



Veterans Affairs
Canada

Anciens Combattants
Canada

ÉVALUATION DU PROGRAMME POUR L'AUTONOMIE DES ANCIENS COMBATTANTS (PAAC)

FINAL : JUILLET 2011



Canada 

REMERCIEMENTS

La Direction générale de la vérification et de l'évaluation tient à remercier les employés d'Anciens Combattants Canada à l'échelle du pays pour leur appui et leur contribution.

L'équipe d'évaluation était constituée des personnes suivantes :
Orlanda Drebit, directrice générale, Vérification et Évaluation
Kevin Edgecombe, directeur, Vérification et Évaluation
Lisle Clarke, gestionnaire de la vérification et de l'évaluation
Stephen Ogden, gestionnaire de l'évaluation
Shauna Cheverie, agente de vérification et d'évaluation

TABLE DES MATIÈRES

	Page
SOMMAIRE.....	i
1.0 INTRODUCTION	1
Profil du programme	1
Critères d'admissibilité	2
Coûts du programme.....	3
Avis des intervenants	4
Travail ministériel passé.....	4
Travail ministériel concurrent	4
2.0 PORTÉE	6
3.0 MÉTHODE.....	7
4.0 PERTINENCE DU PROGRAMME.....	8
4.1 Rôle d'ACC et du gouvernement du Canada dans la prestation de services aux anciens combattants.....	8
4.2 Pertinence du programme pour répondre aux besoins des bénéficiaires.....	10
4.2.1 Répondre aux besoins des bénéficiaires	11
4.2.2 Besoins non satisfaits.....	19
4.2.3 Conclusions	21
4.3 Couverture du programme.....	23
4.3.1 Éléments des soins à domicile du PAAC	24
4.3.2 Services de soins intermédiaires offerts dans le cadre du PAAC	26
4.3.3 Autres éléments du PAAC.....	27
4.3.4 Conclusions	29
4.4 Chevauchements/dédouplements éventuels des services du PAAC avec d'autres services d'ACC	30
4.4.1 Adaptations au domicile dans le cadre du PAAC et avantages médicaux	30
4.4.2 Services de santé et de soutien et avantages médicaux	31
4.4.3 Soins intermédiaires en foyer de soins infirmiers du PAAC et Programme de soins de longue durée (SLD).....	32
4.4.4 Conclusions	33
4.5 Pertinence des critères d'admissibilité au programme.....	34
4.6 Chevauchements ou dédoublements éventuels avec d'autres services du gouvernement.....	39
4.6.1 Ministères du gouvernement fédéral	39
4.6.2 Gouvernements provinciaux	40
4.6.3 Conclusions	42
4.7 Conclusions générales sur la pertinence.....	44
5.0 SUCCÈS DU PROGRAMME	46
5.1 Contexte de la mesure du rendement à ACC et au sein du gouvernement fédéral	46
5.2 Progrès réalisés à l'égard des résultats escomptés	48
5.2.1 Résultat immédiat – Les anciens combattants et les autres bénéficiaires ont accès aux services de soins et de soutien à domicile	49
5.2.2 Résultat intermédiaire – Les besoins en matière de soins et de soutien à domicile des anciens combattants admissibles sont satisfaits	53

5.2.3	Résultat ultime – Les anciens combattants et les autres bénéficiaires admissibles peuvent demeurer dans leur propre foyer ou dans leur collectivité	54
5.3	Incidences imprévues	56
5.4	Conclusions générales sur le succès du programme	57
6.0	EFFICIENCE ET EFFICACITÉ DU PROGRAMME	59
6.1	Efficienc	67
6.2	Efficacité	71
6.3	Solutions de rechange et suggestions d'améliorations	78
6.4	Conclusions générales sur l'efficienc et l'efficacité du programme	79
7.0	DISTRIBUTION	82
8.0	RÉFÉRENCES	83
	Annexe A : Cadre de référence de l'évaluation du PAAC	86
	Annexe B : Modèle logique du Programme pour l'autonomie des anciens combattants (PAAC)	87
	Annexe C : Description des services et du soutien offerts dans le cadre du PAAC	88
	Annexe D : Nombre total de bénéficiaires par type de service de l'exercice 2007-2008 à l'exercice 2009-2010	89
	Annexe E : Soins de santé et soins à domicile à l'échelle nationale et à l'échelle internationale	90
	Annexe F : Liste des personnes interviewées	92
	Annexe G : Succès et limites de l'évaluation	93
	Annexe H : Structure relative à l'admissibilité au PAAC	96
	Annexe I : Chevauchement et dédoublement éventuel avec d'autres programmes d'ACC	97
	Annexe J : Autres programmes de soins à domicile gouvernementaux	103
	Annexe K : Chronologie du programme	108
	Annexe L : Dépenses du PAAC par élément	109
	Annexe M : Résumé de l'examen de la documentation sur le rapport coût-efficacité des soins à domicile par rapport aux soins en établissement	110
	Annexe N : Nombre de bénéficiaires du PAAC (à l'exclusion des SIFSI) par tranche de dépenses en dollars	112
	Annexe O : Constatations découlant de l'examen des dossiers des bénéficiaires des services de soins intermédiaires du PAAC effectué par la Direction générale de la vérification et de l'évaluation	113

SOMMAIRE

Introduction

Le Programme pour l'autonomie des anciens combattants (PAAC) a été lancé en 1981 pour répondre au vieillissement de la population d'anciens combattants et pour aider à réduire la liste d'attente des établissements de soins de longue durée (SLD) en fournissant des soins à domicile aux anciens combattants. Le programme national de soins à domicile d'Anciens Combattants Canada (ACC) aide les anciens combattants, les membres toujours actifs des Forces canadiennes (FC) bénéficiaires d'une pension d'invalidité, les conjoints/principaux dispensateurs de soins survivants et certains civils admissibles à maintenir leur santé, leur qualité de vie et leur autonomie dans leur propre foyer aussi longtemps que possible. Lorsque les soins à domicile ne sont plus possibles, le PAAC aide les anciens combattants à obtenir des soins dans un établissement de soins de longue durée au sein de leur collectivité.

Le PAAC ne vise pas à chevaucher ou à remplacer les services provinciaux, territoriaux ou municipaux existants; il est plutôt offert en complément de ces programmes afin de mieux répondre aux besoins des anciens combattants. Dans le cadre du PAAC, un bénéficiaire peut recevoir des fonds pour couvrir les frais liés aux éléments suivants du programme :

- soins ambulatoires (p. ex. programmes de jour pour adultes);
- accès à des services d'alimentation (p. ex. Popote roulante);
- soins de santé et services de soutien (p. ex. infirmières, ergothérapeutes);
- soins personnels (p. ex. se laver, s'habiller);
- services d'entretien ménager (p. ex. faire la lessive, passer l'aspirateur, préparer les repas);
- services d'entretien du terrain (p. ex. tondre le gazon, enlever la neige);
- transport pour participer à des activités sociales (p. ex. faire des courses, aller à la banque);
- adaptations au domicile;
- soins intermédiaires en foyer de soins infirmiers.

Deux systèmes électroniques sont utilisés pour saisir les renseignements et exécuter le PAAC : 1) Exécution du programme – Réseau de prestation des services aux clients (RPSC) d'ACC; 2) Traitement des paiements – Système fédéral de traitement des demandes de soins de santé (SFTDSS) par l'entremise d'un contrat conclu avec Croix Bleue Medavie.

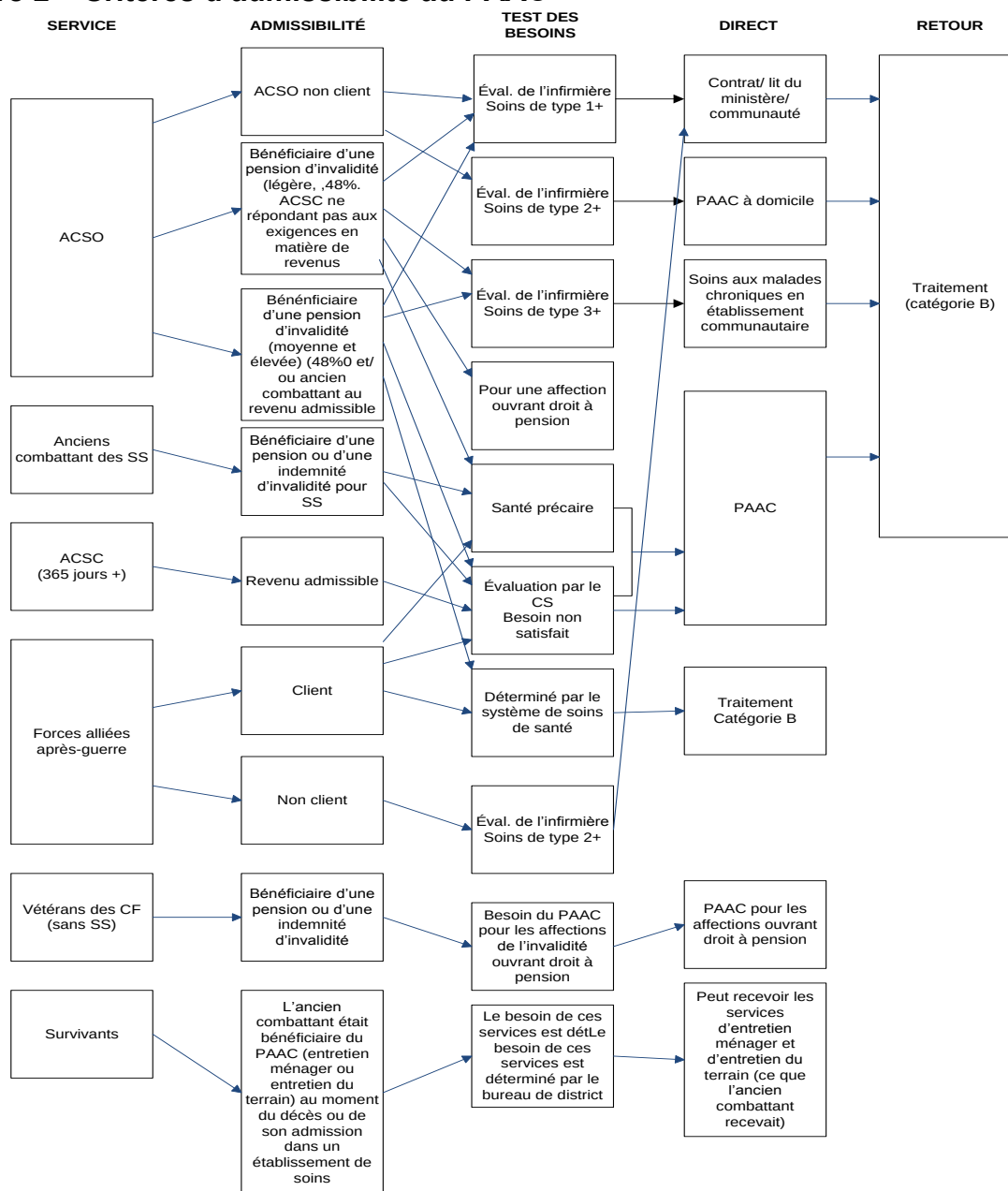
Admissibilité au programme

Depuis 1981, le profil des bénéficiaires du programme a énormément changé. Les anciens combattants ayant servi en temps de guerre ont vieilli et leurs besoins se sont accrus, et les critères d'admissibilité au programme ont été élargis afin d'inclure

d'autres groupes de clients, comme les conjoints et les principaux dispensateurs de soins.

La population totale des anciens combattants ayant servi en temps de guerre est de 155 700 anciens combattants, dont 55 600 sont bénéficiaires du PAAC. Ce groupe connaît un taux de mortalité liée à l'âge d'environ 2 000 anciens combattants par mois. Comme on peut le constater dans la figure 1 ci-après, il existe un grand nombre de services auxquels sont admissibles les membres de ce groupe, ainsi que de nombreuses portes d'accès au PAAC. L'admissibilité au PAAC comme tel donne également accès ou améliore l'admissibilité aux avantages médicaux d'ACC.

Figure 1 – Critères d'admissibilité au PAAC



Source : MacLean, MB. Examen des services de santé pour les anciens combattants : Incidence des propositions sur les clients et les dépenses. Figure 6 – Droit aux services de santé fondé sur l'admissibilité. Le 21 mai 2008.

Il y a environ 314 200 vétérans de la Force régulière canadienne et 279 600 vétérans de la Réserve des Forces canadiennes au Canada¹. Certains membres des FC encore en service peuvent aussi être admissibles au PAAC, pourvu qu'ils ne reçoivent pas ces services dans le cadre des programmes du ministère de la Défense nationale (MDN). En mars 2009, on estimait à 94 000 le nombre de membres des FC encore en service vivant au Canada, ce qui porte à environ 686 000² la population totale d'anciens combattants, de vétérans et de personnes qui ne sont pas des anciens combattants (futurs bénéficiaires éventuels du PAAC). De ce nombre, un peu moins de 18 000 sont bénéficiaires du PAAC.

Lorsqu'un ancien combattant bénéficiaire du PAAC décède ou est admis dans un établissement de soins de longue durée, le conjoint ou le principal dispensateur de soins survivant³ est souvent admissible aux services d'entretien ménager ou aux services d'entretien du terrain dans le cadre du PAAC. Il existe deux types d'admissibilité dans le cadre du PAAC pour les conjoints/principaux dispensateur de soins survivants : 1) l'admissibilité à titre de principal dispensateur de soins (généralement les conjoints), dans le cadre du prolongement des services du PAAC en place au moment du décès de l'ancien combattant ou de son admission dans un établissement; 2) l'admissibilité en vertu de l'élargissement des critères du PAAC aux survivants d'anciens combattants qui ne recevaient pas de services du PAAC au moment de leur décès ou de leur admission dans un établissement. Le nombre de principaux dispensateurs de soins bénéficiaires du PAAC n'a cessé de croître depuis que les critères d'admissibilité ont été élargis en 2005 (soit une augmentation d'environ 45 pour cent). En 2009-2010, les conjoints et principaux dispensateurs de soins représentaient 32 pour cent (34 465) de la population de bénéficiaires du PAAC. On prévoit qu'en 2015, le nombre de conjoints et principaux dispensateurs de soins bénéficiaires du PAAC dépassera le nombre d'anciens combattants ayant servi en temps de guerre.

Coûts du programme

Le programme a été considérablement élargi depuis sa création, comptant près de 108 000 bénéficiaires en 2009-2010. Entre l'exercice 2007-2008 et l'exercice 2009-2010, le nombre de bénéficiaires du PAAC a augmenté d'environ 4 700, et les coûts du programme ont augmenté d'environ 35 millions de dollars, pour atteindre 338 millions de dollars, tandis que les frais d'administration ont connu une hausse d'un peu plus d'un million de dollars pour atteindre un total de 32 millions de dollars. L'augmentation du nombre de bénéficiaires et la hausse des coûts d'administration sont en grande partie attribuables à l'élargissement des critères d'admissibilité afin d'inclure les pensionnés de santé précaire (2003), les principaux dispensateurs de soins (2005), les conjoints survivants (2008) et les anciens combattants alliés (2010). L'élargissement

¹ Feuille de renseignements trimestrielle d'ACC. Tableau 1. Direction de la statistique d'ACC. Mars 2010 (anglais).

² MacLean M. B., L. Van Til, J. M. Thompson, D. Pedlar, A. Poirier, J. Adams, S. Hartigan, K. Sudom. *Life After Service Study: Data Collection Methodology for The Income Study and The Transition to Civilian Life Survey*. Rapport technique de la Direction de la recherche d'Anciens Combattants Canada, le 29 avril 2010, p. 79.

³ Selon les critères d'admissibilité du principal dispensateur de soins, une personne n'a droit qu'à ce que l'ancien combattant recevait, et selon les critères élargis d'admissibilité du survivant, le conjoint a droit aux deux éléments, toutefois jusqu'à concurrence de 2 540 \$ (taux de 2010).

des critères d'admissibilité au programme a permis à un plus grand nombre de bénéficiaires de participer au programme, et, par conséquent, a fait augmenter les coûts liés au programme, aux contrats et à l'administration. L'intensité de l'utilisation du PAAC par les anciens combattants ayant servi en temps de guerre a aussi connu une hausse au cours de la même période, en raison des besoins accrus et des niveaux de risque plus élevé de ces derniers, ce qui accroît les coûts du programme.

Méthodes

Un des objectifs de l'évaluation consistait à fournir de l'information à valeur ajoutée et en temps opportun afin d'appuyer la direction et servir de fondement aux prises de décision quant à la future orientation et conception du programme. L'équipe d'évaluation du PAAC a eu recours à de multiples sources de données, notamment les suivantes : données statistiques, analyse documentaire, études, résultats de sondages, examens de dossiers, rapports d'analyse interne, entrevues auprès d'intervenants clés et examens par des pairs.

L'équipe d'évaluation a dû faire face à des limites et a connu des succès, lesquels sont décrits en détail à l'annexe G. Au nombre des facteurs de succès, il convient de noter le fait que l'évaluation concordait avec une importante initiative de transformation ministérielle entreprise simultanément, l'accès à un important volume de recherches et d'analyses récentes portant sur le PAAC et sur les soins à domiciles, et l'accès aux données issues du Sondage national mené en 2010 auprès des clients, soit tous les bénéficiaires des programmes d'ACC. Les limites étaient surtout attribuables au manque de données sur le rendement et aux changements constamment apportés au PAAC pendant l'évaluation. Ces limites ont eu des incidences sur le rapport, notamment le fait que l'équipe d'évaluation a dû trouver d'autres méthodes de collecte de données en raison des données manquantes ou insuffisantes, ce qui a suscité des défis de taille à relever pour respecter les délais et planifier les ressources.

Autres activités ministérielles en cours

Le PAAC fait actuellement partie d'une initiative de transformation visant l'ensemble des programmes et dont l'objectif est d'améliorer la qualité, la rapidité et l'efficacité du service aux bénéficiaires des services d'ACC. Voici les principaux thèmes du programme de transformation :

- réduire la complexité;
- remanier la prestation des services;
- renforcer les partenariats;
- obtenir les résultats attendus à l'égard de la Nouvelle Charte des anciens combattants;
- harmoniser l'organisation avec le profil démographique de la clientèle.

L'évaluation du PAAC servira de base solide pour la transformation et l'amélioration de la conception et de l'exécution du PAAC.

Pertinence du programme

Le PAAC est conforme aux priorités et aux objectifs du gouvernement fédéral et d'ACC, de même qu'aux résultats stratégiques déterminés par le Ministère.

Le PAAC concerne les besoins des anciens combattants âgés, des conjoints et principaux dispensateurs de soins survivants et des anciens combattants et des membres des FC blessés ou invalides. Les examens des dossiers, l'analyse des données et les sondages auprès des bénéficiaires indiquent que la majorité des anciens combattants ayant servi en temps de guerre ne pourraient pas continuer à vivre chez eux sans l'aide du PAAC. Toutefois, il semble que certains militaires ou vétérans des Forces canadiennes reçoivent des services du PAAC et pourraient ne pas en avoir besoin (30 pour cent), tandis que d'autres groupes de vétérans des FC, qui semblent avoir besoin des services du PAAC, ne les reçoivent pas (10 pour cent). Il est nécessaire d'établir une stratégie de services de soins et de soutien à domicile visant les vétérans des FC afin de gérer de façon cohérente et adéquate les services et le soutien offerts aux militaires et vétérans des FC, puisque certains d'entre eux pourraient n'avoir besoin des services de soutien qu'à court terme.

Bien que certains vétérans plus âgés des FC aient des besoins comparables à ceux des anciens combattants ayant servi en temps de guerre, il existe une cohorte de vétérans des FC plus jeunes ayant des besoins différents en matière de services de soutien à domicile et qui ne sont pas forcément à risque d'être placés dans un établissement de soins. Le PAAC ne répond pas de façon satisfaisante aux besoins de ces vétérans des FC. Ces derniers en particulier, mais non exclusivement, pourraient bénéficier de services et de mesures de soutien modifiés ou supplémentaires, comme les services de garde d'enfants, de répit familial et de réparations au domicile.

Les éléments des services de soins à domicile permettent de répondre aux besoins des bénéficiaires du PAAC; cependant, certains des éléments plus petits (transport pour participer à des activités sociales, soins ambulatoires et adaptations au domicile) devraient faire l'objet d'un examen afin de déterminer leur pertinence pour les futurs programmes. Le Ministère devrait envisager la possibilité d'élargir les critères d'admissibilité ou d'inclure des mesures de soutien supplémentaires dans le cadre de ces éléments afin de mieux répondre aux besoins des vétérans et de leurs conjoints/familles (besoins en matière de services de garde d'enfants/de relève, besoins sociaux/en matière de santé mentale). Ces changements pourraient aider à répondre aux besoins croissants et émergents des vétérans des FC.

À mesure que les personnes vieillissent, leur mobilité fonctionnelle diminue souvent et le risque d'isolement social augmente. Le transport pour participer aux activités sociales est un mécanisme de soutien permettant de réduire ce risque et de répondre au besoin d'interaction sociale et de transport, tout en répondant aux besoins de certains vétérans plus jeunes des FC qui éprouvent de la difficulté à réintégrer la vie civile. Selon les résultats de l'Enquête nationale menée en 2010 auprès des clients, 44 pour cent des bénéficiaires ont déclaré avoir besoin d'aide pour se rendre à des rendez-vous et en revenir, faire des courses, etc. En 2009-2010, les dépenses moyennes liées à l'élément

du transport pour participer aux activités sociales, que seulement un petit nombre de bénéficiaires ont utilisé, s'élevaient à 612 \$.

Les services de soins ambulatoires conviennent parfaitement aux anciens combattants qui souhaitent participer aux programmes de jour pour adultes et aux dispensateurs de soins qui ont besoin de services de relève. Les membres du personnel à l'extérieur de l'Administration centrale qui ont été interrogés dans le cadre de l'évaluation du PAAC ont aussi mentionné le besoin éventuel d'une aide semblable aux services de relève pour les membres plus jeunes des FC qui ont des familles, par exemple des services de garde d'enfants et de soutien familial. Par conséquent, il est possible que les bénéficiaires et leurs familles aient un besoin non satisfait à l'égard des services qui pourraient être inclus dans cet élément. Par ailleurs, en raison du taux maximal payable, le soutien offert dans le cadre de cet élément pourrait ne pas suffire pour permettre une participation continue aux programmes de jour pour adultes.

Il y a un risque que les anciens combattants âgés et leurs conjoints ne s'alimentent pas de façon convenable en raison des limites de l'élément accès aux services d'alimentation du PAAC. Comme la preuve est insuffisante pour étayer cette observation, l'évaluation n'a pas pu donner lieu à une recommandation. Le Ministère pourrait vouloir analyser davantage cette question afin de déterminer le niveau de risque et l'importance des répercussions.

L'équipe d'évaluation a déterminé qu'il y a un certain chevauchement entre les programmes d'ACC, soit entre le PAAC et le Programme d'avantages médicaux, de même qu'entre le PAAC et le Programme de soins de longue durée. La capacité d'analyser le potentiel du double emploi entre deux programmes donnés d'ACC a été limitée en raison du fait que les éléments du PAAC n'ont pas de codes de sous-avantage. Les soins intermédiaires, initialement ajoutés au PAAC afin de combler une lacune dans les services, ne sont plus ce qu'il y a de plus pertinent pour le PAAC. Les soins intermédiaires conviennent davantage au Programme de SLD, puisque ce sont des soins prodigués en établissement qui ont déjà de nombreuses similitudes avec ce programme en évolution. L'équipe a aussi constaté que la documentation disponible n'est pas claire et qu'elle est insuffisante pour orienter le personnel dans la prestation des services de santé et de soutien et d'adaptations au domicile du PAAC, comparativement aux programmes de choix semblables (PDC 1 et PDC 8). L'inclusion des services de soins et de soutien doit être mieux définie et communiquée au personnel pour faire en sorte que cet élément réalise son plein potentiel pour ce qui est de répondre aux besoins pertinents des bénéficiaires.

Le PAAC est le programme phare du Ministère et il continue de répondre aux besoins de la plupart des bénéficiaires admissibles. Le programme fait cependant face à un certain nombre de défis : une population vieillissante d'anciens combattants ayant des besoins accrus en matière de soins de santé et qui auront davantage besoin d'aide, tout comme leurs conjoints/dispensateurs de soins survivants; un nombre croissant de bénéficiaires vétérans des FC ayant des besoins très différents de ceux de la majorité de bénéficiaires précédents (à cette étape-ci de leur vie); une structure et un objectif de programme qui ne sont pas conçus pour répondre aux besoins différents des vétérans

plus jeunes des FC, et comme le prouvent les événements médiatiques récents, des bénéficiaires qui s'expriment avec plus d'aisance et qui sont moins satisfaits.

Il faut adopter une approche de continuum de soins par opposition à l'approche actuelle de maintien des services de soins de santé du PAAC. Dans l'ensemble, les critères d'admissibilité des anciens combattants ayant servi en temps de guerre sont trop complexes, de sorte que le PAAC ne permet pas de répondre efficacement aux besoins de certains anciens combattants et de certains conjoints/principaux dispensateurs de soins survivants. La majorité des membres du personnel à l'extérieur de l'Administration centrale qui ont été interrogés ont suggéré, ce qui a été appuyé par le Conseil consultatif de gérontologie et M. Hollander, qu'une fois qu'il est établi que les bénéficiaires âgés satisfont aux critères relatifs au service, seuls les critères fondés sur les besoins devraient s'appliquer.

Bien que le PAAC s'ajoute à d'autres programmes et services gouvernementaux de soins à domicile et qu'il les complète adéquatement, il semble y avoir des situations où le pouvoir ou la responsabilité de fournir des soins à domicile n'est pas clairement établie. Une relation plus étroite avec le personnel des programmes provinciaux de soins à domicile pourrait aider ACC à mieux servir les doubles bénéficiaires.

Succès du programme

Le Ministère a participé activement au processus de mesure du rendement; cependant, la difficulté à obtenir les renseignements sur le rendement nécessaires pour présenter un rapport sur les résultats et appuyer la gestion des programmes et la prise de décision est un problème récurrent. Comme il est mentionné dans le premier rapport annuel sur le rendement des programmes d'ACC, à l'heure actuelle, la capacité globale du Ministère de mesurer le rendement n'est tout simplement pas adéquate⁴.

L'équipe d'évaluation a évalué le Plan de mesure du rendement du PAAC d'ACC et a constaté que les indicateurs ont été clairement définis et qu'ils sont suffisants pour appuyer la prise de décision. Néanmoins, il existe de graves lacunes au chapitre de la communication des renseignements sur le rendement, renseignements qui sont nécessaires pour gérer et évaluer correctement le PAAC. Bien que des progrès et des efforts aient été réalisés pour améliorer l'état de la mesure du rendement et de la communication des résultats au sein du Ministère, l'équipe d'évaluation convient que le manque d'information sur le rendement en ce qui concerne les résultats continue de poser un défi de taille aux fins de la production de rapports d'évaluation. Le risque de ne pas saisir suffisamment d'information sur le rendement est élevé, de même que son incidence. Voici les autres indicateurs/cibles de rendement à saisir de manière continue suggérés par l'équipe d'évaluation afin d'aider à mesurer les résultats et les cibles de rendement :

- durée moyenne de la participation du bénéficiaire au PAAC/programme de SLD;

⁴

Drebit, O. *Performance Measurement within Veterans Affairs Canada: The First Annual Report to the Departmental Evaluation Committee on the State of Performance Measurement of Programs in Support of Evaluation within Veterans Affairs Canada (VAC)*. Chef de l'évaluation, Anciens Combattants Canada. Octobre 2010.

- nombre de bénéficiaires du PAAC qui auraient besoin de soins en établissement sans le PAAC;
- tendance concernant les bénéficiaires du PAAC qui présentent une demande dans le cadre du PAAC et qui présentent une demande au titre d'autres programmes d'ACC par l'entremise d'autres portes d'accès (p. ex. le Programme des prestations d'invalidité);
- tendances en matière de notes de l'évaluation fonctionnelle visant les bénéficiaires du PAAC qui passent des soins à domicile aux différents soins offerts en établissement (profil du continuum de soins);
- tendances concernant l'utilisation et l'abandon du programme pour des périodes de courte durée/l'utilisation du PAAC en raison d'un état chronique;
- suivi de l'incidence (p. ex. changement de l'état de santé/maintien de la santé) de la prestation des services du PAAC aux anciens combattants ayant servi outre-mer (ACSO) admissibles à recevoir des soins à domicile pendant qu'ils sont en attente d'un lit dans un établissement de soins de longue durée;
- moyenne d'âge à l'admission dans un établissement de SLD des utilisateurs de soins à domicile non bénéficiaires du PAAC comparativement à la moyenne d'âge à l'admission des utilisateurs des soins à domicile bénéficiaires du PAAC.

Résultat immédiat – Les anciens combattants et les autres bénéficiaires admissibles ont accès aux services de soins et de soutien à domicile

Dans l'ensemble, un peu moins de la moitié de la population totale de clients ayant accès aux services et au soutien offerts dans le cadre des programmes d'ACC ont accès au PAAC, la majorité des bénéficiaires étant des anciens combattants ayant servi en temps de guerre et leurs conjoints/principaux dispensateurs de soins survivants. Selon les résultats du Sondage national mené en 2010 auprès des clients, 85 pour cent des bénéficiaires du PAAC ont indiqué qu'ils avaient pu trouver des personnes pour les aider à obtenir des services du PAAC, et seulement 5 pour cent des bénéficiaires inscrits au PAAC en 2009-2010 ne faisaient l'objet d'aucune transaction de demande du PAAC. Il peut y avoir des difficultés d'accès aux services pour les personnes vivant dans des régions rurales ou éloignées. Toutefois, la nature autonome du PAAC contribue à atténuer ce problème en permettant à des voisins et à certains membres de la famille de fournir des services et du soutien dans le cadre du PAAC. En raison de la nature autonome du programme et de l'absence de données sur les délais de traitement des demandes, la mesure de l'accès aux soins en temps opportun est difficile à évaluer. En général, la rétroaction obtenue de la majorité des membres du personnel à l'extérieur de l'Administration centrale qui ont été interrogées est qu'il n'y a aucune période d'attente pour les services et le soutien offerts dans le cadre du PAAC.

Comme il en a été question, il semble y avoir des bénéficiaires qui reçoivent des services dont ils pourraient ne pas avoir besoin, mais l'équipe d'évaluation n'est pas en mesure de confirmer que c'est le cas en raison de l'absence de surveillance continue et de documentation au dossier.⁵ En se fondant sur l'utilisation inappropriée possible du

⁵ MacLean M. B., A. Poirier A et J. Sweet. *Besoins auxquels répond le Programme pour l'autonomie des anciens combattants – Indicateurs tirés de l'Enquête de la transition à la vie civile*. Analyse secondaire de l'Étude sur la vie après le service militaire (Série 2011 – Version 1). Direction de la recherche, Anciens Combattants Canada. Le 14 février 2011.

programme à long terme, bon nombre des membres du personnel à l'extérieur de l'Administration centrale sont d'avis que le PAAC peut créer des dépendances, ce qui a une incidence sur les progrès réalisés à l'égard des résultats escomptés.

Résultat intermédiaire – Les besoins en matière de soins et de soutien à domicile des anciens combattants admissibles sont satisfaits

Le résultat intermédiaire du PAAC a des liens très étroits avec la pertinence du programme, étant donné que les deux se rattachent à la satisfaction des besoins des bénéficiaires. Le niveau de satisfaction des anciens combattants ayant servi en temps de guerre est élevé tandis qu'un plus grand nombre de vétérans des FC ont indiqué que le PAAC ne répondait pas à leurs besoins (près de 10 pour cent contre 4 pour cent des anciens combattants ayant servi en temps de guerre). Dans l'ensemble, 86 pour cent des bénéficiaires du PAAC conviennent que le programme répond à leurs besoins. Bien que le PAAC fournisse de l'aide sur le plan physique pour les AVQ et les AIVQ⁶, on ne met pas assez l'accent sur le soutien sur le plan social et mental, deux facteurs importants de l'état de santé et du mieux-être général et un aspect pertinent pour les vétérans des FC plus jeunes qui cherchent à réintégrer la société. L'évaluation de la pertinence du programme relativement aux besoins des bénéficiaires a révélé que des besoins en matière de services de soins et de soutien à domicile ne sont pas satisfaits chez les vétérans des FC plus jeunes (y compris les bénéficiaires et les non-bénéficiaires de prestations d'ACC). Par conséquent, le programme n'atteint pas le niveau maximal de rendement pour ce groupe de bénéficiaires.

Le volet « soins intermédiaires » du PAAC ne convient pas nécessairement à ce résultat. En fait, le rendement des soins intermédiaires est surtout mesuré par le truchement du plan de mesure du rendement du Programme de SLD. Le PAAC devrait mettre l'accent sur les résultats en matière de maintien à domicile afin qu'ils correspondent mieux à l'objectif initial du programme.

Résultat ultime – Les anciens combattants et les autres bénéficiaires admissibles peuvent demeurer dans leur propre foyer ou dans leur collectivité

Comme il s'agit du résultat ultime du programme, plusieurs autres facteurs ont également une incidence sur celui-ci (p. ex. le soutien provincial et le soutien apporté par l'aidant naturel), ce qui rend difficile d'établir un lien direct avec le PAAC. Des preuves significatives ont toutefois démontré que la prestation des services du PAAC permet aux bénéficiaires de demeurer dans leur propre foyer ou dans leur collectivité, par exemple :

- la majorité des bénéficiaires du PAAC (91 pour cent) ont indiqué que le PAAC leur permettait de demeurer chez eux;
- seulement 4 pour cent des bénéficiaires du PAAC ont été admis dans des foyers de soins infirmiers en 2009-2010;

⁶

Les activités de la vie quotidienne (AVQ) désignent des activités comme s'habiller, se laver, se nourrir et se déplacer, tandis que les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) désignent les autres activités comme l'entretien ménager, la préparation de repas, le magasinage et les finances.

- selon les données statistiques ministérielles sur les bénéficiaires ayant reçu leur premier paiement au titre des soins intermédiaires du PAAC entre l'exercice 2007-2008 et l'exercice 2009-2010, la majorité (84 pour cent) ont commencé par les éléments des services de soins à domicile du PAAC et ont été placés en établissement en moyenne deux ans plus tard que les bénéficiaires qui ont accédé directement aux soins intermédiaires du PAAC;
- depuis 2000, la durée moyenne du séjour des bénéficiaires du PAAC dans un établissement offrant des soins intermédiaires est d'un peu moins de deux ans, ce qui indique qu'ils restent chez eux le plus longtemps possible;
- la prestation des services du PAAC aux ACSO qui sont sur une liste d'attente pour un lit en établissement a donné des résultats positifs puisque ces personnes préfèrent demeurer chez eux et que cette option est plus rentable.

L'équipe d'évaluation s'est rendu compte que le groupe bénéficiaire des conjoints et celui des principaux dispensateurs de soins, bien qu'ils souhaitent obtenir les mêmes résultats du programme, obtiennent en fait des résultats différents, car ils n'ont pas accès à tout l'éventail d'avantages et de services du PAAC.

Efficiencia et efficacité du programme

Pour évaluer l'efficacité et l'efficacité du programme, l'équipe d'évaluation s'est penchée sur la question de savoir si les résultats du programme ont été atteints de manière efficace en fonction des ressources utilisées et si les résultats ont permis de démontrer que le programme a atteint son objectif de façon efficace du point de vue des coûts et des résultats atteints.

Efficiencia

Depuis sa mise en œuvre, le programme a subi de nombreuses transformations au chapitre de l'admissibilité des anciens combattants et des autres bénéficiaires, de la portée, des services offerts, de l'exécution du programme et du traitement des paiements. En raison des nombreuses et récentes modifications dont l'organisation et le programme ont fait l'objet, l'équipe a déterminé qu'une certaine confusion semble persister au sujet des rôles et des responsabilités, particulièrement au niveau de l'Administration centrale, en ce qui concerne la gestion des programmes, les opérations et la mesure du rendement, de même qu'au niveau du personnel des bureaux de régionaux et des bureaux de district, pour ce qui est de savoir avec qui communiquer pour obtenir des réponses aux questions.

Le programme compte des politiques et des processus centralisés, et un mécanisme de surveillance est en place. Néanmoins, à ce jour, il existe des problèmes de cohérence en matière de communication et d'application. Les secteurs des politiques et des programmes font des progrès considérables en vue de simplifier les politiques, les directives de programme et les processus relatifs au programme, et pour communiquer l'information d'une seule voix à l'ensemble du personnel. Toutes les politiques, directives de programme et processus relatifs au PAAC devraient être mises à jour et

distribuées dans les régions d'ici le printemps ou l'été 2011, ainsi que des plans de communication et de formation.

Plusieurs initiatives de rationalisation sont également en cours dans le cadre du travail lié à la transformation. Comme certaines initiatives ont été mises en œuvre aussi récemment qu'en avril 2011 (p. ex. le dépôt direct et de nouveaux pouvoirs délégués), l'équipe d'évaluation n'a pas été en mesure d'évaluer leur incidence sur le programme. L'équipe estime toutefois que ces initiatives devraient avoir une incidence positive sur l'efficacité. Voici des constatations précises sur les volets du programme qui pourraient être améliorés du point de vue de l'efficacité :

- le PAAC n'appuie pas de façon convenable l'accès à court terme au programme en raison du manque de processus relatifs au programme visant à appuyer le personnel dans la prestation des services et du manque de fonctions de système permettant de faciliter le suivi des périodes de contribution d'une durée de moins de douze mois;
- il semble qu'il y ait un manque d'efficacité à l'égard du traitement des demandes en attente du PAAC, ainsi qu'un manque de données de suivi relatives à ces dernières, lesquelles pourraient fournir des renseignements supplémentaires sur le manque d'efficacité potentiel du processus;
- il y a des possibilités d'intensifier la communication et l'échange d'information entre le Ministère et le ministère de la Défense nationale et les provinces afin de servir de façon plus efficace et plus efficiente les doubles bénéficiaires;
- la simplification des critères d'admissibilité et de l'accès aux éléments du programme permettrait de réaliser d'autres gains d'efficacité et d'éviter les demandes inutiles par l'entremise d'autres programmes offrant des portes d'accès;
- le fait de réorienter la conception du PAAC vers une approche de soins à domicile comparativement à une combinaison de soins à domicile et de soins en établissement permettrait d'axer le programme sur les résultats et de réaliser des progrès en vue de les atteindre de façon plus efficiente et efficace.

Efficacité

Grâce au PAAC, le Ministère aide à réaliser d'importantes économies au chapitre des dépenses en soins de santé et à obtenir d'autres avantages sociaux pour le Canada; sans les avantages du PAAC, de nombreux bénéficiaires ne seraient pas en mesure de vivre chez eux. Des preuves concluantes de ces faits sont documentées dans le rapport : le PAAC permet aux bénéficiaires de rester chez eux le plus longtemps possible et dès lors, d'éviter le coût de la prestation de soins bien plus chers dans un établissement de soins. La comparaison du coût moyen du PAAC par bénéficiaire à celui des soins en établissement montre clairement le rapport coût-efficacité du programme. Le PAAC offre également du soutien aux aidants naturels et aux familles, évitant ainsi l'épuisement de l'aidant et le placement éventuel dans un établissement.

Étant donné que l'information sur le rendement du PAAC était insuffisante pour bien évaluer la capacité du programme à atteindre les résultats prévus, l'équipe d'évaluation

fait face à des limites en ce qui concerne la mesure du rapport coût-efficacité lié à l'exécution du PAAC. Les preuves que les ressources dépensées pour le PAAC sont minimales par rapport à la valeur des résultats atteints sont convaincantes :

- les résultats du Projet de recherche sur les soins continus révèlent que les économies totales sur le plan social varient de 50 000 \$ à 80 000 \$ par an quand des soins sont prodigués à domicile plutôt qu'en établissement;
- en 2009-2010, les dépenses moyennes pour fournir des soins à domicile à un bénéficiaire du PAAC n'étaient que de 2 716 \$, comparativement à 9 483 \$ pour des soins intermédiaires et à 13 486 \$ pour des SLD dans un établissement communautaire;
- le coût total moyen des ententes de contribution du PAAC en 2009-2010 pour les personnes recevant des soins personnels à domicile était de 7 027 \$ (soit presque 2 500 \$ de moins que le coût moyen des soins intermédiaires par bénéficiaire);
- en 2009-2010, moins de trois pour cent des bénéficiaires du PAAC recevant des soins à domicile ont en fait réclamé plus de 9 000 \$, ce qui montre que le Ministère dépense bien en deçà du point des soins à domicile offrant un bon rapport coût-efficacité comparativement aux soins en établissement;
- les bénéficiaires se déclarent très satisfaits et indiquent que le PAAC répond à leurs besoins (86 pour cent) et leur permet de rester chez eux (91 pour cent); ces chiffres prouvent que le PAAC répond à leurs besoins de manière efficace;
- étant donné que 92 pour cent des anciens combattants ayant servi en temps de guerre ont déclaré qu'ils avaient besoin du PAAC pour rester à la maison, les économies estimées réalisées grâce au PAAC pour les soins à domicile par rapport aux soins dans un établissement de soins intermédiaires représentent environ 320 millions de dollars;
- l'analyse des données de la première transaction liée aux soins intermédiaires dont ont fait l'objet les bénéficiaires du PAAC indique que la majorité (84 pour cent) étaient d'abord des bénéficiaires des soins à domicile du PAAC, et en moyenne, ces derniers ont été admis dans un établissement deux ans plus tard que ceux commençant le PAAC directement en soins intermédiaires; cela représente des économies de coûts estimées à environ 32 millions de dollars par an (6 283 \$ par bénéficiaire).

Depuis 2007-2008, l'efficacité du programme s'est améliorée (l'augmentation de un million de dollars en salaire et en coûts de fonctionnement et d'administration est plus que compensée par une augmentation de 5 000 bénéficiaires et une augmentation reconnue des besoins liés à l'âge et du recours au programme), ce qui rend l'exécution du programme plus efficace. Pour minimiser l'utilisation des ressources nécessaires en vue d'atteindre les résultats, le Ministère a apporté plusieurs changements, notamment les suivants : transfert des pouvoirs délégués aux échelons inférieurs; ajustement de l'exécution du programme; évaluations et traitement des paiements confiés par contrat à un tiers externe; et accès au programme limité à des catégories très restrictives d'anciens combattants. Bien que l'efficacité du PAAC se soit améliorée au fil des ans, il y a encore place à l'amélioration au chapitre de l'efficacité dans l'exécution et de

l'atteinte des résultats du programme, ce qui permettra d'augmenter le rapport coût-efficacité :

- il semblerait que de nouveaux bénéficiaires, plus jeunes et qui n'auront probablement pas besoin du PAAC toute leur vie, continuent à participer au PAAC; des économies pourraient être réalisées en favorisant davantage l'autonomie et en surveillant de plus près l'amélioration de la santé;
- les limites au niveau des données et du système empêchaient l'équipe d'évaluation de formuler des commentaires sur l'efficacité globale du PAAC en fonction des coûts et de déterminer dans quelle mesure le programme dépasse les résultats escomptés;
- le Ministère ne fait pas le suivi des frais d'administration par secteur de programme;
- les conclusions du Projet de recherche sur les soins continus indiquent qu'il serait possible d'augmenter l'efficacité du système en remplaçant les services en établissement de soins de longue durée par des soins à domicile à moindre coût ou par des services de logement supervisé (s'il y a lieu);
- établir des prévisions pour les nouveaux élargissements du programme a représenté un défi étant donné l'historique limité et le peu de données sur lesquelles fonder les prévisions; dans certains secteurs de programme, cela s'est traduit par une surestimation des dépenses prévues (p. ex. l'estimation de l'élargissement du programme aux survivants) puisque le nombre réel de bénéficiaires et les dépenses du programme connexes étaient de beaucoup inférieurs à ce qui avait été estimé^{7 8}.

Il ne semble pas y avoir d'autre approche pour la conception et l'exécution du programme qui serait plus efficace tout en continuant à assurer l'optimisation des ressources; cependant, selon l'approche actuelle, des gains d'efficience pourraient être réalisés.

En conclusion, le PAAC est un programme pertinent, fructueux, efficient et efficace, bien que l'équipe d'évaluation ait cerné des problèmes et des améliorations possibles dans chaque secteur évalué. L'évaluation se voulait une analyse stratégique du PAAC dans son ensemble, avec comme objectif de fournir un fondement solide pour poursuivre la transformation du programme en cours, particulièrement en ce qui concerne l'adaptation au profil démographique en évolution.

Recommandations

R1 Il est recommandé que le SMA, Prestation des services, fournisse au personnel à l'extérieur de l'Administration centrale des directives claires concernant la prestation des services et du soutien offerts dans le cadre du PAAC aux bénéficiaires qui pourraient ne pas avoir besoin d'aide pour une

⁷

Il est à noter que ces prévisions ne concernent pas les capacités et l'expertise des prévisions internes d'ACC étant donné qu'elles ont été fournies par le ministère des Finances.

⁸

MacLean M. B. *VAC Health Services Review Client and Expenditure Impact of Proposals. Appendix E: Independent Review of the Cost Estimates. Veterans' Health Services Review.* Le 21 mai 2008

longue période. L'objectif de cette stratégie devrait être : 1) de faire en sorte que les avantages du PAAC ne soient offerts qu'à ceux qui en ont besoin, 2) de fournir une orientation en ce qui concerne la surveillance du besoin continu, 3) de favoriser l'autonomie à l'égard des activités de la vie quotidienne. (Essentiel)

R2 Pour s'assurer que les différents objectifs et résultats du PAAC et du Programme d'avantages médicaux sont atteints, il est recommandé que le SMA du Secteur des politiques, des communications et de la commémoration : (Important)

- 2.1 examine la couverture de l'élément des services d'adaptations au domicile du PAAC pour déterminer la possibilité d'inclure des modifications au domicile de faible valeur, comme des barres d'appui, et de différencier l'objectif et la définition du PDC 1, Aides à la vie quotidienne;**
- 2.2 définisse clairement l'élément des services de santé et de soutien et des services d'adaptations au domicile du PAAC et leur couverture et communique cette définition au personnel.**

R3 Dans le cadre de la restructuration du programme des soins de santé, il est recommandé que le SMA, Politiques, Communications et Commémoration, effectue une analyse afin de déterminer : (Essentiel)

- 3.1 la possibilité de modifier les services de soutien actuellement offerts ou d'ajouter d'autres services de soutien (par exemple, des services de relève/de garde d'enfants et des réparations mineures au domicile) afin de répondre aux besoins des vétérans plus jeunes des Forces canadiennes;**
- 3.2 la possibilité d'élargir les critères d'admissibilité et la couverture des petits éléments du PAAC (transport pour participer à des activités sociales et soins ambulatoires) afin d'en améliorer la pertinence pour tous les anciens combattants;**
- 3.3 si l'élément des soins intermédiaires du PAAC doit continuer à faire partie du PAAC ou s'il doit faire partie d'un nouveau programme de SLD;**
- 3.4 la possibilité de rationaliser les critères d'admissibilité visant les anciens combattants ayant servi en temps de guerre afin de favoriser l'adoption d'une approche fondée sur les besoins pour l'exécution du PAAC ou d'un programme de santé renouvelé.**

R4 Il est recommandé que le SMA, Prestation des services : (Essentiel)

- 4.1 encourage la création d'une tribune régulière où le personnel d'ACC et le personnel des provinces responsables des soins à domicile pourront discuter ensemble de questions et de pratiques exemplaires et établir une relation afin de collaborer pour mieux servir les anciens combattants;**

- 4.2 fasse en sorte que les autorités provinciales de la santé comprennent bien les critères d'admissibilité au PAAC, améliore la collaboration et cerne les possibilités de partenariat;
- 4.3 produise une brochure/fiche de renseignements à distribuer aux fournisseurs provinciaux et communautaires afin de leur permettre d'expliquer aux anciens combattants et aux autres personnes la couverture du programme et les critères d'admissibilité à ce dernier.

R5 Il est recommandé que le SMA, Prestation des services : (Critique)

- 5.1 adapte les processus, les systèmes et la capacité (RH et saisie de données) de sorte que l'information nécessaire pour gérer et évaluer le PAAC de manière continue soit disponible;
- 5.2 mette en œuvre un processus de suivi dans le SFTDSS pour faire état des demandes en suspens générées et de leurs résultats;
- 5.3 instaure une mesure continue de l'utilisation des ressources pour le PAAC;
- 5.4 mette en place une validation informatique ou une vérification interne du contrôle de la qualité afin d'améliorer l'intégrité des données du champ d'admissibilité des membres des Forces canadiennes encore en service.

IMPORTANCE DES RECOMMANDATIONS

Afin d'aider les membres de la direction à déterminer l'importance des observations formulées dans le présent rapport, les recommandations sont classées en trois catégories et définies comme suit :

- Critique :** La recommandation se rapporte à une ou plusieurs faiblesses ou lacunes qui pourraient nuire à l'atteinte des objectifs à l'échelle du Ministère.
- Essentiel :** La recommandation se rapporte à une ou plusieurs faiblesses ou lacunes, qui pourraient nuire à l'atteinte des objectifs à l'échelle du secteur ou du programme.
- Important :** La recommandation se rapporte à une ou plusieurs faiblesses ou lacunes qui pourraient nuire à l'atteinte des objectifs à l'échelle des sous-programmes.

1.0 INTRODUCTION

Profil du programme

Le Programme pour l'autonomie des anciens combattants (PAAC) a été lancé en 1981 pour répondre aux besoins d'un groupe démographique vieillissant et réduire les listes d'attente pour des lits dans un établissement de soins de longue durée (SLD) en offrant des soins à domicile aux anciens combattants. Le programme national de soins à domicile géré par Anciens Combattants Canada (ACC) aide les anciens combattants, les membres toujours en service des Forces canadiennes touchant une pension d'invalidité et certains civils admissibles à maintenir leur santé, leur qualité de vie et leur autonomie et à demeurer chez eux le plus longtemps possible. Au moment où les soins à domicile ne sont plus possibles, le PAAC offrira de l'aide dans des établissements de soins de longue durée situés dans la collectivité de l'ancien combattant.

Les objectifs du PAAC sont les suivants⁹ :

- offrir des services de soutien et intervenir seulement dans la mesure où les besoins de santé ne peuvent pas être satisfaits grâce au soutien personnel et familial ou par des programmes provinciaux et communautaires;
- reconnaître le droit et la responsabilité de la personne de demeurer chez elle aussi longtemps que possible et aussi longtemps qu'il est raisonnable, sans danger et pratique de recevoir des services du PAAC;
- favoriser l'autonomie personnelle ainsi que la responsabilité personnelle et familiale dans la planification et la prestation de soins répondant aux besoins de santé du client;
- favoriser un mode de vie autonome dans toute la mesure du possible;
- satisfaire les besoins de santé des bénéficiaires en obtenant le meilleur rapport coût-efficacité.

Dans le cadre du PAAC, un ancien combattant peut obtenir des fonds pour l'aider à couvrir :

- les services de soins ambulatoires (p. ex. programmes de jour pour adultes);
- l'accès à des services d'alimentation (p. ex. Popote roulante, Merry Maids);
- les services de santé et de soutien (p. ex. infirmières, ergothérapeutes);
- les soins personnels (p. ex. se laver, s'habiller);
- les services d'entretien ménager (p. ex. faire la lessive, passer l'aspirateur, préparer les repas);
- l'entretien du terrain (tonte du gazon, déneigement);
- les adaptations au domicile;
- les soins intermédiaires en foyer de soins infirmiers.

⁹

Annexe K-3 : Modalités du Programme pour l'autonomie des anciens combattants. 2009.

Le PAAC est l'un des programmes les plus importants et les plus utilisés du Ministère. Les trois éléments les plus importants pour les anciens combattants ayant servi en temps de guerre et les vétérans des FC sont l'entretien ménager, l'entretien du terrain et l'accès aux services d'alimentation. L'utilisation des soins intermédiaires en foyer de soins infirmiers (SIFSI) a également augmenté au cours des dernières années : passant de 2 996 en 2000 à 6 276 en 2009, car une portion importante de la population du PAAC vieillit. Le PAAC ne vise pas à chevaucher ou à remplacer les services provinciaux, territoriaux ou municipaux existants; il est plutôt offert au besoin par ACC, à titre de payeur de dernier recours, en complément de ces programmes afin de mieux répondre aux besoins des anciens combattants et de faire en sorte qu'un choix rentable de services leur soit offert, tout en évitant le chevauchement des services offerts.

Deux systèmes électroniques sont utilisés pour saisir l'information et exécuter le PAAC :

- Exécution du Programme – Réseau de prestation des services aux clients (RPSC) d'ACC;
- Traitement des paiements – Système fédéral de traitement des demandes de soins de santé (SFTDSS), par l'entremise d'un contrat conclu avec Croix Bleue Medavie.

Critères d'admissibilité

Depuis 1981, le profil des bénéficiaires du programme a énormément changé. Les anciens combattants ayant servi en temps de guerre ont vieilli et leurs besoins se sont accrus, et les critères d'admissibilité au programme ont été élargis afin d'inclure d'autres groupes de clients, comme les conjoints et les principaux dispensateurs de soins. L'annexe D indique le nombre total de bénéficiaires par type de service, de l'exercice 2007-2008 à l'exercice 2009-2010.

Anciens combattants ayant servi en temps de guerre

La population totale des anciens combattants ayant servi en temps de guerre est de 155 700 anciens combattants; ce groupe connaît un taux de mortalité liée à l'âge d'environ 2 000 anciens combattants par mois. Un peu plus de 35 pour cent de la population totale estimée d'anciens combattants ayant servi en temps de guerre sont des bénéficiaires de prestations d'ACC; de ce nombre, 81 pour cent (55 600) sont des bénéficiaires du PAAC. Il existe de nombreux critères d'admissibilité pour ce groupe de bénéficiaires et de nombreuses portes d'accès au PAAC, par exemple les revenus admissibles et les pensions d'invalidité. L'admissibilité au PAAC en tant que tel fournit également un accès ou améliore l'admissibilité aux avantages médicaux d'ACC.

Militaires et vétérans des Forces canadiennes

En mars 2010, ACC estime qu'il y avait environ 314 200 vétérans de la Force régulière canadienne et 279 600 vétérans de la Réserve des Forces canadiennes au Canada (pour un total de 593 700¹⁰). De cette population, un peu moins de 63 000 étaient des bénéficiaires d'un ou de plusieurs programmes et services de soutien¹¹ d'ACC et un peu moins de 18 000 (trois pour cent de la population totale des vétérans des FC)

¹⁰ Feuille de renseignements trimestrielle d'ACC. Direction de la statistique. Mars 2010. (anglais)

¹¹ Ibid

étaient des bénéficiaires du PAAC. L'Étude sur la vie après le service militaire (EVASM) effectuée en 2010 indique qu'en mars 2009, il y avait environ 94 000 membres des FC encore en service vivant au Canada, ce qui porte le total de la population des anciens combattants des FC et des personnes qui ne sont pas des anciens combattants (futurs bénéficiaires éventuels du PAAC) à environ 686 000¹².

Les bénéficiaires des Forces canadiennes peuvent recevoir le PAAC uniquement pour répondre aux besoins liés à la pension, sauf si on estime que leur santé est précaire, dans quel cas ils auraient accès à tous les éléments du PAAC, y compris pour les besoins non liés à la pension. Certains membres des FC encore en service peuvent aussi être admissibles au PAAC, s'ils ne sont pas admissibles aux services dans le cadre du programme du ministère de la Défense nationale (MDN). Il est important de noter qu'il y a une vaste gamme d'âges et de besoins dans le groupe des FC; certains vétérans des FC ont des besoins liés au maintien de la santé semblables à ceux des anciens combattants vieillissants, mais il y a aussi des vétérans des FC plus jeunes qui essaient de réintégrer la vie civile et ne risquent pas nécessairement d'être placés en établissement. Environ 44 pour cent de tous les vétérans des FC bénéficiaires du PAAC ont moins de 65 ans.

Conjoints et principaux dispensateurs de soins

Quand un ancien combattant bénéficiaire décède ou est placé dans un établissement de SLD, le conjoint survivant (ou le principal dispensateur de soins) est souvent admissible à recevoir du soutien du PAAC pour les services d'entretien ménager et d'entretien du terrain¹³. Plusieurs critères complexes déterminent l'étendue de l'accès des conjoints survivants à ces éléments du PAAC. Le nombre de principaux dispensateurs de soins bénéficiaires de PAAC augmente régulièrement depuis l'élargissement de l'admissibilité de 2005 (soit une augmentation d'environ 45 pour cent). Toutefois, le taux de participation des conjoints survivants par suite de l'élargissement du PAAC est plus faible que prévu, probablement en raison du manque de sensibilisation ou de la complexité des critères d'admissibilité. En 2009-2010, les conjoints/principaux dispensateurs de soins représentaient 32 pour cent (34 465) de la population de bénéficiaires du PAAC. Selon les prévisions concernant la population de bénéficiaires pour les années à venir, en 2015, les conjoints et principaux dispensateurs de soins seront plus nombreux que les anciens combattants ayant servi en temps de guerre.

En résumé, les critères d'admissibilité pour répondre à des besoins très explicites et prévisibles sont très complexes.

Coûts du programme

Depuis sa création, le programme a été élargi de façon appréciable; en 2009-2010, le programme comptait environ 108 000 bénéficiaires. De 2007-2008 à 2009-2010, ce nombre a augmenté de quelque 4 700 bénéficiaires, et les coûts du programme ont augmenté de près de 35 millions de dollars pour atteindre 338 millions de dollars, tandis

¹² Ibid – Note 2.

¹³ Ibid – Note 3.

que les coûts d'administration ont à peine augmenté d'un million de dollars pour atteindre un total de 32 millions de dollars. L'augmentation du nombre de bénéficiaires et des coûts d'administration était principalement attribuable à l'élargissement de l'admissibilité afin d'inclure les pensionnés de santé précaire (2003), les principaux dispensateurs de soins (2005), les conjoints survivants (2008) et les anciens combattants alliés (2010). L'élargissement des critères d'admissibilité au programme a donné lieu à une augmentation du nombre de bénéficiaires, et les coûts du programme, du contrat et d'administration ont augmenté en conséquence. Au cours de la même période, l'intensité de l'utilisation du PAAC par les anciens combattants ayant servi en temps de guerre a également augmenté en raison des besoins accrus et des niveaux supérieurs de risque, ce qui a fait augmenter les coûts du programme.

Avis des intervenants

Le PAAC est considéré comme une pratique exemplaire par le milieu universitaire et les chercheurs dans les domaines des soins de santé et des soins à domicile¹⁴; il a été imité dans de nombreux autres pays. Le PAAC est très bien considéré par les anciens combattants et les organismes d'anciens combattants, comme le prouve la correspondance d'anciens combattants et de leurs familles ainsi que les résolutions et les points à l'ordre du jour de conférences d'organismes d'anciens combattants.

Travail ministériel passé

Il y a eu plusieurs études relativement récentes, internes et externes, au sujet des incidences du PAAC. En outre, il existe plusieurs rapports à l'interne qui contiennent des analyses et de l'information sur le succès du PAAC. Tous ces documents fournissent de l'information et une analyse de certains aspects du PAAC ainsi que des progrès réalisés dans l'atteinte des résultats escomptés. La section 8.0, Références, donne une liste complète des documents examinés.

Travail ministériel concurrent

Le PAAC est actuellement visé par un programme de transformation de l'ensemble des programmes ayant pour objectif d'améliorer la qualité, le caractère opportun et l'efficacité des services offerts aux bénéficiaires du PAAC. La transformation portera essentiellement sur les thèmes suivants :

- réduction de la complexité;
- remaniement de la prestation des services;
- consolidation des partenariats;
- atteinte des résultats attendus à l'égard de la Nouvelle Charte des anciens combattants;
- harmonisation de l'organisation avec le profil démographique de la clientèle.

¹⁴

Par exemple, Marcus Hollander, le Dr David Pedlar, le Conseil consultatif de gérontologie et le ministère des Anciens Combattants de l'Australie, etc.

À l'heure actuelle, le Ministère met l'accent sur le maintien ou l'amélioration des services offerts aux bénéficiaires anciens combattants ayant servi en temps de guerre et les autres bénéficiaires existants (FC et conjoints/principaux dispensateurs de soins) tout en traitant les questions liées à la pertinence, à la conception de programme et à l'approche de prestation de services aux nouveaux bénéficiaires des FC et à leurs familles¹⁵. Tout au long de l'évaluation, les représentants de l'équipe d'évaluation et de l'équipe de transformation du PAAC ont régulièrement communiqué le contenu de la recherche, les conclusions et les plans d'action éventuels du programme.

Le corpus des connaissances acquises à la suite de l'évaluation servira à mesure que l'équipe de transformation ira de l'avant avec la rationalisation et la recherche de nouvelles options en vue d'améliorer et d'adapter le PAAC en fonction du profil démographique des bénéficiaires. L'évaluation devrait servir de fondement solide pour la transformation et l'amélioration de la conception et de l'exécution du PAAC.

D'autres administrations se servent du PAAC comme référence et composante d'influence dans la mise en place de services et de mesures de soutien pour les populations vieillissantes et les anciens combattants. Le Programme pour anciens combattants qui avancent en âge (PACA), prédécesseur du PAAC, était pionnier des programmes nationaux de soins à domicile. L'annexe E donne un bref aperçu des tendances en matière de soins à domicile à l'échelle nationale et internationale.

¹⁵

Document de lancement du projet de restructuration du PAAC. Le 23 août 2010. (anglais)

2.0 PORTÉE

L'évaluation du PAAC est requise avant le renouvellement des conditions du programme d'ici novembre 2011.

L'évaluation du PAAC ne couvrait pas particulièrement les domaines suivants : gestion de cas; évaluation des aidants naturels des anciens combattants à domicile; processus de gestion de la transition du MDN à ACC des membres des FC en voie d'être libérés; anciens combattants alliés qui reçoivent des avantages du PAAC (peu de données sur l'utilisation et les besoins étant donné qu'il s'agit d'un nouveau groupe de bénéficiaires depuis janvier 2010); taux et fréquence d'hospitalisation des bénéficiaires du PAAC (soins pour malades aigus); et lien entre la Nouvelle Charte des anciens combattants et le PAAC pour les bénéficiaires des deux programmes.

Le PAAC comprend les soins en établissement (élément soins intermédiaires). L'équipe d'évaluation a évalué la pertinence et le succès du PAAC pour les bénéficiaires qui reçoivent des soins intermédiaires en établissement. Cependant, l'étendue de l'évaluation n'inclut pas d'analyse de l'ensemble du Programme de soins de longue durée. Le Programme de soins de longue durée est un programme distinct qui fera l'objet d'une autre évaluation.

Objectifs de l'évaluation

L'évaluation prévoyait l'examen des cinq questions fondamentales établies par le Conseil du Trésor dans la *Directive sur la fonction d'évaluation* de 2009 :

- évaluer dans quelle mesure le PAAC continue de répondre à un besoin manifeste et est adapté aux besoins des anciens combattants;
- évaluer les liens entre les objectifs du PAAC et i) les priorités du gouvernement fédéral et ii) les résultats ministériels stratégiques;
- évaluer les rôles et les responsabilités d'ACC relativement à l'exécution du PAAC;
- évaluer les progrès réalisés dans l'atteinte des résultats escomptés du PAAC (y compris les résultats immédiats, intermédiaires et ultimes) par rapport aux cibles et à la portée du programme, à la conception du programme, ce qui comprend les liens et la contribution des extrants aux résultats;
- évaluer l'utilisation des ressources du PAAC relativement à la production des extrants et aux progrès réalisés concernant l'atteinte des résultats escomptés.

3.0 MÉTHODE

Un des objectifs de l'évaluation consistait à fournir des renseignements à valeur ajoutée et en temps opportun pour aider la direction et servir de base pour la prise de décision en ce qui concerne l'orientation et la conception futures du programme. L'équipe d'évaluation du PAAC a eu recours à de multiples sources de données, notamment les suivantes :

- collecte et analyse de données statistiques (internes et externes);
- examen de la documentation interne et externe, y compris des études faites par des experts en la matière et des organisations (p. ex. Marcus Hollander, le Conseil consultatif de gérontologie (CCG), l'Association canadienne de soins et services à domicile), ainsi que des rapports sur les soins à domicile au Canada, en Australie et aux États Unis;
- examen de la documentation du Ministère (études, résultats de sondages, examens des dossiers, analyse interne et autres documents);
- examen de dossiers de bénéficiaires représentatifs, valables sur le plan statistique (environ 136 dossiers d'anciens combattants, à un niveau de confiance de 90 pour cent et selon une marge d'erreur présumée de 7 pour cent¹⁶);
- entrevues auprès de personnes-ressources clés (82) de la région (Charlottetown, Montréal, Ottawa et Winnipeg) et de l'Administration centrale; une liste des entrevues est jointe à l'annexe F;
- examens par des pairs.

L'équipe d'évaluation a dû faire face à des limites et a connu des succès, lesquels sont décrits à l'annexe G, Succès et limites de l'évaluation. Les incidences des limites sur le rapport sont les suivantes :

- 1) Pour saisir certaines données statistiques, l'équipe d'évaluation a dû trouver d'autres méthodes que celles prévues à l'origine.
- 2) Le retard accusé dans la réception de données a créé un défi important au chapitre du plan d'exécution de projet et de la diffusion des résultats.
- 3) Le coût de renonciation lié à la nécessité de passer plus de temps que prévu pour fournir une analyse des zones de données manquantes ou inadéquates.

¹⁶ Analogie à la méthode utilisée pour examiner les dossiers de l'Unité du rendement des programmes en ce qui a trait aux bénéficiaires du PAAC pour les soins non intermédiaires dans le cadre de l'examen effectué durant la même période que l'évaluation.

4.0 PERTINENCE DU PROGRAMME

4.1 Rôle d'ACC et du gouvernement du Canada dans la prestation de services aux anciens combattants

Conformité aux priorités du gouvernement fédéral

Le discours du Trône du gouvernement du Canada précise les priorités du gouvernement fédéral pour l'année à venir. Les priorités du gouvernement fédéral sont examinées chaque année, mais plusieurs thèmes communs, comme améliorer la santé des Canadiens, assurer la sécurité des Canadiens, aider les familles canadiennes et rendre le gouvernement plus efficace et plus efficient, ont été dégagés dans les discours au fil des ans. En 2010, le discours portait notamment sur la question de « Défendre ceux et celles qui ont aidé à bâtir le Canada »; cette priorité particulière porte spécifiquement sur le soutien aux anciens combattants et la reconnaissance des sacrifices qu'ils ont consentis¹⁷.

Le PAAC est conforme à ces priorités du gouvernement fédéral du fait qu'il :

- 1) Contribue à améliorer la santé des Canadiens en fournissant aux anciens combattants l'accès aux services de soins et de soutien comme des soins personnels, des soins infirmiers, des services d'accès à l'alimentation et des soins ambulatoires qui visent à aider les anciens combattants à demeurer en santé et à vivre de manière autonome dans le confort de leur foyer ou au sein de leur collectivité.
- 2) Aide à assurer la sécurité des Canadiens en fournissant aux anciens combattants l'accès à des services et à du soutien comme des services d'adaptations au domicile, d'entretien ménager, d'entretien du terrain et de transport pour participer aux activités sociales afin d'aider les anciens combattants avec des tâches ménagères quotidiennes qu'ils ne sont peut-être plus en mesure d'effectuer eux-mêmes en toute sécurité.
- 3) Aide les familles des anciens combattants canadiens en offrant du soutien aux dispensateurs de soins.
 - a. La gamme de programmes aide les familles et les dispensateurs de soins des anciens combattants en leur offrant du soutien en fonction de l'admissibilité et des besoins de l'ancien combattant.
 - b. Les services d'entretien ménager ou d'entretien du terrain aident les principaux dispensateurs de soins et les conjoints admissibles d'anciens combattants qui ont été admis dans un établissement de soins de longue durée, ou qui sont décédés, à demeurer en santé et à vivre de manière autonome dans le confort de leur foyer ou au sein de leur collectivité.

Le premier ministre du Canada a dégagé cinq priorités pour son gouvernement, dont l'une porte sur l'engagement à « Assurer aux Canadiens les soins de santé dont ils ont besoin, au moment où ils en ont besoin, en redressant le déséquilibre fiscal et en établissant avec les provinces une garantie sur les délais d'attente pour les patients »¹⁸.

¹⁷ Discours du Trône 2010. Le 3 mars 2010. Ottawa (Ontario). <http://www.speech.gc.ca/fra/media.asp?id=1388>

¹⁸ Site Web du premier ministre du Canada. Cinq priorités. <http://pm.gc.ca/fra/feature.asp?pagelid=40>

Le PAAC aide à répondre à cette priorité en offrant aux anciens combattants qui attendent des services provinciaux (p. ex. pour des soins personnels) qui les aident à continuer à vivre dans leur domicile en attendant qu'un lit d'un établissement communautaire soit disponible (p. ex. l'initiative relative à la gestion des listes d'attentes pour les anciens combattants ayant servi outre-mer).

Conformité aux résultats stratégiques d'ACC

Voici un énoncé qui reflète la raison d'être d'ACC : « La principale raison d'être d'Anciens Combattants Canada est de rembourser la dette de gratitude nationale envers ceux qui nous ont laissé, à nous, Canadiens et Canadiennes, l'héritage et la sécurité dont nous continuons de jouir »¹⁹. Le programme vise à aider les bénéficiaires à demeurer en santé et à vivre de manière autonome dans le confort de leur foyer ou au sein de leur collectivité. Ainsi, le PAAC appuie directement le résultat stratégique suivant du Ministère pour 2009-2010 : « Les anciens combattants et les autres clients admissibles atteignent un niveau de bien-être idéal grâce à des programmes et des services qui appuient les soins et les traitements qui leur sont fournis de même que leurs besoins en matière d'autonomie et de réinsertion ».

Conformité au mandat d'ACC

L'objectif du PAAC, tel qu'il est énoncé dans les Modalités du Programme pour l'autonomie des anciens combattants, est « d'aider les bénéficiaires à rester en santé et à conserver leur autonomie ».

Anciens Combattants Canada a adopté une démarche en deux volets, tel qu'il est susmentionné, à l'image de la raison d'être du Ministère : 1) offrir aux bénéficiaires des services et des avantages qui répondent à leurs besoins; 2) organiser des activités commémoratives qui visent à préserver le souvenir des anciens combattants du Canada.

Il est accepté dans les études et les rapports de recherche²⁰ que le PAAC aide le Ministère à s'acquitter de son mandat en remplissant son objectif qui est d'offrir des avantages et des services aux anciens combattants et à leurs familles dans leur foyer et au sein de leur collectivité, afin de les aider à demeurer en santé et à vivre de manière autonome. ACC appuie les anciens combattants et reconnaît leurs efforts et leurs sacrifices depuis 1919, lorsque le Bureau des commissaires des pensions pour le Canada a été établi et a commencé à offrir des pensions d'invalidité aux soldats blessés.

Conclusion

Le PAAC s'harmonise avec les priorités et les objectifs du gouvernement fédéral et ceux du Ministère, de même qu'avec les résultats stratégiques établis par ACC.

¹⁹ Anciens Combattants Canada – Rapport sur le rendement 2009-2010.

²⁰ Examen stratégique d'ACC, Examen des services de santé (et autres).

4.2 Pertinence du programme pour répondre aux besoins des bénéficiaires

Pour déterminer la pertinence du programme par rapport aux besoins des bénéficiaires, il faut évaluer les besoins de la population de ces derniers. Il existe plusieurs types d'admissibilité au sein du PAAC (voir l'annexe H); toutefois, les bénéficiaires du PAAC peuvent être classés en trois catégories : les anciens combattants ayant servi en temps de guerre, les militaires et vétérans des Forces canadiennes et les conjoints et principaux dispensateurs de soins.

Tendances en matière de soins à domicile pour la population canadienne en général

Selon le rapport sur la santé de Statistique Canada publié en 2006 et intitulé *Douleur chronique chez les personnes âgées au Canada*, 27 pour cent des personnes âgées vivant dans des ménages privés déclaraient souffrir de douleur chronique, comparativement à 16 pour cent des personnes âgées de 18 à 64 ans. En fait, plus de la moitié des personnes âgées vivant dans des ménages ont déclaré deux problèmes de santé chroniques ou plus²¹, une importante proportion de cette population (36 pour cent) ayant également déclaré de la douleur chronique. Ces problèmes de santé chroniques sont souvent un lien avec la perte d'autonomie, puisque les personnes deviennent habituellement plus dépendantes de l'aide pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)²² à mesure qu'elles avancent en âge et tombent malades²³. La capacité ou l'incapacité d'exécuter les AVQ est une mesure commune utilisée pour évaluer la capacité d'une personne de fonctionner de façon autonome. Bien que l'incapacité d'une personne à exécuter les AIVQ ne soit pas un facteur aussi essentiel pour demeurer à la maison, cela peut restreindre son autonomie et ses interactions dans la collectivité.

Selon un rapport publié en 2006 par Statistique Canada²⁴, environ 6 pour cent des hommes âgés et 7 pour cent des femmes âgées avaient besoin d'aide dans l'exécution des AVQ, et 15 pour cent des hommes et 29 pour cent des femmes avaient besoin d'aide pour les AIVQ. Les résultats du Sondage national mené en 2010 auprès des clients pour le compte du Ministère ont indiqué qu'un nombre important d'anciens combattants ayant servi en temps de guerre bénéficiaires des services d'ACC avaient besoin d'aide dans l'exécution de diverses AVQ et AIVQ, comme l'indique le tableau 1 : besoins cernés des bénéficiaires du PAAC.

Différentes étapes de la vie des bénéficiaires du PAAC

La moyenne d'âge des anciens combattants ayant servi en temps de guerre est de 87 ans²⁵. Les anciens combattants ayant servi en temps de guerre en sont à l'étape de leur vie où ils vivent généralement seuls ou avec leur conjoint ou leurs enfants adultes

²¹ Le rapport *Parole d'honneur* (2008, Conseil consultatif de gérontologie) souligne que moins de 40 pour cent des personnes âgées de 85 ans et plus ont signalé aucune invalidité comparativement à 80 pour cent des personnes âgées de 65 à 70 ans.

²² Ibid. Note 6.

²³ Conseil consultatif de gérontologie, Anciens Combattants Canada. *Parole d'honneur : l'avenir des prestations de santé pour les anciens combattants du Canada ayant servi en temps de guerre*, avril 2006.

²⁴ Gilmour, H et J. Park. « Dépendance, problèmes chroniques et douleur chez les personnes âgées », *Supplément aux Rapports sur la santé*, volume 16, Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue, Ottawa, février 2006.

²⁵ Feuille de renseignements trimestrielle d'ACC. Tableau 2. Direction de la statistique d'ACC. Mars 2010. (anglais)

et où leurs capacités fonctionnelles diminuent et leur état de santé général se détériore²⁶.

Les besoins des vétérans des Forces canadiennes sont très différents de ceux des anciens combattants traditionnels ayant servi en temps de guerre. En plus d'une cohorte importante de vétérans des FC qui avance en âge, il y a un groupe de vétérans plus jeunes qui, contrairement aux anciens combattants plus âgés, ont souvent des enfants à charge et un conjoint qui travaille à l'extérieur du foyer. Les vétérans des FC sont habituellement plus jeunes (moyenne d'âge de 57 ans²⁷) et s'efforcent de se réinsérer dans la société après avoir servi dans les Forces canadiennes, en espérant continuer à travailler dans leur ancien domaine professionnel, commencer une nouvelle carrière, et améliorer leur niveau de scolarité ou acquérir de nouvelles compétences.

4.2.1 Répondre aux besoins des bénéficiaires

D'après les réponses au Sondage national mené en 2010 auprès des clients, 80 pour cent des bénéficiaires du PAAC considèrent que leur état de santé les limite dans une certaine mesure dans l'exécution de leurs activités quotidiennes²⁸. Plus précisément, le tableau ci-dessous ventile les réponses par type de bénéficiaire au sujet des types de limitations auxquelles ils se heurtent en raison de leur état de santé :

	PAAC dans son ensemble (pourcentage pondéré ²⁹)	Par type de bénéficiaire du PAAC (pourcentage)		
	PAAC	Vétérans des FC	Anciens combattants ayant servi en temps de guerre	Conjoints/ principaux dispensateurs de soins
Pour préparer les repas	32	35	44	20
Pour se rendre à des rendez-vous et faire des courses à l'épicerie par exemple	44	40	47	46
Pour effectuer les travaux domestiques quotidiens	65	75	64	63
Pour les soins personnels, par exemple se laver, s'habiller, manger ou prendre des médicaments	14	17	18	10
Pour se déplacer dans la maison	10	9	14	10
Pour voir à ses finances personnelles, par exemple pour faire ses transactions bancaires ou paiements des factures	23	17	28	24

Source : Sondage national mené en 2010 auprès des clients, tableau 2.11 « En raison de votre état physique, de votre état mental ou d'un problème de santé, avez-vous besoin d'aide d'une autre personne... »

²⁶ Examen des dossiers par l'Unité du rendement des programmes. 2010. (anglais)

²⁷ Feuille de renseignements trimestrielle d'ACC. Tableau 2. Direction de la statistique d'ACC. Mars 2010. (anglais)

²⁸ Anciens Combattants Canada – Sondage national auprès des clients, tableau 2.5a, 2010.

²⁹ Dans le cadre du Sondage national mené en 2010 auprès des bénéficiaires, on a utilisé une technique de moyenne pondérée de façon à produire des données statistiquement fiables en fonction des réponses des groupes de bénéficiaires en général et des programmes d'avantages et des programmes d'aide. Les résultats ont été pondérés en fonction de la distribution des bénéficiaires au sein des groupes de clients et des programmes d'avantages et d'aide, p. ex. le PAAC. Au total, 913 des répondants au sondage étaient des bénéficiaires du PAAC (189 vétérans des FC, 320 anciens combattants ayant servi en temps de guerre et 404 survivants).

Les résultats du sondage indiquent qu'une partie importante de la population a des besoins liés au transport (44 pour cent). De plus, les vétérans des FC signalent un plus grand besoin d'aide pour effectuer les travaux domestiques quotidiens que les anciens combattants ayant servi en temps de guerre (75 pour cent comparativement à 64 pour cent). Il est possible que cet écart soit dû au fait que les vétérans des FC ont en général davantage recours aux services d'entretien du terrain que les anciens combattants ayant servi en temps de guerre (74 pour cent des vétérans des FC y ont recours comparativement à 51 pour cent des anciens combattants ayant servi en temps de guerre). Cela pourrait s'expliquer par différentes raisons : le besoin de services d'entretien du terrain des vétérans des FC est davantage lié à des blessures ou invalidités récentes, et les anciens combattants ayant servi en temps de guerre vivent dans des appartements, des condos et des établissements. Il convient de noter que, même si ces besoins autodéclarés l'ont été par des pensionnés de la Force régulière et de la Réserve bénéficiaires du PAAC, le besoin pourrait ne pas nécessairement être lié à leur service, ce qui est une exigence du PAAC. Il existe un biais potentiel lié à une déclaration exagérée ou à un ajustement des besoins cernés qui ont été exprimés par les vétérans des FC afin de pouvoir maintenir les services de soutien en place. Comme on pourrait s'y attendre en raison de leur âge moyen, les anciens combattants ayant servi en temps de guerre ont exprimé un plus grand besoin à l'égard de la mobilité, de la préparation des repas et des finances.

Santé Canada et l'Organisation mondiale de la Santé utilisent un modèle de parcours de vie pour les différentes facettes du vieillissement. Le modèle met en évidence 11 indicateurs de la santé, notamment le revenu et le statut social, le réseau de soutien social, l'éducation et l'alphabétisme, l'emploi et les conditions de travail, les milieux sociaux, les milieux physiques, les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelle, le patrimoine biologique et génétique, les services de santé, le sexe et la culture. Le PAAC utilise de nombreuses catégories de besoins semblables à ces indicateurs, de même que les besoins indiqués plus haut dans le tableau 1. Une fois l'admissibilité du service établie, un représentant d'ACC effectue une évaluation des besoins du bénéficiaire en tenant compte de ces indicateurs.

Le Conseil consultatif de gérontologie a également abordé la question de l'incidence du revenu sur la santé; les personnes ayant touché un revenu supérieur tout au long de leur vie sont plus susceptibles de jouir d'un meilleur état de santé que celles dont le revenu était inférieur. Le PAAC utilise également le revenu comme indicateur des besoins des personnes à faible revenu, l'un des critères d'admissibilité aux avantages du PAAC. L'allocation aux anciens combattants (AAC) a été conçue pour apporter un supplément de revenu aux anciens combattants admissibles. En mars 2010, ACC comptait plus de 5 000 bénéficiaires de l'AAC (à ce jour, la majorité des bénéficiaires de l'AAC sont des survivants)³⁰. Le manque de revenus (en plus d'autres facteurs) a un lien direct avec les problèmes liés au maintien de l'autonomie chez les personnes âgées.

En général, les anciens combattants ayant servi en temps de guerre ont tendance à être les plus susceptibles d'indiquer que le PAAC répond à leurs besoins. Les résultats

³⁰

Feuille de renseignements trimestrielle d'ACC. Tableau 11. Direction de la statistique d'ACC. Mars 2010. (anglais)

du Sondage national mené en 2010 auprès des clients montrent que les anciens combattants ayant servi en temps de guerre sont ceux qui ont indiqué le plus fréquemment être tout à fait d'accord que le PAAC répond à leurs besoins, suivis des conjoints et des principaux dispensateurs de soins et enfin des vétérans des FC. Les entrevues menées auprès du personnel à l'extérieur de l'Administration centrale dans le cadre de l'évaluation corroborent ces résultats, ces employés ayant coté, en moyenne, les besoins des anciens combattants ayant servi en temps de guerre comme ayant été satisfaits à un coefficient de 4,5/5, ceux du conjoint et du principal dispensateur de soins comme ayant été satisfaits à un coefficient de 4/5 et ceux des vétérans des FC, à un coefficient de 3/5.³¹

Tableau 2 : Résultats du Sondage national mené en 2010 auprès des clients, « Dans l'ensemble, le programme répond à mes besoins »

	Par groupe d'admissibilité des bénéficiaires du PAAC (pourcentage)			
	Vétérans des FC	Anciens combattants ayant servi en temps de guerre	Conjoints et principaux dispensateurs de soins	PAAC DANS SON ENSEMBLE (pourcentage pondéré)
Complètement d'accord	25	24	25	25
D'accord	57	63	60	61
Ni d'accord, ni en désaccord	6	3	4	4
En désaccord	9	4	6	5
Complètement en désaccord	1	1	0	1
Aucune réponse	3	4	5	4

Les résultats du sondage indiquent peu de différence entre les groupes de bénéficiaires ayant répondu qu'ils étaient « complètement en désaccord »; toutefois, il y a une différence entre ceux qui sont d'accord et ceux qui sont en désaccord parmi les groupes de bénéficiaires. Près de 10 pour cent des vétérans des FC sont en désaccord avec l'affirmation que le PAAC répond à leurs besoins, comparativement à 4 pour cent seulement des anciens combattants ayant servi en temps de guerre et à 6 pour cent des conjoints et principaux dispensateurs de soins.

Dans l'ensemble, 86 pour cent des bénéficiaires du PAAC sont en général d'accord ou complètement d'accord sur l'affirmation que les programmes et les services d'ACC qu'ils ont reçus répondent à leurs besoins de subsistance (89 pour cent des répondants anciens combattants ayant servi en temps de guerre étaient des bénéficiaires du PAAC contre 82 pour cent des vétérans des FC). De plus, 91 pour cent des anciens combattants ayant servi en temps de guerre bénéficiaires du PAAC interrogés ont

³¹

L'équipe de l'évaluation a utilisé une méthode d'échelonnement pour certaines questions de l'évaluation.

indiqué qu'ils étaient satisfaits ou très satisfaits des programmes et des services offerts dans le cadre du PAAC, tandis que 73 pour cent des vétérans des FC bénéficiaires du PAAC pensaient de même. Ces résultats montrent des niveaux de satisfaction plus élevés chez les vétérans des FC bénéficiaires du PAAC (82 pour cent) comparativement à l'ensemble de la population de vétérans des FC clients d'ACC (69 pour cent) à l'effet que les programmes d'ACC répondent à leurs besoins. D'autres recherches seront nécessaires pour déterminer la cause de ces divergences sur le plan du niveau de satisfaction³².

Les données statistiques sur le PAAC issues du Sondage national mené en 2010 auprès des clients ne révèlent pas si ceux qui sont jugés inadmissibles aux avantages du PAAC parce qu'ils ne répondent pas aux critères d'admissibilité relatifs au service estiment que leurs besoins en matière de soins à domicile sont satisfaits. Le sondage ne traite pas spécifiquement des besoins non satisfaits des non-bénéficiaires ni des personnes bénéficiant du PAAC qui pourraient ne pas avoir besoin des services et du soutien offerts. On en sait peu sur l'état de santé des anciens combattants qui ne bénéficient pas des avantages et des services d'ACC.

Anciens combattants ayant servi en temps de guerre

En 2006, le Conseil consultatif de gérontologie (CCG)³³ a fourni à ACC un rapport qui portait sur des aspects démographiques liés aux anciens combattants ayant servi en temps de guerre, mettant l'accent sur la manière dont le Ministère pourrait mieux cibler les besoins des anciens combattants vieillissants. Le rapport soulignait le fait que, avec l'âge, les personnes deviennent plus vulnérables à certains événements marquants de la vie pouvant les fragiliser ou entraîner une perte de la santé ou de l'autonomie. Une étude externe menée par Bergman et coll. dans le cadre de l'Initiative canadienne sur la fragilité et le vieillissement, mentionnée dans le rapport du CCG de 2006, révèle que près de 10 à 20 pour cent des personnes âgées sont de santé précaire. Les études internationales et nationales examinées dans le cadre de l'étude menée par le CCG ont déterminé une tendance selon laquelle les anciens combattants sont généralement en moins bonne santé que ceux qui n'ont pas servi dans l'armée.³⁴

Le but du PAAC pour ce groupe de personnes vieillissantes est de les aider à demeurer en santé et à vivre de manière autonome dans le confort de leur foyer, réduisant ainsi le risque de chutes ou de blessures pouvant mener à l'hospitalisation ou à l'admission dans un établissement de soins de longue durée. Diverses études sur les bénéficiaires, divers examens de dossiers et diverses évaluations effectuées auprès des bénéficiaires ont montré que les anciens combattants ayant servi en temps de guerre ont tendance à être plus heureux et à être moins susceptibles de signaler avoir besoin d'aide que leurs homologues plus jeunes.

³² L'Unité du rendement des programmes (responsable du marché lié au sondage) à l'intention d'effectuer une analyse secondaire. Cependant, en raison de tâches prioritaires, cette analyse n'a pas encore eu lieu.

³³ Le Conseil consultatif de gérontologie (CCG) a été mis sur pied par ACC en 1997 afin de conseiller le Ministère en ce qui concerne les politiques, les programmes, les services et les tendances ayant des répercussions sur les anciens combattants du Canada qui avancent en âge. Quatorze des plus éminents experts du Canada sur le vieillissement et sur les questions touchant les personnes âgées et les anciens combattants siègent au Conseil. Bon nombre des recommandations formulées par le Conseil à ce jour ont été mises en œuvre. (www.veterans.gc.ca)

³⁴ Diverses études énumérées dans le rapport *Parole d'honneur*.

Tous les membres du personnel d'ACC et tous les intervenants s'entendent pour reconnaître que les services et les avantages du PAAC répondent très bien aux besoins de la plupart des anciens combattants ayant servi en temps de guerre et de la majorité des conjoints/principaux dispensateurs de soins survivants (moyenne d'âge de 83 ans)³⁵. En fait, 92 pour cent des anciens combattants ayant servi en temps de guerre et 90 pour cent des conjoints/principaux dispensateurs de soins indiquent qu'ils comptent sur le PAAC pour continuer à vivre dans le confort de leur foyer³⁶. Un examen des dossiers de bénéficiaires du PAAC à l'appui effectué par le Ministère a donné des résultats plus étonnants : 98 pour cent des bénéficiaires ayant indiqué avoir besoin des services du PAAC qu'ils recevaient pour répondre à un besoin de santé et pour les aider à vivre de manière autonome dans le confort de leur foyer ou au sein de leur collectivité. À partir d'entrevues réalisées auprès du personnel de l'Administration centrale et du personnel à l'extérieur de celle-ci, et selon une analyse documentaire, il semble que le programme permet de répondre aux besoins de la majorité de la population des anciens combattants ayant servi en temps de guerre et des conjoints/principaux dispensateurs de soins survivants – s'ils sont admissibles aux services. Les critères d'admissibilité complexes relatifs aux avantages du PAAC seront expliqués en détail à la section 4.5 du présent rapport, « Pertinence des critères d'admissibilité au programme ».

Vétérans et militaires des Forces canadiennes

De nombreux vétérans des FC ont subi durant le service des blessures qui ont entraîné des problèmes de santé chroniques ou une invalidité. Selon une recherche récente, il y a un profond besoin à l'égard des programmes d'ACC pour répondre aux besoins des vétérans gravement blessés des FC et de leurs familles³⁷. Avant ces travaux de recherche, peu d'information était disponible sur les vétérans et les militaires qui ne bénéficiaient pas des programmes d'ACC.

Grâce aux travaux effectués dans le cadre de l'*Enquête sur la transition à la vie civile de 2010* (ETVC)³⁸, ACC a été en mesure de recueillir certaines données sur les membres des FC libérés pendant la période visée par l'enquête, notamment des données sur l'état de santé et les conditions de vie et sur les besoins éventuels. Par exemple, parmi les répondants non bénéficiaires de prestations d'ACC ayant indiqué souffrir de problèmes de santé chroniques, de 58 à 83 pour cent ont indiqué estimer que leur problème de santé était attribuable au service militaire³⁹. Si ces problèmes de santé sont effectivement liés au service, cela indique qu'il y a des besoins éventuels qui ne sont pas satisfaits, ce qui soulève des questions sur les raisons pour lesquelles ces personnes ne reçoivent pas de prestations d'ACC. Il a été noté dans le cadre de

³⁵ Feuille de renseignements trimestrielle d'ACC. Tableau 2. Direction de la statistique d'ACC. Mars 2010. (anglais)

³⁶ Anciens Combattants Canada – Sondage national auprès des clients, tableau 4.1a, 2010.

³⁷ Fast, J., A. Yacyshyn et N. Keating. *Wounded Veterans, Wounded Families*. « Hidden Costs/Invisible Contributions ». Département de l'écologie humaine, Université de l'Alberta. Février 2008.

³⁸ L'Enquête sur la transition à la vie civile (ETVC) est un volet du programme de recherche Études sur la vie après le service militaire (EVASM) mené en partenariat par ACC, le MDN/FC et Statistique Canada. La population à l'étude était composée de 32 015 vétérans. Outre l'Enquête sur la transition à la vie civile, l'EVAS comprenait également une étude sur les revenus. Les répondants au volet ETCV des EVAS étaient des vétérans de la Force régulière des FC qui ont été libérés entre le 1^{er} janvier 1998 et le 31 décembre 2007.

³⁹ Attribution autodéclarée des problèmes de santé chroniques au service militaire figurant au tableau 14 du rapport de l'ETVC (à l'exception de l'hypertension artérielle qui représentait 24 pour cent).

l'EVASM que l'on ne sait pas avec certitude si les taux de participation aux programmes d'ACC représentent tous ceux qui pourraient être admissibles ou si les programmes d'ACC (non spécifiques au PAAC) n'atteignent pas l'ensemble de la population ciblée.

L'âge moyen des répondants de l'ETVC est de 46 ans, et environ les trois quarts d'entre eux étaient mariés ou vivaient en union de fait. Dans le cadre de cette enquête, les auteurs ont examiné les indicateurs de la santé, l'invalidité et les déterminants de la santé. L'enquête comportait des questions sur les limites sur le plan des activités et le besoin d'aide avec les activités de la vie quotidienne, qui sont des indicateurs de besoins semblables à ceux du PAAC. Bien qu'ils ne puissent être généralisés à tous les vétérans, car la base d'échantillonnage comprenait les vétérans de la Force régulière qui ont été libérés entre 1998 et 2007, les résultats de l'enquête représentent un indicateur fiable de la rétroaction, de l'utilisation et du besoin des bénéficiaires et des non-bénéficiaires du PAAC.

Suivant l'analyse des données de l'enquête, la Direction de la recherche d'ACC a réalisé diverses analyses secondaires, y compris une enquête subséquente sur l'utilisation du PAAC⁴⁰. Les questions spécifiques ciblées dans le cadre de l'analyse secondaire étaient les suivantes :

- 1) Combien de vétérans bénéficiaires du Programme pour l'autonomie des anciens combattants (PAAC) semblent ne pas avoir besoin du PAAC?
- 2) Le PAAC rejoint-il les vétérans dans le besoin?

Sur l'échantillon de répondants, 11 pour cent étaient des bénéficiaires du PAAC en mars 2009, les autres étant des non-bénéficiaires du PAAC d'ACC (22 pour cent) et des non-bénéficiaires de prestations d'ACC (66 pour cent).

Tableau 3 : Résultats de l'Enquête sur la transition à la vie civile

	Bénéficiaires du PAAC	Bénéficiaires d'ACC (non-bénéficiaires du PAAC)	Non-bénéficiaires de prestations d'ACC	Total
Taille de l'échantillon	622	1 173	1 359	3 154
Pourcentage pondéré de la population	11	22	66	100
Limitation de la participation et des activités (niveau de confiance de 95 pour cent)	98	90	38	56
Besoin d'aide pour accomplir certaines tâches (niveau de confiance de 95 pour cent)	70	26	5	17
Besoin d'aide, mais non-bénéficiaires du PAAC (niveau de confiance de 95 pour cent)	-	-	-	10

Source : Analyse secondaire de l'EVASM : Série 2011 – Version 1

⁴⁰ MacLean, MB., A. Poirier et J. Sweet. *Besoins auxquels répond le Programme pour l'autonomie des anciens combattants - Indicateurs tirés de l'Enquête sur la transition à la vie civile, Analyse secondaire de l'Étude sur la vie après le service militaire (EVASM) (Série 2011 – Version 1), 14 février 2011.*

Les résultats de l'analyse secondaire tendent à indiquer qu'il existe des besoins éventuels non satisfaits et des problèmes liés à la portée des programmes, de même que des avantages du PAAC qui sont reçus sans besoin apparent⁴¹. La majorité des bénéficiaires du PAAC ont signalé des limites sur le plan des activités; cependant, seulement 70 pour cent ont déclaré avoir besoin d'aide pour accomplir certaines tâches. La plupart des non-bénéficiaires du PAAC d'ACC ont également signalé des limites sur le plan des activités et environ un quart d'entre eux ont déclaré avoir besoin d'aide pour accomplir certaines tâches. Un nombre moins élevé de non-bénéficiaires de prestations d'ACC ont rapporté des limites sur le plan des activités et seulement 5 pour cent ont signalé avoir besoin d'aide. Ensemble, ces chiffres indiquent que 10 pour cent de la population pourraient avoir besoin du PAAC mais sans bénéficier des avantages du programme et que 3 pour cent de l'échantillon total de la population (et 30 pour cent des bénéficiaires du PAAC faisant partie de l'échantillon de la population) pourraient ne pas avoir besoin du soutien qu'ils reçoivent dans le cadre du PAAC⁴².

Cette constatation est appuyée par les résultats des entrevues menées dans les régions, bon nombre des membres du personnel interrogés ayant signalé que le PAAC créait en réalité une dépendance chez certains des bénéficiaires des FC, plutôt que de développer un sentiment d'autonomie. Le personnel à l'extérieur de l'Administration centrale a signalé n'avoir reçu aucune directive ou orientation de la part de l'Administration centrale pour les aider à traiter avec des bénéficiaires qui pourraient ne pas avoir besoin des avantages du PAAC pour une période de longue durée. Bien que le PAAC soit peut-être pertinent pour les membres du groupe des FC qui sont blessés ou en perte de capacités fonctionnelles, il n'est peut-être pas nécessairement pertinent pour tous les bénéficiaires des FC. Cet aspect sera analysé de manière plus détaillée à la section 5.0 du présent rapport, « Succès du programme ».

La santé mentale, les traumatismes liés au stress opérationnel et l'état de stress post-traumatique (ESPT) sont des préoccupations majeures pour la population des FC. Les résultats de l'ETVC montrent que 43 pour cent des bénéficiaires de la Nouvelle Charte des anciens combattants et 25 pour cent des bénéficiaires d'une pension d'invalidité ont déclaré souffrir d'un ESPT, tandis que 51 pour cent des bénéficiaires de la Nouvelle Charte des anciens combattants et 35 pour cent des bénéficiaires d'une pension d'invalidité ont en outre déclaré souffrir de dépression ou d'anxiété⁴³. Un examen des dossiers effectué dans le cadre de l'*Évaluation de la Nouvelle Charte des anciens combattants – Phase III* a fourni des renseignements sur l'état de santé des personnes; selon l'examen des dossiers, au moins la moitié des répondants ont déclaré souffrir d'un important problème de santé mentale et être soumis à un niveau élevé de stress. Aussi, entre avril 2007 et mars 2010, un peu moins de 40 pour cent des

⁴¹ Il convient de noter que le rapport fournit un aperçu ponctuel de l'état de santé des membres des FC après la libération et que, par conséquent, les résultats ne peuvent pas servir à prouver la relation de cause à effet entre le service militaire et la santé après la libération du service ou encore les résultats des programmes d'ACC.

⁴² MB MacLean, A Poirier & J Sweet. *Besoins auxquels répond le Programme pour l'autonomie des anciens combattants - Indicateurs tirés de l'Enquête sur la transition à la vie civile, Analyse secondaire de l'Étude sur la vie après le service militaire (EVASM) (Série 2011 – Version 1)*, 14 février 2011.

⁴³ Thompson, J.M., M.B. MacLean, L. Van Til, K. Sudom, J. Sweet, A. Poirier, J. Adams, V. Horton, C. Campbell et D. Pedlar. *Enquête sur la transition à la vie civile : Rapport sur les vétérans de la force régulière*. Direction de la recherche, Anciens Combattants Canada, Charlottetown, et directeur général, Recherche et analyse (personnel militaire), ministère de la Défense nationale, Ottawa. Le 4 janvier 2011 : 103 p. Tableau 14 : Attribution autodéclarée des problèmes de santé chroniques au service militaire.

bénéficiaires du programme de réadaptation du Ministère étaient également des bénéficiaires du PAAC⁴⁴.

Anciens Combattants Canada a récemment mis en œuvre une stratégie en matière de santé mentale qui comprend un cadre ministériel de la santé mentale et du mieux-être qui met en évidence cinq déterminants de la santé (facteurs personnels, environnement social, environnement économique, environnement physique et environnement des services de santé) liés aux structures et aux modèles sociaux qui aident à favoriser le mieux-être des personnes⁴⁵. Dans ce cadre, les déterminants de la santé propres au PAAC sont les facteurs liés à l'environnement social et à l'environnement physique : 1) renforcer l'environnement social des bénéficiaires (p. ex. en soutenant les familles et en sensibilisant aux services de soutien communautaire); 2) contribuer à un environnement physique favorable grâce à des programmes de logement et de résidences.

Conjoints et principaux dispensateurs de soins

L'admissibilité du groupe des conjoints survivants et du groupe des principaux dispensateurs de soins survivants se limite aux services d'entretien ménager ou d'entretien du terrain offerts dans le cadre du PAAC. De plus, le groupe des principaux dispensateurs de soins survivants est uniquement admissible aux éléments que l'ancien combattant recevait au moment de son décès ou de son admission dans un établissement, tandis que le groupe des conjoints survivants est admissible aux deux éléments du PAAC, et ce, jusqu'à concurrence de 2 540 \$. La croissance importante de la population soulève des questions concernant la pertinence continue du programme puisque les membres de cette population n'ont pas accès à l'ensemble du programme. Cet aspect sera expliqué en détail à la section portant sur les critères d'admissibilité complexes de même qu'à la section portant sur les résultats du présent rapport. Les conjoints sont visés par les mêmes résultats souhaités dans le cadre du programme que les vétérans bénéficiaires, mais leur admissibilité est limitée.

Opinions d'experts

Les résultats du *Projet de recherche sur les soins continus* (PRSC) mené en 2008 sous la direction de M. Hollander, démontrent l'importance des soins à domicile et la pertinence des besoins des personnes, comme il a été dit dans la citation suivante : « [le Projet a aussi révélé] le rôle essentiel des services de soutien à domicile et des aidants non rémunérés dans le maintien des individus dans leur communauté et l'optimisation de leur autonomie le plus longtemps possible » (p. 93)⁴⁶. M. Hollander a jugé que ces résultats étaient comparables à ceux établis dans le cadre d'autres études; cependant, le PRSC fait également fond sur les éléments probants dégagés d'études antérieures qui ont mis en évidence les avantages découlant de services de soins et de soutien à domicile à long terme.

⁴⁴ Données du SFTDSS.

⁴⁵ ACC, Cadre du Programme de santé mentale. www.veterans.gc.ca.

⁴⁶ Hollander, M., J. Miller et M. MacAdam. *Projet de recherche sur les soins continus pour Anciens Combattants Canada et le gouvernement de l'Ontario. Rapport de synthèse*. Avril 2008.

Le rapport du Conseil consultatif de gérontologie⁴⁷ a dégagé plusieurs faiblesses au niveau des services offerts par ACC, notamment des critères d'admissibilité complexes qui restreignent l'accès aux services, les services offerts qui ont tendance à être réactifs, le nombre limité d'options offertes aux personnes âgées en matière de logement et le choix restreint de services de promotion de la santé. Le Conseil consultatif de gérontologie a conclu que certains aînés sont marginalisés et ont tendance à vivre seuls ou dans les limites d'un couple fermé sur lui-même, et que ces personnes manquent de réseaux sociaux et d'interactions, ce qui risque de les rendre plus vulnérables à la perte d'autonomie lorsqu'elles vieillissent. Plusieurs points positifs au sujet d'ACC (et du PAAC) ont également été signalés, notamment le fait qu'ACC a fait figure de chef de file en matière de services aux personnes âgées qui aident les anciens combattants à rester à la maison, notamment en offrant un programme de prévention des chutes et en sachant adapter ses programmes sociaux et ses programmes de santé aux besoins en constante évolution des anciens combattants.

On dit ce qui suit dans le rapport⁴⁸ : « Lorsqu'ils ont été interrogés au sujet de leurs besoins en matière de soins de santé, les anciens combattants ont dit souhaiter qu'on mette davantage l'accent sur la promotion de la santé et la prévention des maladies et qu'on leur offre des services de soins de santé communautaires et plus flexibles pour répondre à leurs besoins et les aider à retarder ou à éviter le recours aux soins de longue durée ». Le Conseil consultatif de gérontologie recommande qu'ACC simplifie ses programmes de soins de santé afin d'offrir un guichet unique pour tous les services et qu'il utilise les besoins comme seul critère d'admissibilité pour la prestation des avantages.

4.2.2 Besoins non satisfaits

Selon un récent rapport de Statistique Canada⁴⁹, il y aurait des besoins non satisfaits en matière de soins à domicile en général chez les personnes âgées au Canada. Selon cette étude, plusieurs personnes âgées qui ont signalé avoir besoin d'aide pour effectuer de gros travaux d'entretien et pour se déplacer dans la maison ne recevaient pas de soins à domicile. En fait, près de 20 pour cent des personnes âgées recevant une combinaison de soins à domicile structurés et non structurés ont déclaré avoir des besoins non satisfaits. Selon le rapport démographique sur la population d'anciens combattants âgés extrait du Système d'information ministériel (SIM) d'ACC⁵⁰, environ 30 pour cent des aînés du Canada de sexe masculin âgés de 80 ans et plus sont des anciens combattants ayant servi en temps de guerre. Cela signifie qu'une proportion importante de la population d'anciens combattants au Canada peut avoir des besoins en matière de soins à domicile que le PAAC pourrait aider à satisfaire. En répondant aux besoins de la cohorte d'anciens combattants, ACC offre un avantage sociétal important aux personnes âgées au Canada et au système de soins de santé.

⁴⁷ Conseil consultatif de gérontologie, Anciens Combattants Canada. *Parole d'honneur : l'avenir des prestations de santé pour les anciens combattants du Canada ayant servi en temps de guerre*, avril 2006.

⁴⁸ Ibid.

⁴⁹ Statistique Canada. *Utilisation des services de soins à domicile par les personnes âgées*. Rapports sur la santé de Statistique Canada (2006).

⁵⁰ Système d'information ministériel d'ACC. Rapport démographique sur la population d'anciens combattants âgés. Retrait le 5 mars 2011.

Anciens combattants ayant servi en temps de guerre

Les anciens combattants ayant servi en temps de guerre continueront de nécessiter des services de soutien supplémentaires et plus fréquents à mesure qu'ils avancent en âge. La population générale au Canada vieillit également et aura besoin de plus de services de soins et de soutien à domicile. Cette demande accrue pourrait avoir une incidence sur le niveau et la fréquence du soutien accordé par AAC aux anciens combattants et à leurs conjoints ou principaux dispensateurs de soins, à mesure que les provinces continueront peut-être de « se décharger ».

La plupart des membres du personnel à l'extérieur de l'Administration centrale interrogés ont conclu qu'il ne fait pas de doute que le PAAC aide les anciens combattants à domicile, ce qui est corroboré par le rapport du Conseil consultatif de gérontologie⁵¹ et des rapports internes d'AAC. Toutefois, ils ont précisé que, comme il y a des besoins non satisfaits chez les membres de ce groupe, le Ministère devrait en faire davantage pour les aider en mettant l'accent sur le PAAC dans le cadre d'une approche axée sur les besoins plutôt qu'une approche axée sur l'admissibilité au service.

Vétérans des Forces canadiennes

La plupart des membres du personnel de l'Administration centrale et à l'extérieur de celle-ci interrogés s'entendent sur le fait que de nombreux bénéficiaires des FC (particulièrement les membres plus jeunes) ont besoin de types de soutien différents de ceux dont les anciens combattants ayant servi en temps de guerre ont besoin, ce qui est corroboré par les résultats d'autres rapports internes. Le PAAC vise une population vieillissante à risque d'être placée en établissement, un objectif qui ne convient pas à tous les vétérans de l'ère moderne. Plusieurs membres du personnel interrogés croient fermement qu'il faut offrir des avantages supplémentaires aux vétérans des FC dans le cadre du PAAC. Parmi les avantages suggérés, voici ceux qui sont revenus le plus souvent : services de garde d'enfants/soutien à la famille; programmes d'exercices/subventions pour faciliter la réadaptation (p. ex. abonnements à un centre de conditionnement physique/fonds pour améliorer la condition physique); et réparation/entretien du domicile (cet élément a en fait été indiqué comme étant une lacune pour tous les groupes de bénéficiaires). Deux études de recherche d'envergure menées récemment ont également confirmé qu'il y avait d'importants besoins non satisfaits au sein du groupe des vétérans des FC⁵².

Conjoints et principaux dispensateurs de soins

Certains besoins du groupe des conjoints survivants et du groupe des principaux dispensateurs de soins survivants sont non satisfaits et sont semblables à ceux du groupe des anciens combattants ayant servi en temps de guerre. Toutefois, les critères d'admissibilité actuels restreignent l'accès de ces groupes aux avantages du PAAC.

⁵¹ Conseil consultatif de gérontologie, Anciens Combattants Canada. *Parole d'honneur : l'avenir des prestations de santé pour les anciens combattants du Canada ayant servi en temps de guerre*, avril 2006.

⁵² *Wounded Veterans, Wounded Families* et *Études sur la vie après le service* (y compris l'*Enquête sur la transition à la vie civile*).

Divers

Les membres du personnel du Réseau national des centres d'appels (RNCA)⁵³ qui ont été interrogés ont mentionné que l'une des principales plaintes formulées par les bénéficiaires portait sur les demandes de dépôt direct. De nombreux anciens combattants ont des problèmes de mobilité, de sorte qu'il peut être difficile pour eux de se rendre à la banque. Le fait d'avoir recours au dépôt direct permettrait d'éliminer les délais d'attente pour recevoir les chèques. Au cours de l'exercice 2009-2010, près de 40 000 plaintes (soit presque le quart du total des plaintes reçues) déposées auprès du RNCA étaient des demandes de renseignements concernant les chèques. Le programme de transformation répond à ce besoin en lançant le service de dépôt direct pour les prestations du PAAC, et ce, à compter d'avril 2011.

4.2.3 Conclusions

- Le PAAC est très pertinent pour répondre aux besoins des anciens combattants âgés, de leurs conjoints/principaux dispensateurs de soins et des militaires et vétérans blessés ou invalides. L'examen des dossiers, l'analyse des données et les sondages et enquêtes effectués auprès des bénéficiaires indiquent que la majorité des anciens combattants ayant servi en temps de guerre ne seraient pas en mesure de demeurer à leur domicile sans l'aide du PAAC.
- Il semble y avoir des militaires et vétérans des FC qui reçoivent des services du PAAC et qui pourraient ne pas en avoir besoin (30 pour cent), tandis que d'autres groupes de vétérans des FC semblent avoir besoin des avantages du PAAC, mais sans en bénéficier (10 pour cent). (Cette conclusion se rattache au thème du remaniement de la prestation des services du programme de transformation visant à rendre plus accessibles les programmes et les services).
- Le PAAC ne permet pas de répondre adéquatement aux besoins de certains bénéficiaires vétérans des FC. Les vétérans des FC particulièrement, mais non exclusivement, pourraient bénéficier du soutien pour les soins comme des services de garde d'enfants et de soutien à la famille et des réparations mineures au domicile. (Cette conclusion appuie le thème de la réduction de la complexité du programme de transformation).
- Une stratégie de services de soins et de soutien à domicile visant spécifiquement les vétérans des FC est nécessaire afin d'administrer les services et le soutien destinés aux militaires et vétérans des FC de façon uniforme et appropriée. Une telle stratégie devrait aider les bénéficiaires à comprendre les buts et les objectifs du PAAC, de façon à assurer la surveillance du besoin continu lié à l'admissibilité à un programme à long terme. (Cette conclusion est également liée au thème du remaniement de la prestation des services du programme de transformation, notamment en mettant l'accent sur la modification des méthodes de prestation qui sont conformes aux besoins des anciens combattants).

53

Le Réseau national des centres d'appels (RNCA) est le réseau national de télécommunications sans frais d'ACC qui sert de point unique de contact. Le personnel du RNCA répond aux demandes de renseignements et de services des bénéficiaires et les réachemine.

R1 Il est recommandé que le SMA, Prestation des services, fournisse au personnel à l'extérieur de l'Administration centrale des directives claires concernant la prestation des services et du soutien offerts dans le cadre du PAAC aux bénéficiaires qui pourraient ne pas avoir besoin d'aide pour une longue période. L'objectif de cette stratégie devrait être : 1) de faire en sorte que les avantages du PAAC ne soient offerts qu'à ceux qui en ont besoin, 2) de fournir une orientation en ce qui concerne la surveillance du besoin continu, 3) de favoriser l'autonomie à l'égard des activités de la vie quotidienne. (Essentiel)

Réponse de la direction

La direction accepte cette recommandation. La directive de programme « Exigences liées à la prise de décisions et à la détermination des besoins » a été élaborée par l'équipe de gestion du PAAC et diffusée au personnel à l'extérieur de l'Administration centrale le 1^{er} avril 2011. Cette directive fournit une orientation claire quant à la façon de s'assurer que les besoins des bénéficiaires sont clairement définis et que ces derniers reçoivent un niveau adéquat de services dans le cadre du PAAC. Dans cette directive, il est non seulement question de la nécessité d'augmenter les services à mesure que les bénéficiaires avancent en âge, mais également de la nécessité de les réduire ou d'y mettre fin si la situation du bénéficiaire devait s'améliorer.

En mars 2011, la Gestion de la prestation des services a préparé une analyse de rentabilisation pour la « fonctionnalité de suivi électronique du Programme pour l'autonomie des anciens combattants ». Cette initiative a été élaborée dans le but de permettre le suivi des transactions liées aux décisions relatives au PAAC dans le RPSC. De plus, le système demandera aux agents d'ACC de faire un suivi auprès des bénéficiaires dont les besoins devraient changer sur une période de moins d'un an, ce qui leur permettra de mieux gérer leur charge de travail et éliminera le besoin de prévoir plus de systèmes de rappels manuels. Pendant la période intérimaire, la Gestion des programmes travaillera avec la section de l'Administration des contrats pour déterminer les méthodes d'utilisation du SFTDSS pour faire le suivi des ententes de contribution d'une période de moins d'un an.

Bon nombre des politiques du PAAC ont récemment été révisées par la Direction des politiques en matière de programmes, et des directives de programme ont été élaborées par l'équipe de gestion du PAAC pour fournir au personnel à l'extérieur de l'Administration centrale des directives précises concernant l'exécution des programmes et les pratiques décisionnelles. Des politiques et des directives de programmes connexes ayant fait l'objet de nouvelles mises à jour seront publiées au cours des prochains mois afin de fournir un soutien et des directives supplémentaires au personnel à l'extérieur de l'Administration centrale. L'équipe de gestion du PAAC a modifié la structure de délégation des pouvoirs pour le PAAC en date du 1^{er} avril 2011. La formation sur les nouveaux pouvoirs décisionnels se déroule actuellement à l'échelle nationale.

L'équipe de gestion du PAAC, en consultation avec la Direction de la gestion de cas, élaborera un autre module de formation pour appuyer la délégation de pouvoirs aux

agents des services aux clients (ASC) pour l'approbation des services du PAAC en fonction de la rétroaction reçue pendant le déroulement de la formation à l'appui de la transition. Une partie de cette formation sera consacrée à cette question. Cette formation sera offerte en octobre 2011. Une fois la formation offerte, le succès de l'initiative de formation sera évalué de manière continue en fonction des commentaires et des recommandations formulés. Les modifications requise et les futures activités d'apprentissage seront déterminées dans le cadre de ce processus.

Plan d'action de la direction

Mesure corrective à prendre	BPR (bureau de première responsabilité)	Date cible
1.1 Directive de programme relative aux exigences en matière de prise de décisions et de détermination des besoins.	DG, GPPS	1 ^{er} avril 2011 (achevé)
1.2 Publication des politiques et des directives de programmes révisées.	DG, Politiques et Recherche et DG, GPPS	Juin 2011
1.3 Élaboration d'un module de formation.	DG, GPPS	Octobre 2011
1.4 Détermination de la possibilité d'utiliser le SFTDSS pour faire le suivi des ententes de contribution d'une période de moins d'un an.	DG, GPPS	Décembre 2011

4.3 Couverture du programme

Les critères d'admissibilité au PAAC ont été élargis et modifiés (plus de vingt modifications⁵⁴) depuis sa création en 1981, mais la conception du programme comme telle n'a que peu changé au fil des ans. Comme il existe différents niveaux d'accès aux éléments du programme, selon les critères d'admissibilité et les critères de service que doit satisfaire la personne, la capacité du PAAC à répondre aux besoins des bénéficiaires varie souvent en fonction du type de bénéficiaire. Le Ministère a élargi l'admissibilité au PAAC afin de répondre aux demandes politiques, mais l'évaluation requise des besoins des sous-groupes n'a pas toujours été effectuée afin de déterminer la pertinence des services de soutien actuellement offerts dans le cadre du PAAC pour les groupes visés par le nouvel élargissement (par exemple les vétérans plus jeunes des FC). Par conséquent, la pertinence des éléments du programme varie également selon l'étape de vie où en est le bénéficiaire, comme il est mentionné à la section 4.2. Au cours du processus d'entrevue, on a offert à l'équipe d'évaluation une bonne analogie avec le PAAC : la maison [PAAC] a été conçue pour des fins déterminées [les anciens combattants vieillissants], mais comme des chambres [critères d'admissibilité] ont été ajoutées ici et là au fil des ans, la fondation [pertinence] de la maison n'est plus adéquate pour soutenir tous les ajouts. Le Ministère en est à une étape critique où il est conscient que le PAAC n'est pas un programme universel qui convient à tous les bénéficiaires et il doit déterminer quels éléments doivent être renouvelés.

⁵⁴ Voir l'annexe K pour une chronologie du programme.

Le PAAC consiste en trois grandes catégories de services et de soutien : 1) soins à domicile, 2) soins intermédiaires (soins offerts dans un établissement communautaire) et 3) autres soins.

4.3.1 Éléments des soins à domicile du PAAC

Les services d'entretien ménager et d'entretien du terrain sont souvent perçus comme les éléments de base du PAAC; selon le personnel des districts, ils sont très utiles et appréciés, et ce sont les éléments du PAAC les plus souvent demandés. Selon un examen du profil des besoins des anciens combattants ayant servi en temps de guerre, de même que celui de la population générale de personnes âgées au Canada, et selon les faits et les chiffres se rapportant aux soins à domicile déjà présentés dans le présent rapport, l'équipe d'évaluation a conclu qu'il y a une preuve manifeste que ces deux éléments sont très pertinents pour ce qui est d'aider les anciens combattants et leurs familles. L'aide de base offerte à la maison pour la lessive, la préparation des repas, le nettoyage, le passage de l'aspirateur, l'enlèvement de la neige/glace, la tonte du gazon, etc., permet d'apporter une aide importante qui vise à faire en sorte qu'une personne puisse demeurer dans son propre domicile.

Plusieurs membres du personnel de l'Administration centrale et à l'extérieur de celle-ci ont mentionné l'existence possible d'une lacune dans les services de soins et de soutien à domicile offerts dans le cadre du PAAC. Le Ministère fournit des services d'entretien ménager et d'entretien du terrain, mais il n'offre pas de soutien pour l'entretien du domicile et les réparations mineures au domicile. Une minorité des membres du personnel ont déclaré qu'il était illogique de fournir des services d'entretien ménager, de permettre aux bénéficiaires de demeurer à la maison et d'approuver des adaptations au domicile, sans aider à assurer la sécurité du domicile. Par exemple, les anciens combattants amputés et à mobilité réduite sont physiquement incapables d'effectuer les réparations au domicile les plus courantes (comme remplacer des ampoules brûlées) et pourraient par conséquent être à risque plus élevé. Au milieu des années 1990, le PAAC comprenait un élément appelé « gros travaux ménagers », lequel aurait pu répondre à ce besoin. Cet élément a été supprimé comme mesure de réduction des coûts dans le cadre d'un examen de l'ensemble des programmes gouvernementaux effectué en 1994. Une aide à domicile est offerte dans le cadre du programme d'aide à la mobilité des FC, par l'entremise du MDN, et comprend notamment des réparations mineures au domicile⁵⁵.

Les autres éléments du PAAC qui sont compris dans la gamme des services de soins et de soutien à domicile sont les suivants : soins personnels, accès aux services d'alimentation, et services de santé et de soutien. Les conjoints et les principaux dispensateurs de soins ne sont pas admissibles aux services de soins et de soutien à domicile.

55

Chapitre 211.03 : Prestations de service pour les militaires blessés et malades des Forces canadiennes – Prestation pour aide à domicile. Aide à la mobilité pour les militaires des Forces canadiennes blessés ou malades. Directives sur la rémunération et les avantages sociaux, ministère de la Défense nationale, 15 mai 2008.

Les soins personnels sont fréquemment inclus dans les programmes de soins à domicile, y compris les programmes des provinces canadiennes et les programmes internationaux. L'élément des soins personnels permet d'offrir un soutien direct aux bénéficiaires sous forme d'aide pour les AVQ comme se laver, s'habiller, aller à la toilette, etc., qui sont tous des aspects jugés essentiels au maintien de la santé et de l'autonomie au domicile. Les soins personnels sont souvent prodigués aux anciens combattants comme complément aux autres mesures de soutien offertes de concert avec le PAAC, habituellement par le truchement des soins à domicile offerts par la province, des aidants naturels ou des fournisseurs du secteur privé. En 2009-2010, 6 938 bénéficiaires du PAAC (6 pour cent) ont obtenu des soins personnels. Cet élément est plus pertinent pour les anciens combattants ayant servi en temps de guerre (taux d'utilisation de 11 pour cent) que pour les vétérans des FC (taux d'utilisation de 3 pour cent).

L'élément d'accès à des services d'alimentation fournit un soutien financier de base pour aider les bénéficiaires à avoir accès à des repas. Un risque éventuel mentionné par une minorité des membres du personnel à l'extérieur de l'Administration centrale qui ont été interrogés est le fait que si un ancien combattant a besoin d'aide pour accéder aux services d'alimentation et qu'il a un conjoint à la maison, il pourrait y avoir absence de capacité de préparer des repas. Il a été indiqué que, dans certains cas, le bénéficiaire et son conjoint partagent les repas et que l'un et l'autre pourraient ne pas se nourrir adéquatement. Cette question n'a pas été étudiée de façon approfondie par l'équipe d'évaluation, mais elle devrait faire l'objet d'une évaluation plus poussée de la part du Ministère afin de déterminer les risques et les répercussions, puisqu'il s'agit du troisième élément le plus utilisé par les anciens combattants. Selon le Sondage national mené en 2010 auprès des clients, un peu moins de la moitié des anciens combattants ayant servi en temps de guerre bénéficiaires du PAAC ont indiqué avoir besoin d'aide pour préparer les repas.

L'élément des services de santé et de soutien du PAAC a été utilisé dans une moindre mesure; cependant, une utilisation accrue a été notée au cours des deux dernières années (passant de 68 personnes en 2007-2008 à 183 en 2009-2010). En fait, entre 2008-2009 et 2009-2010, le taux d'utilisation de cet élément a presque doublé. Cette hausse pourrait s'expliquer en partie par le fait que le personnel à l'extérieur de l'Administration centrale a récemment découvert que cet élément couvrait des services comme les soins des pieds. Il n'y a aucune définition claire de cet élément qui est défini dans le *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants* comme « les services de santé et de soutien par le professionnel de la santé, tels que les soins infirmiers, la thérapie et les soins personnels » tandis que le Manuel des politiques – Programmes pour anciens combattants le décrit comme étant « des services d'évaluation de la santé et de diagnostic, de soins, de maintien et d'autres soins personnels dispensés par des professionnels de la santé ». Ce résultat indique un manque d'uniformité entre la définition du *Règlement* et celle qui est fournie dans les politiques. Il semble également que cet élément, qui était peu utilisé auparavant, pourrait être plus pertinent qu'on ne l'avait cru à l'origine et que, dans certaines régions, il y aurait un manque de communication et de mise en commun des connaissances à son sujet.

4.3.2 Services de soins intermédiaires offerts dans le cadre du PAAC

Le PAAC offre un soutien dans la collectivité, à l'extérieur du domicile de l'ancien combattant, lorsque le niveau de soins nécessaire s'est accru à un point tel qu'il n'était plus possible de répondre aux besoins de l'ancien combattant à son domicile. Les soins intermédiaires en foyer de soins infirmiers (SIFSI) ont d'abord été introduits pour combler une lacune dans les soins offerts aux anciens combattants ayant servi en temps de guerre admis dans des établissements de soins de santé, lors de l'établissement du PAAC en 1980. À l'époque, le Programme de SLD d'ACC offrait uniquement des soins dans des lits réservés dans des établissements du Ministère, et ce dernier a décidé de commencer à offrir des soins dans des lits des établissements communautaires dans le cadre du PAAC afin de répondre à la demande croissante de lits. Le fait d'offrir des lits dans des établissements communautaires a alors permis aux anciens combattants de rester dans leur collectivité et près de leur famille, de leurs amis et de leurs voisins. Les lits dans des établissements communautaires (lits non réservés) sont également moins coûteux que les lits réservés. Depuis lors, le programme de SLD a été élargi afin d'inclure la prestation de soins intermédiaires à certains bénéficiaires admissibles dans des lits des établissements communautaires, en s'éloignant peu à peu des établissements du Ministère⁵⁶ et des établissements contractants et en se tournant vers des établissements communautaires offrant également des lits pour soins actifs. Le tableau 4 ci-dessous donne la ventilation des lits de SLD dans des établissements d'ACC par type de lits et le tableau 10 présente une comparaison des coûts liés aux lits de SLD dans des établissements d'ACC.

Tableau 4 : Ventilation des lits de SLD payés par ACC en date du 31 mars

	2008	2009	2010
Lits de soins de longue durée non réservés	3 292	3 176	2 901
Lits de SLD réservés	2 866	2 852	2 832
Lits de soins intermédiaires offerts dans le cadre du PAAC	4 078	3 931	3 996
Lits du Ministère	408	405	404
Total	10 644	10 364	10 133

Au cours du processus d'entrevue, presque tous les membres du personnel d'ACC s'entendaient sur le fait que le volet « soins intermédiaires » du PAAC et le Programme de SLD doivent être combinés. Les membres du personnel ont également convenu qu'il était logique de fondre les deux programmes en un seul programme de SLD puisque les SIFSI sont des soins offerts en établissement et non à domicile. Même si les soins offerts en établissement visent à répondre aux besoins des anciens combattants, ce

⁵⁶ ACC n'a plus qu'un seul établissement ministériel, soit l'Hôpital Sainte-Anne, lequel fait actuellement l'objet de négociations en vue d'un transfert à la province de Québec.

type de soins n'est pas nécessairement le plus pertinent pour le PAAC qui vise à fournir des soins à domicile et à éviter l'admission dans un établissement de soins. Cette question concerne également le chevauchement possible des programmes et les gains d'efficacité éventuels, un point qui sera examiné plus en détail plus loin dans le rapport.

Le PAAC comprend également l'élément des soins en établissement pour adultes (SEA) qui a été mis en place afin d'appuyer les bénéficiaires ayant des besoins en soins de niveau plus faible et vivant dans un logement pour personnes âgées. Les SEA ont été abandonnés en 1993, les personnes qui recevaient déjà ces services bénéficiant de droits acquis. En date de mars 2010, 21 personnes bénéficiaient de cet élément à un coût annuel moyen de 7 939 \$ par personne. Le nombre de bénéficiaires de SEA diminue lentement et on s'attend à ce que plus personne ne bénéficie de cet élément d'ici 2020. Il semble toutefois que la demande de soins comparables aux SEA augmente au sein de la population des personnes âgées dans son ensemble. En réponse à l'évolution des tendances en ce qui concerne les options de logement, ACC a récemment modifié ses politiques afin que les logements supervisés ou avec services de soutien soient inclus dans la définition de « résidence principale ».

4.3.3 Autres éléments du PAAC

Les « autres » éléments du PAAC représentent le plus faible pourcentage d'utilisation du programme et des dépenses. Le transport pour participer à des activités sociales, les soins ambulatoires et les adaptations au domicile comptent parmi ces éléments. Les plus petits éléments ont tendance à être les moins utilisés mais, dans certaines situations, ils sont pertinents et significatifs pour certains bénéficiaires. Comme le PAAC n'est pas un programme de type « universel », la souplesse voulue pour offrir d'autres services et soutien pertinents aux bénéficiaires qui en ont besoin est une caractéristique importante du programme. Malheureusement, comme l'ont mentionné certains membres du personnel à l'extérieur de l'Administration centrale, en raison des restrictions en matière d'admissibilité et des faibles taux maximaux payables, ces éléments du programme pourraient ne pas répondre adéquatement aux besoins des bénéficiaires.

Le transport pour participer aux activités sociales est limité aux anciens combattants qui sont admissibles en fonction de leur revenu. Bien que cet élément soit pertinent pour répondre aux besoins de ce groupe, d'autres personnes non admissibles en raison de leur revenu pourraient bénéficier de l'aide au transport pour participer aux activités sociales. Plus de 40 pour cent des personnes interrogées ont indiqué un besoin à cet égard⁵⁷, alors que moins de 4 pour cent de la population de bénéficiaires du PAAC ont eu accès à cet élément en 2009-2010. Par ailleurs, certains membres du personnel à l'extérieur de l'Administration centrale ont mentionné que le fait de fournir une aide au transport pour se rendre à une activité sociale est positif, mais que les personnes à faible revenu pourraient ne pas avoir les moyens de participer à l'activité sociale en question. On a donné à l'équipe d'évaluation l'exemple d'un ancien combattant qui recevrait une aide au transport dans le cadre du PAAC pour se rendre à une salle de quilles mais qui n'aurait pas assez d'argent pour jouer aux quilles. Par conséquent,

⁵⁷

Anciens Combattants Canada – Sondage national auprès des clients, 2010.

certains besoins en matière de transport pour participer aux activités sociales pourraient ne pas être satisfaits, tant du point de vue des limites en matière d'accès admissible que du point de vue de l'élément comme tel. Le taux maximal payable en 2009 au titre de l'élément du transport pour participer aux activités sociales était de 1 271 \$. La moyenne des dépenses par bénéficiaire au cours de la période de 2009-2010 se chiffrait à 612 \$⁵⁸. Les dépenses globales pour cet élément représentaient moins de un pour cent des dépenses totales du programme pour la même année.

L'élargissement de la couverture et de la définition de cet élément afin qu'il ne se limite plus qu'au transport uniquement (y compris pour participer aux activités sociales) permettrait au Ministère de mettre l'accent sur la satisfaction des besoins sociaux des bénéficiaires. Comme l'indique le Sondage national mené en 2010 auprès des clients, près de la moitié des bénéficiaires du PAAC ont indiqué avoir besoin d'aide pour se rendre à des rendez-vous, pour faire des courses, pour magasiner, etc. La suppression de la restriction concernant l'accès des anciens combattants à faible revenu afin de l'élargir à tous les anciens combattants permettrait en outre au Ministère de mieux répondre aux besoins de tous les bénéficiaires, particulièrement en ce qui concerne les besoins en matière de santé mentale et les besoins sociaux non satisfaits des vétérans des FC dont il a été question auparavant dans le rapport.

Les services de soins ambulatoires peuvent être très appropriés pour les anciens combattants qui souhaitent participer à des programmes de jour pour adultes et pour les dispensateurs de soins qui ont besoin d'aide avec les services de relèvement. Le mandat actuel relatif au PAAC limite la couverture aux anciens combattants uniquement, de sorte que la manière dont le programme est en mesure d'appuyer le dispensateur de soins en lui offrant des services de relèvement se fait principalement par le truchement des programmes de jour pour adultes auxquels participent les anciens combattants (avec des restrictions). En 2009, le taux maximal payable au titre de l'élément des soins ambulatoires était de 1 059 \$. La moyenne des dépenses par bénéficiaire pour 2009-2010 s'élevait à 804 \$⁵⁹. Le service de relèvement est devenu un sujet de discussion très répandu en tant que moyen d'appuyer les aidants naturels. L'évaluation des soins aux personnes atteintes de démence effectuée en 2009 a révélé que le coût des programmes de jour pour adultes se chiffre en moyenne entre 25 \$ et 40 \$ par jour (le coût du transport peut être en sus). En se fondant sur le taux maximal payable, une personne peut uniquement participer à l'un de ces programmes de 26 à 42 jours par année. Selon l'étude : « les programmes de jour peuvent également profiter aux dispensateurs de soins parce qu'ils leur permettent de se libérer de leurs responsabilités de temps à autre. Il a été démontré que les programmes de jour peuvent retarder le placement en établissement, réduire le stress imposé à la famille et améliorer la santé mentale des dispensateurs de soins ».⁶⁰

Les membres du personnel à l'extérieur de l'Administration centrale qui ont été interrogés dans le cadre de l'évaluation du PAAC ont également cerné un besoin

⁵⁸ Profil du PAAC. Unité du rendement des programmes d'ACC. 2009-2010. (anglais)

⁵⁹ Ibid.

⁶⁰ *Évaluation des soins aux personnes atteintes de démence*. ACC, Direction générale de la vérification et de l'évaluation. Juillet 2009.

éventuel de services comparables aux services de relève pour les jeunes membres des FC ayant une famille, par exemple des services de relève offerts sous forme de services de garde d'enfants/soutien à la famille. Par conséquent, certains besoins des bénéficiaires et de leurs familles pourraient ne pas être satisfaits, pour ce qui est de ce qui peut être inclus dans cet élément. De plus, étant donné le taux maximal payable, l'élément n'offre peut-être pas un soutien suffisant pour favoriser une participation constante aux programmes de jour pour adultes. Les soins ambulatoires offerts dans le cadre du PAAC pourraient constituer un moyen efficace pour répondre à ces besoins.

L'élément du PAAC appelé « adaptations au domicile » offre un soutien financier pour modifier une résidence principale afin d'aider la personne avec les activités de la vie quotidienne. Cependant, cet élément du PAAC est rarement utilisé; bon nombre des membres du personnel interrogés ont dit qu'ils ne l'utilisaient que rarement. L'une des principales raisons de ne pas utiliser cet élément portait sur les contraintes liées aux au taux maximal payable et aux pouvoirs délégués des gestionnaires de cas et des ASCs qui ne peuvent approuver qu'un montant de 500 \$ (les limites font actuellement l'objet d'un examen) pour les adaptations apportées au domicile dans le cadre de cet élément. L'incidence de cette restriction est que le personnel peut passer outre la voie du PAAC si le bénéficiaire est admissible pour des besoins non liés à une affectation ouvrant droit à pension dans le cadre du Programme d'avantages médicaux d'ACC. Les avantages médicaux offerts dans le cadre du PDC 13 pour le traitement d'affections qui n'ouvrent pas droit à une pension couvrent les adaptations apportées au domicile spécifiquement pour l'équipement spécial. Les deux applications par ACC des adaptations au domicile seront abordées dans la prochaine section sur le chevauchement possible des programmes d'ACC.

4.3.4 Conclusions

- Bien que les éléments du programme permettent de répondre aux besoins de nombreux anciens combattants âgés et blessés et à ceux de leurs conjoints, il est nécessaire de considérer comment ACC doit répondre aux différents besoins des vétérans plus jeunes et de leurs familles et à quels besoins il doit répondre.
- Les éléments des services de soins à domicile permettent de répondre aux besoins des bénéficiaires du PAAC; cependant, certains des éléments plus petits (transport pour participer aux sociales, soins ambulatoires et adaptations au domicile) devraient faire l'objet d'un examen afin de déterminer leur pertinence pour les futurs programmes. Le Ministère devrait envisager la possibilité d'élargir les critères d'admissibilité ou d'inclure des mesures de soutien supplémentaires dans le cadre de ces éléments afin de mieux répondre aux besoins des vétérans et de leurs conjoints/familles (besoins en matière de services de garde d'enfants/de relève, besoins sociaux/en matière de santé mentale). Ces changements pourraient aider à répondre aux besoins croissants et émergents des vétérans des FC. (Cette conclusion est en accord avec le thème de la réduction de la complexité du programme de transformation.)

- À mesure que les personnes vieillissent, leur mobilité fonctionnelle diminue souvent et le risque d'isolement social augmente. Le transport pour participer aux activités sociales est un mécanisme de soutien permettant de réduire ce risque et de répondre au besoin d'interaction sociale et de transport.
- Il y a un risque que les anciens combattants âgés et leurs conjoints ne s'alimentent pas de façon convenable en raison des limites de l'accès aux services d'alimentation du PAAC. Comme la preuve est insuffisante pour étayer cette observation, l'évaluation n'a pas pu donner lieu à une recommandation. Le Ministère pourrait vouloir analyser davantage cette question afin de déterminer le niveau de risque et l'importance des répercussions.
- Les services de soins et de soutien inclus dans les services de santé et de soutien doivent être mieux communiqués au personnel pour faire en sorte que cet élément réalise son plein potentiel pour ce qui est de répondre aux besoins pertinents des bénéficiaires.
- L'élément des soins intermédiaires, qui a été ajouté à l'origine au PAAC pour combler une lacune dans les services, n'est plus le plus pertinent pour le PAAC. Il convient mieux au Programme de SLD, puisqu'il porte sur les soins offerts en établissement et présente déjà de nombreuses similitudes avec le Programme de SLD. (Cette conclusion se rattache également au thème de la réduction de la complexité du programme de transformation.)

4.4 Chevauchements/dédouplements éventuels des services du PAAC avec d'autres services d'ACC

Le PAAC est un pilier des programmes de soins de santé d'ACC. Certains de ces programmes servent de porte d'accès à d'autres piliers des programmes, comme le Programme d'avantages médicaux. Divers programmes d'ACC offrent des services et du soutien aux bénéficiaires et comportent des extrants et des résultats similaires, mais des critères d'admissibilité différents à respecter ainsi que des taux maximaux payables et des pouvoirs délégués différents. Cette section fournira des exemples précis d'autres programmes pour lesquels il semble y avoir chevauchement avec le PAAC, comme les SIFSI et le programme de SLD dont il a déjà été question dans la section portant sur la pertinence du programme. Se reporter à l'annexe I pour une comparaison complète avec d'autres domaines.

4.4.1 Adaptations au domicile dans le cadre du PAAC et avantages médicaux

Il ne semble pas y avoir de « cumulards » éventuels des services d'adaptations au domicile et des codes d'avantages des adaptations du domicile prévus dans le cadre du PDC 13. Cependant, la preuve démontre la possibilité d'une utilisation incohérente ou inappropriée en raison des restrictions en matière de pouvoirs délégués. À l'étape de l'analyse de l'évaluation, l'équipe de la transformation a annoncé un tableau modifié des pouvoirs délégués pour le PAAC, y compris la modification du niveau des pouvoirs des gestionnaires de cas pour l'approbation des adaptations au domicile jusqu'à

concurrence d'un taux maximal payable de 5 000 \$. Ce changement devrait suffire pour contrer la possibilité d'une mauvaise utilisation des adaptations prévues dans le cadre du PDC 13 pour répondre aux besoins du PAAC en raison d'un manque de pouvoirs. Le but de cet élément se prête à l'inclusion de « modifications » (adaptations au domicile) de la résidence afin d'aider les personnes à se mouvoir dans la maison – c.-à-d des aides à la vie quotidienne comme des barres d'appui (semblables aux aides à la vie quotidienne du PDC 1). Si de tels changements (modifications au domicile) sont admissibles dans le cadre de l'élément des adaptations au domicile du PAAC, le secteur de programme devrait fournir des précisions à cet égard et en faire part au personnel, car ils ne semblent pas être connus.

Selon les données sur les transactions du SFTDSS examinées, plus de la moitié des bénéficiaires des services d'adaptations au domicile du PAAC bénéficient également des avantages du PDC 1. Cependant, l'équipe d'évaluation croit que certains services de soutien fournis au titre des avantages du PDC 1 pourraient en fait être fournis dans le cadre de l'élément des services d'adaptations au domicile du PAAC.

Une limite de l'évaluation et de la capacité d'analyser cette question est qu'on ne connaît pas les données particulières sur le soutien offert pour apporter des adaptations au domicile dans le cadre du PAAC puisque, contrairement aux PDC, il n'y a pas de codes de sous-avantages pour les éléments du PAAC.

4.4.2 Services de santé et de soutien et avantages médicaux

À la suite d'un examen des politiques, des descriptions des avantages et de certains commentaires du personnel à l'extérieur de l'Administration centrale, l'équipe d'évaluation croit qu'il pourrait y avoir des « cumuls » entre des services de santé et de soutien similaires offerts dans le cadre des PDC (PDC 12, Services paramédicaux, et PDC 8, Soins infirmiers) et dans le cadre du PAAC. Cependant, tout comme dans le cas de la comparaison mentionnée plus haut entre les adaptations au domicile offertes dans le cadre du PDC 13 et les adaptations au domicile offertes dans le cadre du PAAC, l'analyse des données sur les transactions du SFTDSS ne permet pas de prouver de façon concluante qu'il y a effectivement chevauchement. L'équipe d'évaluation a encore dû faire face à une limite en ce qui concerne les données particulières inconnues concernant les services de santé et de soutien offerts dans le cadre du PAAC (p. ex. des données sur les évaluations de l'ergothérapeute, les soins des pieds, etc.), étant donné l'absence de codes d'avantages précis pour les éléments du PAAC et le manque de documents pour fournir des détails sur la couverture de cet élément. L'équipe d'évaluation a conclu qu'il y a un chevauchement dans les services, mais elle considère que le risque et les répercussions sont minimales (le chevauchement ne touchant que 28 personnes).

4.4.3 Soins intermédiaires en foyer de soins infirmiers du PAAC et Programme de soins de longue durée (SLD)

Les soins intermédiaires offerts dans le cadre du PAAC visent à répondre aux besoins des personnes nécessitant des soins de niveau peu élevé (soins de type II fédéral⁶¹), tandis que les SLD visent à répondre aux besoins des personnes nécessitant des soins de niveau élevé/soins prolongés (soins de type III fédéral). Cependant, comme il a déjà été mentionné dans le rapport, le programme de SLD a évolué en fonction de la demande des bénéficiaires afin d'inclure les soins intermédiaires dans les soins dispensés dans des établissements communautaires, de sorte que les deux programmes sont devenus interreliés, jusqu'à un certain point, dans ce qu'ils ont à offrir. Toutefois, la stratégie et les mesures du rendement et des résultats sont bien différentes.

Par suite d'un examen des dossiers, l'équipe d'évaluation a indiqué que certains bénéficiaires recevaient, par le truchement du PAAC, des soins intermédiaires qui vont au-delà de leurs besoins en matière de soins de type II, ce qui a été corroboré par des entrevues. Compte tenu du fait que les niveaux de soins d'ACC et les niveaux de soins provinciaux peuvent différer et que les lits de SLD réservés coûtent plus cher, deux bénéficiaires résidant dans le même établissement pourraient recevoir le même niveau de soins au titre de deux programmes différents d'ACC et à deux taux différents.

Le seul inconvénient d'une fusion de programmes mentionné par le personnel à l'extérieur de l'Administration centrale, l'a été par l'une des personnes interrogées qui a signalé une incidence négative éventuelle sur le ressourcement; cependant, la Direction des soins en établissement a indiqué qu'il n'y aurait que peu ou pas d'incidence du point de vue de la gestion à l'Administration centrale et que le personnel à l'extérieur de l'Administration centrale qui administre les programmes n'a mentionné aucun inconvénient. En fait, le personnel à l'extérieur de l'Administration centrale a souligné de nombreux avantages, notamment le fait de n'avoir qu'un seul programme de SLD permettrait de simplifier les processus et d'accroître la disponibilité du personnel. Veuillez consulter l'annexe I pour obtenir une liste des autres avantages et des mesures à prendre pour changer le programme.

Par suite des travaux réalisés récemment à l'interne pour le Ministère en réponse au *Rapport du Groupe d'experts indépendants sur les programmes de subvention et de contributions du gouvernement fédéral*⁶², il a également été recommandé que les deux programmes soient réorganisés en un seul programme.

⁶¹ Les soins fédéraux de type II désignent les soins personnels dont a besoin une personne en permanence, sous la surveillance d'un professionnel de la santé, lorsqu'elle souffre d'une invalidité fonctionnelle, a atteint la limite apparente de son rétablissement et exige peu de soins diagnostiques ou thérapeutiques, alors que les soins fédéraux de type III signifient que la personne a besoin de services thérapeutiques, en plus de nécessiter une supervision, des soins infirmiers et des soins personnels quotidiens.

⁶² Dans son rapport de 2008, le Groupe d'experts a fait valoir que le gouvernement devait simplifier la gestion des programmes tout en renforçant la responsabilisation. Deux recommandations précises touchant cette question ont été formulées dans le rapport, à savoir : 1) la coordination horizontale de la gestion des programmes doit être améliorée, 2) le processus doit être simplifié et rendu plus transparent.

L'équipe d'évaluation estime qu'il est possible pour ACC de rationaliser et d'harmoniser ses programmes et ses politiques afin de mieux répondre aux besoins de ses clients. L'élément des soins intermédiaires du PAAC n'est pas pertinent pour le PAAC qui porte principalement sur les soins à domicile; le fait de fusionner le Programme de SLD et l'élément des soins intermédiaires du PAAC permettrait d'améliorer l'efficacité, d'assurer l'harmonisation avec les objectifs du programme et de rationaliser l'exécution des deux programmes.

4.4.4 Conclusions

- Les soins intermédiaires ne conviennent pas au PAAC qui est axé sur les soins à domicile. L'équipe d'évaluation n'a pas évalué les incidences financières de la modification de l'approche actuelle.
- La capacité d'analyser le potentiel de cumul entre deux programmes donnés d'ACC a été limitée en raison du fait que les éléments du PAAC n'ont pas de codes de sous-avantage.
- La documentation disponible n'est pas claire et elle est insuffisante pour orienter le personnel dans la prestation des services de santé et de soutien et d'adaptations au domicile du PAAC, comparativement aux programmes de choix semblables (PDC 1 et PDC 8).

R2 Pour s'assurer que les différents objectifs et résultats du PAAC et du Programme d'avantages médicaux sont atteints, il est recommandé que le SMA du Secteur des politiques, des communications et de la commémoration : (Important)

- 2.1 examine la couverture de l'élément des services d'adaptations au domicile du PAAC pour déterminer la possibilité d'inclure des modifications au domicile de faible valeur, comme des barres d'appui, et de différencier l'objectif et la définition du PDC 1, Aides à la vie quotidienne;**
- 2.2 définisse clairement l'élément des services de santé et de soutien et des services d'adaptations au domicile du PAAC et leur couverture et communique cette définition au personnel.**

Réponse de la direction

- 2.1 La direction accepte cette recommandation. Une nouvelle politique sur les adaptations au domicile (MPPAC, volume 2, 2.3.10) diffusée au début de 2011 donne des directives concernant le Programme d'avantages médicaux et le Programme pour l'autonomie des anciens combattants. La politique différencie clairement quand les adaptations au domicile sont offertes par le truchement du Programme d'avantages médicaux et quand elles le sont par le truchement du Programme pour l'autonomie des anciens combattants. Des modifications de faible valeur à une salle de bain font partie des dépenses admissibles en vertu de la

politique actuelle. D'autres directives seront toutefois ajoutées à la politique afin de préciser que lorsqu'un ancien combattant est admissible aux avantages médicaux – en l'occurrence le PDC 1 – le remboursement sera d'abord considéré en tenant compte des politiques et procédures relatives au Programme d'avantages médicaux. Cette politique sera révisée et diffusée en juillet.

- 2.2 La direction accepte cette recommandation. La nouvelle politique sur les services de soins à domicile (MPPAC, volume 2, 3.2) qui est présentement en attente d'être diffusée, sera révisée pour indiquer que l'admissibilité aux services de santé et de soutien d'un ancien combattant qui est à la fois admissible au Programme des avantages et au Programme pour l'autonomie des anciens combattants sera d'abord considérée en vertu des politiques et des procédures relatives au Programme des avantages médicaux. La diffusion de cette politique est prévue en juillet.

Plan d'action de la direction

Mesure corrective à prendre	BPR (bureau de première responsabilité)	Date cible
2.1 Examiner et réviser les politiques applicables.	PCC	Juillet 2011
2.2 Communiquer les nouvelles politiques au personnel.	PCC	Juillet 2011

4.5 Pertinence des critères d'admissibilité au programme

D'après les données sur l'utilisation, il est évident qu'il continue à y avoir une forte demande pour le PAAC. Toutefois, comme il a déjà été mentionné, certains éléments sont utilisés moins fréquemment que d'autres. Cela ne devrait pas être interprété comme une absence de besoin pour ces éléments sous-utilisés, mais plutôt comme le résultat de la nature restrictive des critères d'admissibilité et de l'inclusion des éléments ou de la couverture.

La question des critères complexes d'admissibilité est abordée dans les CGRR/CVAR de 2006 et de 2008⁶³, de même que la manière dont le Ministère a tenté de relever le défi de mieux répondre aux besoins changeants des bénéficiaires en modifiant le programme et en élargissant les critères d'admissibilité; malheureusement, il en est résulté un ensemble disparate de critères d'admissibilité. Les CGRR et les CVAR allaient même jusqu'à affirmer que cette approche n'est plus la meilleure façon de répondre aux besoins des anciens combattants de façon responsable sur le plan financier. Cet ensemble disparate fait toujours en sorte que certains bénéficiaires ont un accès limité ou n'ont pas accès au programme et présentent donc des besoins qui ne sont pas satisfaits.

⁶³

Le Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats (CGRR) et le Cadre de vérification axé sur les risques (CVAR) sont d'anciens documents préparés à l'appui des présentations au Conseil du Trésor qui faisaient état du profil et du rendement du programme.

Plus précisément, il y a des besoins insatisfaits chez les anciens combattants âgés ayant servi en temps de guerre bénéficiaires du PAAC en raison du nombre excessif de critères d'admissibilité qui sont contradictoires et complexes. Le Ministère n'est pas en mesure de déterminer combien de bénéficiaires, dans les faits, « passent inaperçus » en raison de l'absence de données saisies sur les demandes de renseignements sur le PAAC qui ne mènent pas à la présentation d'une demande. Ces renseignements sont peut-être saisis, mais ils ne sont pas consultables par le truchement du Réseau de prestation des services aux clients. ACC consigne actuellement le nombre de demandeurs jugés admissibles au PAAC, de même que la fréquence à laquelle des décisions font l'objet d'un appel (moins de 20 entre novembre 2009 et mars 2010)⁶⁴. Dans le cas des autres demandeurs du PAAC, le personnel leur a déconseillé de poursuivre leur démarche après qu'une évaluation initiale a indiqué qu'ils ne répondaient pas aux critères d'admissibilité liés au service. Tel que l'a signalé le personnel à l'extérieur de l'Administration centrale, le bénéficiaire pouvait avoir un besoin établi, mais il ne respectait pas les critères d'admissibilité et pouvait alors être aiguillé vers d'autres services et soutien éventuels au sein de leur collectivité.

Certains bénéficiaires pourraient n'avoir besoin que d'une aide limitée à leur domicile, par exemple juste un peu d'aide avec les services d'entretien ménager pour leur permettre d'exécuter les activités de la vie quotidienne et les aider à vivre en santé et en sécurité à leur domicile. Cependant, dans certains cas, en raison de la complexité des critères d'admissibilité complexes, les personnes doivent présenter une demande dans le cadre d'autres programmes d'ACC (p. ex. le Programme de pension d'invalidité), une période de quatre à six mois pouvant s'écouler de la présentation de la demande jusqu'à la prise de décision, ce qui crée une demande artificielle pour le processus de pension. Si elle réussit dans sa démarche, la personne pourrait être admissible au PAAC et recevoir une carte pour une protection de catégorie « B » et ainsi avoir accès à plus de services que ce dont elle a besoin. D'autres personnes pourraient alors avoir besoin de soutien et d'avantages médicaux dans le cadre des PDC, mais comme elles pourraient ne pas se qualifier à titre de bénéficiaires de la catégorie « B », elles pourraient présenter une demande dans le cadre du PAAC, ce qui leur donnerait accès aux PDC. L'*Évaluation des programmes de pension d'invalidité et d'indemnité d'invalidité* menée en 2010 a révélé que le taux d'approbation des demandes de pension d'invalidité était à la hausse, passant de 67 pour cent en 2006-2007 à 85 pour cent en 2008-2009. Selon les données de 2009-2010 reçues du Secteur de la prestation des services, cette tendance se poursuit, le taux d'approbation favorable au groupe des anciens combattants ayant servi en temps de guerre atteignant 87 pour cent⁶⁵.

Dans le cas d'une personne qui ne serait pas admissible au PAAC par suite de l'évaluation du revenu ou par le truchement du Programme des pensions, il pourrait y avoir des pressions qui l'incitent à présenter une demande dans le cadre du Programme de soins de longue durée, puisqu'il s'agit de la seule option qui s'offre à

⁶⁴ Uniquement une période couverte de cinq mois était disponible en raison de changements organisationnels des responsabilités liées au traitement des appels de second niveau.

⁶⁵ Anciens combattants ayant servi en temps de guerre – Décisions relatives aux premières demandes de pension d'invalidité, taux d'approbation en 2009-2010. Rapport d'activités de la Gestion de la prestation des services. Source : Invalidité. Cubes des activités terminées, 2009-2010. Reçu le 18 mars 2011. (anglais)

cette personne pour obtenir du soutien de la part d'ACC. Cela pourrait occasionner des demandes accrues en ressources pour effectuer les évaluations de l'infirmière afin de déterminer les niveaux de soins requis des personnes et si ces dernières se qualifient pour le soutien des SLD. Certains anciens combattants (anciens combattants ayant servi outre-mer), en attente d'un lit, seraient alors admissibles au PAAC en attendant qu'un lit se libère.

L'évaluation des revenus pour déterminer l'admissibilité à l'élément des services de transport pour participer à des activités sociales est une autre incidence sur l'utilisation du programme liée à l'admissibilité. Avoir recours à l'évaluation des revenus pour déterminer l'admissibilité des bénéficiaires âgés pourrait occasionner des difficultés importantes pour ces derniers.

Il est important de mentionner que la nature disparate des critères d'admissibilité reflète les réalités financières et les impératifs liés aux dépenses associés à l'élargissement des critères d'admissibilité afin de répondre complètement à tous les besoins non satisfaits. Les critères d'admissibilité disparates du programme ont donné lieu à des inégalités sur le plan de l'accès pour certains groupes. Ces personnes pourraient avoir des besoins éventuels d'avantages semblables à ceux qui sont offerts dans le cadre du PAAC, mais ont été jugées inadmissibles parce qu'elles ne répondent pas aux critères liés au service ou à d'autres critères d'admissibilité :

- les principaux dispensateurs de soins, car ils n'ont généralement droit qu'aux services d'entretien ménager et aux services d'entretien du terrain que l'ancien combattant recevait au moment de son décès ou de son admission dans un établissement de SLD;
- les anciens combattants ayant servi outre-mer (ACSO) car ils ont droit aux avantages du PAAC uniquement une fois qu'ils sont jugés comme ayant besoin de soins de type II fédéral et lorsqu'ils sont inscrits sur une liste d'attente pour un lit d'accès prioritaire (LAP) en vertu du Programme de SLD;
- les anciens combattants ayant servi en temps de guerre qui sont jugés comme ayant des besoins de soins de type I fédéral et qui souffrent d'une affection ouvrant droit à pension qui n'est pas liée à leur besoin, mais qui auraient avantage à recevoir une aide minimale à la maison pour les aider à demeurer généralement en bonne santé;
- les anciens combattants ayant servi au Canada (ACSC) qui ne répondent pas au critère relatif au service d'un ancien combattant ayant servi au Canada pendant une période de 365 jours;
- les ACSC qui satisfont aux critères relatifs à l'âge et au service et pour qui le coût des services du PAAC requis n'abaisserait pas leur revenu en dessous du seuil de revenu des anciens combattants ayant servi en temps de guerre.

Ces observations s'appuient sur les résultats de l'analyse documentaire et des entrevues effectuées dans le cadre de l'évaluation. Plusieurs études ont été menées dans le but d'examiner l'admissibilité et l'accès au programme (p. ex. l'examen des soins de santé pour anciens combattants et le projet de recherche sur les soins continus). Cette recherche et cette analyse exhaustives ont permis à ACC de cerner les lacunes du programme. Toutefois, en raison de contraintes financières, le Ministère n'a

pas pu mettre en œuvre les changements au programme et au système requis pour éliminer ces lacunes. On pouvait lire ce qui suit dans l'un des documents internes du Ministère en ce qui concerne l'élimination des obstacles à l'accès au programme : « Les anciens combattants n'ont pas tous accès au soutien offert par ACC pour l'ensemble du continuum des soins disponibles; les avantages qu'ils reçoivent dépendent de leurs droits et de leur admissibilité ».

Les mécanismes utilisés actuellement par le Ministère pour répondre aux besoins non satisfaits des bénéficiaires ont consisté à élargir l'admissibilité au PAAC à un groupe marginalisé à la fois, ce qui a compliqué davantage les critères d'admissibilité au programme et a créé des silos au sein du programme. L'élargissement des critères d'admissibilité à certains groupes peut également créer de la frustration chez les anciens combattants et les autres bénéficiaires qui ne sont pas inclus ou qui ont une admissibilité partielle au programme, en plus de compliquer l'administration du programme, sans pour autant répondre aux besoins établis des anciens combattants et de leurs familles.

L'écart entre le besoin établi et la participation au programme semble être le résultat des critères d'admissibilité liés au service et, dans le cas du transport pour participer aux activités sociales, à l'évaluation des revenus pour déterminer l'admissibilité. La majorité des membres du personnel à l'extérieur de l'Administration centrale qui ont été interrogés ont suggéré, ce qui a été appuyé par le Conseil consultatif de gérontologie et M. Hollander, qu'une fois établi que les bénéficiaires âgés satisfont aux critères relatifs au service, seuls les critères fondés sur les besoins devraient s'appliquer. Une contrainte dans l'évaluation d'une approche axée sur les besoins pour l'équipe d'évaluation est que cette dernière n'a pas effectué d'analyse complète des coûts afin de déterminer la viabilité de cette approche. Le Projet de recherche sur les soins continus (PRSC) ainsi qu'une étude menée à l'interne ont toutefois permis de conclure qu'une telle approche permettrait d'axer de manière plus efficace les ressources sur les bénéficiaires qui ont des besoins plus importants plutôt que sur les bénéficiaires ayant de faibles besoins (auxquels, selon les études, ACC consacrait trop de ressources).

La conclusion globale est que les critères d'admissibilité au PAAC actuels sont un ensemble disparate et complexe de critères d'admissibilités et que cette complexité crée de la confusion (surtout chez les anciens combattants ayant servi en temps de guerre). Cet ensemble disparate est le résultat de réalités financières qui limitent dans quelle mesure les critères d'admissibilité peuvent être élargis afin de répondre aux besoins des divers sous-groupes d'anciens combattants et de conjoints/principaux dispensateurs de soins survivants. La rationalisation et la simplification des programmes d'ACC font également partie du programme de transformation.

R3 Dans le cadre de la restructuration du programme des soins de santé, il est recommandé que le SMA, Politiques, Communications et Commémoration, effectue une analyse afin de déterminer : (Essentiel)

3.1 la possibilité de modifier les services de soutien actuellement offerts ou d'ajouter d'autres services de soutien (par exemple, des services de relève/de garde d'enfants et des réparations mineures au

- domicile) afin de répondre aux besoins des vétérans plus jeunes des Forces canadiennes;
- 3.2 la possibilité d'élargir les critères d'admissibilité et la couverture des éléments de faible valeur du PAAC (transport pour participer à des activités sociales et soins ambulatoires) afin d'en améliorer la pertinence pour tous les anciens combattants;
 - 3.3 si l'élément des soins intermédiaires du PAAC doit continuer à faire partie du PAAC ou s'il doit faire partie d'un nouveau programme de SLD;
 - 3.4 la possibilité de rationaliser les critères d'admissibilité visant les anciens combattants ayant servi en temps de guerre afin de favoriser l'adoption d'une approche fondée sur les besoins pour l'exécution du PAAC ou d'un programme de santé renouvelé.

Réponse de la direction

La direction accepte cette recommandation.

Il sera tenu compte de ces recommandations dans le cadre des travaux liés à la modernisation des programmes de soins de santé d'ACC puisqu'ils font progresser les travaux de recherche, d'analyse et de modernisation du programme de soins de santé du Ministère.

Le Ministère a pour mandat de veiller à ce que des soins essentiels soient prodigués aux vétérans blessés pendant leur service militaire. L'évolution démographique de la population d'anciens combattants a provoqué une initiative de transformation d'envergure, visant à améliorer la prestation des services, à réduire la complexité des programmes et des services et, à plus long terme, à moderniser les programmes de soins de santé. Bien que les étapes initiales du processus de transformation portent principalement sur l'amélioration de la prestation des services, il importe d'examiner le fondement stratégique des services principaux. Le travail de modernisation des programmes de soins de santé compte parmi ces éléments stratégiques fondamentaux.

Les programmes de soins de santé sont offerts aux anciens combattants en vertu du *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants* (RSSAC). Les avantages offerts comprennent les services de soins à domicile, les avantages médicaux, notamment les médicaments sur ordonnance et les soins dentaires, et les services de consultation en santé mentale. En dépit de ces avantages, on observe des lacunes dans le soutien que le Ministère peut apporter. Au fil des décennies, les programmes ont évolué de façon à pouvoir répondre aux besoins fluctuants des anciens combattants ayant servi en temps de guerre avançant en âge, et il en est résulté un ensemble disparate de critères d'admissibilité, ainsi que des règles complexes d'accès aux programmes.

Alors que le RSSAC répond aux besoins d'un groupe plus âgé d'anciens combattants ayant servi en temps de guerre, les programmes et les services ne cadrent pas avec les réalités actuelles ou avec les besoins et les défis auxquels doivent faire face les vétérans plus jeunes. Pour faire en sorte que les programmes actuels d'ACC répondent

aux besoins de la jeune génération de vétérans, le Ministère vient tout juste d'entreprendre un examen approfondi de ses programmes de soins de santé. Ces travaux devraient déboucher sur des recommandations et des options qui seront étudiées par le gouvernement.

Plan d'action de la direction

Mesure corrective à prendre	BPR (bureau de première responsabilité)	Date cible
3.1 Discussion initiale avec le Comité des politiques des DG et orientation fournie par ce dernier.	DG, DGPR	Printemps ou été 2011
3.2 Confirmation de l'approche proposée/des paramètres généraux par le Comité de la haute direction chargé des politiques et des programmes.	DG, DGPR	Été 2011
3.3 Recherche, analyse et consultation.	DG, DGPR	2011-2012
3.4 Conception de programmes et élaboration de politiques.	DG, DGPR	2012-automne 2013
3.5 Recommandations et options qui seront étudiées par le gouvernement.	DG, DGPR	Septembre 2013

4.6 Chevauchements ou dédoublements éventuels avec d'autres services du gouvernement

Afin de déterminer l'existence d'autres programmes ou services gouvernementaux semblables, l'équipe d'évaluation a comparé les services de soins et de soutien à domicile offerts à l'ensemble de la population, de même qu'à des sous-groupes particuliers, par d'autres ministères du gouvernement fédéral. L'examen a révélé que trois autres ministères du gouvernement fédéral sont également chargés de certaines responsabilités de prestation des soins à domicile à des bénéficiaires déterminés, à savoir le ministère de la Défense nationale, Santé Canada et le ministère des Affaires autochtones et du Développement du Nord canadien (MAADNC). L'équipe d'évaluation a également examiné les services de soins et de soutien à domicile offerts aux citoyens par des gouvernements provinciaux selon des critères différents. La présente section résume les constatations de l'équipe d'évaluation. Pour examiner la comparaison effectuée avec les ministères étudiés, veuillez vous référer à l'annexe J.

4.6.1 Ministères du gouvernement fédéral

Bien que le MAADNC, Santé Canada et le MDN offrent une forme de services de soins et de soutien à domicile, l'équipe d'évaluation a conclu que les éventuels chevauchements ou dédoublements avec d'autres services sont négligeables compte tenu du nombre et des facteurs d'admissibilité des personnes ayant droit aux services.

Le MAADNC et Santé Canada offrent des services de soins à domicile et en milieu communautaire aux membres des Premières nations et aux Inuits, dont des soins à

domicile aux aînés et aux personnes handicapées ou atteintes de maladies chroniques ou graves. Toutefois, comme le nombre estimatif de bénéficiaires du PAAC identifiés comme étant des membres des Premières nations est minime (moins de 1 pour cent de la population totale du PAAC), les risques potentiels de double emploi des programmes sont minimes, sans compter que le MAADNC n'offre pas les mêmes éléments que ceux offerts dans le cadre du PAAC.

La *Loi canadienne sur la santé* de 1984 exclut expressément les membres des FC de sa définition d'« assuré ». Le MDN a son propre système de santé, soit les Services de santé des Forces canadiennes (SSFC). Pour l'exercice 2009-2010, le MDN a indiqué que 184 membres des FC ont eu accès aux services d'une infirmière dans le cadre du Programme de soins à domicile du MDN et que 120 ont eu accès aux services de soutien personnel/d'une aide familiale. Certains membres des FC toujours en service sont admissibles au PAAC, mais pour recevoir des prestations du PAAC, ils doivent être inadmissibles à de tels services de soutien dans le cadre du programme de soins de santé des FC.

En avril 2009, le MDN a également mis en œuvre un programme de prestations de service pour les militaires blessés et malades des FC. Le Programme d'aide à la mobilité pour les militaires des Forces canadiennes blessés ou malades offre de l'aide aux militaires qui doivent apporter des modifications à leur domicile/véhicule ou qui ont besoin d'une aide à domicile en raison de leur blessure ou de leur maladie⁶⁶. Selon les statistiques du MDN pour l'exercice 2009-2010, 81 militaires des FC ont eu accès au volet modifications du domicile du Programme d'aide à la mobilité et 65 ont eu accès au volet aide à domicile (déneigement et services d'entretien du terrain). Le programme du MDN a été instauré pour combler une lacune entre le besoin immédiat du bénéficiaire et le délai de présentation d'une demande au titre des programmes d'ACC et de la confirmation de l'admissibilité à ces programmes. La politique relative au programme stipule clairement que pour avoir droit à la prestation d'aide à domicile, le militaire ne doit pas être admissible aux prestations en vertu du PAAC d'ACC. Les renseignements obtenus des cadres principaux responsables des politiques ministérielles.

4.6.2 Gouvernements provinciaux

Il existe divers textes de loi et diverses dispositions législatives en matière de soins à domicile au Canada. Comme les services complémentaires de santé (dont les soins à domicile) ne font pas partie de la *Loi canadienne sur la santé*, il n'existe pas de norme établie pour les critères d'admissibilité aux soins à domicile, et chaque province est chargée d'établir ses propres services de soins et de soutien à domicile et en milieu communautaire. Voir l'annexe J pour un aperçu des avantages et des services de soutien à domicile offerts au Canada et pour une ventilation par province. Les données du tableau sur les programmes provinciaux de soins à domicile de l'annexe J doivent être interprétées avec précaution, car même à l'intérieur d'une province, les dispositions législatives peuvent varier, de même que les limites de financement et d'admissibilité. Par exemple, certaines provinces effectuent une évaluation de l'état des revenus,

⁶⁶

Chapitre 211 : « Aide à la mobilité pour les militaires des Forces canadiennes blessés ou malades », Directives sur la rémunération et les avantages sociaux, ministère de la Défense nationale, 15 mai 2008

prévoient un nombre d'heures maximal/une fréquence maximale pour les visites à domicile et ont de longues listes d'attente, etc., pour certains services de soins à domicile. Puisque les services du PAAC sont offerts à titre de complément aux services de soins et de soutien à domicile offerts par les provinces, le niveau et le nombre de services offerts dans le cadre du PAAC varient également d'une province à l'autre.

L'Évaluation du Programme pour l'autonomie des anciens combattants effectuée en 2006 a révélé que le programme est conçu de façon à éviter la redondance ou le chevauchement de services des administrations publiques ou du secteur privé⁶⁷. Le rapport de M. Hollander de 2010 et le rapport de l'Association canadienne de soins et services à domicile de 2008 corroborent le fait que le PAAC ne constitue pas un dédoublement de services déjà offerts par les provinces, mais complète plutôt les services déjà offerts aux anciens combattants.

La majorité des membres du personnel d'ACC qui ont été interrogés durant les visites sur place ont déclaré, d'après leur expérience du PAAC et des programmes provinciaux respectifs, que les services de soins à domicile offerts par les provinces ne se recoupent pas avec ceux du PAAC. Bon nombre des membres de ce groupe étaient tout à fait d'accord pour dire que les programmes de soins à domicile des deux ordres de gouvernement se complètent. Un point qui a été souligné par près de la moitié des répondants est que, une fois que la province sait que la personne est un ancien combattant, elle l'oriente vers ACC à qui l'on demande de devenir le principal fournisseur de services plutôt que de compléter les contributions provinciales. Ce commentaire a été formulé tant par ceux qui affirment que le PAAC est un programme complémentaire que par ceux qui disent qu'il y a chevauchement.

Durant le travail sur place, quelques entrevues avec des représentants provinciaux chargés des services de soins à domicile ont eu lieu. La question d'éventuels chevauchements ou dédoublements a également été abordée selon leur perspective et, dans l'ensemble, ils ont convenu que, alors que certaines provinces offrent des programmes assez semblables, il n'y avait pas de chevauchement avec les services du PAAC.

On a également fait valoir que l'établissement de meilleures relations de travail et la possibilité d'échanger des renseignements communs sur les bénéficiaires permettraient d'améliorer la prestation des services aux bénéficiaires et d'éliminer toute possibilité de chevauchement ou d'empêcher certains bénéficiaires de passer inaperçus. Alors que les membres du personnel de certaines régions et de certains districts entretiennent de bonnes relations avec les responsables des programmes provinciaux de soins à domicile, ce n'est pas toujours le cas. Il convient de noter que de nombreux membres du personnel d'ACC ont souligné le fait que le Ministère a déjà su mieux communiquer avec ses homologues provinciaux des services de soins à domicile; toutefois, cette pratique semble s'être perdue au fil des ans.

⁶⁷ *Évaluation du Programme pour l'autonomie des anciens combattants (PAAC)*, ACC, Direction générale de la vérification et de l'évaluation, décembre 2006.

Les critères d'admissibilité complexes auxquels doivent satisfaire les anciens combattants pour avoir accès aux programmes du Ministère semblent créer de la confusion chez les représentants des programmes provinciaux de soins à domicile, ce qui fait en sorte qu'ACC joue le rôle de premier payeur plutôt que celui de payeur de dernier recours. L'augmentation de la population âgée au Canada combinée au fait que tous les ministères coupent dans les dépenses de soins de santé et de soins à domicile fait en sorte qu'un plus grand nombre d'anciens combattants sont pris en souricière entre les responsabilités liées aux domaines de compétence fédérale et provinciale. Au cours des prochaines années, ACC subira de plus en plus les répercussions financières et administratives découlant de cette réalité. Le nombre de bénéficiaires actuels du programme a atteint un sommet en 2009-2010, soit un nombre total de 107 798 bénéficiaires. Cependant, malgré cette diminution du nombre de bénéficiaires, les dépenses de programme n'atteindront leur sommet qu'en 2011-2012, pour se situer à environ 343 millions de dollars⁶⁸.

4.6.3 Conclusions

En conclusion, l'équipe a constaté que, dans l'ensemble, le PAAC s'ajoute à d'autres programmes et services gouvernementaux de soins à domicile et les complète adéquatement. Il semble cependant y avoir des situations où l'autorité/la responsabilité de fournir des soins à domicile n'est pas clairement établie. Compte tenu de la population vieillissante qui s'accroît au Canada et des provinces qui réduisent les sommes consacrées aux services de soins à domicile, ACC subira de plus en plus les répercussions de ces pressions au cours des prochaines années. Dans le contexte actuel de l'évolution des rôles, du profil démographique des bénéficiaires et des besoins, et dans celui du roulement du personnel, le personnel à l'extérieur de l'Administration centrale d'ACC semble avoir peu de temps à consacrer à d'autres « activités supplémentaires » comme l'établissement de relations avec le personnel des programmes provinciaux de soins à domicile. Cependant, comme on le constate dans certaines régions, une relation étroite avec le personnel des programmes provinciaux de soins à domicile peut aider ACC à mieux servir les doubles bénéficiaires. Bien que cela se produise à des degrés divers dans certaines régions, il n'existe pas d'approche uniforme. Cette constatation pourrait s'appliquer à tous les secteurs de programmes du Ministère et s'harmonise avec le thème du renforcement des partenariats du programme de transformation.

R4 Il est recommandé que le SMA, Prestation des services : (Essentiel)

- 4.1 encourage la création d'une tribune régulière où le personnel d'ACC et le personnel des provinces responsables des soins à domicile pourront discuter ensemble de questions et de pratiques exemplaires et établir une relation afin de collaborer pour mieux servir les anciens combattants;**
- 4.2 fasse en sorte que les autorités provinciales de la santé comprennent bien les critères d'admissibilité au PAAC, améliore la collaboration et cerne les possibilités de partenariat;**

⁶⁸

Chiffres prévus par la Direction de la statistique d'ACC. Reçu en octobre 2010. (anglais)

- 4.3 produire un dépliant ou une fiche de renseignements à distribuer aux fournisseurs provinciaux et communautaires afin de leur permettre d'expliquer aux anciens combattants et aux autres personnes la couverture du programme et les critères d'admissibilité à ce dernier.**

Réponse de la direction

- 4.1 La direction convient de l'intention de cette recommandation, à l'échelle nationale, et l'équipe de gestion du PAAC continuera de travailler avec les groupes et les partenaires du Partenariat fédéral pour les soins de santé afin de se tenir parfaitement au courant des initiatives de la GRC et des Forces canadiennes en matière de soins à domicile.

La Gestion des programmes élaborera des lignes directrices et une orientation plus rigoureuses et les fournira au personnel de la prestation des services afin de renforcer les relations et les partenariats avec les provinces et les autorités en matière de santé concernant les bénéficiaires communs.

- 4.2 La direction accepte cette recommandation. La directive de programme « Exigences liées à la prise de décisions et à la détermination des besoins » prévoit l'utilisation des évaluations provinciales comme substituts aux évaluations d'ACC, ce qui favorise la collaboration entre ACC et les provinces. La Gestion des programmes, comme il est mentionné à la section 4.1, élaborera des lignes directrices et une orientation plus rigoureuses et les fournira au personnel de la prestation des services afin de renforcer les relations et les partenariats avec les provinces et les autorités en matière de santé concernant les bénéficiaires communs.

- 4.3 La direction accepte cette recommandation. La Gestion des programmes et les Communications travailleront de concert afin de renforcer les communications relatives au PAAC (y compris sur support papier et par voie électronique).

Plan d'action de la direction

Mesure corrective à prendre	BPR (bureau de première responsabilité)	Date cible
4.1 a) L'équipe de gestion du PAAC cherchera à s'intégrer au Partenariat fédéral pour les soins de santé actuel.	DG, GPPS	Juin 2011
b) La Gestion des programmes élaborera également des lignes directrices et une orientation plus rigoureuses et les fournira au personnel à l'extérieur de l'Administration centrale.	DG, GPPS	Octobre 2011
4.2 a) Diffusion de la directrice de programme « Exigences liées à la prise de décisions et à la détermination des besoins ».	DG, GPPS	1 ^{er} avril 2011 (terminé)
b) Le personnel de la Gestion des programmes élaborera également des lignes directrices et une orientation plus rigoureuses et les fournira au personnel à l'extérieur de l'Administration centrale.	DG, GPPS	Octobre 2011
4.3 Renforcement des communications relatives au PAAC.	DG, GPPS et DG, Communications	Octobre 2011

4.7 Conclusions générales sur la pertinence

- Le PAAC est le programme phare du Ministère et il continue de répondre aux besoins de la plupart des bénéficiaires admissibles. Le programme doit cependant être adapté pour relever un certain nombre de défis : une population vieillissante d'anciens combattants ayant des besoins en soins de santé accrus et qui auront davantage besoin d'aide, tout comme leurs conjoints/dispensateurs de soins survivants; un nombre croissant de bénéficiaires vétérans des FC ayant des besoins très différents de ceux de la majorité de bénéficiaires précédents (à cette étape-ci de leur vie); une structure et un objectif de programme qui ne sont pas conçus pour répondre aux besoins différents des vétérans plus jeunes des FC, et comme le prouvent les événements médiatiques récents, des bénéficiaires qui s'expriment avec plus d'aisance et qui sont moins satisfaits.
- Les tentatives du Ministère pour s'adapter aux demandes changeantes en ajoutant d'étroites bandes d'admissibilité pour des groupes précis ont permis de répondre aux besoins de certains bénéficiaires, mais ont également fait ressortir l'existence d'un plus grand besoin de modifier les critères d'admissibilité au programme et de mettre en place des types de programmes davantage axés sur la prévention. Il faut adopter une approche fondée sur un continuum de soins par opposition à l'approche actuelle de maintien des services de soins de santé du PAAC. Dans l'ensemble, les critères d'admissibilité sont trop complexes, de sorte que le PAAC ne permet pas de répondre efficacement aux besoins de certains

anciens combattants et de certains conjoints/principaux dispensateurs de soins survivants.

- Les activités du PAAC font partie du mandat de services d'ACC. Il n'y a aucun chevauchement avec les autres programmes et services du gouvernement fédéral ni avec les services de soins à domicile offerts par les provinces; le PAAC complète plutôt les services offerts par la province de résidence d'un bénéficiaire.
- Il y a des possibilités d'intensifier la communication et l'échange d'information entre le Ministère et MDN et les provinces afin de servir de façon plus efficace et plus efficiente les doubles bénéficiaires.
- L'équipe d'évaluation a déterminé qu'il y a un certain chevauchement entre les programmes d'ACC, soit entre le PAAC et le Programme d'avantages médicaux, de même qu'entre le PAAC et le Programme de soins de longue durée.
- Les rôles et les responsabilités d'ACC sont en cours de révision afin d'améliorer l'efficacité de la prestation des services aux bénéficiaires; ce changement ne se limite pas au PAAC et aura donc une grande incidence sur la prestation de l'ensemble des services du Ministère. À mesure qu'il ira de l'avant avec le programme de transformation, le Ministère pourra constater la pertinence accrue pour les bénéficiaires, de même qu'une efficacité accrue dans la prestation des services.

5.0 SUCCÈS DU PROGRAMME

Le succès du programme constitue un aspect important d'une évaluation, car il permet de mesurer les résultats prévus du programme et de déterminer si et comment les entrants peuvent contribuer à l'atteinte de l'objectif du programme. L'objectif du PAAC est « d'offrir une aide financière aux anciens combattants et autres clients admissibles afin qu'ils puissent recevoir les soins à domicile et le soutien dont ils ont besoin pour demeurer autonomes chez eux et au sein de leur collectivité »⁶⁹.

5.1 Contexte de la mesure du rendement à ACC et au sein du gouvernement fédéral

En avril 2009, le gouvernement fédéral a mis en œuvre une nouvelle politique sur l'évaluation et une nouvelle directive sur la fonction d'évaluation exigeant des ministères qu'ils fassent preuve de plus de rigueur dans la production de rapports sur le rendement des programmes et dans la mesure des résultats, notamment en produisant un rapport annuel sur l'état de la mesure du rendement au sein du Ministère⁷⁰. Le Ministère a participé activement au processus de mesure du rendement; cependant, la difficulté à obtenir les renseignements sur le rendement nécessaires pour présenter un rapport sur les résultats et appuyer la gestion des programmes et la prise de décision est un problème récurrent. Comme il est mentionné dans le premier rapport annuel sur le rendement des programmes d'ACC, « la capacité globale du Ministère de mesurer le rendement n'est tout simplement pas adéquate à l'heure actuelle »⁷¹.

En réponse à la nouvelle politique et aux nouvelles exigences, ACC s'emploie à la mise en œuvre de cadres d'évaluation, de plans de mesure de rendement et de modèles logiques pour tous les secteurs de programme. Le fait que peu de renseignements historiques sur le rendement sont disponibles, étant donné que les rapports antérieurs mettaient l'accent sur les activités/entrants plutôt que sur les résultats, représente un défi important pour l'équipe d'évaluation.

Le plan de mesure du rendement et le modèle logique actuels du programme⁷² (mis à jour en août 2010 afin de tenir compte des modifications apportées aux résultats) sont utilisés en tant que composantes clés de la mesure du succès. L'Architecture des activités de programme du Ministère et les mesures de rendement connexes font l'objet d'une nouvelle mise à jour. Les résultats escomptés du PAAC et les indicateurs de rendement connexes sont ceux qui sont indiqués dans le tableau 5.

⁶⁹ Modèle logique du PAAC. Unité du rendement des programmes d'ACC. Août 2010. (anglais)

⁷⁰ La *Politique sur l'évaluation* et la *Directive sur la fonction d'évaluation* du Conseil du Trésor d'avril 2009 favorisent la collaboration entre la fonction d'évaluation et les gestionnaires de programmes afin d'aider ces derniers à améliorer la conception, l'exécution, le rendement et la mesure du rendement des politiques et programmes de l'organisme. Le chef de l'évaluation doit en outre présenter un rapport annuel sur l'état de la mesure du rendement des programmes du Ministère en examinant différents éléments et en fournissant des conseils au Ministère.

⁷¹ Drebit, O. *Performance Measurement within Veterans Affairs Canada: The First Annual Report to the Departmental Evaluation Committee on the State of Performance Measurement of Programs in Support of Evaluation within Veterans Affairs Canada (VAC)*. Chef de l'évaluation, Anciens Combattants Canada. Octobre 2010.

⁷² Veuillez consulter l'annexe B.

Indicateurs actuels de rendement du programme

Le PAAC est un programme qui est en place depuis longtemps et pour lequel les indicateurs de rendement n'ont été élaborés que récemment. Dans le cadre du plan de mesure du rendement du PAAC, le cycle des rapports sur la plupart des indicateurs de rendement est trimestriel, alors qu'il est semestriel ou triennal pour les autres indicateurs. Dans la mesure du possible, les données fournies dans ces rapports ont servi à évaluer l'atteinte des résultats. Ces indicateurs et mesures de rendement ont été établis à partir des résultats du Sondage national mené auprès des clients, de l'examen de dossiers et de documents et de données statistiques ministérielles. Les indicateurs de rendement définis dans le plan de mesure du rendement qui aident à mesurer les progrès réalisés dans l'atteinte des résultats établis sont les suivants :

Tableau 5 : Résultats du PAAC et indicateurs de rendement connexes

Résultat	Indicateurs de rendement
Résultat immédiat – Les anciens combattants et les autres bénéficiaires admissibles ont accès aux services de soins et de soutien à domicile	• Portée du programme • Capacité d'accéder aux fournisseurs de services du PAAC • Accès rapide aux avantages et aux services
Résultat intermédiaire – Les besoins des anciens combattants admissibles aux soins et au soutien à domicile sont satisfaits	• Les besoins autodéclarés des bénéficiaires sont satisfaits
Résultat ultime – Les anciens combattants et les autres bénéficiaires admissibles peuvent demeurer dans leur propre foyer ou dans leur collectivité	• Moyenne d'âge lors du placement en établissement • Taux d'admissions dans un foyer de soins infirmiers • Dépendance autodéclarée des bénéficiaires à l'égard des services

NOTA : Au moment d'effectuer le travail sur place, l'équipe d'évaluation ne disposait pas des résultats à jour. À ce moment-là le résultat ultime était le suivant : « Les besoins physiques, mentaux et sociaux des anciens combattants admissibles sont satisfaits ». Ce résultat a été modifié et est devenu un résultat intermédiaire, tandis que le résultat intermédiaire est devenu le résultat ultime, comme il est mentionné ci-dessus.

L'équipe d'évaluation a évalué le plan de mesure du rendement du PAAC d'ACC et a constaté que les indicateurs étaient clairement définis et qu'ils étaient pertinents pour appuyer la prise de décision. Cependant, les rapports devant fournir l'information en matière de rendement nécessaire pour gérer et évaluer adéquatement le PAAC comportent de graves lacunes. Par exemple, il n'y avait aucun suivi des bénéficiaires qui sont devenus admissibles au PAAC par suite de la détermination de la santé précaire; les seules données disponibles sont estimées en fonction de l'examen des dossiers et de l'échantillonnage. De plus, les données sur le rendement des services de soins intermédiaires offerts dans le cadre du PAAC sont insuffisantes pour appuyer la mesure des résultats. En fait, la mesure du rendement des services de soins intermédiaires offerts dans le cadre du PAAC est principalement effectuée à partir de la mesure des résultats du Programme de SLD étant donné que ces soins sont offerts en établissement.

Voici les autres indicateurs/cibles de rendement à saisir de manière continue suggérés par l'équipe d'évaluation afin d'aider à mesurer les résultats et les cibles de rendement :

- durée moyenne de la participation du bénéficiaire au PAAC/programme de SLD;
- nombre de bénéficiaires du PAAC qui auraient besoin de soins en établissement s'ils ne participaient pas au PAAC;
- tendance concernant les bénéficiaires du PAAC qui présentent une demande dans le cadre du PAAC et qui présentent une demande au titre d'autres programmes d'ACC par l'entremise d'autres portes d'accès (p. ex. le Programme des prestations d'invalidité);
- tendances en matière de notes de l'évaluation fonctionnelle visant les bénéficiaires du PAAC qui passent des soins à domicile aux différents soins offerts en établissement (profil du continuum de soins);
- tendances concernant l'utilisation et l'abandon du programme pour des périodes de courte durée/l'utilisation du PAAC en raison d'un état chronique (p. ex. réduction ou interruption des éléments prévues dans l'entente de contribution);
- suivi de l'incidence (p. ex. changement de l'état de santé/maintien de la santé) de la prestation des services du PAAC aux ACSO admissibles à recevoir des soins à domicile pendant qu'ils sont en attente d'un lit de soins de longue durée;
- moyenne d'âge à l'admission dans un établissement de SLD des utilisateurs de soins à domicile non bénéficiaires du PAAC comparativement à l'admission des utilisateurs des soins à domicile bénéficiaires du PAAC.

5.2 Progrès réalisés à l'égard des résultats escomptés

Cette section portera sur l'évaluation des progrès réalisés dans l'atteinte des résultats escomptés du PAAC. Aux fins de la présente section, la mesure des progrès réalisés à l'égard des trois niveaux de résultats escomptés pour le PAAC s'applique uniquement aux personnes admissibles au PAAC; d'autres commentaires concernant les bénéficiaires éventuels qui ne sont ni des clients du PAAC ni des clients d'ACC seront abordés dans la section portant sur les incidences imprévues.

La principale méthode utilisée pour évaluer la mesure dans laquelle les résultats souhaités ont été atteints était l'analyse des résultats du Sondage national mené en 2010 auprès des clients et du Sondage sur la satisfaction à l'égard des soins de longue durée (spécifique au PAAC). Ces sondages ont procuré à l'équipe d'évaluation une rétroaction valable des bénéficiaires au sujet du choix du moment, du lieu, de l'information présentée, des attentes des bénéficiaires et du niveau de satisfaction à l'égard de la prestation des services du PAAC et de l'exécution du programme. En outre, l'analyse des renseignements recueillis a été complétée par un examen d'un échantillon de dossiers de bénéficiaires dans le RPSC, un examen de documents, une analyse de données statistiques, des diagrammes de processus et des entrevues menées auprès du personnel d'ACC à l'Administration centrale, dans les bureaux régionaux et dans les bureaux de district, de même qu'auprès d'autres intervenants clés.

5.2.1 Résultat immédiat – Les anciens combattants et les autres bénéficiaires ont accès aux services de soins et de soutien à domicile

Portée du programme

À la lumière de l'évaluation de la pertinence et de la justification du PAAC, l'équipe d'évaluation a également évalué dans quelle mesure le Ministère parvient à atteindre la population cible du PAAC. L'évaluation a été réalisée par le biais de l'examen de documents, d'une analyse du taux de participation au PAAC par rapport aux bénéficiaires éventuellement admissibles et du taux d'attrition du programme, de même que par le biais d'entrevues menées auprès du personnel clé d'ACC.

Dans l'ensemble, un peu moins de la moitié de la population totale de clients ont accès aux services et au soutien offerts dans le cadre du programme, la majorité des bénéficiaires étant des anciens combattants ayant servi en temps de guerre et leurs conjoints survivants. D'ici 2015, les conjoints/principaux dispensateurs de soins survivants représenteront le groupe le plus important de bénéficiaires du PAAC et, d'ici 2016, le nombre de vétérans des FC devrait dépasser le nombre des anciens combattants ayant servi en temps de guerre.

Comme l'indique le tableau 6, plus des trois quarts des anciens combattants ayant servi en temps de guerre qui sont des clients d'ACC bénéficient des avantages du PAAC, comparativement à seulement 28 pour cent des clients d'ACC qui sont des membres des FC.

Tableau 6 : Population de bénéficiaires du PAAC exprimée en pourcentage de la population totale

	Tous	Anciens combattants ayant servi en temps de guerre	Vétérans des FC	Conjoints/principaux dispensateurs de soins
Population totale des anciens combattants	749 000	155 700	593 700	S.O.*
Population totale des clients d'ACC	218 612	68 769	62 895	78 657
Population totale des bénéficiaires du PAAC	107 798	55 591	17 742	34 465
Pourcentage des bénéficiaires du PAAC par rapport à la population des clients d'ACC	49	81	28	44
Pourcentage des bénéficiaires du PAAC par rapport à la population des anciens combattants	14	36	3	S.O.

Source : Rapports statistiques trimestriels d'ACC en date du 31 mars 2010. Des estimations statistiques sur les conjoints/principaux dispensateurs de soins ne sont pas disponibles.

Pour ce qui est de la portée du programme, l'ETVC menée à l'appui de l'EVASM auprès des membres des FC en voie d'être libérés a révélé qu'il pourrait y avoir un groupe des FC que le PAAC (et ACC) ne réussit pas à atteindre. Environ 10 pour cent des personnes interrogées semblent avoir besoin du PAAC tout en n'en recevant pas

d'avantages⁷³. Plus de la moitié des non-bénéficiaires interrogés ayant déclaré souffrir de problèmes de santé chroniques ont indiqué que leur affection était attribuable au service militaire, ce qui indique l'existence de besoins non satisfaits et de problèmes relatifs à la portée du programme⁷⁴.

Accès aux fournisseurs de services du PAAC

Selon les résultats du Sondage national mené en 2010 auprès des clients, 85 pour cent des bénéficiaires du PAAC sont d'accord ou tout à fait d'accord sur l'énoncé concernant le fait d'avoir pu trouver une ou plusieurs personnes pour les aider à obtenir les services du PAAC dont ils ont besoin. Un examen des dossiers à l'appui effectué par l'Unité du rendement des programmes a également révélé que 91 pour cent des bénéficiaires ont indiqué n'avoir aucune difficulté à accéder aux services du PAAC.

Les statistiques sur le nombre de bénéficiaires admissibles au PAAC par rapport au nombre de bénéficiaires faisant l'objet d'une transaction (p. ex. présentation d'une demande) peuvent constituer un indicateur de l'accessibilité du programme. D'après les données reçues de la Direction de la statistique, 5 pour cent⁷⁵ des bénéficiaires inscrits au PAAC en 2009-2010 ne faisaient l'objet d'aucune transaction de demande du PAAC. Ce chiffre pourrait ne pas être entièrement attribuable à l'accès, mais pourrait constituer un élément de comparaison valide pour mesurer le pourcentage de la population du PAAC ayant des problèmes d'accessibilité aux services. Ce chiffre pourrait également indiquer la possibilité pour les personnes de devenir admissibles au PAAC pour accéder à d'autres programmes ou avantages dont elles ont besoin (p. ex. les avantages médicaux), comme il a été mentionné dans la section 4.5, Pertinence des critères d'admissibilité au programme.

Selon les réponses au questionnaire sur le degré de satisfaction des clients bénéficiant de SLD, 95 pour cent des répondants ont estimé qu'ils avaient toujours ou habituellement accès à des services spécialisés, comme la physiothérapie, des soins dentaires et autres, lorsqu'ils en avaient besoin. De plus, 97 pour cent se disent totalement satisfaits ou plutôt satisfaits de la qualité des services offerts par le personnel professionnel (c.-à-d. les infirmières, les médecins et autres), ainsi que de l'accès à des guides spirituels.

Les entrevues menées dans le cadre de l'évaluation auprès du personnel à l'extérieur de l'Administration centrale ont révélé l'existence de certains problèmes relatifs à l'accès aux soins; principalement en milieu rural et en région éloignée où il y a moins d'options en matière de soins et moins de fournisseurs de services disponibles. Voici quelques-uns des problèmes relatifs à l'accès aux services en raison de la distance qui ont été cernés par le personnel interrogé à l'extérieur de l'Administration centrale :

⁷³ MacLean, MB., A. Poirier et J. Sweet. *Besoins auxquels répond le Programme pour l'autonomie des anciens combattants - Indicateurs tirés de l'Enquête sur la transition à la vie civile, Analyse secondaire de l'Étude sur la vie après le service militaire (EVASM) (Série 2011 – Version 1)*, Direction de la recherche, Anciens Combattants Canada, 14 février 2011.

⁷⁴ Thompson, J. M., M. B. MacLean, L. Van Til, K. Sudom, J. Sweet, A. Poirier, J. Adams, V. Horton, C. Campbell et D. Pedlar. *Survey on Transition to Civilian Life: Report on Regular Force Veterans*. Direction de la recherche, Anciens Combattants Canada, Charlottetown, et Directeur – Recherche et analyse stratégiques (Personnel militaire), ministère de la Défense nationale, Ottawa. Le 4 janvier 2011, 103 p.

⁷⁵ Direction de la statistique d'ACC.

- le peu d'options en matière de fournisseurs de services autorisés (p. ex. repas à domicile, aides aux tâches ménagères, etc.) et encore moins d'options ou pas du tout en région éloignée en ce qui a trait au soutien et aux services de spécialistes particuliers (p. ex. programmes de jour pour adultes);
- la distance limite l'accès aux soins et au soutien à domicile (les exigences liées au kilométrage et au nombre minimal d'heures pour les visites ont une incidence sur le coût des soins);
- on compte trop sur la famille et les aidants naturels plutôt que de faire appel à des fournisseurs de services autorisés;
- pour certains, un obstacle à l'accès aux services est que les fournisseurs de services non autorisés craignent que le fait de signer un formulaire de demande aura des répercussions fiscales.

Il ressort des entrevues avec le personnel à l'extérieur de l'Administration centrale que la stratégie que doit adopter ACC pour atténuer ce problème consiste à habilitier les voisins et les membres de la famille à l'extérieur du domicile à fournir des services (fournisseurs non autorisés), tout en collaborant avec les autorités provinciales. Le rapport de M. Hollander de mai 2010 sur les soins à domicile dans le cadre de la stratégie des soins continus (Continuing Care Strategy) de l'Alberta souligne que l'autogestion des soins est un élément clé du PAAC. Compte tenu de la répartition inégale des fournisseurs de services au Canada, particulièrement dans les régions rurales et éloignées, cette souplesse est une caractéristique importante du PAAC et fait en sorte que les fournisseurs vont des membres de la famille aux amis et aux voisins, en passant par des organismes et entreprises⁷⁶.

Le rapport *Portraits of Home Care* de 2008 produit pour la stratégie des soins continus de l'Alberta traite lui aussi la question de l'accès aux soins à domicile en milieu rural. Le rapport mentionne que, de manière générale, l'accès aux soins à domicile varie peu entre le milieu rural et le milieu urbain, mais que l'absence de fournisseurs de services et les défis en matière de ressources humaines dans certaines collectivités éloignées peuvent avoir une incidence sur l'accès, la prestation des services et le délai d'intervention⁷⁷. L'Association canadienne de soins et services à domicile confirme les résultats des entrevues menées dans le cadre de l'évaluation, ayant constaté que l'accès des bénéficiaires d'ACC aux soins à domicile peut également varier entre les milieux ruraux et les milieux urbains en fonction de la disponibilité des fournisseurs⁷⁸.

Certaines personnes interrogées ont indiqué que, dans certains cas, il a été établi que des anciens combattants ont été victimes de traitement discriminatoire dans le cadre de programmes de soins à domicile provinciaux. Les exemples donnés à l'équipe d'évaluation comprenaient des cas où le programme de soins à domicile provincial ne fournissait pas de services de soins à domicile, comme le bain, ou refusaient de fournir certains services à un ancien combattant s'il apprenait que ce dernier bénéficiait des avantages ou des services du PAAC, puisqu'on présumait alors qu'ACC paierait pour

⁷⁶ Hollander, M. et M. MacAdam. *Strategic Review of Home Care Services as Part of the Alberta Continuing Care Strategy*. Strategic Literature Scan of National and International Home Care Services. Alberta Health and Wellness. Mai 2010.

⁷⁷ Association canadienne de soins et services à domicile. *Portraits des soins à domicile au Canada*, mars 2008.

⁷⁸ Ibid.

les services en question. Comme il en a été question dans la section du rapport portant sur la pertinence du programme, cela démontre également qu'il existe un grave problème de communication avec les autorités provinciales en matière de soins à domicile. Il semble qu'il y ait un manque de connaissance concernant le rôle d'ACC en tant que fournisseur de services complémentaires. Ce fait est peut-être attribuable à la confusion qui règne quant à la responsabilité d'ACC à l'égard de la couverture des avantages offerts aux bénéficiaires d'une pension.

Accès aux avantages et aux services dans des délais raisonnables

Les données sur le rendement de cet indicateur sont peu nombreuses étant donné qu'ACC fournit des contributions au bénéficiaire uniquement et agit à titre de fournisseur sans lien de dépendance. Étant donné la nature autonome du programme, ACC n'intervient pas dans l'interaction entre le fournisseur de services et le bénéficiaire (c.-à-d. entre le délai d'exécution de la demande et la prestation du service). La seule mesure du rendement liée à l'accès au PAAC dans des délais raisonnables est « le délai moyen entre la présentation d'une demande de service dans le cadre du PAAC et l'établissement de l'entente de contribution ». Cette mesure est saisie tous les quatre mois; le tableau de 2008 indique un délai d'exécution de 22 jours et un délai d'exécution moyen de 16 jours pour les réévaluations. En général, la rétroaction obtenue de la majorité des membres du personnel à l'extérieur de l'Administration centrale qui ont été interrogées est qu'il n'y a aucune période d'attente pour les avantages du PAAC une fois que l'admissibilité et le besoin ont été établis.

Contribution des extraits aux résultats et lien entre ceux-ci

Une analyse et un survol de l'aperçu des résultats sur le rendement pour l'exercice 2009-2010 et les rapports sur les activités des secteurs de prestation de services révèlent que le programme n'atteint pas la cible de 100 pour cent établie pour les suivis annuels, soit de 10 pour cent. Les autres cibles de rendement ont été atteintes ou dépassées.

Voici les extraits du PAAC :

- ententes de contribution renouvelées;
- ententes de contribution modifiées;
- ententes de contributions réévaluées;
- suivis annuels du PAAC;
- transactions de paiement du PAAC.

Les évaluations de l'admissibilité pour l'accès au programme et la détermination des besoins des bénéficiaires mènent à l'établissement des ententes de contribution pour la prestation des services et du soutien offerts dans le cadre du PAAC, en vue de répondre aux besoins établis des bénéficiaires. Les bénéficiaires peuvent faire l'objet d'une réévaluation tout au long de l'année en vue de modifier les ententes de contribution afin de répondre à leurs besoins en évolution. Les ententes de contribution peuvent également être modifiées en raison d'un changement de fournisseur ou d'un nouveau taux imposé par un fournisseur. Par ailleurs, pour rembourser ou payer les

bénéficiaires et les fournisseurs pour le service fourni, ACC effectue des transactions visant à émettre des paiements par l'entremise de Croix Bleue Medavie (tiers fournisseur à qui un contrat a été attribué pour traiter les paiements). Ces extraits de programme aboutissent au premier résultat du programme, à savoir les bénéficiaires admissibles ont accès à des services de soins et de soutien à domicile et en milieu communautaire.

Les autres extraits générés par les activités du Ministère pour aider le personnel dans la prestation des services et du soutien aux bénéficiaires en vue d'atteindre les résultats sont les suivants : plans stratégiques, politiques, directives de programme, procédures opérationnelles, évaluations et décisions.

5.2.2 Résultat intermédiaire – Les besoins en matière de soins et de soutien à domicile des anciens combattants admissibles sont satisfaits

Le résultat intermédiaire du PAAC a des liens très étroits avec la pertinence du programme, étant donné qu'ils se rattachent tous deux à la satisfaction des besoins des anciens combattants et des conjoints/principaux dispensateurs de soins. Ce résultat est étroitement lié à la santé et au mieux-être. L'Organisation mondiale de la Santé et le *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants* définissent la santé de façon similaire : un « état de bien-être physique, mental et social ».

Le Sondage national mené en 2010 auprès des clients était le principal indicateur utilisé pour évaluer dans quelle mesure ce résultat a été atteint, puisqu'il fournit la rétroaction directe des bénéficiaires du PAAC eux-mêmes.

La cible de rendement à l'égard de la satisfaction pour le PAAC est la suivante : 80 pour cent des bénéficiaires du PAAC vivant à la maison sont « complètement d'accord » ou « d'accord » sur l'affirmation que le PAAC répond à leurs besoins. Le résultat du rendement de 86 pour cent excède la cible établie. Le résultat obtenu est également une amélioration par rapport aux résultats de l'enquête de 2007, où 74 pour cent des bénéficiaires ont indiqué que le PAAC avait répondu à leurs besoins. Comme il a été mentionné dans la section portant sur la pertinence du programme, les anciens combattants ayant servi en temps de guerre sont ceux qui sont le plus souvent complètement d'accord (87 pour cent) pour affirmer que le PAAC répond à leurs besoins, tandis que les vétérans des FC sont ceux qui sont le moins fortement d'accord (81 pour cent) sur cet énoncé. En général, les vétérans des FC sont ceux qui sont le moins susceptibles de déclarer qu'ACC répond à leurs besoins de subsistance. Les entrevues sur place menées dans le cadre de l'évaluation, dont il a été question à la section portant sur la pertinence du programme, confirment également les résultats de cette analyse. L'examen des dossiers à l'appui effectué en 2010 par l'Unité du rendement des programmes a révélé que 88 pour cent des bénéficiaires du PAAC ont indiqué que le PAAC répondait à leurs besoins, sans égard au service.

Bien qu'il y ait peu d'information sur le résultat lié à la santé pour les bénéficiaires des services de soins intermédiaires offerts dans les établissements de SLD, les réponses au questionnaire sur le degré de satisfaction des clients bénéficiant de SLD de 2010 indiquent que 99 pour cent des répondants bénéficiaires du PAAC qui vivaient dans des

établissements se sont dit totalement ou plutôt satisfaits des soins personnels reçus relativement à leurs besoins (s'habiller, se laver, aller à la toilette et autres types d'aide du genre). En outre, 99 pour cent se sont dits totalement ou plutôt satisfaits de l'aide reçue pour se déplacer dans l'établissement (aide à la mobilité). Enfin, 97 pour cent étaient complètement ou plutôt satisfaits des activités sociales et récréatives offertes dans l'établissement.

Bien que ces résultats ne se rapportent pas directement aux « soins à domicile », ils indiquent que les besoins de soins et de soutien des anciens combattants sont également satisfaits dans les établissements de soins de santé. Des lacunes existent en ce moment en matière de données sur le rendement pour les personnes qui occupent un lit en établissement. D'ici l'automne 2011, on s'attend à ce que des données sur ces résultats soient disponibles pour les anciens combattants vivant dans un établissement (notamment des bénéficiaires du PAAC bénéficiant de soins intermédiaires). Plusieurs indicateurs de la qualité des soins, comme sur les plans physique et social, ont été ajoutés à l'évaluation de l'infirmière et fourniront au Ministère des données pertinentes sur les résultats en matière de rendement. Tel qu'il est énoncé actuellement, ce résultat ne cadre pas bien avec les personnes vivant dans des établissements (un autre indicateur des soins intermédiaires qui n'est pas pertinent pour le PAAC).

Un important facteur ayant une incidence sur la capacité du programme de répondre aux besoins des personnes est le fait de dépendre d'abord des critères d'admissibilité au service plutôt que des besoins établis.

Lien entre les extrants et le résultat intermédiaire

Bien que d'autres facteurs (p. ex. état de santé, soutien familial, programmes provinciaux et communautaires) puissent également avoir une incidence sur l'atteinte de résultat, l'accès des bénéficiaires du PAAC aux services de soins et de soutien à domicile et en milieu communautaire est le principal facteur déterminant l'atteinte du résultat intermédiaire.

5.2.3 Résultat ultime – Les anciens combattants et les autres bénéficiaires admissibles peuvent demeurer dans leur propre foyer ou dans leur collectivité

Ce résultat, qui est lié à l'objectif fondamental du PAAC, est le plus important du programme. Plusieurs autres facteurs ont également une incidence sur l'atteinte de ce résultat (p. ex. soutien provincial, soutien de la famille et amis agissant à titre d'aidants naturels), ce qui pose des défis pour établir un lien direct entre le PAAC et ce résultat. Les preuves d'un lien direct entre la prestation de services de soutien et le fait de parvenir à retarder ou à éviter l'admission dans un établissement de soins sont toutefois convaincantes, comme le démontrent les faits suivants :

- selon le Sondage national mené en 2010 auprès des clients, environ 91 pour cent des bénéficiaires du PAAC ont déclaré dépendre des services du programme pour continuer à demeurer chez eux;
- en 2009-2010, seulement quatre pour cent des bénéficiaires du PAAC ont été admis dans des foyers de soins infirmiers⁷⁹;
- depuis 2000, la durée moyenne du séjour des bénéficiaires du PAAC dans un établissement offrant des soins intermédiaires est d'un peu moins de deux ans (1,7 an pour les anciens combattants ayant servi en temps de guerre et 1,5 an pour les vétérans des FC)⁸⁰;
- selon les données statistiques ministérielles sur les bénéficiaires ayant reçu leur premier paiement au titre des soins intermédiaires du PAAC entre l'exercice 2007-2008 et l'exercice 2009-2010, la majorité ont commencé par les éléments des services de soins à domicile⁸¹; les données indiquent que ces personnes ont été placées en établissement en moyenne deux ans plus tard que les bénéficiaires qui ont accédé directement à l'élément des soins intermédiaires du PAAC;
- l'équipe d'évaluation n'a pas réussi à trouver de statistiques canadiennes sur la moyenne d'âge à l'admission dans des foyers de soins infirmier sauf dans un document de Syndicat canadien de la fonction publique où il est mentionné que l'âge moyen à l'admission pour tous les Canadiens s'établissait à 86 ans en 2002⁸²;
- une étude récente réalisée par M. Hollander et M. MacAdam⁸³ faisait mention des économies réelles réalisées par la Colombie-Britannique sur une période de dix ans par suite de l'introduction d'une politique pro-active visant à remplacer les services de soins en établissement par des services de soins à domicile; en fait, les résultats ont démontré que : « l'utilisation de quelque 21 personnes-année par groupe de 1 000 personnes de 65 ans et plus est passée des soins en établissement aux soins à domicile, pour les personnes ayant besoin de soins continus » (Hollander et MacAdam) [traduction libre];
- dans le cadre du Projet de recherche sur les soins continus, M. Hollander a également constaté que le fait de fournir des avantages du PAAC aux ACSO en attente pour des soins de type II fédéral prodigués par la province a eu des conséquences très positives.

Un examen des dossiers ministériels sur les bénéficiaires du PAAC effectué à l'interne en 2008 a révélé que, dans bien des cas, le PAAC aide grandement à fournir un revenu plus élevé, ce qui, en soi, est reconnu comme un facteur contribuant à améliorer la santé. L'examen a aussi révélé des éléments de preuve anecdotiques dans plusieurs dossiers, confirmant que le PAAC aide les bénéficiaires à rester à la maison et que les

⁷⁹ Rapport de rendement ponctuel du PAAC de 2009-2010. Unité du rendement des programmes d'ACC.

⁸⁰ Données sur les transactions du SFTDSS.

⁸¹ En se fondant sur une analyse des données sur les premières transactions du SFTDSS pour l'échantillon de la population de bénéficiaires.

⁸² *Soins de longue durée en établissement au Canada : notre vision pour une amélioration des soins aux aînés – Résumé*, résumé d'un rapport d'étude de plus de 100 pages, Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP), octobre 2009.

⁸³ Hollander, M. et M. MacAdam. *Strategic Review of Home Care Services as Part of the Alberta Continuing Care Strategy*. Strategic Literature Scan of National and International Home Care Services. Alberta Health and Wellness. Mai 2010.

anciens combattants souhaitent demeurer chez eux le plus longtemps possible. Selon les dossiers examinés, 32 anciens combattants (16 pour cent) du groupe des anciens combattants ayant servi en temps de guerre recevaient des soins personnels ou des soins infirmiers à domicile, ce qui indique qu'ils seraient des candidats pour des SLD si des soins à domicile n'étaient pas disponibles.

Un facteur dont il importe de tenir compte lorsqu'on mesure le progrès réalisé à l'égard du résultat ultime est la différence entre la situation de vie des anciens combattants ayant servi en temps de guerre par rapport à celle de bon nombre des vétérans des FC; en général, l'objectif pour les anciens combattants ayant servi en temps de guerre est de stabiliser leur santé et de prévenir ou de retarder le placement en établissement, tandis que pour les vétérans des FC plus jeunes, l'objectif est de recouvrer leur santé et leur autonomie et de réintégrer la vie civile. Ce résultat ne s'applique donc pas nécessairement à l'ensemble du groupe des Forces canadiennes.

Lien entre les extrants et le résultat ultime

La théorie qui sous-tend le PAAC est que si les anciens combattants et les autres bénéficiaires admissibles avaient accès aux services du PAAC dont ils ont besoin et que leurs besoins en services de soins et de soutien étaient ainsi comblés, le PAAC contribuerait alors à l'atteinte du résultat ultime. Même si d'autres facteurs (p. ex. l'état de santé, le soutien familial, les programmes de soutien communautaires et provinciaux) peuvent également avoir une incidence sur l'atteinte de ce résultat, l'équipe d'évaluation est d'avis, en se fondant sur les preuves et l'analyse, que le résultat ultime est atteint étant donné que les bénéficiaires du PAAC ont accès à des services de soins et de soutien à domicile et en milieu communautaire.

En appuyant l'atteinte des résultats du programme, le PAAC contribue au premier résultat stratégique d'ACC : « Les anciens combattants et les autres clients admissibles atteignent un niveau de bien-être idéal grâce à des programmes et des services qui soutiennent les soins et les traitements qui leur sont apportés de même que leurs besoins en matière d'autonomie et de réinsertion ». Même si d'autres facteurs (p. ex. l'état de santé, le soutien familial, les programmes de soutien communautaires et provinciaux et d'autres programmes et services de soutien d'ACC) peuvent également avoir une incidence sur l'atteinte de ce résultat, les bénéficiaires du PAAC ont accès à des services de soins et de soutien à domicile et en milieu communautaire. En répondant à ces besoins, les bénéficiaires du PAAC sont en mesure de rester chez eux et au sein de leur collectivité. Par conséquent, le PAAC appuie directement l'atteinte de ce résultat.

5.3 Incidences imprévues

Il semble que le PAAC entraîne des incidences imprévues. Voici quelques exemples :

- Certains bénéficiaires en milieu rural et en région éloignée peuvent ne pas avoir accès à certains services et à certaines mesures de soutien.

- Ainsi qu'il a été mentionné dans la section portant sur le succès du programme, sous la rubrique progrès réalisés à l'égard du premier résultat du programme.
- Certains non-bénéficiaires de prestations d'ACC peuvent avoir des besoins qui ne sont pas satisfaits dans le cadre du PAAC.
 - Comme l'indiquent les conclusions de l'*Enquête sur la transition à la vie civile*, il semble y avoir des besoins non comblés et des problèmes relatifs à la portée du programme pour environ 10 pour cent des répondants à un sondage récent (tableau 3).
- Divers bénéficiaires reçoivent des services dont ils n'ont peut-être pas besoin.
 - Comme il en est question à la section sur la pertinence du programme et à la section sur le succès du programme, environ 30 pour cent des vétérans des FC bénéficiaires du PAAC interrogés pourraient ne pas avoir besoin des services de soutien du PAAC qu'ils reçoivent (tableau 3).
- Les critères d'admissibilité et la méthode d'évaluation excluent certaines personnes qui ont des besoins semblables à ceux auxquels répond le PAAC.
 - Par exemple, un ancien combattant ayant servi en temps de guerre dont l'affection n'ouvre pas droit à pension, dont le revenu n'est pas faible et qui pourrait être à risque en raison du déclin de son état de santé, de l'isolement social ou pour d'autres raisons, n'est pas admissible au PAAC et dont les besoins ne feraient pas l'objet d'une évaluation.
- Les dépendances à long terme pour certains bénéficiaires qui semblent n'avoir que des besoins à court terme.
 - Comme il a été abordé à la section portant sur la pertinence du programme, en ce qui a trait à l'accès à long terme au programme pour certains jeunes vétérans des FC.
- Les résultats ne sont pas nécessairement appropriés pour certains vétérans des FC et pour l'élément des soins intermédiaires.
 - Ne visent pas à maintenir la santé de la plupart des vétérans des FC et à prévenir le placement en établissement.
 - Il est difficile de faire le lien avec « les besoins en matière de soins et de soutien à domicile sont satisfaits » lorsque les soins sont offerts en établissement.

Ces incidences imprévues éventuelles ont été cernées et analysées en se fondant sur l'information recueillie lors du sondage auprès des bénéficiaires, de l'examen des dossiers de bénéficiaires, de l'examen de la documentation, de même que dans le cadre d'entrevues menées auprès du personnel et d'informateurs clés.

5.4 Conclusions générales sur le succès du programme

- Le risque de ne pas saisir suffisamment d'information sur le rendement est élevé, de même que son incidence. Il y a un risque pour la gestion du programme associé au fait de ne pas mesurer adéquatement le niveau de participation des bénéficiaires et leur progression dans le continuum de soins. Cela a également une incidence sur la capacité d'évaluer le succès du programme et donne lieu à des lacunes dans l'information requise pour gérer le PAAC.

- Comme il y a beaucoup de besoins en matière de services de soins et de soutien à domicile qui ne sont pas satisfaits chez la population de vétérans des FC (y compris les bénéficiaires et les non-bénéficiaires de prestations d'ACC), le programme n'atteint pas le niveau maximal de rendement pour ce groupe de bénéficiaires.
- Les résultats en matière de rendement sont différents pour chaque groupe de bénéficiaires et, bien que les résultats escomptés pour le programme soient les mêmes pour tous les groupes, les résultats réels obtenus pour le groupe des conjoints/principaux dispensateurs de soins admissibles sont différents, car ils n'ont pas accès à l'éventail complet des programmes et services du PAAC.
- Il semble y avoir des bénéficiaires qui reçoivent des services dont ils pourraient ne pas avoir besoin à long terme, mais l'équipe d'évaluation n'est pas en mesure de confirmer que c'est le cas en raison de l'absence de surveillance continue et de documentation au dossier⁸⁴.
- En se fondant sur l'utilisation inappropriée possible du programme à long terme, il semble que le PAAC peut créer des dépendances à l'égard d'un avantage ou d'un service particulier.
- Bien que le PAAC fournisse de l'aide sur le plan physique pour les AVQ et les AIVQ, on ne met pas assez l'accent sur le soutien sur le plan social et mental, un élément important de l'état de santé et du mieux-être en général et un aspect pertinent pour les vétérans des FC plus jeunes qui cherchent à réintégrer la société.
- Le PAAC devrait mettre l'accent sur les résultats en matière de maintien à domicile, ce qui correspond mieux à l'objectif initial du programme et à la prestation de « soins à domicile ».
- Bien que des progrès et des efforts aient été réalisés pour améliorer l'état de la mesure du rendement et de la communication des résultats au sein du Ministère, l'équipe d'évaluation convient que le manque d'information sur le rendement en ce qui concerne les résultats continue de poser un défi de taille aux fins de la production de rapports d'évaluation.

84

Thompson J. M., M. B. MacLean, L. Van Til, K. Sudom, J. Sweet, A. Poirier, J. Adams, V. Horton, C. Campbell, D. Pedlar. *Survey on Transition to Civilian Life: Report on Regular Force Veterans*. Direction de la recherche, Anciens Combattants Canada, Charlottetown, et Directeur – Recherche et analyse stratégiques (Personnel militaire), ministère de la Défense nationale, Ottawa. Le 4 janvier 2011, 103 p.

6.0 EFFICIENCE ET EFFICACITÉ DU PROGRAMME

Pour évaluer l'efficacité du programme, l'équipe d'évaluation s'est penchée sur la question de savoir si les extrants du programme ont été produits de façon efficace en fonction des ressources utilisées et si les résultats ont permis de démontrer que le programme a atteint son objectif de façon efficace du point de vue des coûts et des résultats atteints.

Rôles et responsabilités changeants à l'égard du PAAC

Le PAAC est géré selon une structure organisationnelle relativement nouvelle, sous la direction de l'Unité de gestion du PAAC et avec l'aide de l'Unité de la mesure du rendement, de la Direction générale des politiques et de la Direction générale des finances. La Direction des soins en établissement participe également à la gestion de l'élément des soins intermédiaires du PAAC, par le truchement du Programme de soins de longue durée. Le PAAC est offert par l'entremise de la section de la gestion de la prestation des services, par l'entremise des bureaux régionaux et des bureaux de district à qui l'Administration central offre une orientation et un soutien opérationnels. Le traitement des paiements du PAAC s'effectue par l'entremise d'un contrat avec un tiers qui est géré par l'unité d'Administration des contrats du Ministère.

Récents changements au programme et changements administratifs

Depuis sa mise en œuvre en 1981, le programme a subi de nombreuses transformations au chapitre de l'admissibilité des anciens combattants et des autres bénéficiaires, de la portée, des services offerts, de l'exécution du programme et du traitement des paiements. Voir l'annexe K pour des données chronologiques sur le PAAC.

Parmi les changements qui ont été apportés au PAAC, on compte les suivants :

- attribution d'un contrat à un tiers (Croix Bleue Medavie) pour le traitement des paiements (2002);
- élargissement des critères d'admissibilité afin d'inclure les principaux dispensateurs de soins (2005), les conjoints survivants (2008) et les anciens combattants alliés (2010);
- délégation de pouvoirs accrus aux ASCs pour l'approbation des renouvellements et des réévaluations des ententes de contribution des bénéficiaires à faible risque (2006);
- politique relative aux clients de santé précaire (2003) et révision de la politique (2011) afin de préciser que les services du PAAC doivent être offerts lorsqu'une affection indemnisée nuit à la capacité des bénéficiaires de demeurer autonomes dans leur résidence principale;
- introduction du paiement anticipé en tant que mode de paiement de rechange (1992);
- mise en place du réseau des fournisseurs de services autorisés; le personnel d'ACC est encouragé à cesser d'offrir le mode de paiement anticipé (2003);

- le titre de gestionnaire de cas est introduit et la charge de travail est modifiée afin d'inclure uniquement les bénéficiaires présentant des besoins élevés (2010);
- réduction des visites à domicile par le personnel d'ACC pour effectuer les évaluations et optimisation de l'utilisation des évaluations déjà effectuées (2010);
- modification du formulaire d'entente de contribution : une seule signature exigée (2010);
- délégation de pouvoirs accrus aux ASCs au même niveau que les gestionnaires de cas;
- option de paiement par dépôt direct (2011).

L'Administration centrale a subi d'importants changements organisationnels au cours des dernières années, notamment l'ajout de la Direction de la gestion du PAAC et la réorganisation de la Direction générale des opérations nationales en vue de créer la Gestion de la prestation des services. Ces changements organisationnels ont donné lieu à la création de nouveaux postes, à de nouveaux rôles, à de nouvelles responsabilités et à de nouveaux rapports hiérarchiques pour le personnel d'ACC. Certains de ces rapports hiérarchiques n'ont pas encore été clairement définis et établis, ce qui crée une certaine confusion chez le personnel de l'Administration centrale quant à la répartition des responsabilités et, chez le personnel à l'extérieur de l'Administration centrale, quant à savoir avec qui communiquer pour obtenir de l'information sur des sujets particuliers. Dans certains cas, l'incidence imprévue est la création de cloisonnements des programmes et des couloirs d'information entre les directions générales et une source de confusion chez certains membres du personnel à l'extérieur de l'Administration centrale qui ne reçoivent pas de renseignements complets et d'orientation stratégique. Des progrès ont été réalisés à l'Administration centrale pour ce qui est de rationaliser et de simplifier la gestion du PAAC; toutefois, cela semble avoir donné lieu à un ensemble de programmes et de pratiques de gestion fonctionnelle et de gestion géographique qui ne sont pas toujours uniformes, de sorte qu'il y a trop d'intervenants. Souvent, en raison du nombre de directions concernées, les protocoles de communication ne sont pas clairs et conduisent à de l'inefficience dans la gestion et l'exécution du programme. Certains secteurs, comme celui des politiques et celui des processus, essaient de se regrouper pour former un tout intégré au sein des secteurs de programme. Ces questions seront abordées plus loin, à la section portant sur les rôles et les responsabilités actuels à l'égard du PAAC.

Outre ces changements spécifiques apportés au PAAC, ACC a réalisé de nombreux autres changements, y compris la mise en œuvre de la Nouvelle Charte des anciens combattants et de sa gamme de programmes. L'ajout de cette importante gamme de programmes a eu pour conséquence d'obliger le personnel des bureaux de district à apprendre un nouvel ensemble de lois, de politiques et de processus, en plus des programmes en place, et à les appliquer dans le cadre de leur travail.

Des études récentes⁸⁵ ont évalué la possibilité de prévoir un outil d'évaluation commun, et les niveaux de soins connexes, pour évaluer l'admissibilité aux programmes d'ACC et établir le besoin à cet égard. Le cadre pour l'organisation de systèmes intégrés pour

⁸⁵

Parole d'honneur, Projet de recherche sur les soins continus et examen des services de soins de santé.

les personnes ayant des besoins de soins continus de Hollander et Prince (*Hollander and Prince Framework for Organizing Integrated Systems of Care for People with Ongoing Care Needs*⁸⁶) définit dix pratiques administratives et cliniques exemplaires pour organiser un système de soins continus/communautaires, en prévoyant notamment un système à accès unique/intégré, une évaluation et autorisation des soins normalisées à l'échelle du système et un seul système de classification des clients à l'échelle du système. Bien qu'un modèle de soins intégrés soit une solution intéressante, elle a été jugée comme sortant du cadre de la présente évaluation.

Rôles et les responsabilités en vigueur à l'égard du PAAC

Au cours du processus d'entrevue, l'équipe a déterminé qu'une certaine confusion semble persister au sujet des rôles et des responsabilités, particulièrement au niveau de l'Administration centrale, en ce qui concerne la gestion des programmes, les opérations et la mesure du rendement, de même qu'au niveau du personnel des bureaux de régionaux et des bureaux de district, pour ce qui est de savoir avec qui communiquer pour obtenir des réponses aux questions. Les membres du personnel interrogés à l'extérieur de l'Administration centrale ont formulé à maintes reprises des commentaires au sujet du manque de clarté des politiques ou des politiques grises, de l'absence de communication de procédures ou processus opérationnels (ou de l'absence de formation) suivant une mise à jour des politiques et des messages contradictoires qui portent à confusion de la part de l'Administration centrale concernant l'interprétation des politiques. La communication pose problème, tant au sein des unités de l'Administration centrale qu'avec les régions. Le manque de communication d'information cohérente, en temps opportun, est un problème dont le Ministère est conscient et il s'emploie à le résoudre.

Au moment d'effectuer le travail sur place de l'évaluation (à l'automne 2010), l'Équipe de consultation en matière de prestation des services (ECMPS) était chargée de répondre d'une seule voix aux demandes d'éclaircissements du personnel. Les attributions de l'ECMPS ont depuis été intégrées à celles de la Gestion des programmes. La Gestion des programmes est en outre responsable de la diffusion des directives, des procédures opérationnelles et d'autres renseignements concernant les opérations. Toutes les mises à jour doivent maintenant être accompagnées de directives de programme et de procédures opérationnelles relatives au programme. Au cours d'une entrevue, les représentants du secteur des politiques, ont indiqué que tous les processus, les politiques, les directives de programme relatifs au PAAC devraient être mis à jour et distribués dans les régions d'ici le printemps ou l'été 2011, ainsi que des plans de communication et de formation. Une évaluation des répercussions sur les opérations est également effectuée dans le cadre de ce processus, afin de déterminer l'incidence du choix du moment et de la diffusion sur le personnel à l'extérieur de l'Administration centrale et les bénéficiaires.

Lors du travail sur place effectué dans le cadre de l'évaluation, la sous-ministre a également annoncé d'autres réorganisations ministérielles. Premièrement, les activités

⁸⁶

Hollander M et M. MacAdam M. *Strategic Review of Home Care Services as Part of the Alberta Continuing Care Strategy*. Strategic Literature Scan of National and International Home Care Services. Alberta Health and Wellness. Mai 2010.

de la Direction générale de la gestion des programmes ont été intégrées à celles de la Direction de la gestion de la prestation des services, au sein du Secteur de la prestation des services. Le but de cette fusion est de faire en sorte que les résultats des programmes soient plus clairement et étroitement liés aux processus de prestation de services. Deuxièmement, les activités liées aux politiques, aux communications et à la commémoration ont été regroupées au sein d'un même secteur afin de s'assurer que les différentes politiques d'ACC sont bien communiquées et que les bénéficiaires sont consultés de manière appropriée, en cette période où le profil démographique et les besoins des bénéficiaires évoluent rapidement⁸⁷.

Plusieurs changements sont également en cours en ce qui concerne les rôles et les responsabilités du personnel à l'extérieur de l'Administration centrale. Depuis que les conseillers de secteur sont devenus des gestionnaires de cas, le volume de cas est passé d'environ 300 bénéficiaires par conseiller de secteur à 30 ou 40 dossiers de bénéficiaires ayant des besoins élevés et devant faire l'objet d'une gestion de cas par gestionnaire de cas. Ce changement signifie que les cas de bénéficiaires à plus faible risque seront assignés aux ASCs. Pour que les ASC soient en mesure de conseiller adéquatement les bénéficiaires et de gérer correctement les services, les pouvoirs qui leur sont délégués font l'objet d'une évaluation, de même que la formation requise. Le risque pour les bénéficiaires est que leurs besoins éventuels pourraient ne pas être établis de façon adéquate et dans un délai suffisant, en raison de l'importante charge de travail des ASC et des évaluations qui sont uniquement effectuées par téléphone.

L'avenir

Dans le contexte actuel de la main-d'œuvre vieillissante, le Ministère commence à ressentir les effets du départ à la retraite du premier groupe d'employés de la génération des baby-boomers, dont bon nombre possèdent des connaissances ministérielles approfondies et une grande expérience dans le domaine de la gestion/l'exécution des programmes. Lorsque d'autres employés partiront à la retraite, et compte tenu de l'évolution des responsabilités organisationnelles, conserver les connaissances organisationnelles et maintenir en poste des employés qualifiés constitueront un défi permanent.

Alors que le profil démographique des bénéficiaires d'ACC a amorcé une évolution spectaculaire, le Ministère va de l'avant et se transforme afin de répondre aux besoins du nombre croissant de vétérans plus jeunes effectuant un retour à la vie civile et de leurs familles, besoins qui sont différents de ceux des bénéficiaires traditionnels. Le Plan stratégique quinquennal 2009-2014 précise que, même si le mandat du Ministère demeure inchangé, sa clientèle est en pleine évolution, tout comme la nature et l'éventail des avantages et des services demandés par les bénéficiaires. Par conséquent, comme ses employés changeront aussi, une des priorités du Ministère consistera à changer son modèle de prestation des services afin de répondre aux besoins de ce groupe de bénéficiaires en évolution.

⁸⁷

Suzanne Tining, sous-ministre. Courriel à tous les ministères et organismes utilisateurs de courriel. Objet : sur la voie de la transformation. 2010/11/17.

L'extrait suivant d'un article vedette de la revue *Maclean's* (MacQueen, 23 février 2011) illustre une approche provinciale d'un modèle de soins intégrés :

[Traduction libre] « La somme de 1,1 milliard de dollars investie par l'Ontario dans sa stratégie *Vieillir en santé* est un investissement qui s'est fait attendre longtemps et dont on avait grandement besoin dans le domaine des foyers de soins infirmiers, des soins à domicile et des lits de réadaptation. Cela permettra au D^r Nowaczynski, pour moins de 500 000 \$ par année, de diriger une équipe volante comprenant un travailleur social, un ergothérapeute, une infirmière et une infirmière praticienne. Il suffit d'éviter à dix personnes par année d'entrer en foyer pour personnes âgées pour que le programme se finance de lui-même, a dit le D^r Nowaczynski. Puis il y a le D^r Samir Sinha, le nouveau chef dynamique du service de gériatrie à l'Hôpital Mount Sinai, à Toronto, qui approche les soins aux aînés avec un zèle évangélique. Le conseil d'administration de l'Hôpital lui a confié le mandat d'agir dans le meilleur intérêt de ses patients âgés, de placer les soins gériatriques au cœur de ses priorités, de former une équipe intégrée pour s'occuper de tous les aspects de leur séjour à l'hôpital et, dans la mesure du possible, de répondre à leurs besoins, qu'ils soient à leur domicile ou en consultation externe. 'Notre objectif, de dire le Dr Sinha, est de faire en sorte que les gens de la communauté n'aient jamais à se rendre à notre hôpital'. »

Variantes régionales

Bien que le PAAC soit un programme des soins à domicile offert à l'échelle nationale, il complète les services de soins et de soutien à domicile offerts par les provinces et, par conséquent, le niveau d'engagement des ressources d'ACC a une corrélation directe avec les mécanismes de soutien que les provinces sont en mesure de mettre en place. Le type et le niveau de soutien offert dans l'ensemble du Canada varient d'une province à l'autre, de sorte que certaines régions du pays doivent assumer des responsabilités et un rôle plus importants à l'égard des bénéficiaires du PAAC que d'autres. Il a également été mentionné au cours du processus d'entrevue que le niveau de soutien offert par l'entremise des services de soins à domicile diminuait au même rythme que celui du resserrement des budgets provinciaux.

Les variances régionales sont une réalité ayant une incidence sur l'application uniforme du PAAC dans tout le pays. L'interprétation et l'application des politiques et des procédures d'ACC représentent un autre facteur qui a une incidence sur l'application du programme. La vérification du PAAC effectuée en 2010 a permis de relever des incohérences dans l'interprétation et l'application des politiques. Au moment d'effectuer la vérification, des initiatives liées aux politiques visant à créer un cadre stratégique national prévoyant une surveillance continue étaient en cours, et le sont toujours. Voici d'autres facteurs susceptibles d'influer sur les variances régionales par rapport au PAAC :

- le coût des services varie d'une région à l'autre – le déneigement dans les provinces de l'Atlantique comparativement à l'entretien des pelouses en Colombie-Britannique (les limites des ententes de contribution sont les mêmes partout au pays);

- les anciens combattants ayant servi en temps de guerre et les conjoints/principaux dispensateurs de soins d'anciens combattants ayant servi en temps de guerre sont plus autonomes; la proximité des services de soutien est un facteur très important; ce groupe utilise les méthodes d'accès traditionnelles;
- les vétérans des FC et les conjoints/principaux dispensateurs de soins survivants des vétérans des FC se sentent généralement plus à l'aise d'utiliser la technologie et d'autres approches non traditionnelles pour avoir accès aux services de soutien.

Intrants du programme

Les intrants du PAAC comprennent les coûts directs et indirects associés à l'exécution et au soutien du programme (coûts du programme et frais d'administration). Les coûts des intrants qui sont communiqués et analysés dans le cadre de la présente évaluation sont ceux qui sont engagés annuellement. L'estimation des coûts du PAAC élaborée par le Ministère pour l'exercice 2010-2011 pour faire suite au rapport des évaluateurs indépendants de 2010 (*2010 Independent Assessors Report*) a été communiquée à l'équipe d'évaluation. Les chiffres estimatifs sont présentés dans le tableau 10.

Coûts du programme

En 2009-2010, ACC a déboursé un peu moins de 338 millions de dollars au titre des avantages du PAAC, tel qu'il est indiqué à l'annexe L, sous dépenses par élément du PAAC. Le document portant sur le cycle de prévisions 2011-2012 a fait ressortir que, en 2009-2010, les dépenses liées au service en temps de guerre ont compté pour 85 pour cent de l'ensemble des dépenses liées au PAAC, alors que celles rattachées aux Forces canadiennes ont représenté 15 pour cent, et que d'ici 2019-2020, on prévoit que les dépenses liées au service en temps de guerre et celles en rapport avec les Forces canadiennes compteront respectivement pour 47 pour cent et 42 pour cent de l'ensemble des dépenses liées au PAAC⁸⁸.

Les coûts moyens du programme varient selon le cas, par type de bénéficiaire, par région et par élément, de sorte que le coût moyen de programme par bénéficiaire du PAAC pour 2009-2010 était de 3 135 \$. Les coûts moyens liés aux anciens combattants ayant servi en temps de guerre sont plus élevés que ceux concernant les vétérans des Forces canadiennes, en raison du taux de participation accru. En 2009-2010, les anciens combattants ayant servi en temps de guerre présentent un coût moyen général de 3 827 \$, alors que celui des vétérans des FC est de 2 607 \$. Le coût moyen lié aux conjoints/principaux dispensateurs de soins survivants est de 2 174 \$⁸⁹.

⁸⁸ Anciens Combattants Canada – Prévisions concernant les clients et les dépenses. Cycle de prévisions 2011-2012 d'ACC. Direction de la statistique d'ACC. Août 2010. (anglais)

⁸⁹ Ibid.

Frais administratifs

Il a été indiqué dans la présentation au Conseil du Trésor de 2006 portant sur le renouvellement du PAAC que le Ministère ne consigne pas de données concernant les frais administratifs pour chacun des programmes, notamment sur l'utilisation du personnel à temps plein (ETP). Une estimation globale des coûts du PAAC fournie dans la présentation au Conseil du Trésor indiquait que les coûts annuels liés à l'exécution du programme se chiffraient à environ 27 millions de dollars. Les estimations subséquentes ont permis de confirmer l'exactitude de cette estimation, les frais administratifs liés au programme ayant été estimés à environ 30 millions de dollars (soit moins de 10 pour cent des dépenses totales) pour 2009-2010. Cette augmentation correspond aux attentes en raison de l'élargissement du PAAC depuis 2006 et des besoins liés à l'âge de la cohorte de la population des anciens combattants ayant servi en temps de guerre.

Le tableau suivant contient un sommaire de tous les coûts des intrants pour l'exercice 2007-2008 et l'exercice 2009-2010, afin de fournir un aperçu du coût moyen total par bénéficiaire (y compris les coûts du programme et les frais d'administration) :

Tableau 7 : Coûts des intrants du programme

Exercice	Dépenses liées aux intrants du programme					Nombre de bénéficiaires uniques	Coût moyen par bénéficiaire
	Salaires	O et G	SFTDSS	Programme	Dépenses totales		
2007-2008	(§)	(§)	(§)	(§)	332 562 498 \$	103 119	3 225 \$
2008-2009	(§)	(§)	(§)	(§)	351 117 534 \$	106 076	3 310 \$
2009-2010	(§)	(§)	(§)	(§)	370 079 603 \$	107 798	3 433 \$

Source : Prévisions sur les clients et les dépenses d'Anciens Combattants Canada, cycle de prévisions 2011-2012.

Remarque : (§) signifie « protégés contre la divulgation conformément aux dispositions de la *Loi sur l'accès à l'information* ».

Les données sur le nombre d'ETP et les données sur les dépenses salariales et les dépenses liées aux opérations et à la gestion (O et G) pour le PAAC proviennent des estimations pour l'exercice 2010-2011. Ces estimations ont été fournies à l'équipe d'évaluation par le Secteur de la prestation des services et de la commémoration et le Secteur des politiques, des programmes et des partenariats, indiquant 350 ETP prévus pour le PAAC. Les dépenses liées aux salaires et les dépenses liées aux opérations et à la gestion du PAAC ont alors été actualisées à rebours, ayant été réduites de 4 pour cent par année pour chacune des années évaluées. Les dépenses liées aux salaires et aux avantages sociaux ainsi que les dépenses liées aux O et G ne sont pas codées par secteur de programme, et le Ministère n'a pas de cadre permettant de consigner ces coûts. Les dépenses salariales (§) et les dépenses liées aux O et G (§) comprennent une estimation des coûts de l'Administration centrale et une estimation des coûts des régions, mais non les coûts estimatifs du contrat du SFTDSS liés aux transactions du PAAC (§).

En combinant les coûts des intrants et les coûts du programme, on obtient un coût total moyen pondéré estimé à 3 433 \$ par bénéficiaire du PAAC pour l'exercice 2009-2010. Cela signifie que la moyenne totale des frais d'administration, qui se situe à un peu moins de (§) par bénéficiaire, est raisonnable.

Initiatives liées à l'efficience et à l'efficacité des ressources

En raison des efforts déployés dans le cadre de l'initiative de transformation pour simplifier les processus administratifs et améliorer les services aux bénéficiaires, les changements récents et prévus ont une incidence importante sur les ressources nécessaires dans le cadre du PAAC :

- modification du processus et du formulaire d'entente de contribution du PAAC en n'exigeant qu'une seule signature, ce qui permettra de simplifier le processus de demande et de réaliser un gain de 12 ETP (novembre 2010);
- option de paiement par dépôt direct pour le PAAC (avril 2011);
- modification des niveaux de pouvoir délégué, ce qui permettra aux ASCs aux clients d'approuver des éléments jusqu'à concurrence de limites plus élevées, éliminant ainsi le besoin d'attendre que le gestionnaire de cas approuve la demande et libérant les gestionnaires de cas qui auront ainsi le temps de se concentrer sur les bénéficiaires devant faire l'objet d'une gestion de cas (avril 2011);
- mise en place d'un processus d'envoi par lots des formulaires de suivi annuel et examen en cours du processus de surveillance en vue de la mise en œuvre; gain prévu de 15 ETP (devrait commencer en août 2011);
- examen de la rationalisation du processus pour les demandes en attente en cours en vue de la mise en œuvre (devrait commencer en juillet 2011).

Naturellement, ces décisions ont été prises/sont à l'étude en vue d'améliorer le service aux bénéficiaires du PAAC dans l'avenir et, comme les économies prévues ne sont qu'une prévision pour le moment, l'équipe d'évaluation n'a pas été en mesure d'évaluer l'incidence sur l'efficience et l'efficacité du programme.

Extrants du programme

Le PAAC a un grand nombre d'extrants, dont certains ne peuvent être liés directement au programme en tant que tel. ACC ne fait pas le suivi du nombre, ou du pourcentage, de plusieurs extrants qui sont menés au sujet d'un programme particulier, y compris les évaluations des gestionnaires de cas, les évaluations de l'infirmière et les évaluations de l'ergothérapeute. Les extrants du PAAC produits au cours des cinq dernières années ont été énumérés dans la section portant sur le succès du programme (section 5.0), en ce qui concerne le lien entre les extrants et les progrès réalisés dans l'atteinte des résultats.

Il y a un manque d'information à jour sur les délais d'exécution pour le traitement des demandes du PAAC. Pour ce qui est du traitement des nouvelles demandes et des demandes de réévaluation, la norme de service établie est de quatre semaines entre la présentation de la demande et l'établissement de l'entente de contribution. Les chiffres de 2008 montrent que le délai d'exécution moyen est de 22 jours pour les premières demandes et de 16 jours pour les demandes de réévaluation. Les bénéficiaires du PAAC doivent avoir fait l'objet d'au moins un suivi annuel effectué par un membre du

personnel d'ACC; en mars 2010, l'aperçu des résultats sur le rendement indiquait que 10 pour cent des bénéficiaires n'avait fait l'objet d'aucun suivi au cours de cet exercice.

Une fois que l'ancien combattant est jugé admissible au PAAC, il reçoit généralement les mêmes avantages durant le reste de sa vie, comme il en a été question à la section portant sur la pertinence du programme et à la section portant sur les résultats du programme. Depuis 2009-2010, on a mis fin aux avantages de seulement 1 220 bénéficiaires du PAAC pour des raisons autres que le décès, comme l'illustre le tableau 8 ci-dessous :

Tableau 8 : Attrition du programme

	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Décès	9 913	10 302	10 154
Transfert dans un établissement de soins actifs ⁹⁰	s.o.	s.o.	s.o.
Autres motifs d'annulation ⁹¹	692	944	1 220

En raison du manque de données sur le profil du continuum de soins, l'équipe d'évaluation a eu du mal à effectuer un suivi des cas de transition du domicile vers un établissement de soins. Bien que le nombre de bénéficiaires de SLD dont l'état de la demande du PAAC indique « annulé » ou « expiré » soit une indication en ce qui concerne la transition, un manque de données précises par secteur de programme, plutôt que par type de lit ou niveau de soins, ne permet pas d'effectuer une analyse plus poussée de l'attrition du PAAC en faveur du Programme de SLD. De plus, le tableau 8 n'illustre pas les ententes de contribution dont le montant a été réduit, alors que certains éléments particuliers pourraient avoir été annulés ou réduits dans le cas de certains bénéficiaires du PAAC. À l'heure actuelle, les données sur les changements en ce qui concerne ces bénéficiaires particuliers ne sont pas consignées en tant que mesures du rendement du programme.

6.1 Efficience

Les coûts de programme et le nombre de bénéficiaires continuent d'augmenter chaque année. Les dépenses totales du programme sont passées de 303 millions de dollars en 2007-2008 à 370 millions de dollars en 2009-2010, et le nombre de bénéficiaires est passé de 103 000 à 108 000 au cours de la même période. Alors que les coûts totaux du programme ont augmenté de 22 pour cent, le coût total par bénéficiaire n'a augmenté que de 17 pour cent, ce qui indique que le programme a été exécuté de façon plus efficace et qu'un plus grand nombre de services ont été offerts aux bénéficiaires sans que les frais d'administration ne soient augmentés. Selon les estimations fournies par les secteurs à l'échelle des directions générales, les dépenses

⁹⁰ Voir l'annexe G : Succès et limites de l'évaluation.

⁹¹ L'intégrité des données est douteuse en raison de la mise en garde disant que certains abandonnent le PAAC et s'y inscrivent de nouveau pour différentes raisons ou disant que certains bénéficiaires ont signé une entente de contribution que pour une période d'un an et dont le suivi doit être effectué manuellement ou que le système considère comme ayant pris fin.

liées au programme ont augmenté de 11,5 pour cent depuis 2007-2008, alors que les coûts salariaux et les coûts liés aux O et G n'ont augmenté que de 9,3 pour cent.

Il est difficile de comparer et de mesurer l'efficacité du programme sur une période de plusieurs années, compte tenu du si grand nombre de changements importants survenus en ce qui concerne le PAAC. L'efficacité du programme est toutefois mesurée en grande partie par la satisfaction des bénéficiaires qui reçoivent des services et du soutien dans le cadre du PAAC. Les coûts comparatifs pour les ACSO avant et après l'introduction du programme pilote qui les concernent ont également été examinés dans le cadre du Projet de recherche sur les soins continus, ce qui a permis d'estimer que de 7 à 8 fois plus de personnes auraient pu recevoir des soins à domicile comparativement aux soins dispensés en établissement, pour le même montant d'argent.

Compte tenu du grand nombre de bénéficiaires, du manque d'efficacité dans le processus de gestion de cas, de la durée des processus d'approbation et de la rapidité des évaluations, il semble y avoir des inefficiences dans l'exécution du PAAC⁹². La présente section fera état de certains des problèmes relevés par l'équipe d'évaluation.

Accès aux soins de courte durée et aux soins de longue durée offerts dans le cadre du programme

Le PAAC a été conçu à l'origine pour offrir du soutien aux anciens combattants âgés, afin de les aider à retarder ou à éviter le recours aux soins de longue durée, et non pour répondre à des besoins pressants ou à court terme ni à des besoins de soins en établissement. Comme les anciens combattants ayant servi en temps de guerre et les vétérans des FC ont des situations de vie différentes et que leur état de santé est différent, tel qu'il est mentionné précédemment dans le présent rapport, un plus grand nombre de processus de surveillance et de processus de soutien permettrait d'améliorer l'efficacité de l'exécution du PAAC. Les vétérans des FC ont été ajoutés en tant que groupe de clients admissibles au PAAC, mais peu de processus et de procédures ont été fournis au personnel afin de les orienter dans la façon de traiter avec les situations de vie différentes et l'état de santé différent des membres de ce groupe.

Il a été démontré que bon nombre des membres du personnel ont de la réticence à annuler l'admissibilité des vétérans des FC au PAAC par crainte des répercussions, sachant qu'il y a une forte possibilité que cela retienne l'attention des politiciens et des médias. Comme les fonctionnaires sont assujettis à la *Loi sur les renseignements personnels* et qu'ils ne sont pas en mesure de discuter de cas spécifiques qui pourraient retenir l'attention des médias, le public a fréquemment de la difficulté à comprendre la raison pour laquelle l'admissibilité au PAAC a été annulée, particulièrement lorsque les membres du public expriment leur appui sans réserve aux anciens combattants. Le système complexe d'admissibilité au programme est également un facteur qui influe sur la façon dont le public voit le programme en surface et estime qui devrait ou ne devrait pas avoir accès au programme.

92

CGRR-CVAR du PAAC 2006.

Le SFTDSS permet aux utilisateurs de créer une entente de contribution pour une période de moins d'un an; toutefois, comme le système affiche par défaut une période de douze mois, il incombe à l'utilisateur d'entrer manuellement une date d'annulation/de révision et de se rappeler de faire un suivi afin de déterminer si le bénéficiaire a toujours besoin du PAAC. Deux limites semblent exister au moment d'évaluer les ententes de contribution à court terme : 1) la fonctionnalité du système existe, mais il y a toutefois un manque de documentation à l'appui du processus; 2) la pratique conventionnelle en région est de ne pas établir d'ententes de contribution pour une période de moins d'un an.

Il est difficile d'effectuer un suivi de ceux qui bénéficient des avantages du PAAC pendant une période de moins d'un an du fait qu'il n'existe pas de code d'annulation pour l'utilisation à court terme. Il est en outre difficile d'effectuer un suivi de la diminution du recours au programme, par exemple si la personne fait l'objet d'une réévaluation et continue à recevoir des avantages du PAAC, mais à un moindre niveau de fréquence. Une majorité des membres du personnel à l'extérieur de l'Administration centrale ont indiqué que certains bénéficiaires du PAAC pourraient ne pas avoir besoin du PAAC et proposent qu'il devrait y avoir davantage de réévaluations des besoins continus. D'une part, la rétroaction des membres du personnel à l'extérieur de l'Administration centrale a également révélé que ces derniers ignoraient que le système pouvait conserver des ententes de contribution pour une période de moins d'un an et, d'autre part, il a été impossible de trouver de la documentation en ligne. De façon continue, environ 10 pour cent des suivis sont en retard, ce qui signifie qu'une personne pourrait continuer à recevoir du soutien au-delà de la période d'un an. Dans la majorité des entrevues, les répondants ont mentionné que plus longtemps les personnes bénéficient du PAAC, plus il sera difficile d'y mettre fin puisque les bénéficiaires deviennent dépendants des services offerts dans le cadre du programme. Il ne s'agit pas là d'une utilisation efficace des ressources et ce point est abordé dans la première recommandation.

Une analyse de la durée de la participation au PAAC depuis 2001 (nombre cumulatif de bénéficiaires) montre que la durée moyenne de la participation au programme est de presque quatre ans, 12 pour cent seulement des vétérans des FC bénéficiaires ayant accès au PAAC pendant une période de moins d'un an⁹³.

Tableau 9 : Durée de la participation des vétérans des FC au PAAC (éléments non offerts en établissement) depuis 2001

Durée	Nombre	Pourcentage
0 à 1 an	2 369	12
1 à 5 ans	11 094	57
6 à 10 ans	6 069	31
<i>Durée moyenne</i>	3,68	
<i>Nombre cumulatif total de bénéficiaires</i>	19 532	

REMARQUE : Comme il s'agit d'un nombre cumulatif, l'équipe n'a pas été en mesure d'établir une distinction entre le nombre de personnes au sein de ce groupe ayant commencé à bénéficier du PAAC au cours de la dernière année, et qui par conséquent devraient ne pas être incluses, du nombre de personnes ayant commencé à en bénéficier au cours des années précédentes. Le fait de ne pas tenir compte des bénéficiaires de l'année en cours permettrait d'obtenir une meilleure vue d'ensemble de la durée de la participation au PAAC.

⁹³

Données du SFTDSS.

Demandes en attente

Un autre domaine où l'on devrait réaliser des gains d'efficacité est celui des demandes des bénéficiaires qui sont mises « en attente ». Une demande peut être mise en attente pour différentes raisons, comme le dépassement des limites de dépenses autorisées pour l'entente de contribution, la présentation d'une demande pour un élément qui n'est pas approuvé ou la présentation d'une demande pour une période expirée. Un rapport ponctuel sur les demandes mises en attente est généré par le système et acheminé au bureau de district aux fins de suivi et de disposition. Cependant, le système est incapable de faire le suivi du nombre et du type de demandes en attente ni de la raison pour laquelle le problème lié à la demande a été réglé, et les gestionnaires ne sont pas en mesure d'obtenir des données cumulatives ou des données historiques triées pour déterminer la raison pour laquelle les demandes des bénéficiaires ont été mises en attente ou s'il existe des tendances ou des profils qui pourraient indiquer la nécessité de prendre des mesures à cet égard. Il n'y a donc aucune façon de savoir si des ajustements au programme s'imposent pour régler les aspects répétitifs de ce processus laborieux. C'est l'opinion de nombreux membres des bureaux de district et de l'unité de l'Administration des contrats interrogés que la raison principale de mise en suspens d'une demande est l'insuffisance de fonds dans le compte du bénéficiaire concerné. En d'autres mots, les fonds demandés par les bénéficiaires excèdent le plafond de l'entente de contribution établie. Un récent rapport ponctuel sur les demandes en attente liées au PAAC confirme la fréquence des demandes mises en attente en raison de fonds insuffisants, près des trois quarts des demandes étant mises en attente pour cette raison. L'équipe d'évaluation estime que le fait de ne pas mettre des données de suivi supplémentaires à la disposition du personnel risque d'entraîner des inefficiences dans l'administration des ressources à l'échelle des bureaux de district. Cela pourrait également indiquer des inefficiences dans le processus d'évaluation du PAAC.

Logement avec assistance

Des gains d'efficacité pourraient être réalisés en permettant aux anciens combattants de vivre dans des logements avec assistance si les soins offerts dans le logement conviennent au niveau de soins dont l'ancien combattant a besoin. Certains anciens combattants peuvent ne plus être capables de prendre soin d'eux-mêmes à la maison et doivent aller vivre dans un établissement de SLD à cause du manque de soutien offert par ACC dans un logement avec assistance. L'équipe ne dispose pas de données statistiques pour appuyer cette constatation, mais des études et des rapports antérieurs, des entrevues menées auprès du personnel et des examens de dossiers de bénéficiaires appuient le fait qu'il y a une demande pour des logements avec assistance et que le PAAC doit harmoniser ses services de soutien avec ce choix de logements. Les résultats du Projet de recherche sur les soins continus et d'une récente étude interne ont révélé qu'il est possible pour ACC de réaliser des gains d'efficacité à l'échelle du système en substituant, lorsque c'est possible, la prestation de services de soins à domicile ou en logement avec assistance à moindre coût à la prestation de services rendus dans un établissement de SLD. ACC a récemment modifié sa définition de résidence principale pour qu'elle corresponde mieux aux tendances sociales en évolution quant aux possibilités de logement comme les logements avec assistance.

Conclusions sur l'efficience

Pour être en mesure de réaliser des gains d'efficience, le Ministère doit considérer les facteurs suivants :

- Le PAAC n'appuie pas de façon convenable l'accès à court terme au programme en raison du manque de processus relatifs au programme visant à appuyer le personnel dans la prestation des services et du manque de configurations de système permettant d'effectuer un suivi approprié des périodes de contribution d'une durée de moins de douze mois.
- Il semble qu'il y ait un manque d'efficience à l'égard du traitement des demandes en attente du PAAC, ainsi qu'un manque de données de suivi relatives à ces dernières.
- Plusieurs initiatives de rationalisation sont également en cours dans le cadre du travail lié à la transformation, ce qui pourrait avoir une incidence positive sur l'efficience; les efforts continus déployés par l'équipe chargée de la transformation devraient favoriser la rationalisation des tâches administratives au sein du programme.

Autres facteurs dégagés dans le rapport en ce qui concerne les gains d'efficience :

- la simplification des critères d'admissibilité et de l'accès aux éléments du programme permettrait de réaliser d'autres gains d'efficience et d'éviter les demandes inutiles par l'entremise d'autres programmes offrant des portes d'accès;
- le fait de réorienter la conception du PAAC vers une approche de soins à domicile par rapport à une combinaison de soins à domicile et de soins en établissement permettrait au programme de mettre l'accent sur les résultats et de réaliser des progrès en vue de les atteindre de façon plus efficiente et efficace.

6.2 Efficacité

Au cours de l'exercice 2009-2010, il y avait un peu moins de 108 000 bénéficiaires du PAAC, dont 56 000 anciens combattants ayant servi en temps de guerre, 18 000 vétérans des FC et 34 000 conjoints/principaux dispensateurs de soins. Les besoins individuels liés au PAAC varient d'explicites à complexes; les avantages du PAAC que reçoit chaque bénéficiaire du PAAC varient en fonction des besoins.

Comme il a été démontré tout au long du rapport, le PAAC est considéré comme un programme réussi pour ce qui est d'aider les bénéficiaires à conserver une plus grande autonomie et de prévenir ou de retarder le placement en établissement, ce qui permet de réaliser d'importantes économies au chapitre des dépenses en soins de santé et d'obtenir d'autres avantages sociétaux⁹⁴.

⁹⁴

Renforcer le soutien aux personnes au sein de leur collectivité et de leur famille – Dégager des sommes d'argent dont les anciens combattants pourraient avoir besoin pour payer des factures de soins de santé, leur permettrait de changer la répartition de leurs finances sur d'autres aspects qui pourraient les aider à améliorer leur qualité de vie. De plus, le soutien offert dans le cadre du PAAC permet aux provinces de disposer de plus de ressources pour mettre l'accent sur d'autres personnes dans le besoin.

Optimisation des ressources/rapport coût-efficacité du PAAC

Il existe des preuves concluantes, lesquelles sont documentées dans le rapport, que le PAAC permet aux bénéficiaires de rester chez eux le plus longtemps possible et dès lors, d'éviter le coût de la prestation de soins bien plus chers dans un établissement de soins.

Les services du PAAC visent à éliminer ou à retarder le besoin de placement dans un établissement de soins, ce qui permet de réduire les coûts de soins de santé. Le tableau ci-dessous illustre le rapport coût-efficacité considérable auquel on parvient en offrant des soins à domicile aux anciens combattants par rapport aux coûts des soins offerts dans un établissement.

Tableau 10 : Coûts des soins offerts dans le cadre du PAAC par rapport aux coûts des soins de longue durée offerts en établissement

	Coût moyen des soins offerts dans un lit réservé	Coût moyen des soins offerts dans un lit communautaire (lits de SLD et lits financés par le PAAC) ⁹⁵	Coût moyen des lits de soins intermédiaires financés par le PAAC	Coût moyen des soins offerts dans le cadre du PAAC (à domicile)
2009-2010	61 961 \$	13 486 \$	9 483 \$	2 761 \$
2008-2009	61 926 \$	12 937 \$	8 918 \$	2 646 \$
2007-2008	57 103 \$	12 806 \$	8 488 \$	2 573 \$

REMARQUE : Le Ministère fait souvent rapport des SLD par type de lits plutôt que par programme. Les soins dans un lit réservé ne sont offerts que dans le cadre du Programme de SLD, alors que les soins dans un lit communautaire peuvent être offerts dans le cadre des deux programmes. Pour cette raison, l'équipe d'évaluation a également inclus le coût moyen des soins offerts dans le cadre du PAAC au titre de l'élément des soins intermédiaires.

Étant donné que l'information sur le rendement du PAAC était insuffisante pour bien évaluer la capacité du programme à atteindre les résultats prévus, l'équipe d'évaluation a fait face à des limites en ce qui concerne la mesure du rapport coût-efficacité lié à l'exécution du PAAC. En vue de donner plus de poids à la partie de l'évaluation portant sur l'optimisation des ressources, l'équipe a examiné les rapports exhaustifs sur le rapport coût-efficacité produits récemment, particulièrement dans le cadre du *Projet de recherche sur les soins continus* (PRSC) mené en 2008. Dans le cadre du PRSC, on a examiné les coûts selon deux perspectives : 1) le temps des aidants naturels à un salaire minimum; 2) le temps des aidants naturels à un salaire de remplacement⁹⁶. Dans chaque cas, les résultats ont démontré que les soins offerts en milieu communautaire coûtaient moins cher que les soins offerts en établissement. La moyenne totale estimée des frais sociaux pour offrir des soins en milieu communautaire allait de 31 000 \$ à 37 000 \$, comparativement à une moyenne allant de 87 000 \$ à

⁹⁵ Un lit communautaire d'ACC peut être offert dans le cadre du Programme de SLD (type II et type III) de même que par l'entremise du PAAC (type II); les données sur les chiffres en dollars sont présentées par type de lit plutôt que par programme en raison du format de présentation des statistiques disponibles.

⁹⁶ L'étude a été menée en se fondant principalement sur les données relatives aux coûts de 2006. Les coûts relatifs au temps des aidants naturels ont été établis en utilisant un salaire minimum de 8 \$ l'heure, un salaire de remplacement de 60 \$ l'heure pour les services professionnels, et un salaire de 27 \$ l'heure pour tous les autres services.

111 000 \$ pour des soins offerts en établissement⁹⁷. En résumé, le PRSC a permis de déterminer que les soins offerts en milieu communautaire par comparaison à des soins offerts en établissement étaient beaucoup plus économiques, le rapport coût-efficacité étant estimé entre 50 000 \$ et 80 000 \$ pour les soins à domicile. Veuillez consulter l'annexe M pour obtenir un complément d'information sur les résultats de l'examen du rapport coût-efficacité des soins à domicile effectué dans le cadre d'études internes et externes.

Plutôt que de calculer le nombre exact de personnes qui ne pourraient pas vivre chez elles sans le PAAC, l'équipe a utilisé les soins personnels reçus par les bénéficiaires au cours de l'exercice 2009-2010 en tant qu'indicateur pour déterminer le nombre estimatif de bénéficiaires du PAAC qui auraient besoin de soins en établissement sans le PAAC⁹⁸. L'équipe d'évaluation a également examiné le pourcentage des bénéficiaires du PAAC ayant participé au Sondage national mené en 2010 auprès des clients qui ont indiqué qu'ils ne vivraient pas chez eux sans le PAAC, de même qu'une comparaison faite entre ceux qui ont fait l'objet d'une première transaction liée aux soins intermédiaires du PAAC entre l'exercice 2007-2008 et l'exercice 2009-2010. Ces estimations sont uniquement fondées sur les coûts d'ACC et sont considérées comme étant des estimations minimales et prudentes. L'équipe est consciente du fait que le PAAC est un programme qui offre des services complémentaires, de sorte que le coût total réel par bénéficiaire (c.-à-d. les dépenses provinciales et les dépenses privées) est inconnu.

Pour calculer un éventail d'économies réalisées grâce au PAAC, l'équipe a utilisé deux types de données sur les dépenses pour 2009-2010 : le coût moyen des soins intermédiaires offerts dans le cadre du PAAC par bénéficiaire et le coût moyen des SLD offerts dans un lit d'établissement communautaire, autre que dans un lit réservé, par bénéficiaire (tel que mentionné au tableau 10).

⁹⁷ Hollander, M., J. Miller et M. MacAdam. *Projet de recherche sur les soins continus pour Anciens Combattants Canada et le gouvernement de l'Ontario. Rapport de synthèse*. Avril 2008.

⁹⁸ Méthode d'appoint utilisée dans le cadre de l'examen interne des dossiers effectué pour extraire l'information afin de déterminer si les services du PAAC respectaient l'intention du programme et si les renseignements contenus dans les dossiers des bénéficiaires permettaient de déterminer si les résultats attendus ont été atteints.

Tableau 11 : Comparaison des coûts engagés en 2009-2010 pour les utilisateurs des services de soins personnels du PAAC par rapport aux coûts des SLD

		Comparaison du coût estimatif total (en fonction de 6 482 bénéficiaires X coût par bénéficiaire)
Nombre d'utilisateurs de soins personnels à domicile offerts dans le cadre du PAAC	6 482	
Moyenne du coût en dollars des soins personnels/bénéficiaire	3 301 \$	21 397 082 \$
Moyenne du coût en dollars des soins personnels offerts à domicile dans le cadre du PAAC	7 027 \$	45 549 014 \$
Moyenne du coût en dollars des soins intermédiaires/bénéficiaire (Type II)	9 483 \$	61 468 806 \$
Moyenne du coût en dollars des SLD offert en milieu communautaire/bénéficiaire (types II et III)	13 486 \$	87 416 252 \$

En 2009-2010, il y avait 6 482 utilisateurs des services de soins personnels offerts à domicile dans le cadre du PAAC. La moyenne de la contribution totale du PAAC pour les bénéficiaires recevant des soins personnels est de 7 027 \$ (près de 2 500 \$ en dessous de la moyenne des dépenses liées aux soins intermédiaires). La différence moyenne des coûts pour permettre aux membres de ce groupe de vivre chez eux plutôt que dans un établissement se situe à environ entre 16 à 42 millions de dollars par année. L'annexe N, nombre de bénéficiaires du PAAC (à l'exclusion des SIFSI) par tranche de dépenses en dollars, fait valoir que moins de trois pour cent des bénéficiaires du PAAC vivant chez eux dépensent actuellement plus de 9 000 \$, ce qui indique qu'ACC dépense bien en deçà du point du rapport coût-efficacité pour les soins à domicile comparativement au tarif moyen payé par bénéficiaire pour des soins dans un lit en établissement, tant pour les soins intermédiaires offerts dans le cadre du PAAC que pour les SLD offerts dans des lits des établissements communautaires⁹⁹.

Une autre forte indication de la valeur de fournir les services du PAAC aux anciens combattants est le pourcentage de bénéficiaires interrogés dans le cadre du Sondage national mené en 2010 auprès des clients ayant indiqué qu'ils comptaient sur le PAAC pour rester dans leur propre foyer et au sein de leur collectivité (92 pour cent des anciens combattants ayant servi en temps de guerre). L'application des mêmes méthodes que celles qui sont mentionnées ci-dessus pour calculer les coûts relatifs à ce groupe montre que d'importantes économies de coûts peuvent être réalisées en offrant des soins dans le cadre du PAAC plutôt que dans un établissement de SLD.

⁹⁹

Il est à noter que les calculs effectués dans cette section n'incluent pas le coût des services et du soutien offerts aux anciens combattants dans le cadre du Programme des avantages médicaux d'ACC, par d'autres ministères du gouvernement ou par des aidants naturels. Toutefois, les bénéficiaires pourraient bénéficier de ces services et du soutien à domicile ou dans un établissement.

Tableau 12 : Économie de coûts selon la déclaration volontaire d'une dépendance à l'égard du PAAC de la part d'anciens combattants ayant servi en temps de guerre

		Coût estimatif total (fondé sur 51 144 bénéficiaires X coût par bénéficiaire)
92 pour cent de 55 591 ¹⁰⁰ =	51 144	
Estimation de la moyenne du coût en dollars des soins à domicile offerts dans le cadre du PAAC/bénéficiaire ancien combattant ayant servi en temps de guerre¹⁰¹	3 200 \$	163 659 904 \$
Moyenne du coût en dollars des soins intermédiaires/bénéficiaire (type II)	9 483 \$	484 995 897 \$
Moyenne du coût en dollars des SLD en milieu communautaire (types II et III)	13 486 \$	689 724 208 \$

REMARQUE : Comme les conjoints/principaux dispensateurs de soins survivants ne sont pas admissibles aux services offerts en foyer de soins infirmiers dans le cadre du PAAC, l'équipe d'évaluation n'a pas considéré ce groupe aux fins des calculs. De plus, en raison des données contradictoires tirées de l'Enquête sur la transition à la vie civile des FC relativement aux besoins, et également de l'âge moyen de 58 ans des vétérans des FC, ce groupe a aussi été retiré de la population considérée afin d'obtenir un calcul plus exact et crédible de ceux qui seraient autrement admis dans un établissement. L'équipe d'évaluation souligne cependant que certains des vétérans des FC seraient en établissement si ce n'était du PAAC et même que certains sont en établissement de soins (341). La même moyenne du coût en dollars par bénéficiaire que dans le tableau 11 a été utilisée.

Selon les estimations de coûts susmentionnées, les économies de coûts potentielles de la prestation de services de soins à domicile dans le cadre du PAAC par rapport à la prestation de soins intermédiaires en établissement aux bénéficiaires anciens combattants ayant servi en temps de guerre pourraient atteindre jusqu'à 320 millions de dollars par année.

Une comparaison du nombre de bénéficiaires du PAAC qui s'inscrivent au programme au titre de l'élément des soins intermédiaires à un âge moyen de 84 ans par rapport au nombre de bénéficiaires ayant reçu des soins à domicile avant de s'inscrire au PAAC au titre de l'élément des soins intermédiaires à un âge moyen de 86 ans est une autre preuve des économies qui peuvent être réalisées¹⁰². Selon les estimations de coûts présentées au tableau 12, ce délai de deux ans représente des économies substantielles pouvant être réalisées grâce aux soins à domicile offerts dans le cadre du PAAC qui sont estimées à environ 32 millions de dollars par année (6 283 \$ par bénéficiaire)¹⁰³.

¹⁰⁰ Population d'anciens combattants ayant servi en temps de guerre bénéficiaires du PAAC en 2009-2010. Feuille de renseignements trimestrielle d'ACC. Direction de la statistique d'ACC, mars 2010. (anglais)

¹⁰¹ Les dépenses moyennes du PAAC pour les bénéficiaires vivant à domicile en 2009-2010 s'élevaient à 2 761 \$, alors que les dépenses moyennes pour les bénéficiaires anciens combattants ayant servi en temps de guerre vivant à domicile s'élevaient à 3 200 \$.

¹⁰² Données du SFTDSS.

¹⁰³ Le calcul se fondait sur un pourcentage de 84 pour cent de la population de bénéficiaires de soins intermédiaires en 2009-2010 dans le cadre du PAAC (5 990) multiplié par la moyenne des coûts pour les anciens combattants ayant servi en temps de guerre vivant à domicile (3 200 \$) et comparé à la moyenne des coûts pour les bénéficiaires de soins intermédiaires dans le cadre du PAAC (9 483 \$). Les économies totales pouvant être réalisées sur une période de deux ans sont estimées à 63 millions de dollars.

L'équipe d'évaluation conclut que le PAAC est très rentable si l'on compare aux coûts des soins offerts dans un établissement de soins de longue durée.

Conclusions sur l'efficacité

- Le PAAC est depuis longtemps considéré comme un programme fructueux pour ce qui est d'aider les bénéficiaires à conserver une plus grande autonomie et de prévenir ou de retarder le placement en établissement et pour permettre de réaliser d'importantes économies au chapitre des dépenses en soins de santé et d'obtenir d'autres avantages sociétaux.
- Grâce au PAAC, le Ministère aide à réaliser d'importantes économies au chapitre des dépenses en soins de santé et à obtenir d'autres avantages sociétaux pour le Canada; sans les prestations du PAAC, les bénéficiaires devraient se fier davantage sur le soutien offert par les provinces, les aidants naturels et les organismes sans but lucratif.
- La majorité des bénéficiaires du PAAC estiment qu'ils ne pourraient pas vivre chez eux sans le PAAC; les répercussions financières sur le système de soins de santé si le PAAC n'existait pas sont inconnues, mais on considère qu'elles seraient importantes.
- Lorsqu'on compare le coût moyen du PAAC par bénéficiaire à celui des soins offerts en établissement, la rentabilité du PAAC est évidente.
- Certains paramètres du PAAC pourraient être modifiés pour améliorer l'efficacité de certains coûts : surveiller et appuyer l'utilisation de périodes de contributions de courte durée (s'il est approprié); utiliser davantage les évaluations déjà faites; simplifier et régler les questions opérationnelles associées aux demandes en attente; apporter davantage de soutien à l'élaboration des politiques et des programmes pour d'autres options de logement (p. ex. logement avec services) pour prolonger l'autonomie et retarder l'admission plus coûteuse dans des établissements de soins.

R5 Il est recommandé que le SMA, Prestation des services : (Critique)

- 5.1 adapte les processus, les systèmes et la capacité (RH et saisie de données) de sorte que l'information nécessaire pour gérer et évaluer le PAAC de manière continue soit disponible;**
- 5.2 mette en œuvre un processus de suivi dans le SFTDSS pour faire état des demandes en suspens générées et de leurs résultats;**
- 5.3 instaure une mesure continue de l'utilisation des ressources pour le PAAC;**
- 5.4 mette en place une validation informatique ou une vérification interne du contrôle de la qualité afin d'améliorer l'intégrité des données du champ Admissibilité des membres des Forces canadiennes encore en service.**

Réponse de la direction

- 5.1 La direction accepte cette recommandation. À l'heure actuelle, la majorité du traitement des demandes au PAAC est fait par le système de Croix Bleue Medavie, le SFTDSS, qui fournit peu de données statistiques. Une analyse de rentabilisation d'une fonction de suivi électronique pour le Programme pour l'autonomie des anciens combattants a été produite par la PSC en mars 2011. Le projet a été élaboré afin que les transactions décisionnelles relatives au PAAC fassent l'objet d'un suivi dans le RPSC. Le projet commencera en juin 2011. L'amélioration au système consolidera la capacité ministérielle de faire le suivi et de recueillir des données sur les extrants permettant la surveillance de l'efficience.

Le rendement du programme réside également dans la mesure des résultats des bénéficiaires et détermine si le programme a vraiment un effet positif sur la capacité des clients de demeurer dans leur foyer et leur collectivité. L'unité de gestion du PAAC a ajouté des questions au dernier sondage sur la satisfaction des bénéficiaires pour mieux connaître les résultats des bénéficiaires que dans le passé. ACC a bien l'intention de continuer dans cette voie. Deuxièmement, la Direction de la recherche d'ACC analyse les données obtenues de « l'Étude sur la vie après le service militaire », une analyse secondaire se poursuit et l'unité de gestion du PAAC continuera de collaborer avec cette équipe pour tirer avantage de ces données sur les bénéficiaires et mieux guider l'orientation future.

Enfin, dans le cadre de la transformation, le Ministère mettra en œuvre un projet de remaniement des processus opérationnels qui vise à répertorier et à ensuite simplifier les processus relatifs au PAAC à l'extérieur de l'Administration centrale. Le projet tiendra compte de l'expérience des bénéficiaires et orienterait les changements à apporter pour améliorer l'expérience future.

- 5.2 La direction accepte cette recommandation. Dans le cadre du projet de réduction des demandes en attente, les membres de la Gestion des programmes collaborent avec ceux de l'administration des contrats et l'entreprise chargée des paiements pour réduire le nombre de demandes en attente renvoyées aux bureaux de district pour action. Certains des travaux de l'initiative auront trait à la production de rapports mensuels qui font ressortir le nombre de demandes au PAAC qui sont rejetées et mises en suspens dans chaque district. Ces rapports seront produits dès juillet 2011.

Le système de suivi complet du PAAC (décrit en 8.1) sera établi à même le RPSC pour saisir toutes les données relatives au traitement des demandes au PAAC, y compris les données sur les demandes en attente supplémentaires, et produire les rapports connexes. L'amélioration aura lieu en 2012-2013.

- 5.3 La direction accepte cette recommandation. Le personnel de la Gestion des programmes et de la prestation des services œuvre actuellement à l'élaboration d'un modèle de mesure et de répartition de la charge de travail pour les gestionnaires de cas. Suivant la mise en place des outils appuyant le modèle à

l'été 2011, le personnel se penchera sur la mesure de la charge de travail associée au PAAC. De plus, l'élaboration des améliorations au suivi électronique du PAAC dans le RPSC, qui commencera en juin 2011, fournira au personnel de la Gestion des programmes et de la prestation des services une idée globale et de l'information exacte du travail associé de la gestion et de la prestation du Programme pour l'autonomie des anciens combattants.

- 5.4 La question des militaires des Forces canadiennes encore en service n'est pas unique au PAAC, mais s'applique à tous les programmes. En ce qui concerne le PAAC, la question est pertinente au processus de suivi, et les mesures correctives à prendre relatives à la recommandation 1 pourront régler la question. La direction considérera également utiliser, aux fins de l'examen, un échantillon aléatoire de dossiers pour régler la question.

Plan d'action de la direction

Mesure corrective à prendre	BPR (bureau de première responsabilité)	Date cible
5.1 Établir dans le RPSC une fonction de suivi électronique du Programme pour l'autonomie des anciens combattants.	DG, GPPS et TI	Début du projet été 2011 Achevé en mars 2013
5.2 Produire des rapports mensuels sur les demandes en attente ou rejetées à partir du SFTDSS.	DG, GPPS	Juillet 2011
5.3 Élaborer et appliquer un modèle de mesure et de répartition de la charge de travail.	DG, GPPS	Début du projet à la fin de l'été 2011 Achevé en mars 2013
5.4 La mesure corrective à la recommandation 1 permettra de régler 5.4.		

6.3 Solutions de rechange et suggestions d'améliorations

Au fil des ans, différentes solutions ont été appliquées à la prestation du PAAC pour en améliorer l'efficacité et l'efficacités; le changement le plus important a été de changer le principal mode de paiement pour le paiement anticipé. Le changement n'a pas apporté le résultat attendu de réduire l'utilisation des ressources. L'effet sur les coûts du programme a été plutôt négatif, et le processus a été rétabli à celui de remboursements.

Le Ministère a également fait des études internes pour évaluer la viabilité d'un changement de programme ou d'une partie de programme sous forme de programme de subventions. Même si une étude préliminaire a révélé que cela serait faisable et plus efficace et économique pour le programme, une étude subséquente a déterminé que ce ne serait vrai qu'en partie seulement puisque les frais associés à la modification des lois et des politiques excéderaient les économies. Il faudrait maintenir les droits du groupe

le plus large, celui des anciens combattants ayant servi en temps de guerre, étant donné qu'un processus de changement pour ces anciens combattants âgés serait problématique. Le risque associé au changement de la prestation du programme est également élevé vu qu'il s'agit d'un programme qui retient l'attention publique et politique. Il est inévitable que si ACC apporte des changements au PAAC, le grand public s'inquiète si ces changements sont perçus pour le moins négativement.

L'idée d'un système totalement axé sur les besoins a également été examinée dans le cadre de plusieurs études. Les chercheurs ont évalué la possibilité d'appliquer les outils standards et les modèles relatifs aux niveaux de soins de l'industrie, ce qui rendrait le PAAC entièrement axé sur les besoins et éliminerait les lourds processus de détermination de l'admissibilité et des droits, ferait en sorte que les services sont offerts en fonction du niveau de soins dont a besoin la personne et permettrait le suivi par le Ministère des niveaux de soins, des tendances et des besoins en évolution. Cependant, en raison des coûts associés élevés pour un groupe de bénéficiaire en déclin rapide, une telle démarche a été jugée financièrement non viable étant donné que le Ministère n'a pas d'outil d'évaluation qui semble satisfaire à toutes les exigences de base.

6.4 Conclusions générales sur l'efficience et l'efficacité du programme

- Même si l'efficience du PAAC a été améliorée au fil des ans, il est possible d'améliorer davantage l'efficience de la prestation du PAAC et l'atteinte des résultats du programme.
 - Il a été élaboré par des experts reconnus du secteur des soins à domicile et il a été vu positivement depuis sa mise en œuvre en 1981.
 - Des modifications à l'efficience (p. ex. l'essai de paiements anticipés qui ont été jugés non économiques et qui ont donc été éliminés).
- Bien que le coût par client ait diminué au fil des années, l'admissibilité a été élargie à deux composantes ou contributions financières faibles, quand du même coup, les besoins des anciens combattants vieillissants augmentent et par conséquent, le coût par bénéficiaire de ce groupe augmente, bien que la population des anciens combattants ayant servi en temps de guerre soit en déclin constant.
 - Les nouveaux bénéficiaires qui sont plus jeunes et qui n'auront peut-être pas besoin du PAAC pendant toute leur vie semblent continuer à recevoir le PAAC; le Ministère pourrait réaliser des économies en favorisant une autonomie accrue et en surveillant l'amélioration de la santé avec plus de diligence.
- Même si les frais de salaires et de F et E ont augmenté de un million de dollars depuis 2007-2008, le nombre de bénéficiaires a augmenté de 5 000 et il y a eu également une augmentation reconnue des besoins et de l'utilisation du programme découlant de l'âge. L'efficience du programme s'est donc améliorée avec le temps.
 - Malgré l'élargissement du PAAC et l'arrivée de bénéficiaires ayant des besoins divers, il n'y a pas eu d'ajouts majeurs au personnel. Par contre, les compétences requises ont changé, la délégation des pouvoirs et les

responsabilités ont été augmentées, et les ressources et les tâches ont été réaffectées.

- Les données et les limites du système ont restreint la capacité de l'équipe d'évaluation de juger du rapport coût-efficacité du PAAC et de déterminer quantitativement dans quelle mesure le programme dépasse les objectifs.
- Le programme est associé à un mécanisme centralisé voyant aux politiques aux procédures et à la surveillance, mais jusqu'à ce jour, il y a des problèmes d'uniformité en matière de communication et d'application.
 - Les travaux de la section responsable des politiques vont bon train pour la simplification des politiques au printemps 2011 (remaniement des politiques en matière de programme pour éliminer l'information inutile, menant jusqu'au niveau des processus, des procédures et des directives).
 - La section de la prestation des services participe également aux travaux au niveau des processus et des directives et également de la communication des documents sur les politiques d'une seule voix à tout le personnel.
- Il ne semble pas y avoir de modèle de remplacement, ni de démarche différente pour la prestation qui seraient plus efficaces tout en étant économiques. L'efficacité pourrait tout de même être améliorée sans changer le modèle du programme et la démarche de prestation actuels.
 - Certains modèles, comme la démarche totalement autonome des États-Unis, pourraient s'appliquer davantage aux jeunes vétérans des FC; cependant, il y a des questions de responsabilité qu'il faudrait régler.
 - Il serait peut-être plus efficace d'accorder des subventions plutôt que des contributions pour certains éléments de l'entente de contribution dans le cas des vétérans des FC, mais comme le révèlent certains problèmes médiatiques, les observations faites à propos des indemnités d'invalidité et la mortalité rapide du groupe des anciens combattants ayant servi en temps de guerre, le mécanisme de prestation du programme doit être réexaminé avec l'intention de l'adapter aux besoins de la population croissante des vétérans des FC et des épouses et principaux dispensateurs de soins survivants.
 - Le paiement anticipé, qui est considéré comme une approche presque identique à celle de subventions, a été jugé moins économique et moins efficace pour la prestation du PAAC que la méthode de remboursement.
- La production de prévisions pour les nouveaux élargissements du programme s'est avérée être un défi en raison du passé limité sur lequel fonder les prévisions; dans certains domaines du programme, cette lacune a entraîné une surestimation des dépenses prévues (p. ex. estimations relatives à l'élargissement pour les survivants) étant donné que le nombre réel de bénéficiaires et les dépenses connexes au programme se sont avérés beaucoup plus faibles que les prévisions^{104 105}.

¹⁰⁴ Il faut souligner que ces prévisions ne représentent pas les compétences en matière de prévisions d'ACC puisque les estimations ont été produites par le ministère des Finances.

¹⁰⁵ MacLean, M. B. *VAC Health Services Review Client and Expenditure Impact of Proposals*. Appendix E: Independent Review of the Cost Estimates. Veterans' Health Services Review. May 21, 2008. (anglais)

- Le Ministère ne fait pas le suivi des coûts de gestion par secteur de programme, et des méthodes moins fiables, comme l'examen des dossiers, les échantillons et les observations, sont utilisées.
- Les limites en matière de système et de données sont peut-être un des facteurs qui réduit la capacité du Ministère de surveiller l'utilisation des ressources et de produire des rapports pour les différents secteurs de programme.
- Le risque, la responsabilité, le rapport coût-avantage, la capacité de l'organisation et les limites des systèmes ne sont que quelques-uns des facteurs considérés par le Ministère lorsqu'il détermine s'il utilise la démarche la plus économique pour atteindre les résultats attendus (p. ex. services externes de traitement des paiements du PAAC, recours à des professionnels de la santé contractuels pour la réalisation des évaluations).
- Pour limiter l'utilisation des ressources tout en atteignant les objectifs, le Ministère a apporté plusieurs changements :
 - Le transfert des pouvoirs délégués vers les échelons inférieurs;
 - La modification de l'exécution du programme (p. ex. limiter les visites à domicile et accroître le recours à la technologie et aux évaluations par téléphone);
 - Le recours aux fournisseurs contractuels pour les évaluations et le traitement des paiements;
 - L'élimination de deux éléments du programme (gros travaux ménagers en 1994 et SEA en 1993) suivant des examens du programme;
 - Limiter l'admissibilité au programme à des catégories très réduites d'anciens combattants.
- La capacité de limiter l'utilisation des ressources peut être possible grâce à l'investissement dans des méthodes technologiques.
- Des preuves indéniables démontrent que les ressources utilisées pour le PAAC sont peu considérables lorsqu'on les compare à la valeur des résultats obtenus.
 - Économies réalisées entre 175 millions de dollars et 380 millions de dollars chaque année en comparaison aux SLD.
 - Taux élevé de satisfaction déclarée par les bénéficiaires signifiant que le PAAC répond à leurs besoins (86 pour cent) et leur permet de rester chez eux (91 pour cent).

7.0 DISTRIBUTION

Sous-ministre

Sous-ministre déléguée

Chef de cabinet du ministre

Président, Tribunal des anciens combattants (révision et appel)

Sous-ministre adjoint, Secteur des politiques, des communications et de la commémoration

Sous-ministre adjoint, Secteur de la prestation des services

Sous-ministre adjoint, Secteur des services ministériels

Directeur exécutif et Chef avocat-conseil des pensions, BSJP

Bureau de l'ombudsman des vétérans

Directeurs généraux régionaux (3)

Directeurs de district (12)

Directeur général, Direction générale du secrétariat du ministérielle et Coordination des politiques

Directeur général, Direction générale de la gestion des programmes et de la prestation des services

Directeur général, Direction générale des politiques et de la recherche

Directeur général, Remaniement des opérations

Coordonnatrice adjointe, Accès à l'information et Protection des renseignements personnels

Analyste des programs, Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada (SCT)

Direction générale de la fonction de contrôleur (SCT)

8.0 RÉFÉRENCES

Rapports d'Anciens Combattants Canada

1. Annexe K-3 : Modalités du Programme pour l'autonomie des anciens combattants. 2009.
2. Annexe C. *Modalités du Programme pour l'autonomie des anciens combattants*. 2008.
3. Direction générale de la vérification et de l'évaluation. Anciens Combattants Canada. Vérification du PAAC. 2010.
4. Direction générale de la vérification et de l'évaluation. Anciens Combattants Canada. Évaluation du PAAC. 2006.
5. Corporate Research Associates. 2009-2010 LTC Client Satisfaction Questionnaire Data Tables. (Non traduit)
6. Corporate Research Associates. 2009-2010 National Data Analysis Final Report. LTC Client Satisfaction Questionnaire. (Non traduit)
7. Corporate Research Associates Inc. VAC 2010 National Client Survey Results. (Non traduit)
8. Anciens Combattants – Rapport sur le rendement 2008-2009. Tiré de <http://www.tbs-sct.gc.ca/dpr-rmr/2008-2009/inst/dva/dva-fra.pdf>
9. Drebit, O. *Performance Measurement within Veterans Affairs Canada: The First Annual Report to the Departmental Evaluation Committee on the State of Performance Measurement of Programs in Support of Evaluation within Veterans Affairs Canada (VAC)*. Head of Evaluation Report. Veterans Affairs Canada. October 2010. (Non traduit)
10. Conseil consultatif de gérontologie, Anciens Combattants Canada. Parole d'honneur : l'avenir des prestations de santé pour les anciens combattants du Canada ayant servi en temps de guerre, avril 2006.
11. Guptill, B. *Examen des subventions et des contributions d'Anciens Combattants Canada (ACC) : rationalisation du PAAC et des SLD*, Conseiller spécial, Direction générale des finances, Anciens Combattants Canada, août 2010.
Health Care Programs Directorate. Veterans Independence Program Re-engineering. Project Initiation Document Working Draft. September 17, 2010. (Non traduit)
12. Kuropatwa, R. *Modèles d'affectation des ressources : conseillers de secteur et agents des services aux clients - Rapport final*, rapport préparé pour Shawn Russell, gestionnaire, Unité d'apprentissage sur la nouvelle Charte des anciens combattants (Apprentissage NCAC), le 21 mars 2008.
13. MacLean, MB, A. Poirier et J. Sweet. *Besoins auxquels répond le Programme pour l'autonomie des anciens combattants - Indicateurs tirés de l'Enquête sur la transition à la vie civile, Analyse secondaire de l'Étude sur la vie après le service militaire (EVASM) (Série 2011 – Version 1)*, Direction de la recherche, Anciens Combattants Canada, 14 février 2011.
14. MacLean, MB. *Examen des services de santé pour les anciens combattants : Incidence des propositions sur les clients et les dépenses*. Le 21 mai 2008.
15. MacLean, MB et M. Zinck. *Examen des services de santé pour les anciens combattants – Économies 2 : prévention ou retard de l'admission en établissement de soins*, le 23 février 2007.
16. MacLean, MB, L. Van Til, JM. Thompson, D. Pedlar, A. Poirier, J. Adams, S. Hartigan et K. Sudom. *Life After Service Study: Data Collection Methodology for The Income Study and The Transition to Civilian Life Survey*. Veterans Affairs Canada Research Directorate Technical Report. April 29, 2010: p79. Program Performance Unit. Veterans Independence Program, Program Management Performance Snapshot - As of end of 4th quarter 2009/2010. (Non traduit)
17. Program Performance Unit. Veterans Independence Program Profile. Fiscal Year 2009/2010. (Non traduit)
18. Program Performance Unit. Veterans Independence Program Performance Measurement Plan. Updated 2010-08-24. (Non traduit)

19. Program Performance Unit. Veterans Independence Program (VIP) Data Collection Review. July 2010. (Non traduit)
20. Thompson, JM., MB. MacLean, L. Van Til, K. Sudom, J. Sweet, A. Poirier, J. Adams, V. Horton, C. Campbell et D. Pedlar. Survey on Transition to Civilian Life: Report on Regular Force Veterans. Research Directorate, Veterans Affairs Canada, Charlottetown, and Director General Military Personnel Research and Analysis, Department of National Defence, Ottawa. 04 January 2011:103 p. (Non traduit)
21. Veterans Affairs Canada Client and Expenditure Forecast. 2011-2012 VAC Forecast Cycle. VAC Statistics Directorate. August 2010. (Non traduit)

Rapports externes

22. Association canadienne de soins et services à domicile. *Portraits des soins à domicile au Canada*, mars 2008.
23. Association canadienne des soins de santé. (2009). *Home Care in Canada: From the Margins to the Mainstream*. Ottawa: Author. Texte intégral non traduit; titre et résumé traduits (titre = *Les soins à domicile au Canada : de l'exclusion à l'intégration*)
24. Institut canadien d'information sur la santé. *Dépenses du secteur public et utilisation des services à domicile au Canada : Examen des données*, Base de données sur les dépenses nationales de santé, mars 2007. Tiré de http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/trends_home_care_mar_2007_f.pdf
25. Ministère de la Défense nationale. *Évaluation du soutien aux militaires des FC blessés et à leurs familles*, 1258-165 (CS Ex), juin 2009.
26. Fast, J., A. Yacyshyn et N. Keating. *Wounded Veterans, Wounded Families*. Hidden Costs/Invisible Contributions. Department of Human Ecology, University of Alberta. February 2008. (Non traduit)
27. Gilmour, H. et J. Park. « Dépendance, problèmes chroniques et douleur chez les personnes âgées », *Supplément aux Rapports sur la santé*, volume 16, Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue, Ottawa, février 2006.
28. Hollander, M., PhD, A. Tessaro et al. *Evaluation of the Maintenance and Preventive Model of Home Care*. Final Report. Division des soins à domicile et des produits thérapeutiques, Direction générale de la politique de la santé et des communications, Santé Canada, mars 2001. (Non traduit)
29. Hollander, M., PhD (Hollander Analytical Services Ltd.) et N. Chappell, PhD. (Centre on Aging, University of Victoria). *Final Report of the National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care*. Série de rapports de synthèse. A Report Prepared for the Fonds pour l'adaptation des services de santé, Santé Canada, août 2002. (Non traduit)
30. Hollander, M., J. Miller et M. MacAdam. *Projet de recherche sur les soins continus pour Anciens Combattants Canada et le gouvernement de l'Ontario – Rapport de synthèse* conducted for Anciens Combattants Canada et le gouvernement de l'Ontario, avril 2008. Hollander, M. et M. MacAdam. *Strategic Review of Home Care Services as Part of the Alberta Continuing Care Strategy*. Strategic Literature Scan of National and International Home Care Services. Alberta Health and Wellness. May 2010. (Non traduit)
31. Lankin, F. et I. Clark. *Des lourdeurs administratives à des résultats clairs – Rapport du Groupe d'experts indépendant sur les programmes de subventions et de contributions du gouvernement fédéral*, Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada, décembre 2006. Tiré de <http://dsp-psd.tpsgc.gc.ca/Collection/BT22-109-2007F.pdf>
32. MacQueen, K. Don't seniors deserve better? *Macleans magazine*. February 23, 2011.
33. Mason, A., H. Weatherly, K. Spilsbury et al. The effectiveness and cost-effectiveness of respite for caregivers of frail older people. *Journal of the American Geriatrics Society*. Vol. 55, No. 2, pp. 290-9. (2007)

34. *Soins de longue durée en établissement au Canada : notre vision pour une amélioration des soins aux aînés – Résumé*, résumé d'un rapport d'étude de plus de 100 pages, Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP), octobre 2009.
35. Wilkins, Kathryn. « Les soins à domicile subventionnés par le gouvernement », *Rapports sur la santé*, vol. 17, n° 4, Statistique Canada, 2006.
36. Carrière, G. « Utilisation des services de soins à domicile par les personnes âgées », *Rapports sur la santé*, vol. 17, n° 4, Statistique Canada, 2006.

Australie

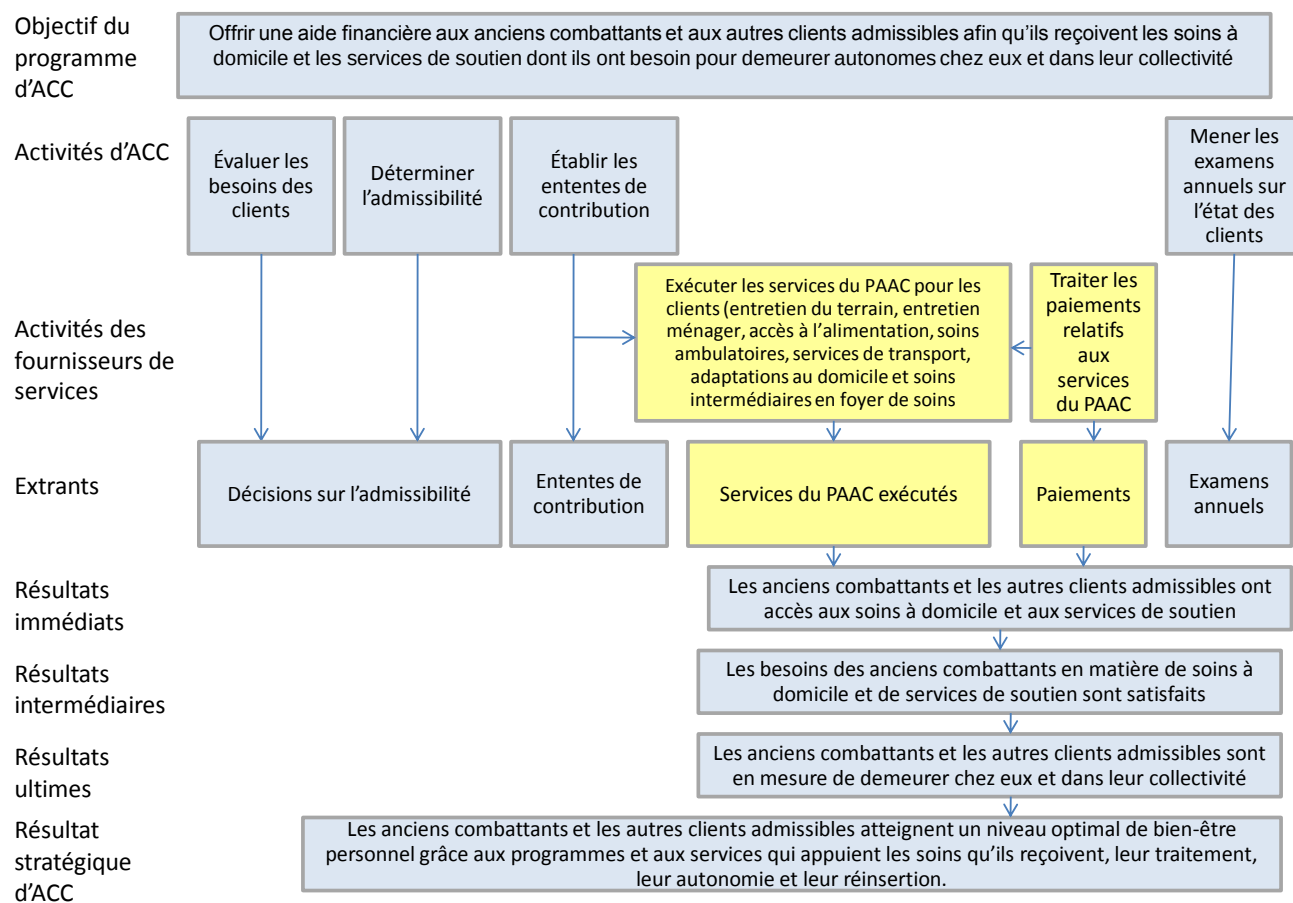
37. ANAO. Veterans' Home Care Performance Audit. Audit Report No.43. 2004–05.
http://www.anao.gov.au/uploads/documents/2004-05_Audit_Report_43.pdf
38. Bradbury, B. et J. Brown. *Veterans' Home Care Cost Effectiveness: Final Report*. University of NSW: Social Policy Research Centre. 2004.
39. Wainwright, T. *Home care thoughts from abroad: A review of the literature on the cost-effectiveness of home-based services and on ways of funding and organising home-based care*. New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA). 2003.

Annexe A : Cadre de référence de l'évaluation du PAAC

Titre et numéro du projet	<i>Évaluation du Programme pour l'autonomie des anciens combattants</i>					2010-11.01
Type de projet	Évaluation sommative					
Responsables de projet	DG Orlanda Drebit, DG, DGVE Dir. ou gestionn. Kevin Edgecombe, directeur p.i., DGVE					
Contexte	- Le Programme pour l'autonomie des anciens combattants (PAAC) est un programme national de soins à domicile offert par Anciens Combattants Canada pour aider les bénéficiaires du PAAC à demeurer en santé et autonomes chez eux ou dans leur collectivité. - Il a été établi en 1981 et ses avantages et l'admissibilité des bénéficiaires du PAAC ont été élargis régulièrement au fil des années.					
Objectifs de projet	- Évaluer dans quelle mesure le Programme pour l'autonomie continue de répondre à un besoin manifeste et répond aux besoins des anciens combattants. - Évaluer les liens entre les objectifs du Programme pour l'autonomie des anciens combattants et i) les priorités du gouvernement fédéral et ii) les résultats ministériels stratégiques. - Évaluer le rôle et les responsabilités d'ACC relativement à l'exécution du Programme pour l'autonomie des anciens combattants. - Évaluer les progrès réalisés dans l'atteinte des résultats escomptés du Programme pour l'autonomie des anciens combattants (y compris les résultats immédiats, intermédiaires et ultimes) par rapport aux cibles et à la portée du programme, ainsi qu'à la conception du programme, ce qui comprend les liens et la contribution des extrants aux résultats. - Évaluer l'utilisation des ressources relativement à la production des extrants et aux progrès réalisés concernant l'atteinte des résultats escomptés du Programme pour l'autonomie des anciens combattants.					
Portée	L'évaluation porte sur plusieurs ESS, y compris 1.2.1.2 Établissements non ministériels - Programme pour l'autonomie des anciens combattants; 1.2.3.1 Programme pour l'autonomie des anciens combattants – Services de soins à domicile et 1.2.3.2 Programme pour l'autonomie des anciens combattants – Autres services.					
Ressources	Heures	DG	DIR.	GEST.	BUREAU	TOTAL
	Planification	40,5	40,5	364,5	364,5	810
	Travaux	40,5	40,5	364,5	364,5	810
	Rapports	20,25	20,25	182,25	182,25	405
	Totaux	101,25	101,25	911,25	911,25	2 025
Notes	- La Politique sur les paiements de transfert exige de faire une évaluation avant le renouvellement des modalités du PAAC le 30 novembre 2011. - Outre la classification du risque, ce secteur a été mentionné précisément par la haute direction d'ACC au cours des entrevues comme candidate à l'évaluation. - L'évaluation du PAAC fait partie de la portée précisée par la politique d'évaluation au cours du cycle quinquennal de tous les paiements de transfert. - L'évaluation tiendra compte des constatations faites au cours de l'évaluation du PAAC menée en 2009.					
Échéancier	Planification : De juillet 2010 à sept. 2010 Travaux : D'oct. 2010 à janv. 2011 Production du rapport : De février 2011 à mars 2011					

Annexe B : Modèle logique du Programme pour l'autonomie des anciens combattants (PAAC)

Mis à jour le 23 août 2011



Annexe C : Description des services et du soutien offerts dans le cadre du PAAC

- **Entretien du terrain**, y compris la tonte du gazon et le déneigement;
- **Entretien ménager**, y compris l'aide pour les tâches routinières comme la lessive, le ménage et la préparation des repas;
- **Services de soins personnels** pour aider à accomplir certaines tâches personnelles comme prendre un bain, se vêtir ou manger;
- **Accès aux services d'alimentation** comme la popote roulante ou le transport pour obtenir un repas;
- **Services de santé et de soutien** offerts par des professionnels de la santé;
- **Soins ambulatoires (consultation externe)** pour certains services de santé et services sociaux offerts à l'extérieur de la maison, notamment les services de centre de jour pour adultes et les frais de déplacement pour obtenir ces services;
- **Remboursement des frais de déplacement aux activités sociales** favorisant l'autonomie, comme les courses, les transactions bancaires, la visite d'amis lorsque d'autres modes de transport ne sont pas offerts;
- **Adaptations au domicile** pour modifier les installations d'un domicile comme la salle de bain, la cuisine, les portes, pour faciliter les activités quotidiennes de base telles que préparer les repas, maintenir l'hygiène personnelle et dormir. Les adaptations au domicile ne comprennent pas les rénovations ou les réparations générales;
- **Soins en établissement** lorsque la vie à la maison n'est plus une solution pratique et que la personne a besoin de plus de soins et d'aide personnelle.

Annexe D : Nombre total de bénéficiaires par type de service de l'exercice 2007-2008 à l'exercice 2009-2010

Type de service	Nombre de bénéficiaires du PAAC		
	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Anciens combattants ayant servi en temps de guerre	60 083	57 378	55 591
Vétérans des Forces canadiennes	14 073	15 433	17 742
Survivants/principaux dispensateurs de soins d'anciens combattants ayant servi en temps de guerre	27 356	31 667	32 711
Survivants/principaux dispensateurs de soins de vétérans des Forces canadiennes	1 607	1 598	1 754

Annexe E : Soins de santé et soins à domicile à l'échelle nationale et à l'échelle internationale

Toute société se fait un devoir de prendre soin des aînés. La société en général vieillit, une importante cohorte de la population approche rapidement le groupe d'âge des aînés, période de la vie où les risques à la santé augmentent et peuvent mener à une perte éventuelle d'autonomie. Avec le vieillissement de la société, les pressions grandiront pour que le gouvernement fournisse de l'assistance pour les aider à vivre à leur domicile. Des études révèlent que si l'assistance n'est pas fournie dans le domicile, le risque de blessures, d'affections chroniques et d'incapacité à vivre de façon autonome chez eux s'accroît. Il en découlera peut-être une augmentation des admissions dans les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée à coûts beaucoup plus élevés, comme le fait mieux saisir l'extrait suivant d'un article de fond publié dans la revue *Maclean's* (MacQueen, 23 février 2011) :

[Traduction libre] « Le problème est tellement plus qu'une simple question de chiffres, mais tout de même, les données statistiques témoignent de l'importance d'une réforme. Déjà, le groupe des personnes de 65 ans et plus est à la source de 44 pour cent des dépenses provinciales et territoriales du secteur de la santé. Il y a 30 ans, les dépenses du secteur de la santé constituaient en moyenne 29 pour cent des coûts en matière de programmes provinciaux. Ces coûts atteignent maintenant plus de 39 pour cent en moyenne, et en Ontario, ils représentent près de 46 pour cent des dépenses en matière de programmes. Aujourd'hui, environ 14 pour cent de la population a 65 ans ou plus. Ce nombre doublera au cours des 20 prochaines années, tandis que le nombre de personnes de 85 ans ou plus quadruplera. On ne peut qu'imaginer les répercussions que ces prévisions auront sur le financement des soins de santé quand du même coup, la population active diminuera en proportion. »

Nombre de chercheurs préconisent les soins à domicile pour les aînés comme une solution de remplacement économique aux soins prodigués dans un établissement. Un rapport sur la santé¹⁰⁶ publié en 2006 par Statistique Canada compare l'utilisation des soins à domicile subventionnés de 1994-1995 à 2003. Les statistiques mentionnées dans le rapport indiquent qu'il existe des lacunes importantes en matière de soins à domicile entre les besoins et la prestation de soins aux Canadiens. Les données indiquent que la disponibilité des soins à domicile pour ceux qui en ont besoin décroît. La réduction laisse supposer une baisse du niveau de soutien du gouvernement, une pénurie de personnel offrant des services à domicile et de professionnels de la santé et une augmentation du soutien offert par d'autres fournisseurs de soins (p. ex. des aidants naturels). Le Projet de recherche sur les soins continus signale également que le potentiel existe d'investir davantage dans les soins à domicile comme substitut des soins en établissement¹⁰⁷. L'article publié dans la revue *Maclean's* souligne également ce qui suit :

¹⁰⁶ Wilkins, Kathryn. « Les soins à domicile subventionnés par le gouvernement », Rapports sur la santé, vol. 17, no 4, Statistique Canada, 2006.

¹⁰⁷ Hollander, M., J. Miller et M. MacAdam. *Projet de recherche sur les soins continus pour Anciens Combattants Canada et le gouvernement de l'Ontario. Rapport de synthèse*. Avril 2008.

[Traduction libre] « Il ne fait aucun doute que le système se serait déjà effondré si ce n'était du travail de plus de deux millions d'aidants naturels, qui sont généralement les conjoints ou les enfants adultes, dont les efforts permettent aux aînés de demeurer à domicile. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) estime que la contribution économique des aidants naturels aux soins des aînés se chiffre à 25 milliards de dollars par année¹⁰⁸. »

¹⁰⁸

MacQueen, K. « Don't seniors deserve better? » *Macleans magazine*. Le 23 février 2011.

Annexe F : Liste des personnes interviewées

L'équipe d'évaluation a interviewé un total de 82 personnes, y compris des employés de l'Administration centrale, des bureaux régionaux et des bureaux de district d'ACC et également des représentants des soins à domicile provinciaux et des collègues de la section d'évaluation du MDN.

Entrevues à l'Administration centrale – 20 personnes	
	• 2 – Unité de gestion du PAAC • 2 – Gestion de la prestation des services • 1 – Unité du rendement des programmes • 3 – Politiques • 2 – Finances • 1 – Services juridiques • 1 – Opérations centralisées • 4 – Initiatives de modernisation des services • 2 – Recherche • 2 – Administration des contrats
Entrevues sur le terrain – 62 personnes	
Winnipeg (23)	• 5 employés du Réseau national des centres d'appels • 2 gestionnaires d'équipe des services aux clients • 3 gestionnaires de cas • 4 agents des services aux clients • 1 infirmière de district • 1 médecin principal de district • 2 agents des normes, de la formation et de l'évaluation • 1 médecin régional • 1 directeur régional des Services aux clients • 1 directeur régional • 2 représentants des soins à domiciles provinciaux (autorité sanitaire régionale de Winnipeg)
Ottawa (18)	• 2 gestionnaires d'équipe des services aux clients • 3 gestionnaires de cas • 5 agents des services aux clients • 2 infirmières de district • 1 médecin principal de district • 1 directeur de district • 1 représentant des soins à domiciles provinciaux (Centre d'accès aux soins communautaires du district Champlain) • 3 collègues de la section de l'évaluation du ministère de la Défense nationale
Montréal (21)	• 2 gestionnaires d'équipe des services aux clients • 5 gestionnaires de cas • 6 agents des services aux clients • 1 ergothérapeute • 1 infirmière de district • 1 médecin principal de district • 1 agent régional de programme • 1 agent des normes, de la formation et de l'évaluation • 1 directeur régional des Services aux clients • 2 représentants des soins à domiciles provinciaux (Centre local de services communautaires Laval-Valleyfield)

Annexe G : Succès et limites de l'évaluation

Même si l'équipe d'évaluation s'est heurtée à des limites et à des obstacles lors de la collecte et de l'analyse de l'information, il y a eu également plusieurs réussites :

Réussites

- Sondages ministériels récents auprès des bénéficiaires, y compris le Sondage national mené en 2010 auprès des clients, le Sondage sur la satisfaction de la clientèle bénéficiant des services de soins de longue durée mené en 2010 et l'Enquête sur la transition à la vie civile auprès des militaires des Forces canadiennes dans le cadre de l'Étude sur la vie après le service militaire.
- Consolidation et inventaire d'un ensemble important de rapports externes et d'articles universitaires sur les soins à domicile à l'échelle du pays.
- Projets de recherche actuels et études récentes menées à l'interne
 - Document de lancement du projet de remaniement du PAAC
 - Programme de transformation
 - Examens internes des dossiers des bénéficiaires du PAAC (section des programmes et section des résultats)
 - Vérification du PAAC menée en 2010.
- Le projet important (programme de transformation) en cours en même temps que l'évaluation a créé des occasions de recherche et d'échange de l'information pour faire avancer les deux projets.
- Les mesures prises actuellement en réponse aux constatations relatives au PAAC (et à d'autres programmes) de l'évaluation indépendante d'ACC stimulent l'intérêt et les conversations sur la pertinence et le succès du PAAC.
- Entière participation des membres de la direction de la section des programmes et du personnel à l'extérieur de l'Administration centrale malgré une période intense de travail, d'observation attentive par les médias et les politiciens et de changement organisationnel.
- Le Conseil consultatif de gérontologie a fourni un volume impressionnant de documents de recherche et de référence précieux qui a été très utile à l'évaluation.

Limites

Conception de l'évaluation, méthodes et consultations

- Possibilité restreinte de mener des visites sur place en raison de la disponibilité des principaux informateurs et de projets ministériels concurrents.
- Priorités ministérielles concurrentielles (p. ex. les projets de transformation, les questions d'accès à l'information et de protection des renseignements personnels).
- L'examen comparatif d'autres programmes de soins à domicile pour les anciens combattants s'est limité à la recherche sur Internet et aux rapports et à l'analyse déjà connus.
- L'examen des documents sur les programmes de soins à domicile au Canada portait en grande majorité sur les comparaisons et les analyses déjà faites.

Limites des données

- Les données n'étaient pas toujours recueillies en fonction de secteurs de programmes, mais plutôt selon une perspective fonctionnelle, géographique ou individuelle du bénéficiaire.
- Les données ne sont pas souvent rassemblées en information utile ou qui peut être facilement consultée aux fins de la prise de décision. Par exemple, les rapports sur les soins de longue durée sont souvent un mélange de bénéficiaires de SIMR et de SLD du PAAC, vu que les rapports tiennent compte du type de lit et ne sont pas souvent associés à l'admissibilité aux programmes.
- L'incapacité d'associer certaines données à un secteur de programme et à associer ces programmes entre eux rend difficile d'y associer certains résultats de programme.
- La fiabilité et la disponibilité variables des données (résultats et rapport coût-efficacité), par exemple l'utilisation des ressources et le taux de remplacement des soins en établissement par des soins à domicile.
- Compte inexact du nombre de militaires encore en service dans les FC bénéficiaires du PAAC étant donné que le compte actuel n'est pas mis à jour fréquemment dans le système. Il y a des problèmes d'intégrité des données relatives à ce groupe.
- Des lacunes en matière de données sur l'utilisation d'éléments précis ont limité la capacité de l'équipe d'évaluation de fournir une analyse sur la pertinence et l'utilisation des programmes, par exemple lors de la comparaison du chevauchement éventuel des services du PAAC avec ceux du programme d'avantages médicaux.
- Manque de données sur les résultats relatifs aux personnes occupant un lit dans un établissement de soins (c.-à-d. soins intermédiaires du PAAC).
- Le manque de données sur le continuum de services a empêché l'analyse de la transition du domicile à un établissement. Les données sont actuellement recueillies selon le type de lit ou le niveau de soins, mais pas en fonction du programme (p. ex. PAAC et SLD).

Mesure des résultats

- Nous avons besoin de données supplémentaires sur les résultats. En raison de l'évolution constante du Programme et de l'ajout de nouveaux groupes de bénéficiaires, le Ministère travaille encore à déterminer quels types de données recueillir.
- Chaque niveau supplémentaire de critères complexes d'admissibilité engendre de nouveaux défis quant à la production et à l'extraction de l'information sur les résultats.
- Les données sur les résultats ne peuvent être facilement recueillies ou compilées.
- Le RPSC et le SFTDSS ont tous les deux la capacité de recueillir des données, mais ont une capacité limitée d'échanger de l'information l'un avec l'autre.
- Les données fournies par chaque système ne suffisent pas aux exigences ou au potentiel complet de mesure des résultats du PAAC.
 - Le RPSC a été conçu comme un outil de prestation de programme à l'usage des gestionnaires de cas et il permet de recueillir et de rassembler

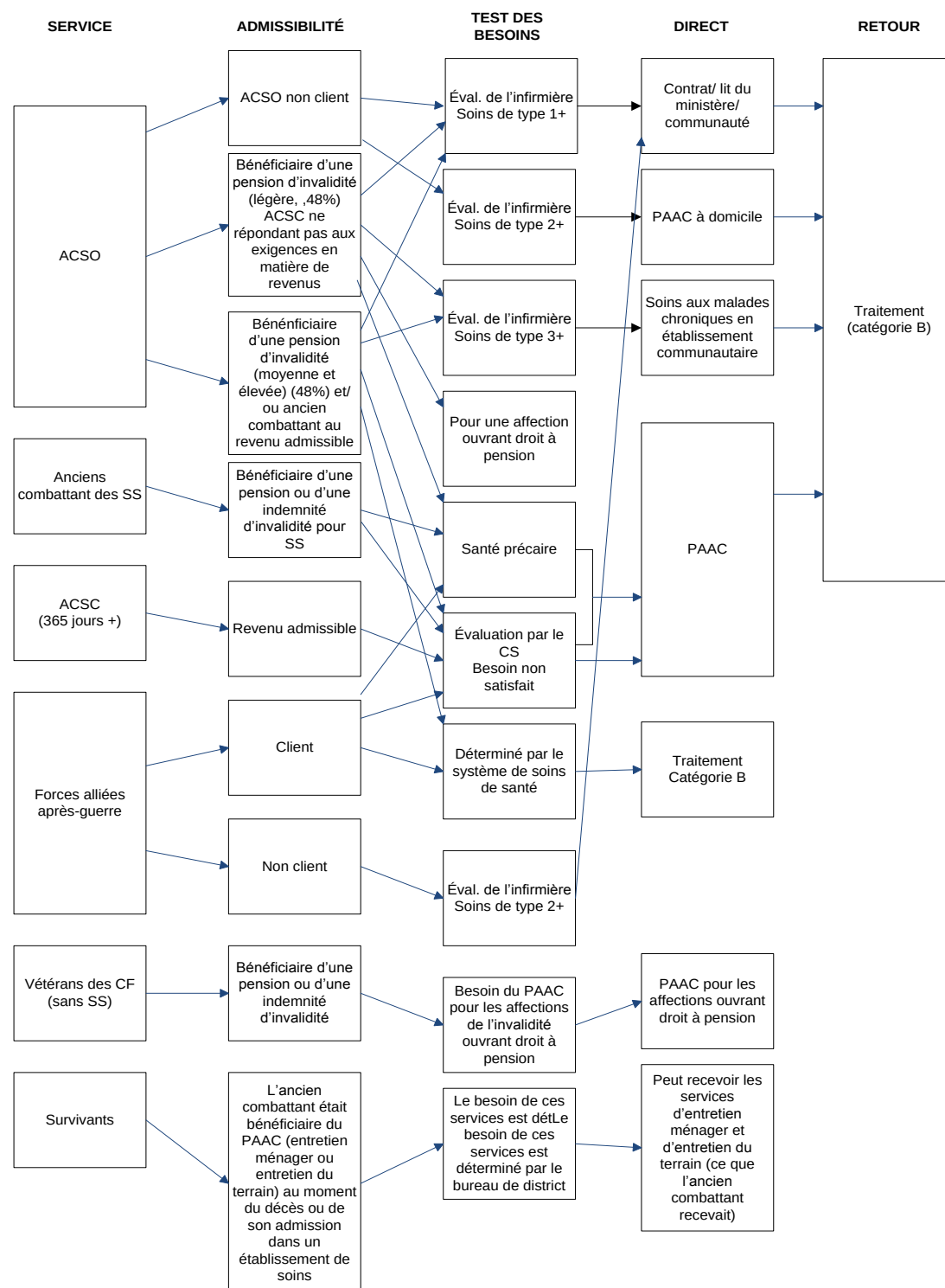
- l'information sur les bénéficiaires individuels grâce à un code identificateur unique.
- Le SFTDSS est un système qui appartient à une entreprise privée de soins de santé (Medavie – Croix Bleue) qui le gère conformément aux modalités d'un contrat conclu avec ACC. Il s'agit d'un système de paiement des factures des fournisseurs du PAAC et de remboursement des bénéficiaires qui recueille les données obtenues aux fins de paiement. Des rapports périodiques du SIG (produits selon le numéro de dossier de l'ancien combattant [NDAC]) sont acheminés à ACC en plus des données quotidiennes, hebdomadaires et mensuelles qu'ACC peut extraire. Cependant, le code identificateur du bénéficiaire (VFC) utilisé n'inclut pas certains bénéficiaires (conjoint survivant et principaux dispensateurs de soins), et certaines données importantes ne sont pas non plus recueillies ou consultées facilement. Par exemple, il n'y a aucun suivi des ententes de contribution en suspens en fonction de l'analyse selon l'âge, l'historique, la durée et la disposition. Le manque de données historiques complique la détermination des tendances ou des problèmes.

La faiblesse la plus importante est peut-être l'incapacité de faire le suivi continu du nombre de bénéficiaires du PAAC qui auraient besoin d'être admis dans un établissement de soins infirmiers ou un établissement de soins de longue durée, si ce n'était des services du PAAC. Cette information pourrait fournir une mesure du succès continu du Programme et permettrait l'analyse du rapport coût-avantage historique et continu du PAAC. Elle aiderait également la prise de décision et la gestion de cas personnelle à l'égard des bénéficiaires par la comparaison des coûts des soins à domicile avec les soins dans un établissement. L'absence de ces données essentielles constitue un défi de taille pour ce qui est de la mesure des principaux résultats du PAAC. La mesure directe de ces données serait très coûteuse; un indicateur substitutif par le truchement d'une mesure indirecte pourrait fournir des données utiles et économiques.

Changements simultanés

- Changements récents et continus aux politiques et aux processus en matière de programmes au cours de la période d'évaluation (p. ex. admissibilité élargie, nouveaux formulaires et processus).
- Les composantes évaluées ont varié en raison des projets de simplification prévus et mis en œuvre récemment (certains changements ne sont pas en place depuis assez longtemps pour être évalués ou sont en voie de mise sur pied).
- Il y a eu d'importants changements au programme (23) depuis son entrée en vigueur.
- La complexité des relations et des liens avec d'autres programmes d'ACC.
- Changements organisationnels au cours de l'évaluation (unification de la Gestion des programmes et de la Prestation des services et séparation d'avec les politiques; modification du rôle de gestionnaire de cas et d'ASCs).
- Modification récente aux objectifs et aux résultats du Programme après l'étape de collecte de données de l'évaluation.

Annexe H : Structure relative à l'admissibilité au PAAC



Source : MacLean, MB. *Examen des services de santé pour les anciens combattants : Incidence des propositions sur les clients et les dépenses*. Figure 6 : Droit aux services de santé fondé sur l'admissibilité. Le 21 mai 2008.

NOTE : La structure relative à l'admissibilité ne tient pas compte de l'élargissement qui accorde maintenant aux anciens combattants alliés l'admissibilité au PAAC.

Annexe I : Chevauchement et dédoublement éventuel avec d'autres programmes d'ACC

Adaptations au domicile du PAAC et adaptations au domicile du programme d'avantages médicaux (PDC 13 – Équipement spécial)

Le PAAC prévoit des adaptations au domicile afin de permettre au bénéficiaire d'accomplir les activités de la vie quotidienne tandis que le programme d'avantages médicaux (PDC 13) prévoit les adaptations au domicile qui facilitent l'utilisation d'un appareil chirurgical, d'une prothèse ou d'une aide à la maison. Les adaptations au domicile dans le cadre du PDC 13 ne sont qu'une part des appuis approuvés de ce programme de choix. Fondamentalement, les adaptations au domicile du PDC 13 et les adaptations au domicile du PAAC se chevauchent du point de vue du fait que l'objectif des deux avantages est semblable c.-à-d. améliorer la mobilité du bénéficiaire chez lui. Bien que le produit et le résultat général soient semblables, les critères d'admissibilité et la description de l'avantage sont différents.

L'admissibilité aux avantages médicaux (PDC) comprend l'accès à une gamme de programmes suivant le droit aux services de soins à domicile du PAAC, aux soins ambulatoires ou aux soins intermédiaires. Les facteurs poussant le personnel à offrir le PDC 13, s'il y a un choix fondé sur l'admissibilité double, sont les limites financières et les pouvoirs délégués supérieurs. Les résultats d'entrevue avec le personnel à l'extérieur de l'Administration centrale au sujet des deux programmes comprennent des questions sur le besoin de deux programmes semblables et des observations sur le fait que les adaptations au domicile dans le cadre du PAAC sont rarement utilisées en raison du niveau peu élevé des pouvoirs délégués aux gestionnaires de cas (500 \$ comparativement à 5 000 \$). Peu de modifications peuvent être apportées au domicile pour 500 \$. De l'avis général, les critères et les règles relatifs à chaque programme sont légèrement différents, mais ils pourraient probablement être associés à un seul programme.

Même si un rapport tiré des transactions dans le SFTDSS sur les bénéficiaires qui obtiennent les deux avantages n'a pas révélé de bénéficiaires doubles, les résultats indiquent qu'il y a peut-être une utilisation non uniforme inappropriée des éléments de l'adaptation au domicile principalement en raison des restrictions s'appliquant aux pouvoirs délégués¹⁰⁹. L'équipe d'évaluation n'a pas été en mesure de déterminer combien de bénéficiaires ou d'employés à l'extérieur de l'Administration centrale peuvent passer entièrement outre l'élément du PAAC et avoir recours au PDC 13 pour cette raison. Cela pourrait expliquer clairement pourquoi il ne semble pas y avoir évidence de recours aux deux programmes; pour gagner du temps, le gestionnaire de cas peut même ne pas présenter de demande d'adaptation au domicile dans le cadre du PAAC pour 500 \$ s'il peut passer directement à 5 000 \$ dans le cadre du PDC 13.

¹⁰⁹

Une des limites de l'évaluation est que les détails du soutien aux adaptations au domicile offert dans le cadre du PAAC ne sont pas connus étant donné que, contrairement aux PDC, les composantes du PAAC ne sont pas associées à des codes. Il faudrait procéder à l'examen du dossier des bénéficiaires d'adaptations au domicile dans le cadre du PAAC pour déterminer comment l'élément a été appliqué.

Les preuves dont disposait l'équipe d'évaluation étaient insuffisantes pour prouver le passage direct au PDC, mais les résultats d'entrevue laissent croire que c'est le cas.

Au cours de l'étape d'analyse de l'évaluation, l'équipe chargée de la transformation a annoncé l'élaboration d'un tableau modifié des pouvoirs délégués relatifs au PAAC qui incluait la modification du niveau de délégation aux gestionnaires de cas pour l'autorisation d'adaptations au domicile jusqu'au montant maximal payable dans le cadre du PAAC (5 560 \$ en 2010). Le changement devrait être suffisant pour éviter la possibilité de mauvaise utilisation des adaptations dans le cadre du PDC 13 aux fins des besoins du PAAC.

En 2009-2010, l'élément des adaptations au domicile a été utilisé par 501 bénéficiaires du PAAC, ce qui constitue moins de un pour cent du total des bénéficiaires du PAAC. En raison des données limitées, l'équipe d'évaluation n'a pas en main le nombre total d'utilisateurs pour les codes d'avantages relatifs aux avantages médicaux dans le cadre du PDC 13, mais dans l'ensemble, 26 984¹¹⁰ bénéficiaires ont obtenu les services du PDC 13 en 2009-2010.

Adaptations au domicile dans le cadre du PAAC et avantages médicaux du PDC 1 (Aides à la vie quotidienne)

Le personnel à l'extérieur de l'Administration centrale n'a fait aucune mention d'un chevauchement éventuel du PDC 1 (Aides à la vie quotidienne). Par contre, lorsque l'équipe d'évaluation a entrepris l'analyse des descriptions des deux programmes, elle a trouvé qu'il y avait très peu d'information sur les éléments qui sont inclus. Le but de l'élément pourrait facilement comprendre les « modifications » (adaptations au domicile) qui aideraient les personnes à se mouvoir à la maison, c.-à-d. des aides à la vie quotidienne comme les barres d'appui. Cependant, l'équipe n'est pas en mesure de conclure si des aides de petites tailles sont utilisées. Si de telles modifications à un domicile sont admissibles à titre d'adaptations au domicile dans le cadre du PAAC, le secteur des programmes pourrait souhaiter clarifier la question et en aviser le personnel puisque cet élément ne semble pas être connu ou être communiqué.

Les données fournies grâce aux interrogations sur les transactions dans le SFTDSS révèlent qu'au cours d'une période de trois ans, les anciens combattants ayant servi en temps de guerre comptaient pour 75 à 88 pour cent des utilisateurs des deux programmes (PDC 1 et adaptations au domicile dans le cadre du PAAC). Chez ce groupe, les aides pour la salle de bain étaient l'élément le plus fréquemment utilisé dans le cadre du PDC 1 et constituaient près de 95 pour cent de toutes les transactions. Selon ces données tirées des transactions dans le SFTDSS, plus de la moitié des bénéficiaires des adaptations au domicile dans le cadre du PAAC sont aussi bénéficiaires du PDC 1. De l'avis de l'équipe d'évaluation, le soutien apporté dans le cadre du PDC 1 pourrait être apporté comme élément d'une modification au domicile dans le cadre du PAAC.

¹¹⁰

ACC, Système d'information ministérielle. Clients uniques admissibles au traitement de PDC. 2010.

Services de santé et de soutien et avantages médicaux du PDC 8 (Soins infirmiers) et du PDC 12 (Services paramédicaux)

Comme dans le cas du PDC 13, après l'examen des politiques, de la description des avantages et de certaines observations du personnel à l'extérieur de l'Administration centrale, l'équipe d'évaluation était d'avis qu'il y avait risque de double avantage de PDC semblables (PDC 12 – services paramédicaux, et PDC 8 – Soins infirmiers) et des services de santé et de soutien dans le cadre du PAAC. Cependant, comme pour la comparaison des adaptations au domicile dans le cadre du PDC 13 et des adaptations au domicile dans le cadre du PAAC mise en évidence à la section précédente, l'analyse des données des transactions dans le SFTDSS ne prouve pas qu'il existe un chevauchement.

L'équipe d'évaluation s'est également heurtée à un manque de données sur les services de santé et de soutien offerts (p. ex. l'évaluation de l'ergothérapeute, les soins des pieds) dans le cadre du PAAC puisqu'il n'existe pas de code d'avantage précis dans les éléments du PAAC. Bien que le nombre de transactions relatives aux soins des pieds pour les 30 pour cent¹¹¹ des bénéficiaires qui reçoivent des services de santé et de soutien du PAAC et des services du PDC 8 indique qu'environ 75 pour cent de ce groupe pourraient recevoir des services de soins de pieds d'ACC dans le cadre de deux programmes, le risque est très faible et spéculatif. Pour situer ces chiffres dans leur contexte, il s'agit de seulement 15 pour cent de l'ensemble des bénéficiaires de services de santé et de soutien pour 2009-2010 (seulement 28 personnes¹¹²), et ce groupe ne compte que pour moins de un pour cent du nombre total d'utilisateurs respectifs des PDC.

Une autre requête de données sur tous les bénéficiaires du PAAC qui obtiennent les services du PDC 8 et du PDC 12 aurait pu fournir de l'information et des données additionnelles sur les tendances relatives aux bénéficiaires du PAAC, mais pour l'instant, l'équipe estime qu'il existe des preuves de chevauchement de services, mais si les services de santé et de soutien continuent d'augmenter et qu'ils servent pour les soins des pieds, il y a risque de double avantage.

Les soins intermédiaires en foyer de soins infirmiers (SIFSI) offerts dans le cadre du PAAC et le programme de soins de longue durée (SLD)

Les SIFSI du PAAC visent à répondre aux besoins de personnes dont les besoins en matière de soins sont moindres (soins de type II fédéral) tandis que les SLD sont à l'intention des personnes qui ont des besoins chroniques ou supérieurs (soins de type III fédéral). Cependant, comme il a été souligné dans le rapport, le programme de SLD a évolué en fonction de la demande des bénéficiaires pour que soient inclus les soins intermédiaires prodigués dans des lits d'établissements communautaires et l'admissibilité a également été modifiée, et par conséquent, les deux programmes se croisent un peu quant aux soins qu'ils offrent. Il a été constaté par l'examen des dossiers exécuté par l'équipe d'évaluation, et confirmé par les entrevues et les données statistiques ministérielles, que certains bénéficiaires reçoivent des SIFSI dans le cadre du PAAC qui dépassent les soins de type II fédéral. C'est peut-être le cas parce que le

¹¹¹ Données du SFTDSS.

¹¹² Ibid.

personnel, en raison de la charge de travail ou d'autres facteurs, peut souhaiter éviter les exigences administratives et le fardeau sur les bénéficiaires et leurs familles associé au transfert du PAAC aux SLD. De plus, parce que le Ministère travaille avec les autorités provinciales dans un contexte où il y a des différences en matière de niveaux de soins, le niveau de soins fédéral d'ACC peut ne pas être appliqué de la même façon pour chaque cas de bénéficiaires. De fait, à mesure que les exigences associées au niveau de soins pour l'admission dans un établissement provincial augmentent, les niveaux fédéraux deviennent moins pertinents. Au cours de la rédaction du rapport sur l'évaluation, l'équipe a été informée de changements proposés aux politiques afin de voir aux personnes qui sont des usagers éventuels des SIFSI dont les besoins dépassent les soins de type II, mais qui ne sont pas admissibles au programme de SLD.

Description des types de soins fédéraux offerts par ACC

Type de soins fédéral	Description ¹¹³
Soins en établissement pour adultes (soins de type I fédéral)	Prestation dans un établissement de soins des services suivants : a) soins personnels et supervision; b) aide aux activités de la vie quotidienne et à toute autre activité sociale, récréative ou autres services pour répondre aux besoins psychosociaux des résidents de l'établissement; c) hébergement et repas.
Soins intermédiaires (soins de type II fédéral)	Prestation dans un établissement de soins des services suivants : a) soins infirmiers et soins personnels quotidiens sous la supervision de personnel médical et infirmier qualifié; b) aide aux activités de la vie quotidienne et à toute autre activité sociale, récréative ou autre activité connexe offertes pour répondre aux besoins psychosociaux des résidents de l'établissement; c) hébergement et repas.
Soins prolongés (soins de type III fédéral)	Prestation dans un établissement de soins des services suivants : a) supervision quotidienne, soins infirmiers, soins personnels et services thérapeutiques par des professionnels de la santé et des infirmières qualifiés; b) aide aux activités de la vie quotidienne et à toute autre activité sociale, récréative ou autre activité connexe offertes pour répondre aux besoins psychosociaux des résidents de l'établissement; c) hébergement et repas.

Le coût d'un lit dans un établissement communautaire offert dans le cadre du PAAC et de celui offert dans le cadre du programme de SLD sont tous les deux déterminés par la province et fondés sur l'évaluation provinciale du niveau de besoins du bénéficiaire; ACC détermine ensuite le montant auquel le bénéficiaire est admissible en fonction de l'admissibilité au service et du taux du Ministère pour les services d'hébergement et de repas. Étant donné que c'est la province qui détermine le coût du lit en fonction des besoins en matière de soins du bénéficiaire, la contribution d'ACC pour les bénéficiaires dans les deux types de lits des établissements communautaires est déterminée de la même façon. Par contre, la valeur des lits retenus par contrat est différente puisque ces lits sont réservés spécifiquement à l'usage d'ACC.

Les auteurs des travaux récemment achevés à l'interne pour le Ministère en réponse au *Rapport du Groupe d'experts indépendant sur les programmes de subventions et de*

¹¹³

Manuel des politiques – Programmes pour anciens combattants, 1.1.1 Définitions – Politique intérimaire – 15 février 2005.

contributions du gouvernement fédéral recommandaient que les deux programmes soient combinés en un seul programme. Les membres de l'équipe qui ont travaillé à la rédaction du rapport d'experts étaient d'avis que le gouvernement doit simplifier la gestion des programmes tout en consolidant la responsabilité. Deux recommandations relatives à cette question ont été précisées dans le rapport : 1) il faut améliorer la coordination horizontale pour la gestion du programme et 2) le processus doit être simplifié et rendu plus transparent¹¹⁴.

Le seul désavantage d'une telle fusion de programmes a été mentionné à l'extérieur de l'Administration centrale par un employé qui a fait mention des effets éventuels sur les ressources. La Direction des soins en établissement a cependant indiqué qu'il y aurait peu ou pas d'incidence du point de vue de la direction à l'Administration centrale dans la gestion, et le personnel responsable de la gestion des programmes n'a cerné aucun désavantage. De fait, la majorité du personnel à l'extérieur de l'Administration centrale a dit que cela simplifierait le processus et ferait gagner du temps.

Les avantages de la combinaison des deux programmes, tels qu'ils ont été déterminés par le personnel à l'extérieur de l'Administration centrale chargé de l'exécution des programmes, sont notamment :

- Les SLD conviennent mieux aux Soins intermédiaires, puisque le bénéficiaire n'est plus chez lui;
- Guichet unique d'admission dans un lit de SLD pour les bénéficiaires;
- Admissibilités, politiques, procédures et traitement des paiements simplifiés;
- Fardeau administratif réduit pour ACC et le bénéficiaire et sa famille;
- Davantage de ressources et de temps disponibles pour mieux servir les bénéficiaires et offrir un soutien additionnel.

Le personnel de l'Administration centrale a également indiqué que la question a déjà été soulevée, et la recommandation avait été faite de combiner les deux programmes. Cependant, jusqu'à maintenant, il n'y a eu aucune inclination à apporter les changements nécessaires. Selon l'avis de l'équipe d'évaluation, l'occasion se présente pour qu'ACC simplifie et aligne ses programmes et politiques pour mieux satisfaire aux besoins de ses clients dans le cadre du programme de transformation. La combinaison des deux programmes nécessiterait probablement de prendre les mesures suivantes :

- Changement des crédits parlementaires puisque les programmes relèvent actuellement de deux crédits distincts et sont donc financés par deux budgets différents;
- Modification des règlements pour permettre la combinaison et les changements à l'admissibilité;
 - Il faudra modifier l'admissibilité pour qu'elle soit fonction du type de lit (p. ex. admissibilité dans un lit communautaire par opposition à dans un lit retenu par contrat) plutôt que fonction du programme;

¹¹⁴

Lankin, F. et I. Clark. *Des lourdeurs administratives à des résultats clairs – Rapport du Groupe d'experts indépendant sur les programmes de subventions et de contributions du gouvernement fédéral*, Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada, décembre 2006.

- Présentation au Conseil du Trésor sur le nouveau programme et élaboration des nouvelles modalités du programme;
- Mise à jour des politiques, des processus et des procédures;
- Simplifier les deux processus de paiement;
 - Probablement par le truchement du SFTDSS et par conséquent par contrat. Cela aura comme répercussion d'augmenter les coûts de transaction pour le Ministère et de réduire le nombre requis de ressources ministérielles à Kirkland Lake;
 - Cependant, le Ministère devrait considérer permettre aux établissements d'envoyer les factures directement à Medavie, puisque cela est plus facile pour les bénéficiaires et les familles concernés.

Annexe J : Autres programmes de soins à domicile gouvernementaux

Chevauchements éventuels avec d'autres programmes du gouvernement fédéral

Ministère de la Défense nationale

La *Loi canadienne sur la santé* (1984) exclut expressément les membres des FC de sa définition d'« assuré ». Le ministère de la Défense nationale (MDN) a donc son propre système de santé, soit les Services de santé des Forces canadiennes (SSFC). Les SSFC forment un système de santé complet qui fournit des soins de santé aux membres de la Force régulière, depuis la date de leur enrôlement jusqu'à la date de leur libération des FC, et aux membres de la Force de réserve, pendant leurs périodes de service¹¹⁵. Les services de la gamme des soins à domicile peuvent inclure les services d'une infirmière ou d'une auxiliaire familiale et nécessitent une attestation d'un médecin et une évaluation des besoins. Pour l'exercice 2009-2010, le MDN indique que 184 membres des FC ont eu accès aux services d'une infirmière dans le cadre du Programme de soins à domicile du MDN et 120, aux services de soutien personnel/d'une aide familiale¹¹⁶. Certains membres des FC toujours en service sont admissibles au PAAC, mais la politique relative au programme stipule clairement que pour avoir droit à la prestation pour aide à domicile, le militaire ne doit pas être admissible aux prestations en vertu du PAAC d'ACC.

En avril 2009, le MDN a également mis en œuvre un programme pour les militaires blessés et malades des FC. Le programme d'*Aide à la mobilité pour les militaires des Forces canadiennes blessés ou malades* offre de l'aide aux militaires qui doivent apporter des modifications à leur domicile/véhicule ou qui ont besoin d'une aide à domicile en raison de leur blessure ou de leur maladie¹¹⁷. La politique relative au programme stipule clairement que, pour avoir droit à la prestation pour aide à domicile, le militaire ne doit pas être admissible aux prestations en vertu du PAAC d'ACC. Selon les statistiques du MDN pour l'exercice 2009-2010, 81 militaires des FC ont eu accès au volet modifications du domicile du Programme d'aide à la mobilité et 65 ont eues accès au volet aide à domicile (déneigement et services d'entretien du terrain).

Un examen de l'opinion du Ministère (ACC) concernant ce programme révèle que ce dernier ne chevauche ni ne remplace aucun des programmes d'ACC, particulièrement le PAAC. Le programme du MDN a été instauré pour combler une lacune entre le besoin immédiat du bénéficiaire et le délai de présentation d'une demande au titre des programmes d'ACC et de la confirmation de l'admissibilité à ces programmes. Bien que le processus de transition entre le MDN et ACC sorte du cadre de la présente évaluation, une récente évaluation effectuée par le MDN¹¹⁸ a fait ressortir que la transition entre le MDN et ACC pose des problèmes. Cette évaluation a donné lieu à des recommandations qui portent sur la simplification du processus de transition et un

¹¹⁵ Site Web du ministère de la Défense nationale, <http://www.forces.gc.ca/health-sante/pub/fs-fd/cfhs-ssfc-eng.asp>.

¹¹⁶ Ministère de la Défense nationale. Directeur – Stratégie et coordination (Personnel militaire). Programme de continuité FC-ACC.

¹¹⁷ Chapitre 211 : « Aide à la mobilité pour les militaires des Forces canadiennes blessés ou malades », Directives sur la rémunération et les avantages sociaux, ministère de la Défense nationale, 15 mai 2008.

¹¹⁸ Ministère de la Défense nationale. *Évaluation du soutien aux militaires des FC blessés et à leurs familles*. Chef – Service d'examen, 1258-165 (CS Ex), juin 2009.

meilleur échange d'informations entre les deux ministères, afin d'améliorer le service offert aux membres des FC et de réduire les lacunes dans les services, tout en favorisant une transition plus harmonieuse.

Quant à dans quelle mesure le programme d'Aide à la mobilité du MDN pourrait à un moment donné entraîner un chevauchement ou un dédoublement des services, le nombre de bénéficiaires en cause et les coûts applicables pour ACC sont considérés par l'équipe d'évaluation comme présentant un risque minime et comme ayant une faible incidence, étant donné que les services offerts doivent être liés à une affectation ouvrant droit à pension ou à un besoin de santé établi, et que les critères permettent d'assurer que le militaire ne peut bénéficier que d'un seul programme. Essentiellement, le risque éventuel porte sur la question de la transition et de l'échange d'informations entre le MDN et ACC; cependant, les deux ministères sont conscients de ce risque et s'emploient à trouver des solutions.

Affaires autochtones et Développement du Nord Canada et Santé Canada

Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (AADNC) et Santé Canada offrent certains services de santé à domicile et dans la collectivité aux membres des Premières nations et aux Inuits, notamment : soins à domicile pour les personnes atteintes d'invalidités ou de maladies persistantes ou aiguës, et également pour les aînés.

Affaires autochtones et Développement du Nord Canada offre un programme d'aide à la vie autonome qui prévoit des services aux personnes des Premières nations résidant dans les réserves qui ont des limites fonctionnelles en raison de l'âge, des problèmes de santé ou une invalidité et qui ont besoin de soins. Les soins offerts comprennent les soins à domicile (p. ex. services d'aide familiale), le placement familial (supervision et soins dans un milieu familial) et soins en établissements (soins de type I et de type II)¹¹⁹.

Le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits (PSDMCPNI) de Santé Canada est un complément aux services sociaux de soins à domicile offerts par AADNC. Le PSDMCPNI offre notamment les services de soutien à domicile et de soins personnels, des services de relève à domicile et des soins infirmiers, qui ne chevauchent pas les services d'AADNC¹²⁰.

Anciens Combattants Canada est en mesure de déterminer que les bénéficiaires des Premières nations qui se sont identifiés par leur numéro du Registre des Indiens (NRI); par conséquent, le Ministère n'a pas le compte total de ses clients bénéficiaires qui appartiennent aux Premières nations. Cependant, selon les données dont il dispose, le nombre estimatif de bénéficiaires qui appartiennent aux Premières nations et qui reçoivent des services du PAAC est d'environ 92 bénéficiaires en date du 31 mars 2010¹²¹.

¹¹⁹ Programme d'aide à la vie autonome d'AADNC. <http://www.ainc-inac.gc.ca/hb/sp/alp-fra.asp>.

¹²⁰ Association canadienne de soins et services à domicile. *Portraits des soins à domicile au Canada*, mars 2008.

¹²¹ Données statistiques ministérielles. Nombre de bénéficiaires du PAAC par indicateur du numéro du Registre des Indiens (NRI). Direction de la statistique d'ACC. Extrait le 20 janvier 2011.

Chevauchement éventuel avec les programmes de soins à domicile provinciaux

L'équipe d'évaluation s'est principalement servie d'une étude menée en mars 2008 par l'Association canadienne de soins et services à domicile intitulée *Portraits des soins à domicile au Canada*, pour examiner et comparer les programmes de soins à domicile qui sont offerts au Canada. De plus, l'équipe d'évaluation a consulté le rapport de M. Hollander, Ph. D, intitulé *Strategic Review of Home Care Services as Part of the Alberta Continuing Care Strategy* qui comprenait un sondage des services de soins et de soutien à domicile provinciaux disponibles.

Au Canada, chaque province est responsable de l'établissement de ses propres services de soutien à domicile et en milieu communautaire. Pour cette raison, il existe des variations au niveau de l'admissibilité, de l'accès, de la disponibilité et du niveau de soutien. Au sein de chaque province, on trouve également de multiples autorités et régions sanitaires, et les services peuvent varier de l'une à l'autre. Ce que toutes les provinces et tous les territoires ont en commun, c'est qu'ils exigent la résidence comme critères de base de l'admissibilité et que tous les services de soins à domicile sont offerts en fonction des besoins cernés. Environ la moitié des provinces et territoires ne tiennent pas compte des revenus lors de la détermination de l'admissibilité aux soins à domicile. Les provinces qui ont des critères liés au revenu appliquent des tarifs aux services de soutien à long terme (c.-à-d. des soins à domicile) ou aux soins en établissement, tarifs qui seront déterminés en fonction du revenu net, selon différentes approches.

L'Ontario, le Manitoba, le Québec, l'Île-du-Prince-Édouard et les trois territoires n'appliquent pas de tarifs directs pour les services de soins à domicile. Il existe différents niveaux de limites d'utilisation des programmes à l'échelle du Canada; certaines provinces ont des limites en matière de services, alors que d'autres n'en ont pas. Divers outils d'évaluation sont utilisés, notamment certains outils d'évaluation propre à une province et divers outils de collecte de données venant de la communauté internationale. La majorité des administrations utilisent toutefois l'instrument *Resident Assessment Instrument for Home Care* (système interRAI), qui a été conçu pour évaluer les besoins des bénéficiaires à l'aide de l'outil d'évaluation des données minimales (*Minimum Data Set*) pour les soins à domicile (MDS-HC)¹²².

Dans le cadre de ses travaux de recherche effectués pour la province de l'Alberta, M. Hollander a conclu que toutes les provinces offrent les services suivants : soins infirmiers, services de soutien personnel et services de relève. Peu de provinces offrent en outre des services de transport ou des logements supervisés alors que la plupart ont mis en place des services de soutien à domicile pour offrir des programmes de jour, des services d'entretien ménager, des repas et l'autogestion des soins¹²³. Aucune des administrations n'offrait de services d'entretien du terrain à ce moment-là. Cette constatation est importante, car elle permet de rétablir le fait que le PAAC d'ACC est le

¹²²

Association canadienne de soins et services à domicile. *Portraits des soins à domicile au Canada*, mars 2008.

¹²³

Hollander, M. et M. MacAdam. *Strategic Review of Home Care Services as Part of the Alberta Continuing Care Strategy*. Strategic Literature Scan of National and International Home Care Services. Alberta Health and Wellness. May 2010.

seul à offrir des services d'entretien du terrain en tant que volet de son programme de soins à domicile.

Dans le cadre d'un examen de l'information provinciale sur les soins de santé effectué sur Internet, l'équipe d'évaluation a obtenu des résultats semblables à ceux du rapport de M. Hollander et du rapport de l'Association canadienne de soins et services à domicile. Il est à noter qu'un volet « légères tâches ménagères » figure sur la liste des services de soutien à domicile de nombreuses provinces. Cependant, comparativement au PAAC, les tâches ménagères offertes étaient moindres et les critères d'admissibilité des citoyens au soutien offert étaient plus rigoureux, il y avait des frais afférents et l'admissibilité était établie en fonction d'un faible revenu. Le tableau ci-dessous présente des niveaux de couverture des soins à domicile par province qui sont très élevés et qu'il faut donc interpréter avec prudence, car les niveaux de soins à domicile peuvent varier au sein d'une même province. De plus, dans certains cas, comme pour les services de transport, certains frais ne sont peut-être pas assurés par le programme de soins à domicile, mais une municipalité peut avoir accès au soutien offert par des organismes sans but lucratif ou offrir le service pour une somme modique ou laissée à la discrétion du bénéficiaire.

Aperçu des services de soins et de soutien à domicile par province

Services	C-B*	Alb.	Sask.*	Man.	Ont.	Qc	N.-B*	N.-É.*	Î.-P.-É.	T.-N.-L.*
Soins infirmiers	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Soutien personnel	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Entretien ménager/aide à domicile	✓	✓*	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Repas/Alimentation	✓	✓*	✓	✓	✓*	✓	✓		✓	✓
Entretien du terrain										
Programmes de jour pour adultes	✓	✓*	✓	✓*	✓*	✓	✓	✓*	✓	✓
Services de relève	✓	✓	✓	✓	✓*	✓	✓	✓	✓	✓
Adaptations au domicile			✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
Transport social										

Sources : Examen des soins à domicile offerts par les provinces effectué sur le Web, ACSSD, 2008, *Portraits des soins à domicile*, Hollander, 2010, *Alberta Health and Wellness Strategic Review (Table 3 : Home Care Service: Service Offered and Wait List (2008))*.

Remarques

Il existe différents niveaux de couverture, d'admissibilité et de limite d'accès à l'échelle du pays. Certaines provinces imposent également certains frais aux utilisateurs des avantages ou déterminent l'admissibilité en fonction du revenu.



✓ Le service est financé par la province ou l'autorité sanitaire locale

*

Certains frais sont peut-être imposés aux utilisateurs du service.

Annexe K : Chronologie du programme

Année	Nature de la modification
1981	Introduction du Programme pour les anciens combattants avançant en âge
1984	Nouveau nom donné au Programme pour les anciens combattants avançant en âge : « Programme pour l'autonomie des anciens combattants » (PAAC)
1984	Premier élargissement de l'admissibilité aux avantages du PAAC aux anciens combattants ayant servi en temps de guerre dont le revenu les rend admissibles
1989	Élargissement du PAAC aux anciens combattants ayant servi au Canada
1990	Prolongation d'un an des services d'entretien ménager ou d'entretien du terrain aux conjoints des anciens combattants qui bénéficiaient du PAAC
1991	Élargissement du PAAC aux pensionnés d'une zone de service spécial
1992	Élargissement du PAAC aux anciens combattants au revenu admissible qui ont moins de 65 ans, aux anciens combattants de service outre-mer et aux anciens combattants de la marine marchande.
1994	Élargissement du PAAC aux anciens combattants qui satisfont aux critères de service au Canada (365 jours) et qui ont besoin des services du PAAC, si les coûts des services réduisent leur revenu sous le seuil du revenu de l'AAC.
2001	- Élargissement du PAAC en fonction du revenu aux groupes de civils suivants qui ont servi outre-mer en temps de guerre : l'Unité forestière terre-neuvième d'outre-mer, le Corps des pompiers (civils) canadiens affectés au service du Royaume-Uni, les aides-infirmières et les autres membres de la Croix-Rouge canadienne et de l'Ambulance Saint-Jean, ainsi que le personnel navigant du Service transocéanique. - Pensionnés du service militaire devenus admissibles au PAAC en raison d'une affection ouvrant droit à pensions. - Élargissement du PAAC aux anciens combattants du temps de guerre souffrant d'une « déficience grave » (bénéficiaires d'une pension d'invalidité évaluée de 78 pour cent à 100 pour cent) quelle que soit l'affection, en fonction du besoin sans exigence d'un lien avec une affection ouvrant droit à pension.
2003	- Services d'entretien ménager ou d'entretien du terrain à vie dans le cadre du PAAC élargis aux survivants admissibles, ou s'il n'y a pas de survivant, aux principaux dispensateurs de soins admissibles d'anciens combattants qui recevaient ces services, soit au moment du décès, soit au moment de l'admission dans un établissement de soins si l'ancien combattant est décédé dans l'année qui a suivi son admission. - Élargissement du PAAC aux anciens combattants bénéficiaires vivant chez eux, mais qui sont en attente d'un lit d'accès prioritaire (anciennement le projet pilote de soins à domicile pour les ACSO). - Élargissement du PAAC aux prisonniers de guerre qui souffrent d'une déficience totale, mais qui ne reçoivent pas de pension d'invalidité. - Élargissement du PAAC aux bénéficiaires ayant droit à une pension pour service en temps de guerre, service dans la force régulière ou service spécial et qui sont à risque en raison d'une santé précaire. - Élargissement du PAAC aux anciens combattants du temps de guerre touchés par une déficience moyenne (évaluée de 48 pour cent à 77 pour cent) quelle que soit l'affection, en fonction du besoin sans exigence d'un lien avec une affection ouvrant droit à pension
2005	Services d'entretien ménager ou services d'entretien du terrain du PAAC accordés aux principaux dispensateurs de soins d'anciens combattants qui, à un moment où à un autre depuis 1981, recevaient ces services au moment de leur décès ou de leur admission dans un établissement de soins de santé.
2006	Élargissement du PAAC aux bénéficiaires de l'indemnité de captivité ou de l'indemnité d'invalidité en vertu de la <i>Loi sur les mesures de réinsertion et d'indemnisation des militaires et vétérans des Forces canadiennes</i> .
2008	Élargissement des services d'entretien ménager ou d'entretien du terrain offerts dans le cadre du PAAC aux survivants des anciens combattants du temps de guerre qui ne bénéficiaient pas des services du PAAC au moment de leur décès.
2010	Élargissement du PAAC aux anciens combattants alliés qui ont servi au cours de la SGM ou de la guerre de Corée, qui ont résidé pendant au moins 10 ans au Canada après la guerre, qui résident au Canada et qui sont admissibles à l'AAC, et aux membres de la famille admissibles ou aux personnes à charge admissibles de ces anciens combattants.

Annexe L : Dépenses du PAAC par élément

	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Entretien ménager	107 307 280 \$	180 942 540 \$	196 406 022 \$
Entretien du terrain	46 210 584 \$	49 576 374 \$	48 461 353 \$
Soins personnels	19 867 618 \$	20 513 989 \$	22 900 277 \$
Accès à des services d'alimentation	7 795 374 \$	8 285 628 \$	9 149 059 \$
Soins ambulatoires	913 936 \$	923 162 \$	986 175 \$
Services de transport social	2 711 309 \$	2 510 292 \$	2 279 665 \$
Adaptations au domicile	437 234 \$	387 284 \$	547 863 \$
Soins intermédiaires	54 381 306 \$	55 968 223 \$	56 804 901 \$
Services de santé et de soutien	90 281 \$	116 308 \$	164 585 \$
Soins en établissement pour adulte	304 756 \$	223 202 \$	166 719 \$
TOTAL	303 182 712 \$	320 024 735 \$	337 979 883 \$

Annexe M : Résumé de l'examen de la documentation sur le rapport coût-efficacité des soins à domicile par rapport aux soins en établissement

- Projet de recherche sur les soins continus mené en 2008 Projet de recherche comportant deux volets visant l'analyse du temps, des efforts et des coûts associés à la prestation de soins par une personne à la maison comparativement aux soins prodigués dans un établissement dans le premier volet, et a inclus les soins dans un logement supervisé dans le deuxième volet. Les données recueillies auprès des aidants naturels pour estimer les coûts des soins à une personne à la maison (temps du dispensateur de soins, coûts du gouvernement et autres coûts connexes). Ce chiffre a ensuite été attribué selon le niveau de soins (modèle du SMAF) et puis comparé aux coûts associés aux bénéficiaires en établissement pour déterminer la différence générale en matière de coûts à la société selon le niveau des soins et le lieu de prestation des soins. Le projet comprenait l'examen des coûts de deux points de vue : 1) le temps du dispensateur de soins selon un salaire minimum et 2) le temps du dispensateur de soins selon un salaire de remplacement¹²⁴. Dans chaque situation, les résultats révèlent que les soins prodigués dans la collectivité étaient moins coûteux que les soins dans un établissement. Le coût général moyen à la société pour prendre soin d'une personne dans la collectivité était de 31 000 à 37 000 \$ comparativement à une fourchette de 87 000 \$ à 111 000 \$ dans un établissement¹²⁵.
- CGRR-CVAR de 2008 – Constatation que les données d'études canadiennes et internationales récentes confirment que les soins à domicile peuvent être une solution de remplacement aux soins en établissement et aux soins actifs. « Les preuves indiquent que les résultats tels que la satisfaction des bénéficiaires ou la qualité de vie sont les mêmes ou meilleurs chez les bénéficiaires à domicile comparativement aux bénéficiaires admis dans un établissement de soins. »
- Le rapport du projet pilote sur les anciens combattants du service outre-mer indique que la plupart des gens préfèrent demeurer à domicile.
- Parole d'honneur – Discussion des études canadiennes qui ont démontré que l'intégration des services de santé et des services sociaux pour les aînés peut offrir des services économiques et réduire le taux d'admission dans les établissements de soins.
- Une étude menée à l'interne a constaté que « selon la démarche actuelle fondée sur l'admissibilité, ACC offre un nombre relativement élevé d'avantages aux personnes qui fonctionnent pleinement dans leur collectivité et un nombre moins élevé à ceux qui ont des besoins plus importants ».
- Une étude récente menée par le M. Hollander et M. MacAdam¹²⁶ fait référence aux économies réelles réalisées par la Colombie-Britannique au cours d'une

¹²⁴ Étude menée principalement en fonction des données sur les coûts de 2006. Le temps des aidants naturels a été traduit selon un salaire minimum de 8 \$ et de 60 \$ de l'heure pour le salaire de remplacement des services professionnels, et de 27 \$ de l'heure pour tous les autres services.

¹²⁵ Hollander, M., J. Miller et M. MacAdam. *Projet de recherche sur les soins continus pour Anciens Combattants Canada et le gouvernement de l'Ontario. Rapport de synthèse*. Avril 2008.

¹²⁶ Hollander, M. et M. MacAdam. *Strategic Review of Home Care Services as Part of the Alberta Continuing Care Strategy*. Strategic Literature Scan of National and International Home Care Services. Alberta Health and Wellness. Mai 2010.

période de 10 ans à la suite de l'établissement d'une politique proactive visant la substitution des soins en établissement par des soins à domicile. De fait, les résultats ont révélé que « l'utilisation de 21 personnes-année par groupe de 1 000 personnes de 65 ans et plus est passée des soins en établissement aux soins à domicile pour les personnes qui ont des besoins permanents » (Hollander et MacAdam).

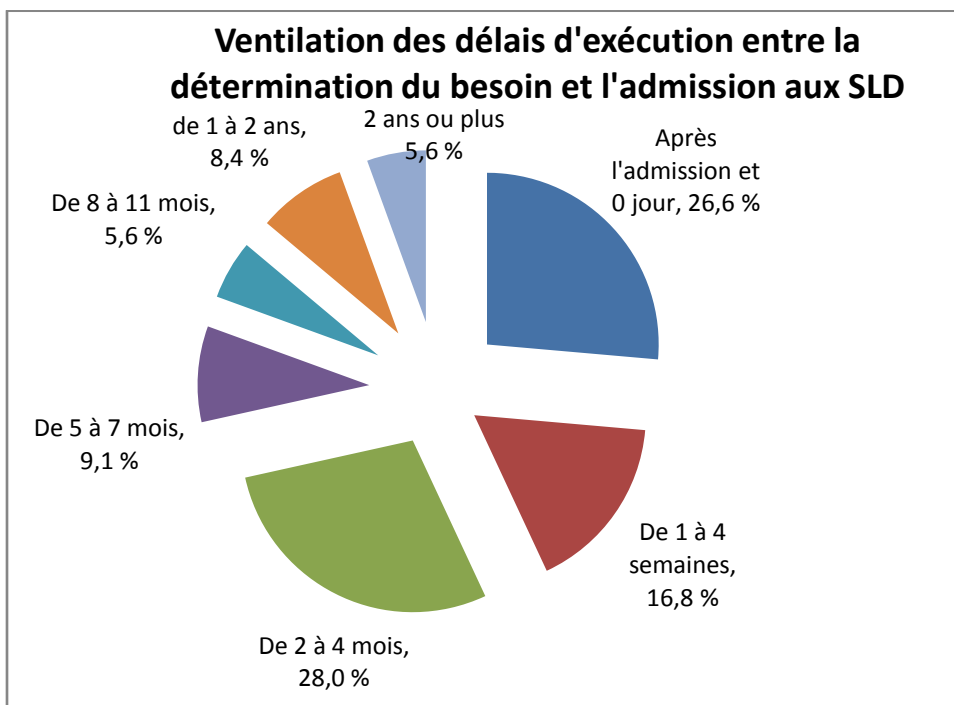
- Aucune donnée récente de Statistique Canada sur le grand public dans les établissements de soins n'a été trouvée pour comparer avec les données d'ACC sur l'âge moyen d'admission.

Annexe N : Nombre de bénéficiaires du PAAC (à l'exclusion des SIFSI) par tranche de dépenses en dollars

	>= 0 and <20	>= 20,01 and <3000	>=3000,01 and <6000	>=6000,01 and <9000	>9000,01	Total
2007-2008	88	74 769	21 013	4 437	1 898	102 205
2008-2009	91	75 829	22 175	4 853	1 983	105 471
2009-2010	73	74 929	24 371	5 434	2 349	107 156

Annexe O : Constatations découlant de l'examen des dossiers des bénéficiaires des services de soins intermédiaires du PAAC effectué par la Direction générale de la vérification et de l'évaluation

- Le critère de sélection des dossiers de l'échantillon était qu'ils devaient contenir au moins une transaction relative aux soins intermédiaires en foyer de soins infirmiers (SIFSI entre le 1^{er} avril et le 31 décembre 2009.
- 49 (35 pour cent) des bénéficiaires visés par les dossiers de l'échantillon sélectionnés ont cessé de recevoir des SIFSI entre le 1^{er} avril et le 9 septembre 2010.
- Le rapport entre le nombre de bénéficiaires ayant cessé de recevoir des SIFSI et le nombre de bénéficiaires ayant commencé à recevoir des SIFSI est d'environ 6 pour 1.
- Il a été difficile de trouver de l'information sur les échéanciers, par exemple sur les délais d'exécution, mais les examinateurs sont parvenus à retracer des dates pour la majorité des cas dans les notes sur le client denote RPSC (zone où on ne peut faire de recherche).



- Près de la moitié des dossiers (44 pour cent) comportaient des détails sur un besoin de SLD qui découlait du fait que le fournisseur de soins n'étant pas en mesure de prendre soin de l'ancien combattant, dans 30 pour cent des cas, le besoin était lié à l'hospitalisation, et dans 23 pour cent des cas, le besoin découlait du fait que les bénéficiaires n'étaient pas en mesure de prendre soin d'eux-mêmes. Dans trois pour cent des cas, le besoin n'avait pu être déterminé.

Nombre de cas par type de besoin identifié et délai d'exécution							
	Ventilation des délais d'exécution entre la détermination du besoin et l'admission aux SLD						
Type de besoin	Après l'admission et 0 jour	1 à 4 semaines	2 à 4 mois	5 à 7 mois	8 à 11 mois	1 à 2 ans	2 ans ou plus
Dispensateur de soins incapable de prodiguer les soins	14	8	18	9	15	6	3
Bénéficiaire incapable de prendre soin de lui-même	10	6	8	4	1	3	1
Hospitalisation	11	9	15	0	2	3	4
Autre	3	1	0	0	0	0	0

- Lorsque le fournisseur de soins n'est pas en mesure de prendre soin de l'ancien combattant, ACC semble être au courant du besoin davantage à l'avance (ce groupe appartient plus souvent à la tranche des délais de 5 à 7 mois et à celle des délais de 8 à 11 mois avant l'admission pour les SLD).
- De ceux dont le besoin est fondé sur l'hospitalisation, le besoin est déterminé environ deux ans à l'avance, dans la moitié des cas (indique l'éventualité de plusieurs hospitalisations).
- Tous les dossiers faisaient mention d'un dispensateur de soins :
 - Dans 34 pour cent des dossiers, on mentionnait l'apport de services d'entretien ménager ou d'entretien du terrain, indiquant que le conjoint ou le principal dispensateur de soins reçoit du soutien dans le cadre du PAAC.
- En moyenne, le début de la première entente de contribution dans le cadre du PAAC était en avril 2004 :
 - Trois quarts des dossiers incluaient l'entretien ménager dans la première entente de contribution, près de 40 pour cent comprenaient l'entretien du terrain et un peu plus de 25 pour cent obtenaient des soins intermédiaires ou des soins personnels.
- En moyenne, le début de la première entente de contribution du PAAC pour les soins intermédiaires était en décembre 2006 (40 bénéficiaires) :
 - En moyenne, la première entente de contribution pour les SIFSI se chiffrait à 13 552 \$;
 - En moyenne, l'entente de contribution en vigueur pour les SIFSI se chiffrait à 14 049 \$.
- La durée moyenne générale d'admission aux soins intermédiaires était de trois ans.

- De l'échantillon, près 35 pour cent des bénéficiaires ne recevaient plus de soins intermédiaires dans le cadre du PAAC
 - Dans plus de trois quarts des cas, la cessation des soins intermédiaires était expliquée par le décès du bénéficiaire;
 - 6 pour cent de l'échantillon (8 bénéficiaires) sont passés des soins intermédiaires aux soins actifs dans le cadre du programme de SLD.
- Il y a des cas où les soins offerts au bénéficiaire passent plusieurs fois d'un type fédéral à l'autre (p. ex. du type II au type III puis de nouveau au type II).
- 11 bénéficiaires ont été jugés comme n'ayant pas besoin de soins de type II fédéral. De ce groupe :
 - 2 ont été retirés des SIFSI pendant ou après la période de transaction sélectionnée pour l'échantillon et transférés aux soins actifs dans le cadre du programme de SLD;
 - 3 clients ont été évalués comme étant de type III, mais sont décédés avant que les services du PAAC soient retirés;
 - 1 personne a cessé de recevoir les SIFSI après son amélioration et a été transférée dans un établissement avec services;
 - 4 clients continuaient de recevoir des SIFSI dans le cadre du PAAC malgré une évaluation déterminant le besoin de soins de type III;
 - Dans un dossier, il a été impossible de trouver le type de soins fédéral.
- Les notes dans le RPSC concernent principalement des notes sur les paiements ou de type « a appelé le bénéficiaire, pas de message vocal, rappeler » ou « le bénéficiaire a appelé le RNCA, transfert au BD ». On y trouve très peu d'information sur la santé ou l'état du bénéficiaire sauf s'il y avait une évaluation de l'IBD ou un autre professionnel au dossier.
- L'information sur les besoins physiques, sociaux ou mentaux des bénéficiaires n'était pas toujours facile à déterminer :
 - Près de 70 pour cent des dossiers indiquaient des problèmes cognitifs ou des problèmes de mémoire et 31 pour cent des problèmes de dépression ou d'anxiété.
 - Les besoins concernaient le plus souvent des fauteuils roulants et les soins des pieds (besoins liés aux PDC), et dans quelques cas, on demandait qu'une personne passe du temps avec le bénéficiaire.
 - Même si 45 pour cent des dossiers n'avaient aucune évaluation de l'IBD, la majorité d'entre eux (à l'exception de 9 cas) contenait de l'information dans les notes sur le bénéficiaire au sujet des AVQ (trouvé dans les évaluations des CS, les évaluations provinciales, les notes, etc.); cependant, on y trouve souvent qu'un résumé ou une mise à jour sur l'état.
 - Bien qu'un fort pourcentage (42 pour cent) semble participer aux activités de l'établissement, dans certains cas, la participation est restreinte par des problèmes de santé ou par manque d'intérêt aux activités sociales.
 - Un faible pourcentage des bénéficiaires faisaient des visites dans la collectivité, mais plusieurs recevaient de la visite.
- 22 (15 pour cent) des bénéficiaires avaient des plaintes à faire, mais les plaintes n'appartenaient pas à un seul domaine en particulier.

- Certaines économies éventuelles ont été cernées dans les cas où les IBD se servent des évaluations provinciales en vue du placement pour déterminer le type de soins fédéral requis (un des problèmes est que les évaluations sont dans le dossier sur papier, mais ne sont pas dans le RPSC) :
 - 56 pour cent des dossiers contenaient une évaluation de l'IBD d'ACC;
 - 12 pour cent des dossiers contenaient une évaluation provinciale (principalement l'évaluation des CASC de l'Ontario).