combattants. Il ne suffit pas de créer des liens puis de s'en aller. Il faut des contacts soutenus pour que l'on sache comment les choses fonctionnent. Si le programme ne donne rien aux anciens combattants, ceux-ci doivent participer à d'autres programmes.

Je ne dis pas qu'il faut imposer ces programmes à l'ancien combattant. Il faut travailler en collaboration avec l'ancien combattant et la personne qui en prend soin pour savoir ce qui les intéresse et ce qu'ils peuvent faire. Le spécialiste les inscrirait ensuite à ces programmes et garderait contact avec eux. Nous pensons que ces programmes apporteront des bienfaits tant du point de vue de la santé que de la participation sociale.

Nous nous efforçons de retracer et d'évaluer les recherches sur d'autres programmes. Ce travail est actuellement en cours. Nous travaillerons là-dessus pendant le mois de juin en prévision de la réunion de juillet.

Nous avons également consulté la Dre Mary Altpeter. Elle a travaillé avec Victor Marshall à l'Université de la Caroline du Nord. C'est la spécialiste américaine de ces types de programmes de promotion de la santé. Ce ne sont pas seulement les programmes d'activité physique qui influent sur d'autres domaines de la santé mais également les programmes de promotion de la santé.

Nous présenterons une liste de programmes recommandés. Nous ne prévoyons pas qu'elle soit très longue. Bien qu'il y ait de nombreuses recherches établissant des liens entre la nutrition et l'état de santé, entre l'exercice et l'état de santé, entre la participation sociale et l'état de santé, les programmes qui ont été élaborés et dont

l'efficacité a été évaluée ainsi que les recherches effectuées dans ce domaine sont beaucoup plus limités.

Nous faisons un survol systématique. Beaucoup d'efforts ont été consacrés à la compilation de ces recherches. C'est ce type de résumés et d'évaluations critiques que nous sommes en train d'examiner.

Nous reconnaissons qu'il faudra des ressources additionnelles. Mais à notre avis, et le ministère des Anciens combattants nous a donné des assurances à cet égard, ce type d'investissement est ce dont nous avons besoin maintenant afin d'améliorer l'état de santé futur des anciens combattants.

Je sais que dans des entrevues précédentes avec Victor et avec Norah Keating, vous avez discuté de la nécessité d'identifier les anciens combattants et de les encourager à communiquer avec le ministère. Ils peuvent subir une évaluation préliminaire et des liens peuvent être établis avec des programmes de promotion de la santé et avec les services de santé dont ils ont besoin.

Nous avons passé beaucoup de temps à discuter de la façon dont on peut joindre les anciens combattants, parce que, comme vous le savez, le ministère n'a pas une liste de tous les anciens combattants. Dans le cas de ceux qui sont déjà en contact avec des services — je crois que 40 p. 100 des anciens combattants participent déjà au programme PAAC — il n'y a pas de problème. Mais il faut joindre les 60 p. 100 qui restent. Nous avons discuté de la possibilité d'utiliser *Salute!* et d'autres moyens de communication du ministère et d'avoir recours aux organisations comme la Légion et l'armée, la marine, les forces aériennes, etc.

• (0920)

Je crois que lors d'une rencontre précédente, vous avez indiqué qu'il serait possible de travailler avec les bureaux des députés pour joindre les anciens combattants dans leur circonscription respective, en utilisant leurs organes de communication et d'autres contacts. Je crois que c'est une merveilleuse idée, parce que nous avons eu de la difficulté à déterminer comment nous pourrions nous y prendre pour joindre ces gens.

Plutôt que de m'attarder davantage sur d'autres programmes, je vais m'arrêter ici afin que nous puissions passer aux questions et à la discussion.

• (0925)

Le président: Votre minutage est parfait.

Dre Dorothy Pringle: Ai-je parlé pendant 20 minutes?

Le président: Vingt minutes et 20 secondes au moment où je vous parle. C'est très impressionnant.

Dre Dorothy Pringle: Wow, je n'en avais aucune idée.

Le président: Très impressionnant. Vous pourriez donner des cours à quelques membres de notre comité.

Monsieur Valley, pour le Parti libéral, vous avez sept minutes.

M. Roger Valley (Kenora, Lib.): Je vous remercie.

Bonjour, docteur Pringle. Je suis sûr que le président ne parlait pas de moi, car je ne suis pas connu pour mes longs discours. Je vous remercie. Vos remarques étaient très intéressantes.

En fait, je présenterai mon dernier point en premier, parce que vous en avez glissé un mot. Une des difficultés auxquelles font face les députés, comme vous l'avez mentionné — et la recommandation vient probablement de moi — est d'avoir une liste des anciens combattants dans nos circonscriptions.

Pouvons-nous examiner quelque chose qui a été mentionné lors d'une rencontre précédente et que je soulèverai encore une fois ici? Je me demandais si votre groupe recommanderait qu'une liste nous soit remise dans nos circonscriptions. Nous savons qu'il existe des lois protégeant la vie privée. Nous avons à composer avec elles tous les jours, mais nous avons accès à toutes sortes d'informations. Vous avez présenté un chiffre que j'essayais de trouver depuis un certain temps : à savoir que 60 p. 100 des anciens combattants ne sont affiliés à aucune organisation et que nous n'avons pas de contact avec eux.

Votre groupe pourrait recommander que les députés reçoivent cette liste — Nous avons uniquement les intérêts de ces anciens combattants à cœur et nous voudrions être un point de premier contact dans bien des cas. Nous parcourons de long en large nos circonscriptions. Nous serions les mieux placés pour ce faire, mais à cause des règles en place actuellement, nous ne le pouvons pas. Si votre groupe recommandait la confection d'une telle liste et sa distribution aux députés, nous pourrions franchir un pas important.

Dre Dorothy Pringle: Je crois que 60 p. 100 des anciens combattants ne reçoivent pas actuellement de services du ministère — Ils peuvent très bien avoir des liens avec la Légion ou d'autres organisations d'anciens combattants, mais ils ne résident pas dans un établissement de soins de longue durée, n'occupent pas un lit pour ancien combattant ni un lit dans la collectivité financé par les anciens combattants et ils ne participent pas au programme PAAC.

J'ai lu la transcription. Je crois que vous avez discuté de la question avec Brian Ferguson et Darragh Mogan. J'en suis heureuse. Je pense qu'on peut aller de l'avant et examiner la façon dont on peut surmonter les problèmes de respect de la vie privée et ce qui peut être fait en la matière, mais également ce qui peut vous permettre de prendre contact avec les anciens combattants dont nous connaissons l'existence.

On peut demander simplement aux anciens combattants qui reçoivent des services s'ils sont disposés ou non à ce que leur nom vous soit transmis.

Je ne crois pas que cela pose beaucoup de problème.

M. Roger Valley: Je vous remercie. Si vous travaillez de votre côté, nous ferons notre part de notre côté.

Permettez-moi de faire bifurquer la discussion juste quelques minutes, et ce n'est pas une chose que je fais très souvent.

Le comité est enfermé dans ce local depuis 12 heures. Nous avons passé une nuit fascinante. Il y avait probablement au moins 30 personnes qui avaient souffert du syndrome de stress post-traumatique (SSPT) réunis ici ainsi que certains professionnels.

Nous savons que vous mettez l'accent sur la Deuxième Guerre mondiale et la guerre de Corée, mais vous avez mentionné précédemment que vous vous intéressez à tous les anciens combattants et à tous les groupes d'âge, car nous devons offrir des services à tous.

Une des choses entendues la nuit dernière qui m'a beaucoup surpris — et nous savons qu'il y a toujours des problèmes institutionnels et administratifs — et que j'aimerais que vous commentiez est que tous ces survivants font face à des problèmes différents et ils les surmontent aussi bien qu'ils le peuvent pour survivre chaque jour, mais les problèmes administratifs ou institutionnels à l'intérieur du ministère sont l'un des obstacles les plus formidables auxquels ils font face.

Vous avez mentionné à maintes reprises que l'intervention précoce est importante pour les dispensateurs de soins. La nuit dernière, on nous a entretenus du manque de personnel soignant, des difficultés auxquelles font face les dispensateurs de soins qui travaillent avec les anciens combattants souffrant de tout un éventail de troubles, allant du SSPT à d'autres problèmes, et de leur incapacité, à vrai dire — c'est ce qu'ils éprouvent à juste titre ou non — d'avoir accès aux services — ou lorsqu'ils y ont accès, ces services sont interrompus abruptement. Ils nouent une relation de confiance avec les gens avec lesquels ils travaillent, dans le cadre de cette intervention précoce, puis il n'y a pas de suivi.

Cela m'a étonné — et je suis convaincu que les membres du comité ont été surpris — que ce problème ait autant d'ampleur à l'intérieur du système. Je me demande si dans le cadre de vos délibérations ou de vos discussions avec d'autres professionnels siégeant au sein du comité, vous avez abordé la question. Savez-vous qu'elle est l'ampleur du problème?

● (0930)

Dre Dorothy Pringle: Tout d'abord, je ne connais pas l'ampleur du problème. Je ne suis pas surprise d'en entendre parler, parce que la pénurie de ressources dans un certain nombre de domaines est un problème dans notre système de santé — c'est le système.

Vous devez comprendre que le ministère ne fait que combler des lacunes. Il n'offre pas des services de première ligne. Il ajoute des services à ce qui est déjà fourni par les systèmes provinciaux de santé. Comme ces systèmes font face à des pénuries, les anciens combattants n'y échapperont pas.

Permettez-moi d'ajouter que ce n'est que depuis peu que l'on reconnaît le SSPT comme un problème et qu'on admet son importance. Si l'on remonte dans l'histoire et examine les diverses guerres, dès la guerre civile américaine, le SSPT était documenté, mais ce terme n'a jamais été utilisé. On n'a jamais reconnu à quel point ce problème était grave ou existait depuis longtemps, à quel point il touchait les gens pendant une longue période et était répandu.

Nous n'avons pas renforcé suffisamment les systèmes pour faire face à l'ampleur du problème.... Je sais que c'est une grande priorité pour les anciens combattants à l'Hôpital Ste-Anne; ils sont en train d'élaborer et d'évaluer des programmes qui seront mis en place à la grandeur du pays.

Je regrette qu'un tel problème existe, mais cela ne me surprend pas.

Notre conseil a reconnu son existence. Nous n'avons pas déployé beaucoup d'efforts pour le régler parce que nous mettons l'accent sur les anciens combattants de la Deuxième Guerre mondiale et de la guerre de Corée.

M. Roger Valley: Je vous remercie, docteur.

Je serai très bref.

Vu que vous vous occupez de ces deux groupes, laissez-moi vous dire que le groupe que nous avons entendu la nuit dernière a répété que l'une des plus grandes difficultés auxquelles il fait face ne tient pas nécessairement aux soins de santé mais à la bureaucratie.

Même au ministère des Anciens combattants, vous avez eu, j'en suis sûr, comme membre de votre groupe à composer avec la bureaucratie lorsqu'il était question de l'âge des anciens combattants. Alors le problème ne réside pas nécessairement dans les soins de santé.

Un commis pourrait peut-être les aider à réduire une partie de la bureaucratie. Ce sont les affaires du gouvernement, mais nous devons trouver un moyen. C'est l'une des grandes préoccupations de ces anciens combattants et des personnes dont vous avez parlé.

Dre Dorothy Pringle: Vous avez tout à fait raison. Nous avons été informés que les anciens combattants avaient besoin d'aide, pas relativement au SSPT, mais en ce qui concerne d'autres services à l'intérieur du programme PAAC. On ne parle pas simplement des fonds pour déblayer la neige, entretenir les terrains, etc.; ils ont besoin d'aide pour la mise en place de ces services, pour ne pas être obligés de prendre eux-mêmes ces dispositions. Nous avons formulé une telle recommandation dans *Parole d'honneur*.

Les personnes avec lesquelles nous travaillons au ministère, que ce soit les spécialistes en intervention précoce ou les coordonnateurs de soins, doivent aider les anciens combattants à se diriger dans le dédale du système et à remplir les formulaires qui doivent être remplis, de façon qu'ils puissent obtenir les services.

M. Roger Valley: Je vous remercie.

Le président: Merci, docteur.

Nous passons maintenant la parole à M. Perron, du Bloc, pour les sept prochaines minutes.

[Français]

M. Gilles-A. Perron (Rivière-des-Mille-Îles, BQ): Bonjour, madame.

J'ai écouté attentivement votre présentation ou plutôt votre théorie sur les spécialistes en intervention préliminaire. Je crois qu'elle se tient, mais je m'interroge sur sa faisabilité. Vous parlez d'engager des fonds supplémentaires et d'ajouter des intervenants, alors que l'on a déjà de la difficulté à combler les postes.

La deuxième partie de ma question est reliée à une sérieuse préoccupation. Nous savons tous que le peuple canadien est vieillissant. Que faisons-nous de la société dite normale? Votre plan d'intervention auprès des anciens combattants s'applique-t-il aux travailleurs des mines, par exemple? Ces derniers ont, eux aussi, participé à l'épanouissement du pays.

Enfin, j'aimerais savoir combien ça va coûter.

• (0935)

[Traduction]

Dre Dorothy Pringle: Les spécialistes en intervention précoce — et je parle maintenant de la difficulté que nous aurons peut-être à recruter des personnes pour combler ces postes — ne seront pas des dispensateurs de soins. Ce ne seront pas des infirmières ni des physiothérapeutes qui occuperont ces postes. Nous recruterons probablement des personnes qui ont des diplômes en ergonomie ou en éducation physique et en éducation sanitaire. C'est un autre bassin de professionnels. C'est un bassin qui déborde de vitalité dans le pays et je pense que ce ne sera pas facile — cela ne l'est jamais — et que dans certaines régions qui sont plus éloignées, ce sera encore plus difficile. Mais je crois que c'est faisable, que nous trouverons les personnes pour exercer ces fonctions parce que nous avons une bonne idée de la formation requise et savons d'où proviennent les personnes qui ont ces qualifications.

Pour ce qui est de ce que nous recommandons et de l'utilité que cela pourrait avoir pour l'ensemble de la population, je ne crois pas qu'il y ait des doutes à ce sujet; c'est le type de choses que l'Agence de santé publique du Canada et les services de santé publique dans tout le pays s'efforcent de mettre en place, soit une façon de

permettre à la population en général de prendre mieux soin de sa santé et de s'adonner à des activités qui favorisent la santé.

Je suis contente de voir que ParticipAction a été remis en train, parce que c'est le type d'organisation qui a des liens avec la population dans son ensemble et formule les mêmes types de recommandations que celles que nous faisons pour les anciens combattants.

[Français]

M. Gilles-A. Perron: Madame, je m'aperçois qu'on se dirige vers une philosophie de deux poids, deux mesures. Dans votre présentation, on note un manque d'équité entre les anciens combattants et les gens ordinaires qui vieillissent, par exemple mon père et moi-même, qui ai maintenant 66 ans.

Penser aux anciens combattants et les aider est une bonne chose, mais il faut aussi se soucier de la population générale, qui est elle aussi vieillissante. C'est un problème au Québec, en Ontario et dans toutes les autres provinces, surtout dans les régions éloignées. Il faut se rappeler que le Canada est un pays de régions éloignées. Se faire soigner à Toronto, Montréal ou Vancouver est une chose, mais c'en est une autre quand il s'agit d'Elliot Lake, d'où vient un de mes collègues, ou de Saint-Lin-des-Laurentides.

[Traduction]

Dre Dorothy Pringle: Nous avons pris la décision comme pays d'honorer nos anciens combattants en leur offrant des services supérieurs à ceux auxquels avait accès l'ensemble de la population canadienne. C'était en hommage au fait qu'ils avaient mis leur vie en péril pour nous.

Il y a donc deux poids, deux mesures. C'est une pratique que les Canadiens ont acceptée et qu'ils trouvent méritée. Le programme PAAC est un exemple de ces deux poids, deux mesures. Il offre aux anciens combattants des services qui ne sont pas offerts dans tout le pays par les programmes provinciaux. Certains programmes de soins à domicile sont plus généreux que d'autres, offrant des services d'auxiliaires familiales et d'entretien de terrains, mais la plupart d'entre eux n'offrent pas ce genre de services — en particulier ce dernier service. C'est une responsabilité qui incombe aux personnes qui vivent dans leur propre maison.

Effectivement, il y a deux poids, deux mesures, mais c'est une pratique que nous acceptons.

Je connais la situation à Elliot Lake — J'ai vécu à Sudbury pendant quatre ans — et je sais que c'est devenu une ville de retraités et que les personnes là-bas ont besoin de services et doivent compter sur les services disponibles dans cette région. Je crois que nous devons offrir de très bons programmes de soins à domicile dans tout le pays pour répondre aux besoins de tous les citoyens et nous devons faire des efforts dans le domaine de la promotion de la santé pour joindre tous les citoyens. Mais nous déployons davantage d'efforts pour les anciens combattants.

• (0940)

[Français]

M. Gilles-A. Perron: Merci, madame.

[Traduction]

Le président: Votre temps est écoulé depuis huit secondes, monsieur Perron.

M. Gilles-A. Perron: Je suis un héros.

Le président: Je sais et c'est la raison pour laquelle nous aimerions vous entendre à nouveau.

Monsieur Stoffer du NPD, vous avez cinq minutes.

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

Je veux d'abord dire que j'ai vécu hier la meilleure réunion de comité à laquelle il m'a été donné d'assister au cours de mes dix années en tant que député. Je crois, monsieur le président, que vous avez accompli un travail extraordinaire. Il est très délicat de devoir interrompre des gens qui veulent s'exprimer, mais je pense que vous vous êtes très bien tiré d'affaire et je vous en félicite. La réunion d'hier m'a paru réjouissante. Ce n'était pas triste du tout. En réalité, c'était assez remarquable à constater. C'est dire qu'on s'en souviendra pour quelque temps encore.

Madame, je vous remercie de votre présentation. Je n'ai que deux questions pour vous.

Lorsque vous formulez des recommandations à l'intention des gouvernements, est-ce que vous les assortissez de paramètres fiscaux? Est-ce que vous signalez aux gouvernements ce qui leur en coûtera et, sinon, pourquoi pas?

Ma deuxième question est la suivante. Comparez-vous les travaux ou les études que vous réalisez avec la situation dans d'autres pays qui sont nos alliés, notamment les États-Unis, les Pays-Bas, la Grande-Bretagne, la Nouvelle-Zélande et l'Australie, sur le plan du traitement accordé à leurs anciens combattants vieillissants et à leurs familles?

Ma dernière question est celle-ci. Lorsqu'une ancienne combattante ou un ancien combattant meurt laissant derrière un conjoint ou une conjointe, y a-t-il, selon vous, une coupure soudaine qui s'effectue par rapport à cette personne? Je vous pose la question parce que nous entendons tous parler d'un membre de la famille d'un ancien combattant mort qui éprouve de grandes difficultés à approcher le gouvernement ou le ministère de quelque façon que ce soit, pour obtenir les services dont il peut avoir besoin.

Merci.

Dre Dorothy Pringle: Le conseil lui-même ne fait pas le travail fiscal associé aux recommandations. Nous n'en avons pas les compétences. Mais le personnel du ministère des Anciens combattants s'en charge et évalue effectivement ce qu'il en coûterait, ce qu'il a d'ailleurs fait, par rapport aux recommandations de *Parole d'honneur*.

Nous, du conseil, sommes alors mis au courant du type d'aide nécessaire pour mettre en œuvre les recommandations et nous revenons à la charge en disant que vous devez faire mieux en ce qui concerne la mise en place de ces programmes. Mais nous ne sommes pas responsables de l'analyse fiscale en tant que telle.

Nous essayons d'être réalistes quant à ce qu'il est possible de faire. Nous ne recommandons pas un entraîneur personnel pour chaque ancien combattant pour qu'il atteigne un niveau d'activité physique plus élevé. Nous croyons cependant qu'il est possible de mettre en place des programmes d'activité physique qui répondent aux besoins individuels des anciens combattants et de leur assurer l'accès à ces programmes.

Nous nous intéressons effectivement à ce qui est disponible dans les autres pays et à ce qu'ils offrent à leurs anciens combattants. Je dirais que nous avons examiné la situation en Australie peut-être plus attentivement qu'aux États-Unis. Je ne crois pas que les États-Unis fassent quoi que ce soit de particulier en ce qui concerne la promotion de la santé.

En rapport avec la situation en Australie — et je veux parler du groupe de travail *Parole d'honneur* —, nous avons pu profiter de la

présence d'un employé australien en stage d'échange, qui a travaillé à la direction des Affaires des anciens combattants en Australie. C'était une personne très bien informée. Encore une fois, il avait une connaissance de première main de la situation en Australie et il s'agit d'un des membres du personnel qui a collaboré à notre groupe de travail *Parole d'honneur*. Nous avons donc un bon accès à ces renseignements.

Nous nous sommes fiés abondamment à la recherche menée en Australie sur les effets à long terme du déploiement sur la santé des anciens combattants de la guerre de Corée. Cette recherche nous a beaucoup influencés.

• (0945)

M. Peter Stoffer: Et qu'en est-il de la dernière question concernant les conjoints et conjointes des anciens combattants décédés?

Dre Dorothy Pringle: Je sais qu'il en a déjà été question. Le Conseil consultatif de gérontologie a effectivement recommandé au ministère des Anciens combattants que les services offerts aux anciens combattants dans le cadre du Programme pour l'autonomie des anciens combattants (PAAC) devaient être mis à la disposition de leurs soignants et que ces services devaient être maintenus, non seulement pour l'année suivant le décès de l'ancien combattant, mais pour le reste de la vie de ces soignants. Je crois que cette mesure est en voie d'être mise en place.

Nous sommes tout à fait d'accord que les soignants devraient recevoir les mêmes avantages et avoir le même accès aux services que les anciens combattants.

M. Peter Stoffer: Merci.

Le président: Merci, monsieur Stoffer.

Nous passons à Mme Hinton et au Parti conservateur.

Mme Betty Hinton (Kamloops—Thompson—Cariboo, PCC): Bonjour, madame Pringle.

Dre Dorothy Pringle: Bonjour.

Mme Betty Hinton: J'ai écouté très attentivement et avec grand intérêt certains des commentaires que vous avez faits aujourd'hui. Il est évident que vous favorisez grandement l'aspect relatif à l'exercice et à la prévention, ce qui, selon moi, est une bonne approche à privilégier.

Concernant ce que nous pouvons faire actuellement pour les anciens combattants et les modifications que vous aimeriez que l'on y apporte, j'ai posé la même question à chaque témoin que nous avons entendu en rapport avec cette question particulière. Si vous pouviez personnellement modifier un seul aspect du système actuel, quel serait-il? C'est ma première question.

J'ai quelques commentaires. Il est intéressant de voir comment les personnes qui entendent la même information peuvent la percevoir. Vous avez dit que 60 p. 100 des personnes n'ont pas de rapport présentement avec le ministère des Anciens combattants et ce que vous vouliez dire était qu'ils ne fréquentaient pas des établissements de soins à long terme. En réalité, je crois qu'il s'agit là de bonnes nouvelles et non de mauvaises nouvelles, bien que je tiens à m'assurer que les 60 p. 100 qui n'ont pas actuellement besoin de ces soins y ont quand même accès.

Un autre de mes commentaires porte sur le fait que l'âge moyen d'un ancien combattant canadien est de 36 ans. Il nous reste quelques années pour tenter d'accomplir ce dont vous parlez présentement, c'est-à-dire de rendre les gens plus souples et de leur assurer une meilleure forme physique, de manière à ce qu'ils ne soient pas confrontés à tous ces problèmes lorsqu'ils atteindront l'âge de 80 ou 85 ans.

Auriez-vous l'amabilité de répondre à cette première question : si vous pouviez modifier un seul aspect du système tel qu'il est maintenant, quel serait-il?

Dre Dorothy Pringle: Je reste fidèle au thème de la promotion de la santé. Je crois que le PAAC fonctionne très bien. Il comporte quelques difficultés en ce sens que l'on doit mieux aider les personnes à se prévaloir des services — autrement dit, elles ont besoin d'aide pour trouver la personne qui ôtera la neige, etc. —, mais même cela s'améliore d'un bout à l'autre du pays. Je crois que le PAAC fonctionne bien.

Je crois qu'il y a des améliorations du côté des soins de longue durée en raison de l'évolution qui a permis d'aller au-delà des seuls lits désignés pour les anciens combattants dans les établissements qui leur sont réservés. L'inclusion des lits dans la communauté a fait toute une différence. Nous recommandons de faciliter l'accès aux maisons de retraite et aux services d'aide à la vie autonome, ce qui aura pour effet d'améliorer davantage l'ensemble de la question du logement.

Je crois qu'il y a une énorme lacune du côté des Anciens combattants concernant la promotion de la santé. Jusqu'à maintenant, nous avons attendu que les anciens combattants aient des problèmes avant de vraiment les intégrer aux services offerts par le système; nous offrons de les aider après qu'ils soient devenus fragiles et incapables de faire des choses. Nous ne savons pas depuis combien de temps ils éprouvaient des difficultés avant de communiquer avec le ministère. Je crois que, si nous pouvons joindre autant d'anciens combattants que possible au pays, leur faire comprendre le message de promotion de la santé et collaborer avec eux, nous aurons plus de chances d'éliminer ou de retarder certaines conséquences défavorables sur leur santé, et nous aurons une meilleure adhésion. Nous pouvons, au besoin, leur procurer les services du PAAC plus tôt sans attendre qu'ils soient manifestement malades avant que nous commencions les démarches avec eux.

• (0950)

Mme Betty Hinton: À coup sûr, nous sommes également d'accord sur ce point. Si je vous comprends bien, le seul aspect du système en place que vous aimeriez modifier est de voir les Anciens combattants, le ministère lui-même, jouer un rôle plus proactif et veiller à ce que nos anciens combattants vieillissants soient maintenus en meilleure forme physique que ce n'est le cas aujourd'hui, par exemple, et vous croyez que cela ferait une différence importante quant à leur bien-être parce que —

Dre Dorothy Pringle: Permettez-moi d'apporter une précision. Vous m'avez demandé ce que je choiserais de modifier. C'est ce que je choiserais d'abord. Je crois qu'il y a d'autres domaines qui doivent être améliorés et l'accès à des services d'aide à la vie autonome en fait partie. En ce qui me concerne, je crois que les résultats les plus importants découleraient du fait que nous verrions à collaborer avec les anciens combattants dès qu'ils quittent les Forces, à rester en liaison avec eux tout au long de leur vie et à leur présenter des stratégies de promotion de la santé, des activités et des façons de s'intégrer à des programmes. Nous devrions être en mesure de faire cela dès qu'ils quittent les Forces.

Mme Betty Hinton: Voilà que nous éclaire. Merci beaucoup.

En tant que membre du Comité de gérontologie, vous avez presque exclusivement affaire à des anciens combattants aînés. J'imagine que vous avez très peu de contacts avec les jeunes anciens combattants. Est-ce que je me trompe?

Dre Dorothy Pringle: Non. Vous avez raison.

Mme Betty Hinton: Croyez-vous qu'il serait profitable que les membres de votre comité interrogent certains des anciens combattants plus jeunes et discutent avec eux, de façon proactive bien sûr, de manière à les préparer et à vous préparer vous-même à l'avenir?

Dre Dorothy Pringle: Nous avons accès, dans une certaine mesure, aux anciens combattants plus jeunes par l'intermédiaire des représentants des organismes d'anciens combattants membres du Conseil consultatif de gérontologie. Ils sont plus jeunes et représentent une gamme d'expériences. Mais il ne s'agit pas d'un contact très élaboré.

Je crois qu'il serait valable de mieux comprendre l'ancien combattant de 35 ans. Je crois que l'âge moyen d'un ancien combattant des Forces canadiennes est en réalité 56 ans et non 36 ans — du moins, c'est l'information que j'ai.

Mais pour les anciens combattants des années 1970, 1980 et 1990 et ceux qui quittent les Forces actuellement, je crois que nous pourrions tenir compte de ces expériences en réfléchissant aux programmes dont nous aurons besoin au cours de la prochaine décennie.

Mme Betty Hinton: Merci beaucoup de vos commentaires. Je vous suis reconnaissante de votre témoignage aujourd'hui.

Le président: Merci beaucoup, madame Hinton.

Nous passons maintenant à M. St. Denis du Parti libéral, qui dispose de cinq minutes.

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

Merci, madame Pringle, de votre participation aujourd'hui.

Vous avez mentionné Elliot Lake. Je suis député de la circonscription où se situe Elliot Lake. Vous avez raison en affirmant que des milliers de Canadiens y sont démenagés. Comme on nous écoute partout dans le monde sur le Web, nous en profitons pour inviter d'autres personnes à se joindre à nous à Elliot Lake.

Je veux réitérer les commentaires de mes collègues en remerciant le président, le greffier et les chercheurs qui ont animé l'excellente réunion d'hier soir.

Madame Pringle, je crois qu'un des défis auxquels font face nos anciens combattants plus âgés, ainsi que les nouveaux retraités et ceux qui sont sur le point de prendre leur retraite — une de situations auxquelles ils sont confrontés à divers degrés —, est la question des tracasseries administratives. Il ne s'agit pas uniquement de la paperasse. Il s'agit de l'effet de la paperasserie sur leur santé. Si un problème de santé porte sur un préjudice psychologique, je dirais qu'il a des répercussions beaucoup plus importantes comparativement à un préjudice physique. Mais, d'une façon ou d'une autre, il aurait des répercussions défavorables.

Dans le cadre de votre travail, vous penchez-vous d'une façon ou d'une autre sur les questions complémentaires comme l'accueil des anciens combattants au point d'entrée et à travers le réseau? Quelles sont les répercussions de toutes ces tracasseries et de ce « charriage » dans le système sur leur santé en général et sur le niveau de frustration qu'ils éprouvent?

•(0955)

Dre Dorothy Pringle: Nous sommes conscients de la situation, et les représentants des organismes d'anciens combattants membres de notre conseil consultatif nous le rappellent. Je crois qu'il s'agit d'un problème de notre système actuel, attribuable en grande partie à tous les critères d'admissibilité différents. Cela fait en sorte que les personnes qui ont besoin d'un type de contact ne peuvent s'en prévaloir parce qu'ils ne peuvent franchir le premier obstacle qui consiste à s'intégrer au système, ou qu'ils ne répondent pas aux critères d'admissibilité.

Je crois que, dans le cadre de nos recommandations, nous travaillerons en fonction d'un accès fondé sur le besoin et nous communiquerons avec chaque ancien combattant, si c'est possible, pour le mettre en communication avec le ministère des Anciens combattants, qu'il ait besoin de services ou non, puisqu'il peut très bien avoir besoin d'aide en se retrouvant dans le réseau des soins de santé.

Dans *Parole d'honneur*, nous proposons que cela fasse partie du rôle du spécialiste d'intervention précoce. Si le client est intégré à la liste de clients dont s'occupe le spécialiste, ce dernier doit constater s'il existe ou non des programmes de promotion de la santé auxquels il serait intéressé à adhérer.

Les spécialistes doivent aussi aider le client à naviguer dans le système, à surmonter les tracasseries administratives et à remplir les formulaires. Mais je soupçonne que l'on aurait beaucoup moins de formulaires dans un système axé sur les besoins comparativement à un système fondé sur des critères d'admissibilité.

M. Brent St. Denis: Merci, madame Pringle.

Une expression me vient à l'esprit. Vous avez mentionné que le mot « navigateur » n'était pas accepté, en général, par les anciens combattants.

Lorsque j'étais plus jeune, j'ai travaillé comme « expéditeur » dans une usine. Un expéditeur est une personne qui se charge de trouver les pièces dont on a besoin sur la chaîne de montage parce qu'elles sont quelque part dans l'usine. Dans la même poussée, je crois que ces gens ont besoin d'un expéditeur pour s'assurer qu'ils s'intègrent au système comme il le faut et sont pris en charge de façon efficace et équitable.

Dre Dorothy Pringle: C'est très bien comme nom. Je crois que ça convient comme titre.

M. Brent St. Denis: En ce qui concerne les tracasseries administratives, comment décririez-vous, selon votre expérience, l'attitude de l'appareil militaire, qu'il s'agisse du MDN ou des Anciens combattants ou du gouvernement en général sur le plan historique, à l'égard des anciens combattants blessés? Est-ce que l'on considère qu'ils font toujours partie de la famille militaire et que nous avons l'obligation de faire de notre mieux à leur endroit, ou est-ce que l'on considère qu'ils représentent un poids pour le système, en particulier ceux qui souffrent de préjudices psychologiques et qui ne sont pas visibles, et qui sont même, malheureusement, perçus comme des parias ou ont le sentiment de l'être à tout le moins, et ce, pour un grand nombre d'entre eux? Comment décririez-vous, en général, l'approche philosophique par rapport à ceux qui ont quitté la vie militaire, en particulier ceux qui sont blessés d'une façon ou d'une autre?

•(1000)

Dre Dorothy Pringle: Tout d'abord, je ne suis pas très familière avec ce genre de situation. Nous n'avons pas de contact avec le MDN.

Je peux dire que je n'ai pas eu connaissance d'opinions défavorables de la part du personnel des Anciens combattants et nous travaillons de concert avec un grand nombre de ses membres, tant à Charlottetown que partout ailleurs au pays. Des membres de leur personnel assistent à nos réunions du Conseil consultatif de gérontologie et participent aux discussions. Nous sommes en contact avec eux de cette façon.

Voyez-vous, maintenant, lorsqu'un ancien combattant se présente au ministère, je crois que les blessures qui sont clairement liées au service en temps de guerre ont été définies et que ces personnes sont intégrées au système. Ce sont les répercussions à long terme du service en temps de guerre qui se manifestent maintenant. Il s'agit de ces anciens combattants plus âgés. On ne parle ici d'une amputation ou d'une blessure évidente. Il s'agit d'une conséquence provenant du déploiement ou du service militaire, comme l'arthrite. Les recherches qui établissent un lien entre les effets à long terme du service militaire et les problèmes de santé dans la vieillesse sont assez récentes.

C'est le groupe dont nous parlons ici, et je crois que nous avons bien saisi la situation. Je ne peux pas vraiment commenter de façon éclairée ou avec autorité sur l'expérience des jeunes anciens combattants ayant subi des blessures.

M. Brent St. Denis: Merci, madame Pringle.

Le président: Merci.

Nous allons maintenant entendre M. Gaudet du Bloc, qui dispose de cinq minutes.

[Français]

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

Bonjour, madame Pringle. Vous allez peut-être me trouver drôle, mais j'aimerais savoir si, d'après vous, il serait bon que les anciens combattants habitent à proximité des bases militaires.

À l'époque où j'étais au séminaire chez les Pères du Très-Saint-Sacrement, chaque séminariste avait une corvée à faire le matin. Nous étions 150, et c'était une école privée. Il n'y avait qu'un concierge, et chaque étudiant devait quotidiennement faire une bonne action. Tout était fait par les gens qui étaient sur place : on n'engageait personne.

Croyez-vous qu'il serait bon pour les anciens combattants d'habiter à temps plein dans des maisons, temporaires ou permanentes, construites par le gouvernement pour les militaires? Est-ce que leur vie pourrait en être améliorée? Ici, je ne parle pas seulement des anciens combattants, mais aussi des infirmières ou d'autres personnes ainsi que de leurs familles. Les anciens combattants pourraient alors échanger avec des militaires plus jeunes. Je ne sais pas si ce serait une bonne idée. Qu'en pensez-vous?

[Traduction]

Dre Dorothy Pringle: Je crois qu'il y a là un certain nombre de problèmes. Les jeunes soldats qui servent en Afghanistan et ceux qui sont tués... et nous avons une conscience très vive de chacune de ces personnes... vous entendez dire que cette personne est originaire de la Nouvelle-Écosse, mais basée à Petawawa, ou qu'elle vient de l'Ontario, mais est basée à Edmonton. Je n'ai pas moi-même d'expérience militaire; je n'ai jamais eu affaire aux forces armées. Je pense donc que ce serait bien que les anciens combattants choisissent de rester à proximité des bases à partir desquelles ils ont été déployés, mais je crois qu'il faut respecter le fait qu'ils ont le droit de vivre n'importe où. Et je présume que nombre d'entre eux souhaiteraient déménager plus près de leur famille ou d'un emploi. Ils doivent être en mesure de se déplacer là où des emplois sont disponibles et terminer leur vie active dans ces collectivités.

Il est peu probable, s'ils ont vécu 20 ans à Sudbury après leur départ du service militaire, pendant lequel ils étaient peut-être basés au Nouveau-Brunswick, qu'ils veuillent retourner au Nouveau-Brunswick pour ces raisons, sauf pour certains dont la famille se trouve peut-être là ou parce qu'ils ont entretenu des liens étroits. Je crois donc que cela pourrait plaire à certains, mais aussi que cela ne conviendrait pas aux besoins de plusieurs anciens combattants.

• (1005)

[Français]

M. Roger Gaudet: Merci.

[Traduction]

Le président: Merci, monsieur Gaudet.

Nous entendrons maintenant M. Shipley.

M. Bev Shipley (Lambton—Kent—Middlesex, PCC): Merci, madame Pringle, de vous joindre à nous aujourd'hui. Lorsque vous parlez de *Parole d'honneur*, vous revenez souvent à la mauvaise santé durant la vieillesse. En réalité, la mauvaise santé durant la vieillesse n'est pas inévitable et vous avez abordé un peu la question de la promotion de la santé. Hier soir, comme nombre d'entre nous en discuterons encore longtemps, nous avons été nombreux à nous entretenir de son importance dans le cadre de l'éducation.

En rapport avec l'éducation, ils parlaient sûrement d'eux-mêmes et d'une façon de mieux comprendre, mais surtout des familles qui en ont la charge et des soignants non des spécialistes. En fait, j'ai eu l'impression que certains spécialistes ne comprennent tout simplement pas le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) ou certaines de ces maladies qui apparaissent après les traumatismes.

Vous avez abordé plus tôt la question des idées réalistes. Un des sujets qu'ils ont soulevés et qui m'a frappé a trait aux raisons qui expliqueraient pourquoi il n'y a jamais eu de livre publié par ceux qui ont souffert du SSPT, ce qui en fait essentiellement une question pour les pairs. Un certain nombre de ces personnes ont été touchées, comme leurs familles. Leurs familles ne saisissent toujours pas de quoi il s'agit; ils ne comprennent pas. Et je crois qu'il est parfois difficile pour un membre de la famille de comprendre lorsque l'explication vient de la personne elle-même plutôt que de quelqu'un de la famille élargie ou de l'extérieur de la famille.

Avez-vous des commentaires à ce sujet?

Dre Dorothy Pringle: Je comprends ce que les personnes vous ont dit. Je suis titulaire d'une maîtrise en soins infirmiers psychiatriques et j'ai travaillé longtemps dans ce domaine. Je crois que, dans le cas de la maladie mentale, quelle que soit la forme qu'elle prend, qu'il s'agisse d'un trouble d'ordre schizophrénique ou

d'un trouble de SSPT, il est très difficile pour le public et pour les membres de la famille de se situer par rapport au problème et d'apprendre à en maîtriser les éléments. Je crois que ces anciens combattants vivent ce que les personnes qui ont des troubles de santé mentale ont toujours vécu.

Je crois que tout ce qui peut être fait pour aider les familles, la collectivité et, en fait, les fournisseurs de soins de santé — qui ne sont pas spécialistes dans ce domaine, mais qui comprennent vraiment la nature de ce qui est vécu — sera utile. Je crois qu'un livre serait excellent.

M. Bev Shipley: Vous avez souligné cet élément. Pourriez-vous nous aider à les aider en ce qui concerne la façon d'organiser cela? Qui leur procurerait les meilleurs résultats? Quelles seraient les personnes vers qui elles pourraient aller? Quelles sont les personnes vers qui nous pourrions aller? Quels seraient les meilleurs fournisseurs de services pour cela?

Dre Dorothy Pringle: Qui serait le meilleur fournisseur de services relativement au livre?

M. Bev Shipley: Pour amorcer les choses...

Dre Dorothy Pringle: Je m'exprime à brûle-pourpoint, mais je me questionne au sujet d'un des organismes d'anciens combattants. Il pourrait s'agir d'Anciens combattants, de leur service des communications — c'est là une possibilité — ou la Légion royale canadienne pourrait s'en charger à titre d'initiative nationale. Est-ce quelque chose qu'ils font?

Il peut y avoir bien des façons d'accomplir cela. C'est une merveilleuse idée.

• (1010)

M. Bev Shipley: Cela m'a frappé comme quelque chose dont avait besoin le grand public, les familles. Ce serait sans doute un grand progrès.

L'autre chose que vous avez mentionnée est la forme physique. Même si nous ne sommes peut-être pas dans la catégorie de ceux qui sont le plus en forme, il sera important de l'être plus tard, lorsque nous aurons vieilli et tout au long de notre vie.

Vous avez mentionné qu'il était préférable d'être intégré à des groupes plutôt que d'essayer de faire les choses de façon autonome? On nous dit, entre autres choses, que pendant la convalescence après un traumatisme, les personnes ont tendance à se tenir à part. Elles ont tendance à ne pas vouloir sortir et, pourtant, comme nous l'entendons dire, après une certaine période qui permet de surmonter l'obstacle et de sortir, il est préférable pour elles de le faire, même si elles ressentent encore les effets du traumatisme.

Je me demande si vous avez des commentaires sur la façon de saisir la meilleure manière de les intéresser à la bonne forme physique, que ce soit individuellement avec des entraîneurs personnels ou, est-ce préférable dans certains cas, de voir à les intégrer à une forme de régime lent pour qu'elles côtoient leurs pairs? Il semble y avoir là un élément de forme physique, mais aussi la possibilité d'échanger avec des pairs.

Dre Dorothy Pringle: Cela dépend de chacun. Les recherches révèlent que lorsque des individus s'engagent dans un programme où l'on s'attend à ce qu'ils entreprennent des activités physiques de façon autonome, ils ne persistent pas. Leur participation se poursuit plus longtemps et avec de meilleurs résultats s'ils jouissent de l'appui et du contact de quelqu'un en personne et par téléphone.

Un des programmes que nous examinons de près est un régime d'activité physique à domicile, auquel s'ajouteraient des contacts hebdomadaires — un spécialiste de l'intervention précoce dans le cas qui nous intéresse.

Pour les personnes qui ne souhaitent pas participer à un groupe ou que cela n'intéresse pas, ce programme est probablement celui qui convient le mieux. Elles pourraient aussi terminer ce programme pour passer à un autre une fois qu'elles se sentent mieux — très souvent, elles ne se sentent pas d'attaque pour se joindre à un groupe — elles peuvent être disposées à se joindre à un groupe, mais l'effort devra être progressif. D'autres aiment bien les activités de groupe et en retirent beaucoup, et cela dépend tout autant, sinon plus, de l'aspect social de la démarche que de l'exercice. C'est dire que si vous pouvez intéresser les gens à des exercices en groupe que vous savez utiles et efficaces pour eux, c'est là quelque chose de plus durable à long terme.

Ce n'est pas une question de « programme universel ». Il faut évaluer chacune de ces personnes et juger de la situation avec cette personne et le soignant parce que nous considérons que cela est tout aussi important pour le soignant.

Il se peut que certains soignants s'intéressent à la démarche et, par la suite, que les anciens combattants s'y intéressent aussi.

M. Bev Shipley: Encore une fois, merci beaucoup de vos commentaires.

Le président: Merci, monsieur Shipley.

Nous entendrons maintenant M. Valley du Parti libéral, qui dispose de cinq minutes.

M. Roger Valley: Merci, monsieur le président.

Merci, madame.

Je crois que le rapport a été publié il y a six mois, en novembre. Pouvez-vous nous rappeler quelles sont les prochaines étapes, puisqu'on nous a répété à plusieurs reprises que nous devons évoluer vers un système fondé sur les besoins? Est-ce là la première étape à franchir?

Lorsque nous avons entendu le témoignage d'autres témoins, d'autres réunions étaient prévues pour votre groupe. Pouvez-vous nous dire ce que l'avenir immédiat réserve?

Dre Dorothy Pringle: Nous nous réunirons à Charlottetown la première semaine de juillet, alors que les deux groupes, le comité de promotion de la santé et le comité d'évaluation, remettront leur rapport.

Notre rapport a déjà été rendu public et, quand il a été traduit et livré aux responsables du ministère des Anciens combattants pour qu'ils puissent commencer leurs travaux, nous étions probablement rendus à la fin de l'été. Ils s'en occupent maintenant. Ils nous ont consultés pour obtenir de l'aide sur l'élaboration des plans de mise en œuvre.

Je crois que le système qui est fondé sur les besoins progresse, et c'est pourquoi le comité d'évaluation a fait enquête et a fourni des recommandations concernant — je vais utiliser le terme — « l'instrument » ou l'outil d'évaluation qui doit être mis en place pour que nous progressions selon le système fondé sur les besoins. Notre comité de promotion de la santé doit formuler ses premières recommandations en juillet concernant le point de départ de nos efforts de promotion de la santé ainsi que la redéfinition des rôles du coordonnateur des soins en vue de les élargir.

Je ne peux vous confirmer la date à laquelle les changements se feront, mais j'ai participé à un grand nombre de réunions ce

printemps. Nous avons rencontré des gens du Conseil du Trésor au moment où ils ont amorcé des travaux sur l'aspect financier des choses. Nous avons bon espoir que la mise en œuvre commencera plus tard cette année, ou au plus tard au début de la prochaine année.

Notre conseil se réunit deux fois par année. Cette année, nous avons eu une réunion additionnelle parce que nous travaillions à la mise en œuvre de *Parole d'honneur*.

• (1015)

M. Roger Valley: Merci, madame; merci de votre dévouement.

Plus tôt, vous avez utilisé une expression à laquelle je n'avais pas songé. Vous avez dit que le ministère des Anciens combattants agissait comme « agent d'élimination » des écarts entre les régimes provinciaux. Parfois, comme nous l'avons entendu hier soir, il y a plus d'écarts qu'il n'est possible de combler. Nous sommes tous au courant des pénuries de travailleurs chez certains professionnels de soins de santé dans l'ensemble du Canada et chez tous les travailleurs de la santé. Cela doit avoir des répercussions sur ce que vous tentez de faire pour les anciens combattants.

Nous savons que la présence du fédéral va en diminuant dans les circonscriptions et dans les collectivités. Nous avons évolué vers des contrats locaux pour la prestation des services dans les régions rurales et vers des contrats locaux avec des hôpitaux provinciaux. Votre groupe est-il d'avis que ces démarches sont assez complexes, ou est-ce là quelque chose à développer plus à fond avec les provinces? On a relevé dernièrement dans les médias des questions où certains survivants ou anciens combattants, ou leurs familles, ont des problèmes avec certains systèmes de soins de santé provinciaux.

Dre Dorothy Pringle: Je crois que nous sommes tous soumis aux limites de nos systèmes de soins de santé provinciaux. Ces systèmes présentent d'excellents aspects, mais ont aussi leurs limites. Je crois qu'il y a certainement des lacunes en ce moment.

Je dirais que les soins à domicile sont un des aspects les moins bien développés de nos systèmes de soins de santé, partout au pays. Les budgets ne sont pas suffisants; nous n'avons pas suffisamment d'infirmières, de physiothérapeutes, d'auxiliaires familiaux, de préposés aux services de soutien à la personne et d'autres ressources du genre. Cela a des répercussions sur les services aux Anciens combattants. C'est là qu'intervient le ministère des Anciens combattants pour augmenter la disponibilité des services d'auxiliaires familiaux et de soins personnels. Habituellement, il n'a pas à intervenir par rapport aux services professionnels, mais il le fera, si cela est nécessaire.

Tous sont limités par la disponibilité de travailleurs professionnels. Nous n'avons pas suffisamment de physiothérapeutes et, plus particulièrement, nous n'avons pas suffisamment de programmes de soins à domicile. Je crois que c'est là un problème. On reconnaît qu'il y a un problème et je pense que lorsqu'il sera éventuellement résolu en passant des marchés avec des sources privées, pour des physios ou autres... cela se fait, mais ça ne fonctionne pas toujours. C'est une limite qui nous touche tous.

M. Roger Valley: Merci, madame.

Je représente une circonscription rurale, une des plus vastes au Canada, et je vous remercie de votre dévouement. Je vous ai entendu dire, à plusieurs reprises, que l'accent est placé sur les grands centres urbains parce que c'est là qu'on retrouve les services, mais ce sont parfois les anciens combattants qui se trouvent dans les régions rurales qui, sans être oubliés, ont beaucoup de difficulté à recevoir certains services.

Merci.

Dre Dorothy Pringle: Oui, je suis d'accord.

Le président: Merci, monsieur Valley.

Maintenant, nous allons passer à M. Sweet du Parti conservateur, qui dispose de cinq minutes.

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

Merci, madame, pour tout votre bon travail et vos réponses à nos questions aujourd'hui.

Dernièrement, un ancien combattant est venu à mon bureau. Je ne peux que deviner qu'il approchait les 80 ans. Il avait été exposé à l'amiante et ne recevait pas les services du ministère des Anciens combattants. Heureusement, après un appel, il a pu obtenir des services. Bien sûr, il a pu ensuite s'inscrire au PAAC. Sa conjointe pourra ainsi obtenir ces services du PAAC, mais il n'était pas du tout au courant de cela.

Une des choses qui m'a bien plu des deux derniers témoins de votre conseil est qu'une des recommandations formulées propose la sollicitation proactive quant aux services pour les anciens combattants. Est-ce exact?

• (1020)

Dre Dorothy Pringle: Oui, absolument.

M. David Sweet: Quel rôle jouera le spécialiste en intervention précoce? J'essaie juste de comprendre. De quel genre de personne s'agira-t-il? Quelles références doit-il avoir? S'agira-t-il d'un homme ou d'une femme à tout faire ou d'un infirmier autorisé?

Dre Dorothy Pringle: Il ne s'agira probablement pas d'un infirmier autorisé. Nous avons principalement besoin des infirmiers autorisés pour la coordination des soins et pour les soins pratiques.

Nous avons pensé que cette personne serait probablement diplômée d'un programme de santé et d'éducation physique. Ce type de programme est beaucoup concentré sur la promotion de la santé et il est enseigné un peu partout dans le pays. Ce spécialiste peut aussi être un diplômé d'un collège communautaire dans le domaine de la promotion de la santé.

Il n'est pas nécessaire que ces spécialistes aient tous la même formation. Ils peuvent être diplômés du programme de gérontologie de l'Université de Guelph par exemple, mais on devra les former à faire le travail en question. Pour ceux qui ont une formation moins solide dans le domaine même de la promotion de la santé, ils auraient besoin d'approfondir leurs connaissances dans cette matière.

Il reviendra au ministère des Anciens combattants de prendre des dispositions pour que toutes ces personnes se mettent au niveau dans les domaines d'expertise requis pour cet emploi. Mais nous n'envisageons pas de voir les infirmiers, les physiothérapeutes ou les travailleurs sociaux jouer ce rôle de spécialiste en intervention précoce.

M. David Sweet: D'accord, mais il faudrait que ces personnes possèdent de grandes aptitudes. Elles devront être des personnes-ressources complètes pour les anciens combattants.

Dre Dorothy Pringle: Absolument.

M. David Sweet: Je n'ai pas l'intention d'entrer trop dans les opérations, mais j'aimerais avoir un aperçu, en tant que membre de ce comité, de la manière dont vous envisagez tout ceci, parce que vous semblez être une spécialiste de la gestion.

Envisagez-vous quelque chose comme un centre de télésollicitation où des personnes ayant des compétences en relations humaines entreraient en contact avec les anciens combattants pour ensuite

confier au spécialiste en intervention précoce ceux d'entre eux qui auraient besoin de services?

Dre Dorothy Pringle: Cela peut arriver. J'ajouterais, si vous le permettez, qu'il se peut qu'il y ait des anciens combattants faisant actuellement partie du PAAC (qui comprend les services d'une personne soignante) qui devraient participer à un programme d'activité, de nutrition, etc. Le coordonnateur des soins de la région adresserait ces personnes au spécialiste en intervention précoce. Cela pourrait être une manière de s'y prendre.

Il peut aussi arriver qu'un ancien combattant téléphone au ministère parce qu'il a lu quelque chose concernant ce programme dans le bulletin d'information des parlementaires ou parce qu'il a lu dans *Salute!*, le journal des anciens combattants, une annonce de ce type : « Veuillez nous contacter s'il vous plaît. Nous voulons vous aider à améliorer votre santé. » et qu'il veut savoir de quoi il s'agit.

On fera une évaluation initiale pour déterminer s'il a besoin des soins de santé en soi. Si tel est le cas, il sera alors immédiatement adressé au coordinateur des soins de sa région.

Si l'évaluation initiale indique qu'il ne semble pas avoir besoin de services, il sera alors adressé à un spécialiste en intervention précoce et une autre évaluation, beaucoup plus approfondie, sera faite, d'abord au téléphone, puis à domicile, si nécessaire.

M. David Sweet: Génial.

Au fait, suis-je allé trop vite en besogne? J'ai présumé que vous étiez une docteure — un médecin — ayant des compétences en gestion, parce que vous avez déclaré que vous les aidiez à mettre en place les mesures nécessaires pour que le programme fonctionne conformément à la promesse faite. Est-ce là votre domaine d'expertise, la gestion?

• (1025)

Dre Dorothy Pringle: Je suis infirmière, et non médecin. J'ai accompli beaucoup de tâches administratives. J'ai occupé beaucoup de fonctions administratives.

En tant que conseil, nous recommandons des outils dont Anciens Combattants Canada doit se doter (les personnes-ressources, les lignes de communication, les outils d'évaluation, etc.) afin que les mesures que nous avons préconisées dans *Parole d'honneur* soient opérationnelles.

M. David Sweet: D'accord. Je cherchais à en savoir un peu plus. Je voulais savoir si vous aviez de l'expertise en gestion et quels problèmes la mise en œuvre de ces nouvelles initiatives posera selon vous, compte tenu de votre expérience au ministère des Anciens combattants.

Dre Dorothy Pringle: Je pense que les plus grands défis seront de recruter et de former les spécialistes en intervention précoce. Ce sont des tâches énormes.

Il faudra ensuite revoir le rôle des coordonnateurs régionaux et leur confier davantage de tâches afin qu'ils soient plus interventionnistes. Leur rôle a déjà été élargi à plusieurs reprises et il n'est plus le même qu'il y a 15, 10 ou même cinq ans. Nous pensons le renforcer davantage. Il y a une plus grande implication de la personne soignante, de telle sorte que le coordonnateur régional doit être à même d'évaluer non seulement l'ancien combattant, mais aussi la personne soignante et la situation familiale.

À mon avis, les plus grands défis seront, d'une part, de mettre en place les personnes qu'il nous faut, et d'autre part, de les former afin qu'elles atteignent le niveau requis pour réaliser les objectifs de *Parole d'honneur*.

M. David Sweet: Dans *Good to Great*, un livre sur la gestion qui connaît beaucoup de succès, l'auteur dit que c'est là le plus grand défi: recruter les personnes qu'il faut.

Merci beaucoup.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Sweet.

Monsieur Shipley.

M. Bev Shipley: Merci. J'ai une ou deux questions, juste pour résumer.

Vous avez indiqué que vous étiez reconnaissante du soutien des anciens combattants. Je crois que c'est important, pas uniquement sur le plan politique, mais je crois qu'il est important que les anciens combattants sachent qu'il y a un organisme comme le vôtre qui travaille pour eux. À vrai dire, je pense que nous devons pousser cette action un peu plus loin. Vous agissez surtout en tant que Comité consultatif de gérontologie; cela dénote le groupe d'âge. Je pense qu'on parle maintenant d'étendre tout cela aux nouveaux vétérans. Les problèmes dont vous vous occupez sont les mêmes qu'ils vont affronter à un moment donné.

Lorsqu'il s'agit des problèmes auxquels font face les anciens combattants une fois retournés chez eux, je me demande s'il y a une différence... Nous avons du personnel civil et des éléments de la GRC qui souffrent de ces maladies ou expériences traumatiques. Peut-être est-ce le traumatisme qui cause la maladie ou la blessure. Une de ces maladies est le stress post-traumatique.

Croyez-vous qu'il y a une différence entre une personne qui travaille dans un organisme public et n'a pas été engagée dans les forces armées et une autre qui y a été engagée, lorsqu'il est question de certains des soins dont ces deux personnes pourraient avoir besoin?

Dre Dorothy Pringle: Oui. Nous l'apprenons actuellement. C'est la recherche sur le déploiement: cette étude a démontré qu'il n'est pas nécessaire d'être blessé pour souffrir des effets à long terme du service militaire. Le simple fait d'être dans l'armée et d'être déployé peut avoir des conséquences néfastes pour la santé pendant une très longue période.

Je crois que cette recherche nous a beaucoup influencés, en ce sens qu'elle a permis d'éliminer ce critère d'admissibilité aux services offerts au ministère des Anciens combattants et de nous fonder désormais sur les besoins; en effet, vous pouvez être dans l'armée et être libéré en bonne santé, mais il n'y a aucun moyen de savoir quels seront les effets à long terme de ce temps passé sous les armes.

Ainsi, 30, 40 ans plus tard, étant une personne âgée, vous avez besoin d'être admis aux services offerts par le ministère des Anciens combattants et d'en bénéficier.

●(1030)

M. Bev Shipley: Beaucoup de témoins nous ont en fait tenu le même langage que vous, et de manière ferme, à propos de la nécessité de se fonder désormais non plus sur l'admissibilité, mais plutôt sur les besoins, tout simplement parce qu'il doit en être ainsi, et je le pense aussi, pour la protection du système et de toutes les personnes qui sont concernées.

Un des points que vous avez mentionnés et dont nous avons entendu parler, bien qu'en des termes différents, c'est la nécessité

d'en finir avec la paperasserie, en gros — certains ont parlé de « navigation » à travers la paperasserie. Manifestement, d'une certaine manière, il est nécessaire de simplifier la procédure et de commencer à se débarrasser d'une certaine bureaucratie qui n'existe que pour le plaisir d'avoir de la bureaucratie et de la paperasserie.

Dans d'autres secteurs d'activités, dans le domaine de la fabrication et dans le domaine des affaires par exemple, certaines de ces dépenses ont été réduites de 20 p. 100. Je suis convaincu que nous avons probablement là une des choses sur lesquelles nous devrions nous pencher: débarrasser ces personnes de la paperasserie sur laquelle elles se butent.

Une autre des choses qui ont été mises en œuvre ailleurs, que nous n'avons pas encore, mais que nous aurons très bientôt, c'est l'ombudsman. Quelle que soit la qualité du système, il y a toujours des personnes qui ont des problèmes ou qui ont besoin d'aide pour aller où elles veulent aller. J'ai bon espoir que l'ombudsman sera très utile en offrant une opinion indépendante et en aidant les usagers.

À votre avis, dans quelle mesure cela peut-il être bénéfique?

Dre Dorothy Pringle: Tout d'abord, je conviendrais avec vous que le fait de se fonder sur les besoins nous aidera à éliminer considérablement la paperasserie et la lourdeur administrative. Je sais que vous avez évoqué cela auparavant.

Je pense que l'ombudsman va être utile. Je doute qu'il soit possible d'avoir un système parfait ou un système qui marche parfaitement ou de la bonne manière pour tout le monde. Voilà pourquoi il faut une structure à laquelle les usagers puissent s'adresser si le système n'a pas fonctionné comme il se doit. Je pense qu'un ombudsman est la bonne façon de cerner les problèmes.

Bien sûr, je suis maintenant habituée au rôle de l'ombudsman dans les hôpitaux. On a l'impression que tout va bien à l'hôpital, mais l'ombudsman commence à entendre la même histoire racontée par plusieurs personnes; cela permet de savoir qu'il y a un problème quelque part.

M. Bev Shipley: Puis-je me permettre de poser une dernière petite question? Je ne fais pas exprès de vous interrompre, mais le temps qui m'est imparti tire à sa fin.

Un des problèmes qui nous préoccupent tous est la disponibilité des services professionnels (et partout dans notre pays on vit la même situation): avoir des médecins, des spécialistes travaillant dans le secteur public au sein de la collectivité et s'occupant aussi des vétérans, sous l'égide du ministère des Anciens combattants. Voyez-vous cela comme un besoin qui sera probablement ressenti? Pensez-vous que le fait de procéder ainsi créera des complications?

Dre Dorothy Pringle: Si j'ai bien compris la question, je dirais qu'un grand nombre de professionnels affectés aux soins directs proviendra probablement de l'extérieur du système des Anciens combattants, que l'on signera des contrats avec eux plutôt que de les embaucher de façon permanente au ministère. Ce sera vraisemblablement le cas pour les médecins aussi.

Nous n'avons pas du tout discuté de tout cela au conseil ou au ministère, mais il se pourrait qu'il y ait des régions, éloignées ou rurales, où il faudra en fait créer des équipes de base du ministère des Anciens combattants. Nous avons besoin d'équipes multidisciplinaires, pour lesquelles il se pourrait que le ministère recrute directement des personnes pour les affecter dans ces localités, parce qu'on n'en trouverait pas autrement.

●(1035)

M. Bev Shipley: D'accord, merci.

Le président: Merci, monsieur Shipley.

Monsieur Stoffer, vous avez la parole une fois de plus pour cinq minutes.

M. Peter Stoffer: J'ai juste une question rapide pour vous, madame.

Je vois déjà une sorte de problème qui pourrait se poser. Quand vous dites qu'il se pourrait que certaines personnes aient un contrat avec le ministère pour se rendre auprès des anciens combattants et évaluer leur état de santé ou celui de leur conjoint, il ne faut pas oublier qu'en réalité, la plupart des activités dépendent du budget: qu'avons-nous les moyens d'offrir, de quel budget dispose le ministère pour faire le travail demandé? Une personne vient et analyse ou examine l'ancien combattant et sa famille, leur situation et ce qu'ils considèrent comme leurs besoins, mais parfois il se peut que l'opinion qu'a l'analyste des besoins de l'ancien combattant soit complètement différente de ce que ce dernier pense. En dernier lieu, qui détermine ce dont l'ancien combattant a vraiment besoin?

Il peut arriver qu'un ancien combattant dise: « J'ai besoin de ceci, de ceci, de ceci et de ceci », et que la personne qui fait l'entrevue ou l'analyse réponde: « Non, selon nous, vous avez besoin de telle et telle chose ». Qui tranche dans ce cas? Le bénéfice du doute appartient-il à l'ancien combattant ou au ministère, qui paie finalement pour tout cela?

Dre Dorothy Pringle: Je pense que, dans la mesure du possible, on essaie de trouver un terrain d'entente dans un tel cas. Cela fait partie du travail de la personne qui procède aux évaluations de demander l'opinion de l'ancien combattant et de la personne soignante à propos des besoins. Franchement, l'expérience nous a montré que dans la plupart des cas, ils risquent de sous-estimer leurs besoins, et il faut donc les persuader qu'en réalité ils ont besoin d'aide pour les tâches ménagères, etc. Ensuite, il est nécessaire que l'évaluateur leur donne son opinion en tant que professionnel, en se fondant sur l'évaluation de leurs besoins. Ainsi, on essaie d'accorder les deux opinions.

Je pense que le médiateur final, c'est le ministère des Anciens combattants. Ça ne peut pas être la personne qui travaille à contrat dans ce domicile. Cette personne va rapporter les deux opinions: « la famille croit fermement que voici ses besoins et je n'ai pas pu l'en dissuader; quant à moi, en tant que professionnel, je pense que ses besoins sont les suivants; nous n'avons pas pu aplanir ces différences ». Le cas va être porté à l'appréciation de l'équipe du ministère qui pourrait alors se réunir. Il peut s'avérer nécessaire d'organiser une réunion avec la famille pour essayer de trouver un consensus.

Je pense qu'il a déjà été dit que l'ancien combattant aura gain de cause en cas de bénéfice du doute.

M. Peter Stoffer: Merci.

Le président: Merci, monsieur Stoffer.

Monsieur Valley.

M. Roger Valley: Merci, docteur. Je crois que vous êtes le troisième témoin du Conseil consultatif de gérontologie à comparaître.

Dre Dorothy Pringle: En effet.

M. Roger Valley: Votre témoignage était excellent. Nous sommes très impressionnés par le travail que vous réalisez. Mais nous sommes en politique et, en passant, j'avais fait une recommandation avant.

Manifestement, vous avez une passion pour tous les vétérans. Nous savons que vous aviez dû concentrer votre attention sur ceux de la Seconde Guerre mondiale et de la guerre de Corée. Mais le nom de votre conseil, « gérontologie », évoque chez des personnes des réalités différentes, et il peut arriver un moment où vous devrez montrer que vous êtes au service de tous les vétérans, alors que le nom de ce conseil laisse entendre autre chose. Peut-être que je cherche la petite bête, mais je suis très impressionné par le travail que vous avez accompli jusqu'à présent et je pense que le nom de votre conseil devrait témoigner du fait que vous êtes au service de tous les vétérans. Ne prenez donc pas cela au pied de la lettre.

Nous sommes très fiers du travail que vous accomplissez. Je vous remercie.

Dre Dorothy Pringle: Merci beaucoup. Je suis très sensible à ces commentaires.

Si nous devons être au service de tous les vétérans, nous aurons besoin de personnes supplémentaires au conseil, parce qu'il nous faudra des personnes qui ont une expertise en santé et en services pour des usagers plus jeunes et qui pourront servir le groupe d'âge des vétérans des forces armées canadiennes. L'expertise de notre comité est vraiment centrée sur les personnes plus âgées.

M. Roger Valley: Merci, docteur.

Le président: À ce stade, docteur Pringle, je pense que nous avons épuisé nos questions. Je vous remercie énormément pour l'exposé que vous avez fait aujourd'hui.

Dre Dorothy Pringle: Merci beaucoup. Je vous remercie de m'en avoir donné l'occasion.

● (1040)

Le président: Nous avons deux ou trois questions à examiner. La première, comme je l'ai mentionné, est la visite au Centre du ministère de la Défense nationale et d'Anciens Combattants Canada pour le soutien des militaires blessés ou retraités et leurs familles, ici, à Ottawa. Il me semble que nous pouvons organiser cela pour le 7 juin, pendant la séance. Si cela convient au comité, je pense que ce serait parfait.

M. Stoffer lève le pouce pour appuyer cela.

Est-ce que les gens sont généralement disposés à examiner cela? D'accord, très bien. Nous verrons comment organiser tout cela.

Juste avant que je donne la parole à M. Perron, permettez-moi aussi de signaler que ce serait bien si nous pouvions faire des recommandations à la suite de notre étude sur l'état de stress post-traumatique, au cas où il nous reste du temps aujourd'hui.

Allez-y, monsieur Perron.

[Français]

M. Gilles-A. Perron: Monsieur le président, j'ai ce matin de sérieuses préoccupations.

Des amis, de bonne foi, m'ont laissé entendre qu'il y avait présentement sur le terrain des chasseurs de tête à la recherche de candidats pour le poste d'ombudsman des anciens combattants. Cette démarche est très avancée. En effet, on a déjà trouvé des candidats. Pour que vous puissiez vérifier mes dires, je vous dirai qu'un certain M. Leduc, entre autres, fait partie de ces candidats.

Une autre chose me préoccupe, et c'est le fait que Me Victor Marchand, le président du Tribunal des anciens combattants, soit impliqué.

[Traduction]

Le président: Monsieur Perron, quelques autres membres du comité soulèvent ce point. En raison des problèmes juridiques concernant les contrats d'emploi et autres sujets de ce genre, il est possible que nous continuions la séance à huis clos pour discuter de

cette question, étant donné les implications que cela peut avoir par rapport à la procédure. Si vous pouviez patienter, je pense que nous devrions siéger à huis clos pour toute discussion relative à ce point, qui concernerait les personnes physiques.

[La séance se poursuit à huis clos.]

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.