



**CHAMBRE DES COMMUNES
CANADA**

**RELEVER LA BARRE PLUS HAUT – LES SOINS DE
SANTÉ POUR LES ANCIENS COMBATTANTS: LE
PROGRAMME POUR L’AUTONOMIE DES ANCIENS
COMBATTANTS ET L’EXAMEN DES SOINS DE
SANTÉ POUR ANCIENS COMBATTANTS**

**Rapport du Comité permanent
des anciens combattants**

Le président

Rob Anders, député

Mai 2008

39^e LÉGISLATURE, 2^e SESSION

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.

Si ce document renferme des extraits ou le texte intégral de mémoires présentés au Comité, on doit également obtenir de leurs auteurs l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ces mémoires.

Les transcriptions des réunions publiques du Comité sont disponibles par Internet : <http://www.parl.gc.ca>

En vente : Communication Canada — Édition, Ottawa, Canada K1A 0S9

**RELEVER LA BARRE PLUS HAUT – LES SOINS DE
SANTÉ POUR LES ANCIENS COMBATTANTS: LE
PROGRAMME POUR L’AUTONOMIE DES ANCIENS
COMBATTANTS ET L’EXAMEN DES SOINS DE
SANTÉ POUR ANCIENS COMBATTANTS**

**Rapport du Comité permanent
des anciens combattants**

Le président

Rob Anders, député

Mai 2008

39^e LÉGISLATURE, 2^e SESSION

COMITÉ PERMANENT DES ANCIENS COMBATTANTS

PRÉSIDENT

Rob Anders

VICE-PRÉSIDENTS

Brent St. Denis

Peter Stoffer

MEMBRES

Ron Cannan

L'hon. Albina Guarnieri

Gilles-A. Perron

Bev Shipley

Roger Valley

Roger Gaudet

Betty Hinton

Todd Norman Russell

David Sweet

AUTRES DÉPUTÉS QUI ONT PARTICIPÉ

John Cummins

Ken Epp

Jean-Yves Roy

Rodger Cuzner

Christian Ouellet

Lui Temelkowski

GREFFIERS DU COMITÉ

Erica Pereira

Alexandre Roger

BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Service d'information et de recherche parlementaires

Michel Rossignol

LE COMITÉ PERMANENT DES ANCIENS COMBATTANTS

a l'honneur de présenter son

PREMIER RAPPORT

Conformément au mandat que lui confère l'article 108(2) du Règlement, le Comité a étudié le Programme pour l'autonomie des anciens combattants et l'Examen des soins de santé des anciens combattants et a convenu de faire rapport de ce qui suit :

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
PROGRAMME POUR L'AUTONOMIE DES ANCIENS COMBATTANTS	2
A. Un modèle axé sur les soins à domicile	2
B. Prestations du PAAC destinées aux veuves et aux dispensateurs de soins	4
C. L'admissibilité au PAAC : une question complexe	6
RAPPORT DU CONSEIL CONSULTATIF DE GÉRONTOLOGIE	7
LES ANCIENS COMBATTANTS DE DEMAIN, LES EX-MILITAIRES ET LEURS FAMILLES	13
CONCLUSION	22
LISTE DES RECOMMANDATIONS	23
ANNEXE A : LISTE DES TÉMOINS, 39 ^e LÉGISLATURE, 2 ^e SESSION.....	29
ANNEXE B : LISTE DES TÉMOINS, 39 ^e LÉGISLATURE, 1 ^{re} SESSION.....	33
ANNEXE C : LISTE DES MÉMOIRES, 39 ^e LÉGISLATURE, 2 ^e SESSION	35
ANNEXE D : LISTE DES MÉMOIRES, 39 ^e LÉGISLATURE, 1 ^{re} SESSION	37
DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT	39
PROCÈS-VERBAUX.....	41

RELEVER LA BARRE PLUS HAUT — LES SOINS DE SANTÉ POUR LES ANCIENS COMBATTANTS : LE PROGRAMME POUR L'AUTONOMIE DES ANCIENS COMBATTANTS ET L'EXAMEN DES SOINS DE SANTÉ POUR ANCIENS COMBATTANTS

INTRODUCTION

Le moment est venu de relever plus haut la barre en matière de soins de santé pour les anciens combattants. On peut réaménager les programmes et les services de soins de santé que fournit le ministère des Anciens Combattants à ses clients survivants ayant servi en temps de guerre et augmenter le nombre d'anciens combattants admissibles à ces soins. Ce réaménagement ouvrira la porte à l'amélioration des soins de santé offerts aux jeunes ex-membres des Forces canadiennes qui ont servi lors d'opérations de maintien de la paix ou d'autres, surtout ceux aux prises avec des blessures psychologiques. Divers rapports parlementaires ont contribué à améliorer les soins de santé offerts aux anciens combattants. Un important rapport du sous-comité sénatorial, publié en 1999 et intitulé *Relever la barre*, a guidé le ministère des Anciens Combattants lorsqu'il a établi une nouvelle norme de soins de santé pour les anciens combattants¹. En 2003, le Comité permanent de la défense nationale et des anciens combattants de la Chambre des communes a fait état dans un rapport des progrès marqués et des questions qui restaient à régler². Or, l'occasion se présente maintenant de relever encore plus haut la barre puisque le Ministère a entrepris l'Examen des soins de santé pour les anciens combattants.

L'Examen ministériel a pour objectif de moderniser les programmes et les services de soins de longue durée que le Ministère offre aux anciens combattants canadiens qui ont servi pendant la Seconde Guerre mondiale ou la guerre de Corée. Bien que le Ministère se préoccupe de plus en plus des besoins des jeunes ex-membres des Forces canadiennes qui ont servi lors de missions de maintien de la paix ou d'autres depuis les années 1950, la prestation de soins et de services aux anciens combattants, qui ont maintenant un certain âge, reste l'un de ses principaux engagements. Comme l'a signalé le Comité dans son rapport de 2007 sur les blessures psychologiques liées au stress opérationnel : « La promesse du Canada, qui figurait dans la première Charte des anciens combattants en

1 Canada, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Sous-comité des anciens combattants, *Relever la barre : Une nouvelle norme de soins de santé pour les anciens combattants*, février 1999.

2 Canada, Chambre des communes, Comité permanent de la défense nationale et des anciens combattants, *Honorer notre engagement : Assurer aux anciens combattants des soins de longue durée de qualité*, juin 2003.

1944, de répondre aux besoins en services de santé de ses clients ayant servi en temps de guerre, a toujours cours, mais les besoins ont changé avec le vieillissement des anciens combattants, et il faut actualiser les services de santé afin d'offrir les services les plus efficaces et opportuns possibles³. »

Tenant compte de ces engagements, le Comité permanent des anciens combattants a poursuivi, au cours de la deuxième session de la 39^e législature, l'étude entreprise à la session précédente, soit l'Examen des soins de santé pour les anciens combattants et du Programme pour l'autonomie des anciens combattants. Le Programme pour l'autonomie des anciens combattants (PAAC) du Ministère constitue inévitablement un composant essentiel de toute réorganisation des services de soins de santé fournis aux anciens combattants. Par conséquent, le Comité l'a examiné pour déterminer la valeur et la place qu'il occupe dans un éventail de programmes et de services qu'offre le Ministère, en plus d'étudier les répercussions de l'Examen des soins de santé pour les anciens combattants. Le PAAC est aussi une composante essentielle des changements proposés par le Conseil canadien de gérontologie — qui conseille le ministère des Anciens Combattants sur les questions de santé — afin de réaménager le système actuel. Le but du présent rapport est de recommander au Ministère d'apporter au PAAC les changements proposés afin de lui permettre de mieux servir les anciens combattants et leurs familles.

PROGRAMME POUR L'AUTONOMIE DES ANCIENS COMBATTANTS

A. Un modèle axé sur les soins à domicile

Pour comprendre pourquoi il est nécessaire d'effectuer une réorganisation, il faut examiner l'évolution du Programme et voir dans quelles mesures il peut améliorer les soins de santé pour les anciens combattants. Le PAAC, appelé auparavant le Programme pour anciens combattants avançant en âge, a été créé en 1981 et, comme le laisse entendre son nom, son principal objectif est d'aider à assurer l'autonomie des anciens combattants vieillissants, afin qu'ils puissent vivre à la maison aussi longtemps qu'ils le voudront et d'empêcher, ou du moins de retarder, le moment où ils devront aller habiter dans des centres de soins de longue durée. On veut certes éviter les coûts qu'engendrent les soins en établissement. Cependant, on veut surtout assurer l'autonomie des anciens combattants vieillissants, car si l'on retarde leur entrée dans un centre, ils pourront rester plus longtemps à la maison et éviter les perturbations de la vie familiale et les difficultés d'adaptation qu'entraîne souvent la vie dans un établissement de santé. La situation est particulièrement difficile pour les anciens combattants qui vivent dans un village ou en région rurale, à l'extérieur des grandes villes où sont situés la plupart des centres de soins

3 Canada, Chambre des communes, Comité permanent des anciens combattants, Soutien pour les anciens combattants et les autres victimes du syndrome de stress post-traumatique ou d'autres traumatismes liés au stress opérationnel, juin 2007, p. 1.

de longue durée, et qui devront donc sans doute s'éloigner de leur famille et de leur collectivité. Un déménagement a aussi des répercussions sur les membres de la famille qui doivent alors se déplacer, parfois sur de grandes distances, pour se rendre dans ces centres visiter leurs proches. Bref, le fait de retarder l'admission d'un ancien combattant dans un centre de soins de santé est bénéfique tant pour lui que pour sa famille.

Les services d'entretien du terrain, dont la tonte de gazon et le déneigement, figurent parmi les éléments les plus connus du PAAC. Pour les personnes âgées, l'accès à ces services a l'avantage de les aider à s'occuper de leur maison malgré leur fragilité, tout en leur évitant les difficultés et les risques liés à l'exécution de telles tâches. Cependant, le Programme offre beaucoup plus puisqu'il a énormément évolué au cours des années. Il comprend non seulement des services d'entretien du terrain, mais aussi des services de soins personnels et d'entretien ménager, l'accès à des services de nutrition, de santé et de diagnostic, l'adaptation de la résidence (comme l'aménagement d'une rampe d'accès pour fauteuil roulant), des soins infirmiers à domicile, des services de transport et l'accès à un large éventail de prestations de traitement. Le Ministère peut aider les anciens combattants ou leurs dispensateurs de soins admissibles à choisir les fournisseurs de services dont ils ont besoin, mais les clients du PAAC peuvent choisir eux-mêmes leurs fournisseurs de soins dans certaines catégories, ce qui les aide à conserver leur autonomie dans la gestion de leurs affaires.

L'évolution du PAAC sous sa forme actuelle a été grandement marquée par le Projet pilote de 1999 de soins à domicile pour les anciens combattants ayant servi outre-mer. Pour les besoins du projet pilote, des services de soins à domicile, comme des soins personnels et l'entretien ménager ainsi que des prestations de traitements, étaient fournis aux anciens combattants inscrits au PAAC qui attendaient un lit dans un des centres de soins de longue durée à Halifax (Nouvelle-Écosse), à Ottawa (Ontario) et à Victoria (Colombie-Britannique). En 1999, en effet, les anciens combattants de certaines collectivités du Canada devaient attendre longtemps avant d'obtenir une place dans un centre de soins de longue durée, créant une situation plutôt alarmante, car lorsqu'un ancien combattant fait une demande d'admission dans un centre, le besoin est souvent pressant et toute attente est inquiétante pour lui et pour sa famille. Le projet pilote prévoyait des soins à domicile en attendant qu'une place se libère dans un centre, ce qui soulageait tant les anciens combattants que leur famille. Dans certains cas, les anciens combattants étaient si satisfaits des soins reçus à la maison qu'ils préféraient y rester, avec l'aide des services fournis par le PAAC, même quand une place se libérait au centre. Par ailleurs, le projet pilote a permis en même temps de montrer que les soins fournis à domicile étaient beaucoup moins coûteux que les soins dispensés dans un établissement de soins de longue durée, et qu'ils étaient accueillis très favorablement par les anciens combattants.

Comme l'ont souligné des porte-parole du ministère des Anciens Combattants et des spécialistes des soins de santé qui connaissent le Programme, la plupart des services de soins à domicile offerts fournissent du soutien et peuvent, dans de nombreux cas, être

dispensés par des personnes autres que des infirmières ou des spécialistes des soins de santé⁴. En d'autres mots, une grande partie des soins fournis à domicile n'ajoute pas au fardeau du système de soins de santé. Certains traitements à domicile doivent être assurés par des spécialistes de la santé, mais les autres services peuvent être fournis par d'autres spécialistes. En 2001, le succès du projet pilote a causé l'accroissement du volet soins à domicile du PAAC à l'échelle du Canada. Le Projet de recherche sur les soins continus que réalise actuellement le Ministère servira à établir la meilleure palette de soins à domicile.

Cependant, malgré le succès du projet pilote et du projet de recherche, les soins à domicile ne peuvent pas remplacer complètement les soins fournis dans les établissements de soins de longue durée. Beaucoup d'anciens combattants, dont l'état de santé se dégrade, auront très probablement besoin, à un moment ou à un autre, de soins qu'il faut dispenser dans un établissement de soins de longue durée plutôt qu'à la maison. De plus, certains anciens combattants souffrant d'une déficience cognitive, comme la démence, nécessitent des soins en établissement spécialisé comme ceux offerts actuellement dans les grands centres de soins de santé pour anciens combattants. Les soins à domicile comportent des avantages sur le plan tant du bien-être des anciens combattants que de la réduction des coûts des soins, mais ils ne peuvent pas pour autant remplacer complètement les centres de soins de santé pour anciens combattants ni les lits qui leur sont réservés dans les établissements de soins communautaires. Il est donc capital de donner au système suffisamment de souplesse pour que les anciens combattants puissent obtenir des soins à domicile et conserver leur autonomie aussi longtemps que possible et quand même avoir accès aux établissements de soins de longue durée plus coûteux quand cela devient absolument nécessaire.

B. Prestations du PAAC destinées aux veuves et aux dispensateurs de soins

Le PAAC a subi une autre transformation importante quand il a été décidé d'accorder le bénéfice des prestations à vie, et non plus pendant seulement un an, aux conjoints ou principaux dispensateurs de soins des anciens combattants qui bénéficiaient de ces prestations au moment de leur décès. La première annonce à ce sujet a été faite le 12 mai 2003, quand le ministre des Anciens Combattants a annoncé une série de mesures concernant les anciens combattants. C'est à ce moment-là qu'on a accordé au principal dispensateur de soins (en général le conjoint) d'un ancien combattant décédé après mai 2003 le bénéfice à vie des prestations du PAAC. Le *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants* a été modifié en conséquence (conditions d'admissibilité et détails connexes) par décret en juin 2003.

4 Voir Canada, Chambre des communes, Comité permanent des anciens combattants, *Témoignages*, 4 décembre 2007.

Les associations d'anciens combattants et les autres groupes qui réclamaient de tels changements depuis de nombreuses années ont bien accueilli les nouvelles dispositions, mais ont exigé que le bénéfice des prestations à vie soit étendu à davantage de veuves (ou principaux dispensateurs de soins). Le 10 octobre 2003, le Comité permanent de la défense nationale et des anciens combattants de la Chambre des communes a déposé à la Chambre un rapport dans lequel il signalait l'adoption d'une motion demandant que tous les conjoints admissibles d'anciens combattants jouissent du bénéfice à vie de ces prestations et pas seulement les conjoints survivants d'anciens combattants décédés après le mois de mai 2003. La Chambre des communes a adopté le rapport le 29 octobre 2003. Étant donné l'intérêt que la population porte à la question, le gouvernement a décidé d'élargir l'admissibilité au bénéfice à vie des prestations du PAAC et, le 6 novembre 2003, le ministre des Anciens Combattants annonçait que les principaux dispensateurs de soins d'anciens combattants décédés après le 1^{er} septembre 1990 auraient désormais droit aux prestations à vie.

Cette mesure-là aussi a été bien accueillie, mais les associations d'anciens combattants et d'autres groupes ont demandé pourquoi les conjoints survivants des anciens combattants décédés avant le 1^{er} septembre 1990 n'avaient pas droit au même traitement. Or, le 7 décembre 2004, le ministre des Anciens Combattants annonçait que les conjoints ou principaux dispensateurs de soins des anciens combattants décédés après le 7 avril 1981 (qui bénéficiaient du PAAC au moment de leur décès ou de leur admission dans un établissement de soins de longue durée) seraient désormais admissibles à vie aux prestations du Programme. Avec cette annonce et les modifications apportées au *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants* en février 2005, 4 000 personnes de plus sont devenues admissibles au bénéfice à vie du PAAC. La première révision des conditions d'admissibilité avait ajouté quelque 10 000 bénéficiaires à vie et la seconde, 20 000 de plus⁵.

Si l'on a choisi avril 1981 comme date butoir déterminante de l'admissibilité, c'est que c'est la date de la création du PAAC. Jusqu'à tout récemment, seuls les conjoints (ou principaux dispensateurs de soins) d'anciens combattants qui 1) sont décédés après avril 1981 et qui 2) bénéficiaient des prestations du PAAC au moment de leur décès (ou avant leur admission dans un établissement de soins de longue durée) avaient droit à vie au bénéfice du PAAC. Or, le 26 février 2008, le ministre des Finances a annoncé dans le Budget fédéral 2008 que les prestations du PAAC seront dorénavant versées au conjoint survivant ou au principal dispensateur de soins de l'ancien combattant qui était admissible à ces prestations, mais ne les touchait pas encore au moment de son décès. Cependant, pour être admissible à ces prestations, le survivant doit, entre autres, toucher le Supplément de revenu garanti versé en vertu de la *Loi sur la sécurité de la vieillesse* ou avoir droit au crédit d'impôt pour personnes handicapées. Grâce à ces nouvelles conditions, jusqu'à 12 000 autres conjoints survivants et dispensateurs de soins pourraient

5 Ministère des Anciens Combattants, « Aide à domicile offerte à un plus grand nombre de survivants d'anciens combattants », communiqué, 6 novembre 2003.

être admissibles aux prestations du PAAC. Cependant, même si un plus grand nombre d'aidants auront droit aux prestations, il reste que ces dernières sont limitées aux services d'entretien ménager et d'entretien de terrain⁶. Il faut en outre que l'aidant en ait besoin pour des raisons de santé ou pour continuer de vivre de manière autonome dans sa demeure.

C. L'admissibilité au PAAC : une question complexe

En général, tout ancien combattant qui touche des prestations d'invalidité du ministère des Anciens Combattants a droit aux avantages du PAAC et son conjoint ou son principal dispensateur de soins a droit à vie à ces avantages⁷. Cependant, seulement 92 000 anciens combattants sur quelque 234 000 (soit 40 p. 100 environ) recevaient des prestations d'invalidité ou d'autres prestations du ministère des Anciens Combattants en 2006. En 2005-2006, 97 568 anciens combattants et survivants ont touché des prestations du PAAC, soit au-delà de 20 000 de plus qu'en 2003-2004. Parmi les 69 786 anciens combattants qui touchaient des prestations du PAAC en 2004-2005, 61 977 ont servi en temps de guerre⁸. Beaucoup d'anciens combattants bénéficient de plus d'un programme du Ministère; ainsi, un bon nombre des bénéficiaires du PAAC reçoivent également des prestations de traitement. Globalement, 101 267 anciens combattants et principaux dispensateurs de services se prévalaient du PAAC à la fin de mars 2007, mais ce nombre comprend les ex-militaires et les autres vétérans, en sus des dispensateurs de soins et des anciens combattants⁹. Il ne représente par ailleurs qu'une partie seulement du nombre total des clients du Ministère.

6 Si l'ancien combattant bénéficiait d'un seul de ces deux services, son principal dispensateur de soins n'aura droit qu'à ce service-là à vie. Voir la brochure du ministère des Anciens Combattants intitulée Programme pour l'autonomie des anciens combattants.

7 Il y a des exceptions à cette règle. Par exemple, un ancien combattant ayant servi outre-mer qui ne touche pas de pension d'invalidité mais qui reste chez lui en attente d'un lit d'accès prioritaire dans un établissement de soins de longue durée peut bénéficier du PAAC. Pour plus de renseignements sur l'admissibilité des anciens combattants au PAAC, voir ministère des Anciens Combattants, Programme pour l'autonomie des anciens combattants (http://www.vac-acc.gc.ca/clients_f/sub.cfm?source=services/vip).

8 L'information sur le nombre d'anciens combattants et de survivants ou de dispensateurs de soins qui ont touché des prestations du PAAC entre 2003-2004 et 2007-2008 provient du ministère des Anciens Combattants. Selon la Partie III - Rapport sur les plans et les priorités du Budget des dépenses 2008-2009 pour le ministère des Anciens Combattants (page 22), on s'attend à ce que 105 000 clients bénéficient du PAAC en 2008-2009. Environ 55 p. 100 d'entre eux seront des anciens combattants ayant servi en temps de guerre, tandis que 16 p. 100 seront des survivants ou des dispensateurs de soins.

9 Voir les informations sur le PAAC au Canada, Budget des dépenses, Rapport sur le rendement pour la période se terminant le 31 mars 2007, Anciens Combattants.

Si le nombre des bénéficiaires du PAAC est relativement faible, c'est que l'admissibilité au Programme est assez difficile à établir. En effet, pour être admissibles au Programme, les anciens combattants doivent appartenir à au moins une catégorie de personnes parmi une demi-douzaine¹⁰. Il existe donc toutes sortes de cas de figure où un conjoint ou un dispensateur de soins d'un ancien combattant décédé n'avait pas droit au bénéfice du PAAC : l'ancien combattant en question n'a jamais reçu de prestations du PAAC; il n'y était pas admissible; il ne touchait pas de pension d'invalidité et n'était pas autrement admissible au Programme; il est décédé avant la création du PAAC ou avant de toucher des prestations après que sa demande a été approuvée. Cette série de possibilités atteste la complexité des conditions d'admissibilité, et le processus de demande de prestations du PAAC est tout aussi compliqué. Certains ont exprimé des préoccupations concernant la détermination de l'admissibilité aux prestations du PAAC en fonction des niveaux de revenu et les formulaires détaillés qu'il faut remplir pour demander des prestations du PAAC et d'autres prestations pour anciens combattants, ce qui peut être une tâche particulièrement ardue pour les anciens combattants âgés. Il y a plus inquiétant encore, aux yeux du Comité. En effet, des représentants du gouvernement et des groupes d'anciens combattants ont dit au Comité que les conditions d'admissibilité au PAAC sont si complexes que même les fonctionnaires du Ministère ont parfois du mal à établir la situation de certaines personnes — anciens combattants ou dispensateurs de soins — vis-à-vis du PAAC¹¹. En outre, puisque l'admissibilité au PAAC est subordonnée à l'admissibilité à des prestations d'invalidité, de nombreux anciens combattants qui ont besoin de services à domicile n'y ont pas droit parce qu'ils ne touchent pas de prestations d'invalidité.

RAPPORT DU CONSEIL CONSULTATIF DE GÉRONTOLOGIE

L'Examen des services de santé pour anciens combattants effectué par le Ministère a été motivé en partie par la complexité des conditions d'admissibilité aux prestations d'invalidité pour anciens combattants en général et au PAAC en particulier. Les personnes chargées de cet examen ont bénéficié de l'aide du Conseil consultatif de gérontologie (CCG), composé de quinze éminents spécialistes des soins de santé, du vieillissement, des anciens combattants et de questions connexes, qui conseille le Ministère depuis de nombreuses années sur les nouvelles tendances en matière de soins de santé. Le Conseil compte aussi parmi ses membres les représentants de certaines organisations d'anciens

-
- 10 Par exemple, une des catégories est celle des « clients qui reçoivent des prestations d'invalidité qui souffrent de nombreuses affections médicales [...], lorsque ces affections ajoutées à leur affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité d'ACC les mettent à risque ». Voir Canada, ministère des Anciens Combattants, *Guide d'accès aux avantages de santé d'ACC et au Programme pour l'autonomie des anciens combattants*, avril 2006.
- 11 Par exemple, à la réunion du 8 mai 2007, Darragh Mogan, directeur exécutif du Groupe de travail sur la modernisation des services et des programmes, ministère des Anciens Combattants, a déclaré : « Nous avons un système d'admissibilité extrêmement complexe. Après 60 ans de replâtrages, il est très difficile de l'appliquer, même pour notre propre personnel. » Canada, Chambre des communes, Comité permanent des anciens combattants, *Témoignages*, 8 mai 2007, p. 6 (version PDF).

combattants. À l'instar de l'examen des services de santé mené par le Ministère, le rapport du CCG est axé essentiellement sur les besoins en soins de santé des anciens combattants âgés qui ont fait la Seconde Guerre mondiale et la guerre de Corée.

Le rapport de novembre 2006 du CCG, *Parole d'honneur — L'avenir des prestations de santé pour les anciens combattants du Canada ayant servi en temps de guerre*, fait ressortir les points forts et les points faibles des programmes de santé du Ministère et recommande de nouvelles mesures. Parmi les points forts, il signale l'offre de services qui aident les anciens combattants à préserver leur autonomie (dont le Programme pour l'autonomie des anciens combattants est le meilleur exemple), la capacité du Ministère d'adapter ses programmes aux besoins et aux préférences des anciens combattants à mesure qu'ils évoluent et les relations personnelles qui s'établissent entre les anciens combattants et les conseillers de secteur du Ministère. Les points faibles comprennent la complexité des conditions d'admissibilité aux programmes de santé du Ministère; le caractère plutôt réactif que proactif des programmes (ils sont offerts seulement après que l'ancien combattant a déjà perdu une partie de ses capacités fonctionnelles); la gamme trop limitée de solutions en matière de logement (certains anciens combattants sont forcés de vivre dans un établissement de soins de longue durée quand un autre type d'établissement serait préférable); et le manque de services pour aider les anciens combattants à rester en bonne santé, à s'y retrouver dans les services de santé et les services sociaux et à obtenir les services dont ils ont besoin.

Le CCG recommande dans son rapport une nouvelle approche « audacieuse » en matière de programmes et de services de santé : les Services intégrés aux anciens combattants (SIAC), lesquels combindraient les trois programmes courants (le programme de prestations de santé, le PAAC et les programmes de soins à domicile). La démarche que propose le CCG est conçue pour répondre aux besoins des anciens combattants, mais pourrait selon lui servir de modèle pour répondre aux besoins de tous les ex-militaires âgés, sinon de tous les Canadiens âgés. La nouvelle approche serait plus complète, plus souple et plus adaptable que les programmes courants du Ministère; elle rejoindrait davantage d'anciens combattants et de familles d'anciens combattants; elle améliorerait la santé et le bien-être des anciens combattants; et enfin, donnerait à ceux-ci accès à des services de santé et des services sociaux mieux adaptés, quand ils en ont besoin.

Tous les anciens combattants et leurs familles auraient droit aux SIAC, mais les services seraient axés sur les besoins et non sur la condition d'ancien combattant. Le programme des SIAC présente plusieurs caractéristiques : guichet unique d'accès à tous les services du Ministère; examen préalable et évaluation pour déterminer les besoins des anciens combattants et de leur famille; équipe ministérielle pluridisciplinaire; modèles novateurs de prestation de services prévoyant notamment un soutien à domicile; possibilité de réaffecter les ressources; et sensibilisation des anciens combattants par l'intermédiaire des associations d'anciens combattants. Si le rapport du CCG met l'accent sur les besoins des anciens combattants, on précise que la nouvelle démarche proposée établit aussi « un modèle de prestation de soins pour tous les anciens combattants actuels et futurs des

Forces canadiennes¹² ». La nouvelle Charte des anciens combattants a transformé l'accès des jeunes ex-membres des Forces canadiennes aux programmes de réadaptation et aux autres programmes. Autrefois, on ne pouvait pas faire grand-chose pour aider un ancien combattant blessé qui venait de quitter l'armée tant que son admissibilité à des prestations d'invalidité n'était pas établie. Maintenant, avec la nouvelle Charte, il est possible d'offrir des services avant même que le traitement de la demande de prestations d'invalidité ait abouti. Il faudra envisager une approche analogue à l'égard des besoins en soins de santé des ex-membres des Forces armées comme ceux qui ont servi en Afghanistan et y ont été blessés, y compris les victimes de blessures psychologiques liées au stress opérationnel, par exemple les personnes qui souffrent du syndrome de stress post-traumatique (SSPT).

En dernière analyse, avant de modifier les services de santé destinés aux ex-membres des Forces canadiennes, il faudra d'abord réussir, et vite, le réaménagement du système de soins de santé destiné aux anciens combattants. Dans son rapport, le Conseil consultatif de gérontologie presse le Ministère d'agir sans délai. Il ajoute : « Comme tous les Canadiens âgés, les anciens combattants ayant servi en temps de guerre doivent composer avec les effets du vieillissement. Contrairement à leurs concitoyens, ils doivent toutefois en outre composer avec les répercussions à long terme du service militaire sur leur santé. Nous ne disposons que d'un temps limité pour faire une différence dans leur qualité de vie¹³ », ce qui lui fait dire aussi : « Le temps d'honorer notre parole est venu ». Le Comité convient avec le Conseil qu'il n'y a pas de temps à perdre. Il estime aussi que la meilleure manière de faire en sorte que l'Examen des soins de santé pour les anciens combattants aboutisse aux programmes et services de santé que méritent tous les anciens combattants consiste à mettre en œuvre rapidement les changements que propose le Conseil dans son rapport de novembre 2006.

Le Comité est d'accord avec la feuille de route établie par le Conseil consultatif de gérontologie parce que les recommandations de ce dernier ont, en général, été bien accueillies par les experts en santé et les représentants de groupes d'anciens combattants qui ont comparu comme témoins. Ainsi, les représentants du Canadian Centre for Activity and Aging, de l'Institut national canadien pour les aveugles (INCA) et de l'Initiative nationale pour le soin des personnes âgées (INSPA) ont salué le fait que le Conseil met l'accent sur une prestation des services fondée sur les besoins réels plutôt que sur le statut d'ancien combattant. Un appui important a aussi été manifesté, notamment par l'INCA, pour ce qui est du rôle du gestionnaire des soins aux cas lourds au sein de l'équipe interdisciplinaire, un élément important de l'approche des SIAC recommandée par le Conseil dans son rapport. De plus, tout en reconnaissant l'importance de premier plan du PAAC dans la prestation des soins à domicile aux anciens combattants, de nombreux témoins ont salué les modèles novateurs de prestations des services proposés par le Conseil, notamment pour offrir un soutien à domicile plus appuyé.

12 Parole d'honneur, p. 2.

13 *Ibid.*

Étant donné le vieillissement de la population au Canada, plusieurs s'inquiètent du coût des services de soutien à domicile offerts soit aux anciens combattants soit aux autres Canadiens âgés. Or, les modèles novateurs de prestation des services, tel un soutien à domicile plus appuyé, devraient être considérés comme des services préventifs. Par exemple, M^{me} Gloria Gutman, professeur émérite au Département de gérontologie de l'Université Simon Fraser, a dit devant le Comité: « Je soutiens que nous ne pouvons pas nous permettre de ne pas faire de prévention parce que si les gens ont besoin de ces services et ne peuvent pas les obtenir, ils finiront par accaparer des services beaucoup plus coûteux de manière prématurée¹⁴. » La prévention des chutes est un autre exemple de mesures qui peuvent aider les personnes âgées à échapper éventuellement aux soins plus coûteux tout en maintenant sa qualité de vie. La prévention des chutes aide les personnes à éviter les longs séjours à l'hôpital et les programmes de rééducation, ainsi que la perte de mobilité pouvant résulter de blessures telle une fracture de la hanche. Les projets de recherche sur la prévention des chutes, subventionnés par le ministère des Anciens Combattants en collaboration avec le ministère de la Santé entre 2000 et 2004, ont profité à tous les Canadiens âgés, et non seulement aux anciens combattants. Ils ont permis de déterminer, entre autres choses, ce qu'une personne âgée et fragile peut faire pour éviter les chutes ou obtenir de l'aide, p. ex. en ayant recours à des appareils fonctionnels, afin de composer avec les conséquences d'une chute dont elle aurait été victime¹⁵.

La valeur de la prévention a aussi été reconnue par les responsables fédéraux et provinciaux de la santé, notamment en ce qui a trait à la promotion de la santé auprès de tous les Canadiens âgés. M. Claude Rocan, directeur général du Centre de promotion de la santé à l'Agence de santé publique du Canada, a indiqué qu'il est possible d'éviter jusqu'à 70 p. 100 des cancers, 90 p. 100 des diabètes de type 2 et 50 à 70 p. 100 des ACV. Inciter les aînés à mener une vie active et saine peut les aider à éviter bien des maladies et à retarder, si ce n'est prévenir, un placement dans un établissement de soins de longue durée. Comme l'affirmait M. Rocan, « l'introduction d'une activité physique régulière à un âge avancé a pour effet de prolonger les années de vie et le nombre d'années de vie autonome, tout en améliorant la qualité de vie [des aînés]¹⁶ ». En mettant l'accent sur la promotion de la santé dans son rapport, le Conseil s'inspire de la démarche adoptée par les administrations des soins de santé face au vieillissement de la population canadienne, mais il suggère aussi que, pour aller dans ce sens, le ministère des Anciens Combattants doit répondre d'une manière plus proactive que réactive aux besoins de santé des anciens combattants. Comme le faisait remarquer notamment Ronald Griffis, président national de l'Association canadienne des vétérans des Forces de la paix pour les Nations Unies, le Ministère a souvent fait la preuve qu'il pouvait réagir rapidement et régler

14 Canada, Chambre des communes, Comité permanent des anciens combattants, *Témoignages*, 4 mars 2008, p. 4 (version pdf). Dans le reste du présent rapport, les renvois à des témoignages sont indiqués par le terme « Témoignages ».

15 Pour plus d'information sur l'Initiative de prévention des chutes, voir le site Web du ministère des Anciens Combattants à http://www.vac-acc.gc.ca/general_f/sub.cfm?source=health.

16 *Témoignages*, 31 janvier 2008.

un problème que vit un ancien combattant en quête de soins dont il a besoin, mais il le fait essentiellement si le problème est porté à son attention¹⁷. Toutefois, le Ministère doit, selon le Conseil, être plus proactif et « promouvoir la santé, le mieux-être et l'autonomie de tous les anciens combattants qui avancent en âge ». Il devrait aussi porter notamment attention aux problèmes particuliers de santé des anciens combattants autochtones dans le cadre de ses programmes de promotion de la santé. Il devrait également atteindre tous les anciens combattants qui ont servi en temps de guerre et qui ont besoin d'aide, et non seulement ceux qui sont déjà ses clients. Il serait aussi utile de lui rappeler que les jeunes ex-membres des Forces canadiennes vieillissent également et profiteront tôt ou tard d'une approche plus proactive du Ministère en matière de promotion de la santé, du mieux-être et de l'autonomie.

Dans les témoignages entendus par le Comité, deux thèmes récurrents font ressortir un même point : le Ministère doit atteindre tous les anciens combattants qui ont besoin de services, et non seulement ceux qui sont déjà bénéficiaires de ses programmes. Le premier thème est la méconnaissance par certains anciens combattants de l'ensemble des services et des avantages auxquels ils ont droit, malgré les efforts déployés au cours des ans pour les informer. Dans son témoignage, M. Griffis cite le cas d'un ancien combattant de 71 ans, à la santé fragile, qui ne connaissait pas les avantages auxquels il avait droit. M^{me} Clara Fitzgerald, directrice du programme Canadian Centre for Activity and Aging, a souligné un autre cas, celui d'un ancien combattant qu'elle a aidé et qui ne savait pas que le PAAC dispose de fonds pour des services de promotion de la santé. Elle a aussi parlé de trois anciens combattants qui, selon ses propres mots, « ne savaient pas ce qu'ils ne savaient pas » concernant les programmes et les avantages qui leur étaient offerts¹⁸. Le Ministère a multiplié les efforts au cours des ans pour informer les anciens combattants au sujet des programmes et services qui leur sont offerts, mais il reste de toute évidence beaucoup à faire. Ces efforts ne devraient pas cibler uniquement les anciens combattants puisque les médecins, les psychologues, les ergothérapeutes et les autres professionnels qui prodiguent des soins aux anciens combattants doivent connaître les programmes et les services offerts pour pouvoir aider leurs patients du mieux possible. En effet, les familles des anciens combattants, surtout les plus âgés, doivent aussi être mieux renseignées sur les programmes et les services offerts. Dans ses efforts pour atteindre tous les anciens combattants et leur famille dans les régions éloignées, le Ministère devrait aussi notamment porter attention aux besoins des anciens combattants autochtones.

En fait, le deuxième thème récurrent a trait à l'accès aux programmes et aux services destinés à tous les anciens combattants des petites collectivités et des régions rurales éloignées des grandes villes. Le D^{re} Norah Keating, membre du Conseil consultatif et spécialiste en soins de longue durée et en santé mentale, a dit au Comité : « Aider les gens quand ils sont plus âgés ne s'arrête pas à tenir compte de leurs faiblesses sur le plan

17 *Témoignages*, 13 décembre 2007.

18 *Témoignages*, 29 janvier 2008, p. 4.

physique ou à leur procurer une pension. Il s'agit aussi de les aider à bien vieillir là où ils vivent¹⁹. » Aider les gens à bien vieillir, c'est une chose, mais leur donner accès autant que possible aux programmes et aux services dont ils ont besoin là où ils vivent, c'est difficile lorsqu'ils vivent loin des grandes villes. Selon le D^{re} Keating, il est reconnu que, dans la population générale, les gens âgés de santé fragile qui vivent dans les régions rurales du Canada se retrouvent dans des résidences à un âge moins avancé que les gens âgés des grandes villes²⁰. Entrer plus tôt dans une résidence a des répercussions sur les coûts de santé, mais cela peut aussi influencer grandement sur la qualité de vie des personnes. Bien des anciens combattants préfèrent retarder leur déménagement dans un centre de soins de longue durée car une telle transition peut avoir un effet déprimant. Pour qui vit en milieu rural, les problèmes associés à une telle transition sont exacerbés par l'arrivée dans un environnement inconnu, celui d'une grande ville, là où se trouvent la plupart des centres de soins de longue durée pour anciens combattants, souvent très loin de la collectivité rurale qu'ils ont connue presque toute leur vie, et très loin de leur famille et de leurs amis. Au cours de l'étude, le Comité a entendu parler d'anciens combattants de régions rurales qui ont été très réticents à déménager dans un établissement de santé d'une grande ville ou ont refusé d'y déménager malgré les risques que cela posait pour leur santé.

Il est à espérer qu'il se fera plus de recherche sur les moyens d'améliorer l'accès aux soins de santé des personnes qui vivent loin des grands centres urbains, dont les anciens combattants âgés et moins âgés. M^{me} Gloria Gutman, professeure émérite, a souligné les nombreuses possibilités qu'offrent les nouvelles technologies pour renseigner les personnes des régions éloignées sur les services de santé, mais elle a indiqué qu'il reste beaucoup à faire pour rendre le système accessible à presque tous, à un prix abordable. Entre-temps, il faudra redoubler d'efforts pour atteindre par des moyens traditionnels les anciens combattants des petites localités et des régions isolées afin de les aider à obtenir les soins et le soutien dont ils ont besoin. Les filiales régionales de la Légion royale canadienne et d'autres groupes d'anciens combattants peuvent servir de points d'information où les anciens combattants de l'extérieur des grandes villes peuvent se renseigner sur les ressources locales accessibles dans leur région. Les filiales de la Légion et les autres groupes d'anciens combattants jouent déjà un rôle dans la promotion de l'autonomie et de la dignité des aînés, y compris les anciens combattants. Leurs ressources sont toutefois limitées, et leur présence dans les petites localités et les régions rurales est inégale d'une région à l'autre du pays. Pour atteindre les anciens combattants, surtout ceux qui vivent à l'extérieur des grandes villes, le ministère des Anciens Combattants devrait explorer de nouvelles avenues de collaboration avec la Légion et les autres groupes d'anciens combattants pour l'aider à atteindre ses objectifs.

La sensibilisation accrue aux programmes et services destinés aux anciens combattants, et l'accès à ceux-ci et aux programmes et services de santé dans les petites collectivités et dans les régions rurales, préoccupent non seulement les anciens

19 *Témoignages*, 10 mai 2007, p. 1.

20 *Ibid.*, p. 3.

combattants ayant servi en temps de guerre et leur famille, mais aussi les anciens combattants des Forces canadiennes plus jeunes et leur famille. Nombre de ces derniers qui ont participé à des missions de maintien de la paix et d'autres missions sont devenus ou deviendront bientôt des citoyens âgés, et les améliorations aux programmes et services proposées dans le rapport du Conseil consultatif de gérontologie leur seront fort utiles, à eux ainsi qu'aux anciens combattants ayant servi en temps de guerre. La promotion de la santé et du mieux-être de tous les ex-membres des Forces canadiennes comportera tous les mêmes avantages que ceux que le Conseil a reconnus pour les anciens combattants ayant servi en temps de guerre. En effet, le ministère des Anciens Combattants devrait adopter une approche plus proactive aux besoins en matière de soins de santé de tous les anciens combattants, jeunes et âgés, et leurs familles.

LES ANCIENS COMBATTANTS DE DEMAIN, LES EX-MILITAIRES ET LEURS FAMILLES

Dans son étude des questions de santé qui intéressent directement les anciens combattants, jeunes et âgés, le Comité s'est aussi penché sur celles qui se rapportent aux anciens combattants de demain, qui servent actuellement au sein des Forces canadiennes et qui deviendront des anciens combattants lorsqu'ils retourneront à la vie civile. Nombre de ces personnes voudront se prévaloir des avantages et des services offerts par le ministère des Anciens Combattants dans un avenir proche, soit parce qu'ils ont été blessés, soit parce qu'ils ont décidé de retourner à la vie civile. Il importe donc de prévoir quels seront les besoins des anciens combattants de demain pour ce qui est des prestations d'invalidité et des programmes et services de soins de santé offerts par le ministère des Anciens Combattants alors que ces programmes et services devront continuer de répondre aux besoins d'une population vieillissante d'anciens combattants ayant servi ou non en temps de guerre. Par conséquent, dans le contexte de son étude de l'Examen des soins de santé pour les anciens combattants, le Comité s'est aussi penché sur les questions qui concernent davantage les Forces canadiennes et le ministère de la Défense nationale que le ministère des Anciens Combattants. Il y a toutefois des situations, notamment lors de la transition d'un membre des Forces à la condition d'ancien combattant, où le membre doit traiter avec les deux ministères. Par ailleurs, le Comité a déjà examiné des questions qui concernent les deux ministères dans son rapport sur les blessures psychologiques liées au stress opérationnel, dont le syndrome de stress post-traumatique (SSPT), déposé en juin 2007, et il a voulu continuer le suivi de certains problèmes relevés dans le rapport précédent.

Par conséquent, durant la première moitié de 2008, le Comité a visité des bases des Forces canadiennes pour se familiariser avec les programmes de soutien offerts aux membres des Forces canadiennes et à leur famille. Il a notamment visité des bases des forces aériennes (Comox en Colombie-Britannique, Cold Lake en Alberta, Shearwater en Nouvelle-Écosse et Goose Bay à Terre-Neuve-et-Labrador) en février 2008, et les bases des forces terrestres de Petawawa en Ontario et de Valcartier au Québec, en avril. Le Comité a grandement apprécié les séances d'information offertes par le personnel militaire et les représentants des centres de ressources des familles militaires (CRFM), du réseau

de Soutien social aux victimes de stress opérationnel (SSVSO), du ministère de la Défense nationale et du ministère des Anciens Combattants, ainsi que par tous les autres participants. Les unités de Petawawa et de Valcartier ont fourni récemment un grand nombre d'effectifs pour les déploiements de troupes en Afghanistan, mais il faut aussi souligner que des membres d'autres bases ont participé à des opérations en Afghanistan et ailleurs. L'expérience acquise par les membres de ces diverses bases et les leçons qu'ils ont apprises a permis au Comité de mieux comprendre comment les Forces canadiennes soutiennent ces membres et leur famille, et comment le ministère des Anciens Combattants aide ces personnes lorsqu'elles quittent les Forces et deviennent des anciens combattants. Le soutien offert par le ministère des Anciens Combattants comprend un réseau pancanadien de cinq cliniques de traitement des blessures psychologiques liés au stress opérationnel, auxquelles s'ajouteront cinq nouvelles cliniques, conformément à l'annonce faite dans le Budget fédéral 2007. La première a ouvert ses portes à Fredericton le 23 mai 2008. Le ministre des Anciens Combattants a annoncé en avril et en mai 2008 que des ententes ont été conclues avec les autorités sanitaires provinciales afin d'ouvrir trois cliniques, soit à Vancouver, à Edmonton et à Ottawa, d'ici décembre 2008. Une annonce est prévue très prochainement concernant la cinquième clinique. Le 6 mai 2008, le ministre des Anciens Combattants a aussi annoncé l'embauche de huit coordonnateurs du soutien par les pairs pour les familles, au réseau du SSVSO.

L'information recueillie lors de ces visites des bases a fait ressortir à quel point les programmes de soutien aident les familles de militaires à composer avec le stress associé à la cadence accrue des opérations des Forces canadiennes depuis quelques années. La vie des militaires peut être difficile pour les familles à cause des fréquents déménagements qui entraînent des changements d'école pour les enfants et des changements dans les services de santé. Lorsqu'un des parents est déployé à l'étranger pendant six mois, la famille vit un stress encore plus grand. Par conséquent, le soutien fourni pendant les déploiements par l'administration de la base, les unités, l'aumônier et le CRFM local est essentiel pour aider chaque famille de militaire à composer avec la longue absence d'un de ses membres et, dans certains cas, avec le décès ou la blessure psychologique de ce membre. Un élément clé de ce soutien vient du réseau des CRFM qui s'étend partout au Canada et dans certains endroits à l'étranger. Dans chaque base militaire, il y a un CRFM, un organisme à but non lucratif géré par un conseil d'administration qui compte une proportion importante de conjoints de militaire. Grâce aux efforts de ses employés et de ses bénévoles, le CRFM offre une vaste gamme de services allant d'une aide à la recherche d'emplois pour les conjoints à des programmes de garderie pour les enfants. Dans certaines bases, les CRFM ont ouvert leur propre clinique parce que certaines familles de militaire, comme bien d'autres Canadiens, ont beaucoup de difficulté à se trouver un médecin de famille. Depuis les années 1990, bien des efforts ont été déployés pour accroître l'aide fournie par les CRFM aux familles de militaire, une mesure fortement appuyée par le Comité permanent de la défense nationale et des anciens combattants (CPDNAC) dans son rapport de 1998 sur la qualité de vie dans les Forces. Toutefois, il y a encore lieu d'améliorer l'aide fournie aux familles par les CRFM, par les militaires en général et par le ministère des Anciens Combattants.

Quand le Comité s'est rendu dans les bases, il a notamment été informé que le CRFM se trouve souvent dans une situation où il réagit plutôt que d'être proactif, puisque c'est la famille qui a la tâche de chercher de l'aide quand elle en a besoin. Le CRFM ne sait pas toujours quel militaire est déployé et il n'est donc pas toujours à même d'informer la famille touchée des ressources à sa disposition. Quand un grand nombre de militaires d'une base sont déployés, le CRFM est au courant naturellement que de nombreuses familles sont susceptibles de le consulter. Cependant, il arrive que seul un petit nombre de militaires soient déployés, et le Centre, n'étant pas au courant de leur départ, ne sait pas que leurs familles peuvent avoir besoin d'aide jusqu'à ce qu'une situation d'urgence se présente. Il est très difficile pour le CRFM de contacter les familles du personnel déployé parce que bon nombre d'entre elles vivent dans la collectivité, à l'extérieur de la base. Or, même quand les familles sont au courant des services offerts, elles ne peuvent pas toujours s'en prévaloir, par exemple dans le cas des sessions d'information, parce qu'elles habitent à une certaine distance de la base. Il y a donc lieu de mieux faire connaître aux familles l'existence des ressources dont dispose le CRFM à leur intention lors de déploiements outre-mer, mais il convient aussi de mieux coordonner les efforts du personnel du Centre et des dirigeants de la base (le commandant de la base et les autres officiers supérieurs). Ainsi, il est particulièrement important que les familles des militaires blessés ou tués lors d'un déploiement soient au courant des services de soutien offerts. Les CRFM disposent de ressources pour aider les familles à faire face au stress de la situation ou alors ils peuvent les orienter vers les services militaires ou civils qui conviennent, mais on a constaté que l'officier désigné, soit l'officier de la base désignée pour aider les familles lorsque des militaires déployés sont blessés ou tués, n'est pas toujours au courant de l'existence de toutes ces ressources. Il faudrait une meilleure coordination entre toutes les sources de soutien disponibles sur une base afin que les familles puissent obtenir rapidement toute l'aide dont elles ont besoin, sans dédoublement des efforts, lorsqu'elles vivent une situation traumatique.

Le soutien à la famille, surtout pendant et après les déploiements outre-mer, est un autre élément important de l'aide aux membres des Forces régulières et des Réserves qui ont des blessures psychologiques. Comme l'a souligné M^{me} Colleen Calvert, directrice exécutive du CRFM Halifax et de la région, un militaire déployé ne peut pas se concentrer sur la tâche à accomplir s'il s'inquiète du sort de sa famille et de savoir si elle obtient l'aide dont elle a besoin²¹. Or, la seule existence d'un CRFM peut servir à le rassurer. Cependant, le CRFM n'est qu'un des nombreux éléments du processus mis en place par les Forces canadiennes pour aider leur personnel à mieux composer avec les blessures psychologiques. Comme l'a indiqué le Comité dans son rapport de juin 2007, les Forces ont élaboré des programmes afin de préparer le personnel aux rigueurs et aux dangers des déploiements outre-mer, mais il y a encore place à l'amélioration, surtout lorsqu'il s'agit d'informer les militaires au sujet des blessures psychologiques et des moyens d'y faire face. Le Comité s'est beaucoup intéressé au programme élaboré par le 5^e Groupe-brigade mécanisé du Canada (5 GBMC) à Valcartier afin de préparer le personnel au déploiement en Afghanistan qui a commencé à l'été 2007 et a pris fin entre février et mai 2008. Le

21 *Témoignages*, 11 mars 2007, p. 2.

Comité espère que les enseignements tirés du Programme d'entraînement à la résilience militaire (PERM) aideront d'autres unités militaires à accroître leur résilience dans les situations stressantes et à se préparer aux déploiements. Le rapport de 2007 faisait aussi état du processus élaboré par les Forces canadiennes afin d'aider les militaires à s'adapter graduellement au retour à la vie à la maison au Canada, après des mois passés sur le théâtre des opérations outre-mer. Le processus comprend une période de décompression d'environ cinq jours dans un tiers lieu, habituellement à Chypre, ainsi qu'une réinsertion graduelle dans la base au moyen de quelques demi-journées de travail, avant une longue période de congé post-déploiement. Le but de ce processus graduel est, notamment, de faciliter la réinsertion du militaire auprès de sa famille. Le processus de réinsertion graduelle, les séances d'information sur les blessures psychologiques données par les Forces à l'intention des militaires déployés, les sessions données par le CRFM et d'autres à l'intention des familles et le suivi effectué par les professionnels de la santé mentale ne constituent pas toutefois une garantie contre ce genre de blessures. Cependant, ces mesures peuvent aider à faire que les militaires et leurs familles soient mieux outillés afin de reconnaître les symptômes des blessures psychologiques et d'affronter les répercussions.

En effet, le fait qu'un militaire doive composer avec une blessure psychologique peut avoir une profonde incidence sur le bien-être de sa famille. Or, il est possible d'atténuer les effets si la famille est bien préparée et capable de reconnaître les signes indiquant que le conjoint, le père ou la mère qui rentre d'outre-mer souffre d'une telle blessure. Une famille bien préparée sera beaucoup plus apte à fournir à la personne atteinte le soutien nécessaire pour éviter les malentendus et la toxicomanie qui accompagnent souvent ce genre de blessures. Cependant, même si la personne qui revient d'outre-mer n'est pas atteinte de blessures psychologiques, la réinsertion auprès de la famille après une longue absence peut être difficile, et d'autres membres de la famille peuvent avoir besoin de services de santé mentale pour mieux vivre la situation. La longue absence du père ou de la mère peut être particulièrement pénible pour les enfants, et une réinsertion houleuse peut compliquer encore plus les choses. Voilà pourquoi le Comité s'intéresse tout particulièrement au soutien offert aux enfants des militaires pendant et après un déploiement.

Le bien-être des familles de militaires est essentiel, car lorsqu'un militaire souffre d'une blessure physique ou psychologique, le soutien fourni par les membres de sa famille est crucial pour lui permettre de se rétablir. Le soutien continu de la famille est aussi capital quand un soldat blessé quitte la vie militaire et devient un ancien combattant. Néanmoins, il reste qu'une blessure peut avoir de profondes répercussions sur le bien-être de la famille, surtout quand la personne atteinte se retrouve avec une incapacité importante qui la force à mettre fin à sa carrière militaire beaucoup plus tôt que prévu. C'est ce dont témoigne un récent rapport de recherche du D^{re} Norah Keating, membre du Conseil consultatif de gérontologie, et d'autres chercheurs de l'Université de l'Alberta, intitulé *Wounded Veterans, Wounded Families*. Un sondage mené auprès d'ex-militaires âgés de 25 à 65 ans qui présentaient une incapacité importante révèle notamment que : « les familles de ces jeunes ex-militaires ayant de grands besoins sont beaucoup plus susceptibles de vivre des difficultés sur le plan financier, social et de la santé que tous les autres groupes d'aidants

naturels examinés jusqu'à maintenant²² ». Étant donné le jeune âge de certains de ces ex-militaires atteints d'incapacités graves, les familles qui les soignent font face à 20 années ou plus de difficultés financières et émotionnelles. Certains vivront non seulement des incapacités physiques, mais aussi des troubles psychologiques. Même quand un membre quitte les Forces en raison de blessures moins graves ou d'autres motifs, la transition de la vie militaire à la vie civile peut être difficile pour les intéressés et leurs familles. Or, la transition devrait être la plus harmonieuse possible, et les ex-militaires ne devraient pas avoir de difficulté à obtenir les prestations d'invalidité et les services prévus par la nouvelle Charte des anciens combattants.

D'après l'information que le Comité a recueillie auprès de certains témoins et lors d'audiences tenues dans les bases et ailleurs, il est clair que la transition de la vie militaire à la vie civile n'est pas toujours facile pour de nombreux anciens combattants. Pour toucher des prestations d'invalidité à la suite de blessures psychologiques subies pendant leur service, les intéressés doivent présenter des demandes et, au besoin, interjeter appel. Les dossiers médicaux constituent un élément important du processus de demande et d'appel, mais il faut souvent attendre pour les obtenir, et leur interprétation soulève des différends. La question relève de deux ministères à la fois, soit la Défense nationale et les Anciens Combattants. Les dossiers médicaux tenus par les professionnels de la santé militaires sur un membre des Forces canadiennes documentent, dans la plupart des cas, les blessures subies en cours de service; quand l'intéressé quitte les Forces et devient un ancien combattant, ces documents sont utilisés par le ministère des Anciens Combattants afin de prendre des décisions et ils servent à interjeter appel auprès du Tribunal des anciens combattants (révision et appel) (TACRA). Dans son rapport d'octobre 2007 sur les soins de santé fournis aux militaires, la vérificatrice générale a constaté des problèmes dans les services à la fin des années 1990, notamment des lacunes dans la gestion des dossiers médicaux. Des mesures ont été prises depuis afin d'améliorer le système de dossiers médicaux militaires, et d'autres initiatives ont été prises dans le cadre du Projet sur la qualité de la vie afin de faciliter le processus de transition quand un membre quitte les Forces, surtout s'il souffre d'une blessure physique ou psychologique. Nous constatons, entre autres initiatives, la création en 1999 du Centre du ministère de la Défense nationale et d'Anciens Combattants Canada pour le soutien des militaires blessés ou retraités et de leurs familles, simplement appelé le Centre.

Le Centre est une initiative interministérielle conçue afin de servir de guichet unique pour la prestation d'information et de soutien aux militaires (Forces régulières et Réserves) et aux ex-membres des Forces libérés pour raisons médicales. Il offre aussi du soutien aux familles des militaires qui sont blessés ou qui quittent les Forces. Le quartier général du Centre, situé à Ottawa, a dispensé des services à l'échelle du Canada au cours des dix dernières années. Cependant, ces derniers mois, le Centre a ouvert des détachements

22 Janet Fast, Norah Keating, Alison Yacyszyn, *Wounded Veterans, Wounded Families*, Hidden Costs-Invisible Contributions research program, Department of Human Ecology, Université de l'Alberta, février 2008, p. 1. Le rapport est disponible en ligne sur le site Web du programme de recherche : <http://www.ales2.ualberta.ca/hecol/hcic/>.

dans les bases afin de mieux répondre aux besoins des membres blessés et de leurs familles. Ces détachements ont formé de solides partenariats avec les divers groupes qui viennent en aide aux blessés. Au militaire, le Centre collabore avec la chaîne de commandement, les Services de santé des Forces canadiennes, le CRFM et les aumôniers, tandis que dans la collectivité, les partenaires sont le bureau régional d'Anciens Combattants Canada, la Légion royale canadienne et le réseau du Soutien social aux victimes de stress opérationnel. Les militaires, les ex-militaires et leurs familles pourront consulter dans les détachements les représentants des diverses sections des Forces canadiennes ainsi que du ministère des Anciens Combattants traitant des questions de personnel. Le Comité applaudit à l'établissement de détachements dans les bases et à l'étroite coopération entre les deux ministères afin d'offrir aux membres en voie d'être libérés une transition harmonieuse.

Cependant, malgré ces mesures, nombre d'anciens combattants ont vécu des transitions difficiles. Les séances d'information tenues quand le Comité s'est rendu à Petawawa et à Valcartier ont mis en évidence diverses questions. La mise en commun d'informations par les deux ministères continue de poser problème et, bien que le ministère de la Défense nationale ait pris des mesures pour transmettre rapidement les dossiers médicaux par voie électronique, il faudra encore quelques années avant que les difficultés soient réglées. En attendant, il faudra peut-être encore des mois, voire des années, avant que la totalité des documents médicaux de la Défense nationale soit transmise aux Anciens Combattants, une situation intolérable. On s'interroge aussi sur la nécessité d'obliger les ex-militaires à présenter des demandes pour les prestations destinées aux anciens combattants, alors qu'ils ont servi au sein des Forces canadiennes pendant des années et que la preuve de leurs blessures est faite.

D'aucuns ont affirmé que le ministère des Anciens Combattants devrait utiliser, pour ses clients, le même numéro d'identification que les Forces. La transition de la vie militaire à la condition d'ancien combattant se passerait peut-être mieux si les deux ministères uniformisaient le système servant à identifier les membres actifs, afin que les dossiers soient transmis systématiquement. Une personne qui s'engage dans les Forces canadiennes pourrait, si elle y consent, être inscrite simultanément dans les registres des deux ministères. Ainsi, quand un membre des Forces est gravement blessé, Anciens Combattants pourrait en être informé rapidement et puiser dans les renseignements de ses banques de données en vue de se préparer à accueillir le membre libéré. Les blessés ont parfois besoin de services rapidement, notamment ceux fournis par le PAAC, mais ils sont obligés d'attendre que le processus d'approbation suive son cours. Malgré les efforts déployés au cours des dix dernières années, il arrive encore qu'il y ait un décalage entre le moment où un membre quitte les Forces et le moment où ce membre, considéré dorénavant comme un ancien combattant, et sa famille reçoivent toutes les prestations et tous les programmes de soutien aux anciens combattants dont ils ont besoin. Le militaire dans la force de l'âge qui se retrouve avec une blessure débilante et doit quitter les Forces plus tôt que prévu vit une situation extrêmement angoissante, surtout s'il a une jeune famille. Il faut faire davantage pour accélérer et faciliter la transition de la vie militaire à la vie civile. On pourrait notamment remettre une copie de son dossier médical au membre qui quitte les Forces afin qu'il ait à sa disposition les renseignements nécessaires

pour obtenir les prestations et les services destinés aux anciens combattants auxquels il a droit. D'ailleurs, le Centre pour le soutien des militaires blessés ou retraités et de leurs familles incite déjà les membres à demander une copie de leur dossier médical quand ils quittent la vie militaire. Cependant, il revient peut-être plus au ministère de la Défense nationale qu'au militaire de veiller à ce que ce dernier dispose des documents nécessaires lors de son départ.

Le rôle des médecins entre inévitablement en jeu lorsqu'il est question de la transition de la vie militaire à la condition d'ancien combattant. Les médecins militaires dispensent des soins aux militaires et font état des blessures qu'ils ont subies pendant leur service. Lorsque les militaires quittent les Forces et demandent des prestations d'invalidité des anciens combattants, des médecins civils peuvent être appelés à les examiner et à fournir des preuves de leurs blessures. Cependant, les médecins civils ne sont pas toujours au fait de la complexité des formulaires de demande et des documents exigés par le ministère des Anciens Combattants. Lors de notre passage à Shearwater, la capitaine de corvette (à la retraite) Heather Mackinnon, qui est médecin, a fourni au Comité des précisions fondées sur son expérience des soins donnés à d'anciens combattants blessés. Son expérience militaire l'a aidée à comprendre certaines des questions soulevées par des patients aux prises avec le processus de demande et d'appel d'Anciens Combattants Canada. Elle a suggéré que le Ministère donne plus de renseignements aux médecins civils quant à ses exigences pour qu'ils puissent venir en aide aux ex-militaires.

Il peut aussi arriver que les ex-militaires aient de la difficulté à trouver un médecin dans la région où ils vivent, tout comme les familles de militaires mentionnées précédemment ont de la difficulté à trouver un médecin de famille. C'est une question qui a été soulevée à la BFC de Petawawa. Il peut être difficile pour quiconque quitte les rangs de trouver un médecin, peu importe la région, mais il se peut que ce soit plus difficile encore en dehors des grandes villes. La situation peut varier d'une base à l'autre, étant donné que certaines bases comme celles de Valcartier et de Shearwater sont situées à proximité de grandes villes où il y a beaucoup plus de médecins tandis que d'autres sont situées dans des régions plus isolées comptant peu de professionnels de la santé. Un grand nombre de blessés et d'autres ex-militaires peuvent décider de s'installer près de la base où ils ont passé une bonne partie de leur carrière militaire, mais il peut arriver que la rareté des médecins dans la région pose un problème lorsqu'ils cherchent à obtenir des soins pour leurs blessures ou de l'aide pour fournir les documents exigés par le Ministère. De plus, alors qu'ils ont reçu des soins de médecins militaires pendant toute la durée de leur carrière dans l'armée, les ex-membres de la Force régulière doivent se débrouiller quasiment seuls pour trouver un médecin une fois qu'ils ont réintégré la vie civile. La situation est encore plus difficile pour les réservistes qui servent dans des unités déployées en Afghanistan lorsqu'ils quittent leur base à leur retour au Canada. La santé des réservistes, tout comme celle d'autres militaires envoyés à l'étranger, fait bien sûr l'objet d'un suivi au cours de la période mois qui suit immédiatement un déploiement, mais il se peut que des blessures psychologiques ou autres se manifestent des mois, voire des années plus tard. Après un déploiement, il se peut que les réservistes, par comparaison aux membres de la Force régulière, aient un accès limité au système de soins de santé destinés aux militaires et aux services d'aide comme le Soutien social aux victimes de

stress opérationnel offert à ceux qui sont touchés par une blessure psychologique, parce qu'ils vivent loin de la base des unités avec lesquelles ils ont été déployés outre-mer. Les problèmes auxquels sont confrontés les réservistes et les ex-membres de la Force de réserve préoccupent bien des gens, y compris les membres du Comité. Il est à espérer qu'on interviendra sans tarder pour régler les problèmes liés au traitement des réservistes blessés, que l'Ombudsman du ministère de la Défense nationale et des Forces canadiennes a cernés dans le rapport spécial d'avril 2008, en ce qui concerne notamment la recommandation que des mesures soient prises immédiatement pour que tous les réservistes qui sont libérés pour raisons de santé le soient rapidement²³.

Certains des problèmes, auxquels se heurtent ceux qui ont servi dans la Force régulière ou les Réserves, se régleraient d'eux-mêmes si les ex-militaires continuaient à avoir accès à des médecins militaires. Dans un mémoire présenté au Comité, le D^r Mackinnon a proposé la création de services médicaux de transition pour aider les membres de la Force régulière ou des Réserves qui ont subi des blessures à passer au système médical civil. De tels services pourraient aussi être utiles à ceux qui quittent les Forces pour des raisons autres que des blessures, mais chez qui pourraient être diagnostiquées des maladies militaires reconnues des années seulement après leur départ des Forces. Étant donné la longue période de temps qu'il a fallu dans certains cas pour reconnaître que certains anciens combattants avaient effectivement des blessures psychologiques, des services médicaux de transition seraient une initiative très valable. M^{me} Helen Gough, une ergothérapeute qui a travaillé avec des anciens combattants avançant en âge et qui vient d'une famille de militaires, a déploré la méconnaissance de la culture militaire chez les professionnels de la santé du milieu civil. Elle a proposé que les militaires aient leurs propres ergothérapeutes qui pourraient venir en aide aux familles durant la transition de la vie militaire à la condition d'ancien combattant, par exemple en trouvant un ergothérapeute dans la communauté. Elle a aussi proposé que le ministère des Anciens Combattants reconnaisse les diverses compétences des ergothérapeutes appelés à travailler auprès d'anciens militaires ayant une déficience des fonctions mentales ou physiques. Une autre mesure qui aiderait les ex-militaires et leurs familles à faire la transition de la vie militaire à la vie civile serait la création d'un guide destiné à renseigner les professionnels de la santé sur les programmes et services fournis par le ministère des Anciens Combattants. Ainsi, ils ne perdraient pas de temps à essayer de déterminer quels sont les programmes offerts aux ex-militaires et à leurs familles, surtout s'ils n'ont pas souvent été appelés à leur venir en aide.

Le fait que les professionnels de la santé connaissent souvent mal la culture des Forces canadiennes et le genre de situations vécues par les ex-membres a été soulevé maintes fois durant l'examen par le Comité des services de soutien offerts aux anciens combattants souffrant de blessures psychologiques. Certains des psychologues entendus

23 Canada, Ombudsman du ministère de la Défense nationale et des Forces canadiennes, Des soins sous toutes réserves : Enquête sur le traitement des réservistes blessés, Rapport spécial au ministre de la Défense nationale, avril 2008, p. 60. Voir <http://www.ombudsman.forces.gc.ca/rep-rap/sr-rs/rc-str/index-fra.asp>.

par le Comité, dont le Dre Pascale Brillon, ont une vaste expérience des soins aux ex-militaires victimes du syndrome de stress post-traumatique ou d'autres blessures psychologiques. Cependant, de nombreux psychologues et autres professionnels de la santé possèdent une expérience plus limitée des soins aux ex-militaires, ce qui peut entraîner des retards dans la pose d'un diagnostic exact et la prestation d'un traitement. On est de plus en plus conscient de l'impact des blessures psychologiques sur le personnel militaire et les anciens combattants, mais il faut faire plus d'efforts pour que les professionnels de la santé comprennent mieux ce que le personnel militaire et les anciens combattants ont vécu, comme le Comité le faisait valoir à la recommandation 12 de son rapport de juin 2007.

L'importance d'un diagnostic rapide et exact des blessures psychologiques et la nécessité pour les psychologues de savoir que le ministère des Anciens Combattants offre des services pour les problèmes liés au stress opérationnel au Centre Sainte-Anne et ailleurs au Canada ont été signalées lors du témoignage de M^{me} Jenifer Migneault et de son conjoint. Celle-ci a dit au Comité : « Quand la roue tourne mais que personne n'est en mesure de nous aider, à un moment donné, on devient complètement découragé et on se demande vers qui se tourner. [...] Personne ne semble comprendre ce qu'il vivait et ce qu'il avait²⁴. » Il est important que ceux qui sont toujours militaires aient accès à des psychologues dès que le besoin de traitement a été identifié. Le nombre de psychologues a augmenté dans les bases ces dernières années, mais ils ne sont toujours pas assez nombreux, étant donné surtout le nombre de déploiements à l'étranger auxquels participent certains militaires. Une fois qu'ils ont quitté les Forces, les ex-militaires doivent continuer à pouvoir compter sur les services de psychologues, mais ils ont plus de difficulté à en trouver en dehors des grandes villes. Que les anciens combattants les consultent en ville ou dans des régions isolées, les psychologues doivent être conscients de leurs besoins et des ressources à leur disposition pour leur venir en aide de même qu'à leurs familles.

En plus de leur donner plus d'information sur les ressources offertes par l'entremise d'Anciens Combattants Canada, un autre moyen de sensibiliser les psychologues aux besoins des anciens combattants pour ce qui est du syndrome du stress post-traumatique et d'autres blessures psychologiques consisterait à encourager les nouveaux psychologues à faire des recherches sur les soins aux anciens combattants. M^{me} Marie-Josée Lemieux, vice-présidente de l'Ordre des psychologues du Québec, l'organisme de réglementation des psychologues de cette province, a fait observer au Comité que des bourses pourraient être offertes pour encourager les internes en psychologie à se spécialiser dans les soins aux anciens militaires. Ce serait une mesure particulièrement utile au Québec où certains étudiants inscrits à des programmes de doctorat en psychologie éprouvent des difficultés financières, mais aussi pour ceux d'autres régions du Canada. Des subventions à la recherche serviraient également à encourager les étudiants et les nouveaux psychologues à en apprendre davantage sur le traitement des ex-militaires. Même s'ils n'en font pas une spécialité, ils seront ainsi mieux préparés à soigner

24 *Témoignages*, 27 novembre 2007, p. 5.

ceux qui viendront les consulter. Le ministère des Anciens Combattants a déjà entrepris un certain nombre de projets de recherche sur les blessures psychologiques et d'autres questions de santé touchant les ex-militaires. Toutefois, il lui faudrait examiner des moyens de stimuler l'intérêt des psychologues pour les questions touchant les anciens militaires, dont l'octroi de subventions à la recherche et le resserrement des liens avec des universités, comme, par exemple, l'affiliation récemment annoncée de l'Hôpital Sainte-Anne et de l'Université McGill.

CONCLUSION

Plusieurs générations de militaires ont bien servi le Canada au cours des dernières décennies. Ces militaires ont droit tout comme ceux qui les suivront à des avantages et à des services qui répondent à leurs besoins et à ceux de leurs familles. Il aura fallu beaucoup de temps pour que ces avantages et ces services soient améliorés et répondent mieux aux besoins des anciens militaires et de leurs familles, et plus d'efforts encore devront être mis en œuvre pour régler les problèmes cernés dans le présent rapport entre autres. Le travail effectué par le Conseil consultatif de gérontologie, dont témoigne notamment son rapport de novembre 2006, a contribué énormément à l'amélioration des soins de santé offerts aux anciens militaires. Même si son mandat consistait principalement à améliorer les prestations de santé pour les anciens combattants du Canada ayant servi en temps de guerre, ses recommandations serviront aussi à actualiser les soins et les avantages offerts aux ex-membres des Forces canadiennes qui ont servi leur pays dans le cadre d'opérations de maintien de la paix et autres au cours des dernières décennies. Nombre d'entre eux avancent en âge, et les recommandations du Conseil les aideront à avoir une vie active et à vivre en santé dans les années qui viennent. La promotion de saines habitudes de vie et l'amélioration de la prestation des services aux anciens combattants que préconise le Conseil ont autant d'importance pour les plus jeunes que pour ceux qui ont servi en temps de guerre. Comme le Conseil l'indique dans son rapport de novembre 2006 à l'égard de l'un des principes devant présider à l'approche proposée, soit les Services intégrés aux anciens combattants (SIAC), « [l]a prestation précoce de services appropriés peut permettre d'accroître la résilience des anciens combattants lorsqu'ils avancent en âge ». Le Comité espère que son rapport facilitera les efforts déployés par le ministère des Anciens Combattants pour améliorer la qualité de vie des anciens militaires canadiens, jeunes et vieux, et l'aidera à mieux répondre à leurs besoins.

LISTE DES RECOMMANDATIONS

Recommandation 1

Le ministère des Anciens Combattants devrait adopter un programme de soins de santé réaménagé de manière à favoriser la santé, le bien-être et l'autonomie :

- 1) de tous les anciens combattants de la Seconde Guerre mondiale et de la guerre de Corée, et pas seulement de ceux qui touchent des pensions d'invalidité du Ministère; et**
- 2) des ex-membres des Forces canadiennes, notamment ceux qui ont participé à des missions de maintien de la paix ou à d'autres opérations outre-mer,**

tout en veillant à ce qu'ils aient accès aux soins et au soutien quand ils en ont besoin.

Recommandation 2

Pour ce faire, le ministère des Anciens Combattants devrait modifier son programme des soins de santé pour anciens combattants en suivant les recommandations formulées par le Conseil consultatif de gérontologie dans son rapport de novembre 2006, intitulé Parole d'honneur, afin d'établir une nouvelle approche en matière de programmes et de services de santé baptisée Services intégrés aux anciens combattants, qui comportera :

- 1) un guichet unique d'accès à tous les services du Ministère pouvant aider à vieillir en santé où, de préférence, un même représentant ministériel s'occupera de l'ancien combattant afin de répondre à la demande d'aide d'origine et aux demandes suivantes;**
- 2) un processus d'examen préalable et d'évaluation pour déterminer les besoins des anciens combattants et de leur famille;**

- 3) une équipe pluridisciplinaire comportant des spécialistes de l'intervention précoce et des gestionnaires des soins aux cas lourds, en plus des agents des services aux clients et des spécialistes de la santé qui font déjà partie des équipes actuelles, afin de favoriser la santé des personnes âgées et de leur fournir des services;**
- 4) des modèles novateurs de prestation de services prévoyant un plus vaste choix en matière d'hébergement et surtout un soutien à domicile plus appuyé, compte tenu des leçons tirées les dernières années quand des soins à domicile ont été dispensés par le biais du Programme pour l'autonomie des anciens combattants.**

Recommandation 3

Quand il modifiera son programme des soins de santé pour anciens combattants, le ministère des Anciens Combattants devrait veiller à alléger le processus à suivre pour obtenir des services d'entretien du terrain et de soutien à domicile et les autres services — tout en veillant à ce que ce processus respecte les obligations redditionnelles de base — et à offrir l'aide d'un représentant ministériel afin de simplifier la tâche aux anciens combattants et à leur famille quand ils demandent de l'aide et du soutien, et afin que l'accès soit accordé en fonction des besoins plutôt qu'en fonction de la condition d'ancien combattant.

Recommandation 4

Quand il réaménagera le programme des soins de santé pour anciens combattants, le ministère des Anciens Combattants devrait veiller tout particulièrement à offrir les services à tous les anciens combattants dans la langue officielle de leur choix, à répondre aux besoins des anciens combattants et de leur famille qui habitent dans les régions éloignées et rurales, à l'extérieur des grands centres urbains, et à tenir compte des problèmes de santé propres aux anciens combattants autochtones.

Recommandation 5

Le ministère des Anciens Combattants doit veiller à ce que le réaménagement de son programme de soins de santé :

- 1) n'ait pas pour effet de réduire ou d'éliminer les prestations que reçoit déjà le conjoint survivant ou le principal dispensateur de soins, en vertu du Programme pour l'autonomie des anciens combattants;**
- 2) fournisse à vie des services d'entretien du terrain semblables (après le décès de l'ancien combattant) au conjoint ou au principal dispensateur de soins de tous les anciens combattants, soit ceux qui reçoivent ou ont reçu des prestations du Programme pour l'autonomie des anciens combattants, mais aussi ceux qui deviendront admissibles aux prestations de soins de santé à la suite du réaménagement du programme;**
- 3) donne, au conjoint survivant ou au dispensateur de soins, accès non seulement aux services d'entretien du terrain, mais aussi aux services comme la promotion de la santé et le soutien à domicile, selon les besoins.**

Recommandation 6

Le ministère des Anciens Combattants doit faire plus pour informer les anciens combattants, leurs familles et les professionnels de la santé au sujet des prestations et des programmes de soutien offerts à tous les anciens combattants, notamment dans les régions éloignées et rurales. Il devrait aussi envisager d'établir de nouveaux partenariats avec la Légion royale canadienne et d'autres groupes d'anciens combattants afin de mieux informer et servir les anciens combattants et leurs familles vivant à l'extérieur des grands centres urbains.

Recommandation 7

Le ministère des Anciens Combattants et le ministère de la Défense nationale doivent intensifier leur collaboration afin d'assurer, dans la mesure du possible, une transition harmonieuse entre la vie militaire et la vie civile quand un membre quitte les Forces canadiennes et devient un ex-militaire, de façon à ce qu'il ait accès sans attendre aux prestations et services destinés aux anciens combattants auxquels il a droit.

Recommandation 8

Le ministère des Anciens Combattants et le ministère de la Défense nationale doivent pousser plus loin et étudier l'uniformisation de leurs systèmes d'identification des personnes ayant servi dans les Forces canadiennes afin que :

- 1) les membres, s'ils y consentent, soient inscrits systématiquement dans les répertoires des deux ministères dès qu'ils s'engagent;**
- 2) les dossiers médicaux et autres des militaires blessés en service puissent être transmis rapidement d'un ministère à l'autre;**
- 3) le processus de demande de prestations d'invalidité et d'autres pour les anciens combattants soit allégé le plus possible.**

Recommandation 9

Le ministère des Anciens Combattants et le ministère de la Défense nationale doivent travailler ensemble afin de faire mieux connaître aux médecins et aux psychologues civils les programmes de soutien qui existent pour aider les ex-militaires et les militaires en voie d'être libérés des Forces canadiennes qui ont subi des blessures psychologiques liées au stress opérationnel.

Recommandation 10

Le ministère des Anciens Combattants devrait examiner, de concert avec le ministère de la Défense nationale, l'établissement de services médicaux de transition afin que les professionnels des Services de santé des Forces canadiennes puissent continuer de soigner un ancien combattant blessé pendant une période appropriée à déterminer après qu'il soit libéré des Forces canadiennes.

Recommandation 11

Le ministère des Anciens Combattants devrait informer le ministère de la Défense nationale de la nécessité d'accroître le nombre de psychologues disponibles sur les bases afin d'aider le personnel militaire à composer avec les blessures psychologiques liées au stress opérationnel après un déploiement outre-mer, et de fournir les services d'ergothérapeutes afin d'aider les blessés et leurs familles au cours de la période de transition après qu'ils sont libérés des Forces canadiennes.

Recommandation 12

Le ministère des Anciens Combattants devrait élaborer une stratégie complète de recrutement afin d'aller chercher des psychologues nouvellement diplômés et de sensibiliser les étudiants en psychologie aux questions touchant les anciens combattants avec des blessures psychologiques liées au stress opérationnel, en leur offrant des bourses d'études et de recherches, en collaboration avec les autorités provinciales en matière de santé et les universités.

ANNEXE A LISTE DES TÉMOINS

39^e LÉGISLATURE, 2^e SESSION

Organisations et individus	Date	Réunion
Ministère des Anciens Combattants Ken Miller, directeur, Direction de politiques sur les programmes	2007/11/20	2
Ministère des Anciens Combattants Darragh Mogan, directeur général, Politique en matière de programme et de service		
À titre personnel Jenifer Migneault,	2007/11/27	4
À titre personnel Claude Rainville,		
Ministère des Anciens Combattants David Pedlar, directeur de la recherche, Direction de la recherche et de l'information	2007/12/04	6
Conseil consultatif de gérontologie Marcus Hollander, membre		
Fédération des aînées et aînés francophones du Canada Willie Lirette, président	2007/12/06	7
Fédération des aînées et aînés francophones du Canada Marc Ryan, premier vice-président (Ontario)		
Fédération internationale du vieillissement Greg Shaw, directeur, Relations internationales et d'entreprise		
Association canadienne des vétérans des forces de la paix pour les Nations Unies Ronald Griffis, président national	2007/12/13	9
Canadian Centre for Activity and Aging Clara Fitzgerald, directrice de programme	2008/01/29	10
University of Western Ontario Mark Speechley, professeur, Département d'épidémiologie et de biostatistiques, Faculté de médecine et de dentisterie		

Organisations et individus	Date	Réunion
<p>Instituts de recherche en santé du Canada</p> <p>Linda Mealing, directrice adjointe, Partenariats, Institut du vieillissement</p> <p>Ministère de la Santé</p> <p>Nancy Milroy-Swainson, directrice, Division des soins chroniques et continus, Direction générale de la politique de la santé</p> <p>Agence de la santé publique du Canada</p> <p>John Cox, directeur intérimaire, Division du vieillissement et des aînés</p> <p>Agence de la santé publique du Canada</p> <p>Claude Rocan, directeur général, Centre de promotion de la santé</p>	2008/01/31	11
<p>INCA (Institut national canadien pour les aveugles)</p> <p>Catherine Moore, directrice nationale, Relations gouvernementales et avec les consommateurs</p> <p>INCA (Institut national canadien pour les aveugles)</p> <p>Bernard Nunan, chercheur, rédacteur, Bureau d'Ottawa</p>	2008/02/05	12
<p>Initiative nationale pour le soin des personnes âgées</p> <p>Maggie Gibson, membre, Psychologue, Programme de soins pour les anciens combattants</p>	2008/02/07	13
<p>Université Simon Fraser</p> <p>Gloria Gutman, codirectrice du bc network for aging research, Ancienne directrice et professeur émérite, Centre de recherche de gérontologie et département de gérontologie</p>	2008/03/04	15
<p>Association canadienne des vétérans de la Corée</p> <p>Les Peate, président sortant</p>	2008/03/06	16
<p>Centre de ressources pour les familles des militaires, région de Halifax</p> <p>Colleen Calvert, directrice exécutive</p> <p>Centre de ressources pour les familles des militaires, région de Halifax</p> <p>Wendy Purcell, coordonnatrice des services aux adultes et aux familles</p>	2008/03/11	17

Organisations et individus	Date	Réunion
Association nationale des anciens combattants autochtones Alastair MacPhee, conseiller en politiques	2008/03/13	18
Association nationale des anciens combattants autochtones Claude Petit, président		
À titre personnel Helen Gough, ergothérapeute et conjointe d'un militaire	2008/04/01	19
Ordre des psychologues du Québec Stéphane Beaulieu, secrétaire général	2008/04/03	20
Ordre des psychologues du Québec Marie-Josée Lemieux, vice-présidente		
Ordre des psychologues du Québec Édith Lorquet, conseillère juridique et secrétaire du comité de discipline		

ANNEXE B LISTE DES TÉMOINS

39^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Organisations et individus	Date	Réunion
<p>À titre personnel</p> <p>Pascale Brillon, psychologue et professeure, Université de Montréal</p>	2007/02/27	28
<p>À titre personnel</p> <p>Robert Belzile,</p>	2007/03/01	29
<p>À titre personnel</p> <p>Col Donald S. Ethell (à la retraite), président, Conseil consultatif conjoint du ministère de la défense nationale et anciens combattants Canada pour le soutien social aux victimes de stress opérationnel</p> <p>Ministère de la Défense nationale</p> <p>Lcol Jim Jamieson (à la retraite), conseiller médical, Conseil consultatif pour le soutien social aux victimes de stress opérationnel</p> <p>Major Mariane Le Beau, gestionnaire de projet, Conseil consultatif pour le soutien social aux victimes de stress opérationnel</p> <p>Anciens Combattants Canada</p> <p>Kathy Darte, cogestionnaire de programme, Conseil consultatif pour le soutien social aux victimes de stress opérationnel</p>	2007/03/20	30
<p>À titre personnel</p> <p>Stéphane Guay, psychologue et directeur, Centre d'étude sur le trauma</p>	2007/03/22	31
<p>Ministère des Anciens Combattants</p> <p>Bryson Guptill, directeur général, Politique en matière de programme et de service</p> <p>Raymond Lalonde, directeur, Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel, Hôpital Sainte-Anne</p>	2007/04/19	35
<p>Ministère de la Défense nationale</p> <p>Major Chantal Descôteaux, médecin-chef de Base des Forces canadiennes Valcartier, Médecin-chef de brigade intérimaire</p> <p>Marc-André Dufour, psychologue, Services de santé mentale, Base des Forces canadienne Valcartier</p> <p>Ministère de la Défense nationale</p> <p>Margaret Ramsay, officier supérieur d'état-major intérimaire, Initiative de santé mentale des Forces canadiennes</p>	2007/04/24	36

Organisations et individus	Date	Réunion
Conseil consultatif de gérontologie Victor Marshall, président	2007/04/26	37
Ministère des Anciens Combattants Brian Ferguson, sous-ministre adjoint, Services aux anciens combattants Darragh Mogan, directeur exécutif, Groupe de travail sur la modernisation des services et des programmes	2007/05/08	40
Conseil consultatif de gérontologie Norah Keating, membre et spécialiste des soins de longue durée et de la santé mentale	2007/05/10	41
À titre personnel L'hon. Lgén Roméo A. Dallaire (à la retraite) Gilles-A. Perron, député	2007/05/15	42
Conseil consultatif de gérontologie Dorothy Pringle, membre du conseil	2007/05/31	45
Conseil consultatif de gérontologie Pierre Allard, directeur, bureau d'entraide de la légion, direction nationale	2007/06/05	46
Association canadienne des vétérans pour le maintien de la paix Ray Kokkonen, vice-président national	2007/06/14	48

**ANNEXE C
LISTE DES MÉMOIRES**

39^e LÉGISLATURE, 2^e SESSION

Organisations et individus

Centre de ressources pour les familles des militaires, région de Halifax

Association nationale des anciens combattants autochtones

Gough, Helen

Ordre des psychologues du Québec

Royal United Services Institute of Nova Scotia

**ANNEXE D
LISTE DES MÉMOIRES**

39^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Organisations et individus

Légion royale canadienne

Brillon, Pascale

ministère de la Défense nationale

ministère des Anciens Combattants

Conseil consultatif de gérontologie

DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT

Conformément à l'article 109 du Règlement, le Comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale au présent rapport.

Un exemplaire des procès-verbaux pertinents de la 39^e législature, 1^{re} session ([séances n^{os} 28, 29, 30, 31, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46 et 47](#)) est déposé.

Un exemplaire des procès-verbaux pertinents de la 39^e législature, 2^e session ([séances n^{os} 2, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18 et 20](#)) est déposé.

Respectueusement soumis,

Le président,

Rob Anders, député

PROCÈS-VERBAUX

Un exemplaire des procès-verbaux pertinents de la 39^e législature, 1^{re} session ([séances n^{os} 28, 29, 30, 31, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46 et 47](#)) est déposé.

Un exemplaire des procès-verbaux pertinents de la 39^e législature, 2^e session ([séances n^{os} 2, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18 et 20](#)) est déposé.

Respectueusement soumis,

Le président,

Rob Anders, député

