



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent des anciens combattants

ACVA • NUMÉRO 011 • 2^e SESSION • 39^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 31 janvier 2008

Président

M. Rob Anders

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

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

Comité permanent des anciens combattants

Le jeudi 31 janvier 2008

• (1530)

[Traduction]

Le président (M. Rob Anders (Calgary-Ouest, PCC)): Bon après-midi, mesdames et messieurs. Je suis heureux de voir tout le monde de bonne humeur.

Conformément à l'article 108(2) du Règlement, nous nous penchons de nouveau sur l'examen des soins de santé des anciens combattants et le programme pour l'autonomie des anciens combattants. Nous avons aujourd'hui tout un aréopage de témoins. Ce sera passionnant.

Comparaissent John Cox, directeur suppléant de la Division du vieillissement et des aînés de l'Agence de la santé publique du Canada, ainsi que Claude Rocan, directeur général du Centre de promotion de la santé. Représentant les Instituts de recherche en santé du Canada, nous avons Linda Mealing, directrice adjointe des partenariats, Institut du vieillissement. Du ministère de la Santé, nous vient Nancy Milroy-Swainson, directrice, Division des soins chroniques et continus, Direction générale de la politique de la santé.

Merci beaucoup à tous d'être venus nous rencontrer aujourd'hui. Nous allouons habituellement 20 minutes aux témoins.

Nous allons écouter M. Rocan pour dix minutes, crois-je savoir.

M. Claude Rocan (directeur général, Centre de promotion de la santé, Agence de la santé publique du Canada): Ce sera probablement plus proche de 10 à 15 minutes.

Le président: Parfait. Allez-y pour 20 minutes, si vous le souhaitez réellement. C'est bien.

Les membres du comité vous poseront des questions dans un ordre prédéterminé. Vous voudrez peut-être demander à d'autres témoins de répondre à certaines. Je suppose que c'est pour cela que vos amis sont là aujourd'hui.

Monsieur Rocan, vous avez la parole.

M. Claude Rocan: Merci beaucoup.

Je vais faire cet exposé au nom du portefeuille de la santé, comme vous l'avez mentionné. Merci beaucoup de nous avoir invités à vous entretenir aujourd'hui du vieillissement en santé de la population canadienne et vous expliquer comment les résultats de notre travail se rapportent à l'étude des soins de santé des anciens combattants engagée par le comité.

Vous nous avez demandé de mettre en lumière des enjeux touchant la catégorie générale des aînés que vous pourriez examiner lors de vos délibérations sur les recommandations contenues dans le rapport « Parole d'honneur » du Conseil consultatif de gérontologie. Vous nous avez demandé plus particulièrement de vous aider à analyser la recommandation en faveur d'une promotion accrue de la santé et la prestation de services novateurs susceptibles de mieux répondre aujourd'hui et dans les années à venir aux besoins sanitaires des anciens combattants.

[Français]

Aujourd'hui, j'entends mettre l'accent sur le rôle de la santé publique dans le cadre du vieillissement en santé, sa définition, sa réalisation et ses bienfaits pour les Canadiennes et les Canadiens âgés, leur famille et l'ensemble de la population du pays. Je vous ferai part de tendances et d'études qui appuient l'approche axée sur la promotion de la santé pour répondre aux besoins de santé des aînés, incluant les anciens combattants. Je fournirai aussi des exemples de projets, nombreux et variés, mis sur pied par l'Agence de la santé publique du Canada et ses partenaires du portefeuille fédéral de la santé.

Nos travaux confirment clairement l'importance d'intensifier les approches axées sur la population afin de favoriser un sain vieillissement.

[Traduction]

J'aimerais commencer par vous expliquer notre rôle. Le portefeuille fédéral de la santé, qui regroupe Santé Canada, l'Agence de la santé publique du Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada et d'autres organismes, a pour mandat d'aider les Canadiennes et les Canadiens à conserver et à améliorer leur santé. L'Agence de la santé publique du Canada a pour mission de promouvoir et protéger la santé des Canadiennes et des Canadiens en misant sur le leadership, le partenariat, l'innovation et l'action en santé publique. Nous oeuvrons afin de promouvoir la santé, prévenir les maladies et blessures et prévoir des interventions efficaces en cas d'urgence. Nos travaux sont aussi axés sur les études en laboratoire et sur les règlements qui sous-tendent les mesures d'intervention en cas de flambée de maladie infectieuse et d'urgence.

La fonction de la santé publique par rapport aux aînés reflète l'accent mis sur le vieillissement en bonne santé, c'est-à-dire « le processus permanent d'optimisation des possibilités permettant d'améliorer et de préserver la santé et le bien-être physique, social et mental, l'autonomie et la qualité de vie, ainsi que de favoriser les transitions harmonieuses entre les différentes étapes de la vie. »

Cette définition générale est une adaptation conforme à la définition de « vieillissement actif » adoptée par l'Organisation mondiale de la santé. Elle reflète aussi ce que nous savons des nombreux facteurs interactifs qui influent sur notre bien-être physique, mental, social et spirituel, soit des facteurs tels que le revenu, l'éducation, les services de santé, les pratiques sanitaires personnelles et la faculté d'adaptation, pour n'en nommer que quelques-uns.

•(1535)

[Français]

Cette approche nous pousse à orienter nos efforts en amont, c'est-à-dire avant que les gens deviennent malades ou se blessent. En même temps, nous devons venir en aide aux individus aux prises avec une invalidité ou une maladie chronique, tout en contrant l'émergence d'autres maladies au sein de ce groupe vulnérable qui peut comprendre les anciens combattants.

Faisons d'abord le point sur la situation des aînés, la santé et le vieillissement en santé. Vous ne serez pas surpris d'entendre qu'en tant qu'individus et en tant que population, les Canadiens vieillissent. Aujourd'hui, les 65 ans et plus constituent environ 13 p. 100 de la population canadienne. D'ici à 2041, ils constitueront 25 p. 100 de la population totale, soit 9 millions d'individus.

[Traduction]

La bonne nouvelle, c'est que les Canadiens âgés vivent plus longtemps et en souffrant de moins d'invalidités que les générations précédentes.

Près des trois quarts des aînés vivant à domicile en 2003 qualifiaient leur santé de « bonne », « très bonne » ou « excellente ». Près de la moitié des aînés se disent physiquement actifs. Un tiers déclarent s'être faits vacciner contre la grippe au cours des 12 derniers mois, soit en 2005. Les aînés jouent un rôle actif dans la vie socioéconomique de leurs collectivités. Ils travaillent plus longtemps qu'avant, et après avoir quitté leur emploi rémunéré et pris leur retraite, ils continuent de jouer un rôle actif dans une large gamme d'activités communautaires — au sein de comités, dans les écoles et en fournissant une aide cruciale aux familles et aux autres aînés. À l'évidence, les aînés prennent soin de leur santé et de leur bien-être.

Mais ce n'est là qu'un tableau partiel. Nous savons aussi que la grande majorité des aînés — 85 p. 100 des personnes de 65 à 79 ans — souffrent d'au moins une maladie ou affection chronique, tel qu'asthme, arthrite, rhumatismes, hypertension, emphysème, maladie pulmonaire obstructive chronique, diabète, maladie cardiaque, cancer, schizophrénie, trouble de l'humeur ou anxieux ou obésité.

Plus d'une personne âgée sur quatre souffre de quatre maladies chroniques ou plus. Le taux de prévalence est plus élevé chez les aînés les plus vulnérables, par exemple les membres de groupes économiques défavorisés. Quelque 15 p. 100 des Canadiens âgés de 65 ans et plus ont été diagnostiqués comme diabétiques. En 2007, on estimait à 70 000 le nombre de nouveaux cancers chez les personnes de 70 ans et plus.

Les taux d'invalidité augmentent avec l'âge, passant de 31 p. 100 chez les aînés plus jeunes — soit le groupe de 65 à 74 ans — à 53 p. 100 chez ceux plus âgés. Ces personnes se voient obligées de restreindre leurs activités quotidiennes en raison d'une affection ou d'un problème de santé.

Les personnes âgées, surtout celles de 85 ans et plus — ont nettement plus tendance à souffrir de la maladie d'Alzheimer ou d'une forme de démence apparentée; une personne sur trois est touchée. D'ici 2031, on peut s'attendre à ce que le nombre de Canadiens atteints de démence triple par rapport au taux de 1991.

[Français]

Il est clair que les maladies chroniques imposent un très lourd fardeau aux individus, aux familles et aux autres aidants naturels, de même qu'au système de soins de santé et à l'économie du Canada.

Les coûts associés aux maladies chroniques constituent 67 p. 100 de l'ensemble des coûts directs en soins de santé et 60 p. 100 de l'ensemble des coûts indirects, donc 52 milliards de dollars, en raison des mortalités précoces, de perte de productivité et de la disparition du revenu.

Promouvoir la santé est donc une activité pleine de bons sens. Le gouvernement fédéral travaille de près avec les provinces et les territoires pour trouver des moyens de collaborer dans le domaine de la santé pour les aînés.

[Traduction]

Notre travail à titre de coresponsables du groupe de travail sur le vieillissement en santé et le bien-être des aînés — c'est un groupe de travail formé des ministres fédéral-provinciaux-territoriaux responsables des personnes âgées — a donné lieu à un rapport intitulé « Le vieillissement en santé au Canada: Une nouvelle vision, un investissement vital ». Ce rapport de 2006 compile les connaissances actuelles sur la santé des aînés et les résultats de recherche — notamment ce que nous savons ou ne savons pas au sujet des facteurs qui influent sur la santé et le bien-être des aînés et du rôle des interventions en santé publique — et propose un cadre d'action.

Ce rapport, s'ajoutant à d'autres études, fait ressortir clairement la nécessité d'aider les gens à conserver un niveau de santé optimal et que cette approche comporte de nets avantages à toutes les étapes de la vie.

Comparé à tous les autres groupes démographiques, c'est chez les aînés que les changements de mode de vie exercent le plus d'impact sur l'état de santé. À titre d'exemple, l'introduction d'une activité physique régulière à un âge avancé a pour effet de prolonger les années de vie et le nombre d'années de vie autonome, tout en améliorant la qualité de vie de ces personnes.

Les mesures de promotion de la santé sont importantes pour la prévention de la maladie. Jusqu'à 70 p. 100 des cancers, 90 p. 100 des cas de diabète de type 2 et de 50 à 70 p. 100 des accidents cérébrovasculaires sont jugés évitables.

En général, les aînés vivant à domicile cherchent à éviter d'entrer dans les centres de soins de longue durée. De plus, les soins à domicile constituent une alternative rentable aux soins offerts dans les établissements de longue durée. Les soins à long terme à domicile contribuent à réduire, voire éliminer les séjours coûteux en hôpital de soins actifs.

•(1540)

[Français]

Ainsi donc, en offrant le bon appui et les bons services au bon moment et au bon endroit, nous sommes mieux placés pour promouvoir et favoriser la santé des Canadiennes et des Canadiens au fur et à mesure qu'ils vieillissent, et pour alléger le fardeau d'un système déjà surchargé.

[Traduction]

Voyons maintenant nos activités récentes et actuelles, en commençant avec l'enrichissement de la base de données probantes.

Un aspect clé du travail de santé publique consiste à surveiller en continu les tendances et problèmes émergents. Nous collaborons avec des partenaires afin de recueillir et d'analyser les données sur les maladies chroniques et d'autres problèmes de santé, puis de transmettre les résultats aux chercheurs et aux décideurs. Voici quelques faits saillants:

Notre infobase sur les maladies chroniques renferme les profils épidémiologiques des principales maladies non transmissibles au Canada, notamment les types courants de cancers et de maladies cardiovasculaires et respiratoires, par province et territoire et service régional de santé.

Le système canadien intégré de surveillance de la santé publique constitue une alliance stratégique de professionnels de la santé publique et de l'informatique travaillant en collaboration à l'élaboration d'une suite intégrée d'outils informatiques conçus spécialement à l'usage des professionnels canadiens de la santé publique.

L'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada collaborent avec Statistique Canada à l'élaboration d'une composante vieillissement en santé dans l'Enquête sur le vieillissement en santé dans les collectivités canadiennes. Cette enquête s'intéressera au vieillissement et aux facteurs qui influent sur le vieillissement en santé, tels que l'état de santé général et de bien-être, le recours aux soins, les réseaux de soutien social, ainsi que les transitions du travail à la retraite. La collecte des données durera un an et débutera à l'été 2008.

[Français]

Les Instituts de recherche en santé du Canada investissent dans la recherche liée à l'âge pour enrichir le savoir dans le domaine du vieillissement et pour le traduire en mesures concrètes dans le but d'améliorer la qualité de vie et la santé des Canadiennes et des Canadiens âgés. En 2006-2007, cet investissement dépassait 85 millions de dollars. Les instituts qui oeuvrent dans ce domaine sont l'Institut du vieillissement et l'Institut des services et des politiques de la santé.

Il faut trouver des moyens plus novateurs et efficaces de gérer les soins chroniques. Quoiqu'il s'avère essentiel de prévenir la maladie, nous devons aussi répondre aux besoins de la population canadienne, y compris les aînés, aux prises avec des maladies chroniques, afin de prévenir davantage les maladies, les blessures et les invalidités.

[Traduction]

L'une des grandes initiatives actuelles engagées en ce sens est le projet national de Stratégie canadienne sur le diabète mis sur pied avec la Coalition pour une vie active des aînés, projet visant à aider les personnes âgées à mener une vie saine et active. En bout de ligne, ces efforts donneront lieu à un plan d'action détaillé destiné à prévenir le diabète chez les adultes âgés.

Le Portail canadien des pratiques exemplaires en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques offre des renseignements utiles et accessibles sur les meilleures pratiques afin de faciliter la prise de décisions par les professionnels, les décideurs et les chercheurs. À l'heure actuelle, le portail propose 16 interventions pour aider les aînés à prévenir les maladies chroniques ou y faire face et améliorer leur santé, sur les plans de la nutrition, de l'activité physique, du renoncement au tabac et d'autres sujets.

L'Agence de la santé publique du Canada collabore également avec un réseau national d'experts pour répondre aux besoins de santé publique des aînés atteints de cancer et chercher à comprendre en particulier la nature et l'étendue des appuis requis, ainsi que les enjeux associés aux conditions concomitantes et à la santé mentale, de même que l'éducation et la sensibilisation.

En ce qui concerne la santé mentale des aînés, on estime qu'une personne âgée sur cinq souffre d'un trouble mental tel que dépression, déficience cognitive et(ou) démence, anxiété, dépen-

dance, psychose, bipolarité et schizophrénie. On s'attend à ce que le nombre d'aînés diagnostiqués avec la maladie d'Alzheimer double, pour passer de 435 000 en 2006 à 750 000 en 2031. Une santé mentale déficiente peut accélérer le déclin de la santé physique, exercer un stress énorme sur les familles et les amis, et conduire à un recours exagéré au système de soins de santé, avec notamment des séjours prolongés en milieu hospitalier.

L'Agence de la santé publique du Canada a versé des fonds à la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées afin de lui permettre d'élaborer les premières lignes directrices nationales sur la santé mentale des aînés. Ces dernières faciliteront grandement l'évaluation, le diagnostic et le traitement des troubles mentaux chez ces derniers.

●(1545)

[Français]

De plus, l'agence a financé la production d'un guide stratégique à l'intention du personnel des soins à domicile qui les aidera à mieux répondre aux besoins de santé mentale des aînés. Nous coopérons avec les Instituts de recherche en santé du Canada — l'Institut du vieillissement — en appuyant les études sur le développement cognitif.

[Traduction]

La prévention des chutes chez les personnes âgées est aussi un domaine majeur. Les chutes constituent la cause première des blessures chez les aînés et elles sont évitables. Ces chutes entraînent des coûts énormes. Un aîné sur trois fait une chute chaque année. Les chutes représentent 85 p. 100 de toutes les hospitalisations dues à des blessures, et elles coûtent chaque année plus de 1 milliard de dollars au système de santé. Les blessures résultant de chutes et la crainte de tomber constituent autant d'obstacles qui nuisent à l'inclusion sociale des personnes âgées.

Parmi les efforts déployés dans ce domaine figure un projet coopératif de Santé Canada et d'Anciens combattants Canada qui consiste à financer des projets communautaires de promotion de la santé visant à définir des stratégies de prévention des chutes efficaces chez les anciens combattants et les aînés. Ce travail et ces résultats ont mené à des projets concrets. En Nouvelle-Écosse, par exemple, l'organisme sans but lucratif Community Links inaugurerait en 2004 un projet intitulé « Prévenons ensemble les chutes » qui est devenu partie intégrante de la stratégie de prévention des blessures de la Nouvelle-Écosse.

[Français]

Partant de notre Rapport sur les chutes des aînés au Canada, l'Agence de la santé publique du Canada organisera en février un atelier pour recueillir les avis de praticiens, d'experts en surveillance et de chercheurs de partout au Canada s'intéressant au problème des chutes chez les personnes âgées. Cette rencontre jettera les bases d'un usage coordonné des sources de données et permettra davantage aux intervenants de vérifier la prévalence, l'incidence et les résultats des chutes des aînés au Canada.

[Traduction]

Sur le plan de la protection civile, parmi tous les groupes d'âge, ce sont les personnes de 60 ans et plus qui connaissent les taux de décès les plus élevés en cas de catastrophe. Certaines catastrophes récentes survenues au Canada et ailleurs font ressortir la vulnérabilité de ce groupe particulier et la nécessité de planifier et de coopérer pour prêter main forte aux aînés advenant des urgences telles que la crise du SRAS, divers désastres liés au climat et autres catastrophes.

L'Agence de santé publique du Canada, par l'intermédiaire de sa Division du vieillissement et des aînés et de son Centre de mesures et d'interventions d'urgence, continue d'assurer un leadership national et international en s'intéressant aux besoins et aux contributions des aînés advenant une situation d'urgence majeure.

Nous avons collaboré avec des partenaires canadiens et étrangers, avec des gouvernements et des ONG, avec des médias et des universités et avec le secteur privé, de même qu'avec des aînés, pour établir des plans d'intervention adaptés aux personnes âgées.

[Français]

On a invité le Canada à aborder la question à la réunion de la Commission du développement social des Nations Unies en février. Au mois de mars, nous organiserons un atelier international qui mettra l'accent sur le renforcement des réseaux, l'identification des pratiques exemplaires et la transmission de messages pertinents sur les mesures et les interventions d'urgence à l'intention des aînés.

[Traduction]

En dernier lieu, j'aimerais souligner l'important travail national et international accompli dans le cadre des Villes-amies des aînés. Nous savons que les défis collectifs à relever en vue d'établir des collectivités capables de répondre aux besoins d'une population vieillissante sont immenses. Pour produire des réponses viables et donner au Canada toutes les chances possibles de composer avec les complexités qui le confrontent, tous les secteurs de la société et tous les ordres de gouvernement doivent être engagés.

Comme d'autres vous l'ont dit aussi, les personnes âgées sont des interlocuteurs indispensables à la mise au point de solutions novatrices et efficaces. Ce sont elles qui vivent les difficultés, qui savent ce qui fonctionne bien ou moins bien et qui possèdent l'expérience voulue pour éclairer les approches et les décisions.

En même temps, les gens d'affaires, les dirigeants municipaux, les universités et les organismes bénévoles s'avèrent tous des participants intéressés et précieux. Au cours des deux dernières années, tant au niveau international que national, l'Agence de la santé publique du Canada a collaboré pour mettre au point des modèles innovateurs servant à promouvoir des collectivités-amies des aînés.

Dans une collectivité-amie, les politiques, les services et les structures qui sous-tendent l'environnement physique et social sont conçus de sorte à permettre aux personnes âgées de vieillir en restant actives, c'est-à-dire de vivre en toute sécurité, profiter d'une bonne santé et demeurer des membres à part entière de la société. Les lieux et les services commerciaux et publics sont conçus pour être facilement accessibles et pour accommoder divers niveaux d'habiletés.

• (1550)

[Français]

Les fournisseurs de services, les fonctionnaires, les leaders communautaires, les chefs religieux et les dirigeants d'entreprise qui souscrivent au concept des collectivités-amies tendent tous à reconnaître la grande diversité parmi les aînés; valoriser et promouvoir leur inclusion et leur contribution dans tous les secteurs de la vie communautaire; respecter leurs décisions et les modes de vie qu'ils ont choisis; anticiper les besoins et les préférences d'une population vieillissante et y réagir en faisant preuve de souplesse.

[Traduction]

Des guides de travail à l'intention des villes et des petites collectivités ont été produits et ont soulevé beaucoup d'intérêt et susciter des réactions très enthousiastes à travers le Canada et à

l'étranger. Le Manitoba et la Colombie-Britannique ont commencé à utiliser le modèle des collectivités-amies et d'autres provinces — Québec, Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve-et-Labrador — envisagent de les appliquer.

Le président: Nous voulons nous assurer que l'interprétation suive bien.

Vous pouvez poursuivre.

M. Claude Rocan: Les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des aînés ont entériné récemment le modèle et encouragé l'Agence de santé publique du Canada à faire preuve de leadership en élargissant son application à l'ensemble du pays. Nous nous acquittons activement de cette tâche, mettant à profit le vif intérêt qui se manifeste déjà un peu partout.

Nous croyons que le modèle des collectivités-amies peut aider les aînés et tous les intervenants de la population canadienne vieillissante à engager des mesures qui s'avéreront respectueuses et sensibles aux besoins locaux et aux priorités des provinces et territoires concernés.

En guise de conclusion, je dirais que, comme l'indiquent clairement les données, les adultes âgés sont en mesure de vivre plus longtemps et en meilleure santé en restant branchés sur la société, en augmentant leur taux d'activité physique, en mangeant sainement, en minimisant les risques de chute et en s'abstenant de fumer.

[Français]

Les études canadiennes et internationales révèlent que le fait d'offrir des possibilités de vie et des milieux conviviaux et adaptés à l'âge — politiques, services et environnement — favorise le sain vieillissement, l'autonomie et la qualité de vie des aînés.

[Traduction]

J'ai aujourd'hui mis l'accent surtout sur l'action de santé publique destinée à répondre aux besoins des aînés, mais vu que notre mandat couvre la santé de tous les Canadiens, notre travail est hautement pertinent aux fins de votre étude portant sur les anciens combattants actuels et futurs, qui comprennent aussi des hommes plus jeunes et de plus en plus de femmes.

Le président: Merci. Vous en êtes exactement à 20 minutes. C'est très impressionnant.

J'ai quelques questions pour vous, mais j'imagine que les membres du comité les poseront à ma place. Du moins je l'espère.

Nous allons commencer avec le Parti libéral du Canada. Monsieur Russell, vous avez sept minutes.

M. Todd Russell (Labrador, Lib.): Merci.

J'ai apprécié votre témoignage et votre exposé.

Vous avez traité de façon générale du vieillissement de la population canadienne d'ensemble. Avez-vous effectué du travail intéressant spécifiquement les anciens combattants, et ces études ont-elles fait ressortir des différences?

Le mémoire de notre chargé de recherche mentionne une étude de 2002 portant sur la santé mentale des militaires canadiens. D'aucuns disent que jusqu'à 25 p. 100 de nos anciens combattants, tous ceux qui se sont trouvés récemment dans des situations difficiles, souffrent du syndrome de stress post-traumatique. Je me demande si des études ont été effectuées dans ce domaine et si l'on consacre des efforts à résoudre ce problème. Quels partenariats l'Agence de la santé publique du Canada a-t-elle noués avec le ministère des Anciens combattants et quels travaux ont été effectués ou sont en cours qui puissent éclairer le comité?

• (1555)

M. Claude Rocan: En ce qui concerne la première partie de votre question, notre travail est effectivement axé sur la santé de la population. Nous examinons de façon générale la santé des Canadiens et le vieillissement.

Pour ce qui est de la deuxième partie de votre question, nous avons des partenariats avec le ministère des Anciens combattants. Par exemple, nous collaborons étroitement avec lui à une étude des chutes. Ensemble, nous avons éprouvé un certain nombre de projets pilotes nationaux et partagé et disséminé les résultats. Il existe un comité interministériel fédéral sur le vieillissement, présidé par le ministère des Ressources humaines et du Développement social. Nous siégeons à ce comité, tout comme Anciens combattants Canada. C'est une occasion pour nous de partager l'information et de nous informer des préoccupations du public. Si nous possédons des connaissances qui peuvent leur être utiles, nous sommes ravis de pouvoir les partager.

Je vais demander à mon collègue John Cox de parler de l'étude sur la santé mentale.

M. John Cox (directeur intérimaire, Division du vieillissement et des aînés, Agence de la santé publique du Canada): J'avoue ne pas bien connaître l'étude dont vous faites état. Il faudrait que je me renseigne, à moins que d'autres collègues ici ne la connaissent. Cependant, en général, nous avons mené différents travaux sur la santé mentale chez les aînés, notamment en collaboration avec des partenaires du secteur bénévole. Nous avons contribué à l'élaboration d'une optique d'analyse de la santé mentale chez les personnes âgées, et plus particulièrement de la démence.

Toute une série de préoccupations s'expriment et nous devons voir comment établir des distinctions entre les maux couramment associés au vieillissement qui sont réellement des problèmes de santé mentale. Il existe des situations où une personne est simplement perçue comme vieillissante, mais l'âge n'est pas un diagnostic adéquat de la dépression ou d'autres troubles psychiatriques qui pèsent sur les aînés et leurs familles.

Nous continuerons à faire du travail de cette nature à l'avenir.

M. Todd Russell: Pour rester sur ce sujet, madame Mealing, vous faites partie des Instituts de recherche en santé du Canada. Est-ce que du travail se fait chez vous sur la santé mentale, et plus particulièrement le syndrome de stress post-traumatique?

Mme Linda Mealing (directrice adjointe, Partenariats, Institut du vieillissement, Instituts de recherche en santé du Canada): Oui. Il existe 13 instituts de recherche en santé, dont l'un est l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies. Il est actuellement en pourparlers avec Anciens combattants Canada en vue d'établir des partenariats portant sur le stress post-traumatique.

Nous avons financé dans le passé des études passionnantes à l'Université McGill qui ont montré que certains médicaments peuvent effacer la peur associée à la mémoire du stress post-

traumatique, mais pas nécessairement la mémoire elle-même. Le sujet se souvient, mais ne présente plus la réaction émotionnelle au souvenir. Des travaux de ce genre sont en cours et sont réellement intéressants.

D'autres chercheurs se penchent sur le délire et la dépression dans le cadre de soins aux anciens combattants. Étant donné que la physiologie d'une personne âgée diffère de celle d'une personne plus jeune, parfois les médicaments contre la dépression ne sont pas efficaces, et ce phénomène fait l'objet d'études.

Cela répond-il à votre question?

• (1600)

M. Todd Russell: Oui, merci.

J'aimerais aborder une question spécifique, et il y a peut-être là une contradiction apparente. À la page 5, vous dites que près des trois quarts des aînés vivant à domicile jugent leur santé d'ensemble comme bonne, très bonne ou excellente. À la page suivante, page 6, je lis qu'une forte majorité de personnes âgées, 85 p. 100, souffrent d'au moins une maladie chronique, et 25 p. 100 en présentent quatre. Comment concilier ces deux affirmations? Elles semblent contradictoires. Vous souffrez de quatre maladies, mais vous dites néanmoins que votre santé est bonne, très bonne ou excellente.

Je suppose que c'est un état d'esprit. Est-ce un commentaire sur la gestion des maladies chroniques? Est-ce que les gens les gèrent mieux?

M. Claude Rocan: Effectivement, je pense que c'est une question d'état d'esprit. Les réponses sont subjectives, et c'est donc ainsi que les gens jugent leur état. Cela témoigne d'une disposition plutôt positive, ce qui est encourageant. C'est certainement quelque chose à encourager.

M. Todd Russell: Merci.

Le président: Nous passons maintenant à M. Perron, du Bloc Québécois, pour sept minutes.

[Français]

M. Gilles-A. Perron (Rivière-des-Mille-Îles, BQ): Mesdames et messieurs, je vous remercie d'être venus témoigner. Je ne sais pas comment poser ma question. Votre présentation, monsieur Rocan, était formidable. C'est beau, très beau, très très beau, mais ça semble justement trop beau.

Dans la société, il y a sûrement plus de problèmes reliés aux personnes âgées, dont je fais partie puisque j'ai plus que 64 ans, auxquels on n'a pas de solution. Que fait-on avec les cas de syndrome de stress post-traumatique? Comment sommes-nous équipés, Canadiens et Québécois, pour soigner ces gens atteints du syndrome de stress post-traumatique, c'est-à-dire ceux qui ont subi une blessure psychologique à la guerre?

J'aimerais aussi que vous nous donniez des pistes de solution pour résoudre les problèmes suivants. Vous dites que les soins à domicile représentent le miracle pour les personnes âgées. J'y crois: il faut garder les personnes âgées le plus longtemps possible dans leur milieu familial. Est-on équipé de logements cogénérationnels? A-t-on le personnel médical nécessaire? Qu'en est-il des intervenants naturels? Prenons l'exemple de mon fils, si un beau jour il décide de prendre soin de moi. J'espère qu'il aura le cœur de le faire, et je crois que ce sera le cas, mais aura-t-il les compétences nécessaires pour prendre soin de son vieux père et de sa vieille mère?

Ce sont là des questions qui me préoccupent, à 64 ans. Vous dites que ça va tellement bien, qu'on fait des recherches, mais on ne considère pas les problèmes existants avec les solutions existantes ou les problèmes qu'on peut avoir. Comment peut-on obtenir des solutions à tous les problèmes qu'ont les personnes âgées aujourd'hui?

M. Claude Rocan: C'est une question très intéressante; je vous en remercie.

En fait, j'ai voulu décrire ce que nous faisons dans le domaine et parler des défis auxquels nous faisons face, mais je n'ai certainement pas essayé de donner l'impression que les défis sont mineurs. Il y a certainement des questions très importantes auxquelles il faudra répondre, et je pense qu'on se prépare à s'y attaquer.

Je pense qu'on a déjà parlé un peu du syndrome de stress post-traumatique. On fait de la recherche de ce côté. Avons-nous des pistes de solution? Je ne sais pas exactement. Linda voudra peut-être en parler un peu plus. C'est une bonne question.

Dans mon discours, j'ai parlé de santé mentale; c'est certainement une question très importante pour les aînés. J'ai aussi parlé du pourcentage de gens qui souffrent de la maladie d'Alzheimer. Ce sont certainement des défis majeurs.

M. Gilles-A. Perron: Permettez-moi d'intervenir. J'aurais préféré que vous vous concentriez sur un ou deux sujets, et qu'on les traite. Par exemple, prenons le problème des chutes. Vous dites que c'est le principal problème des personnes âgées. Pourquoi ne s'est-on pas concentré là-dessus? Pourquoi n'a-t-on pas parlé des problèmes existants, dit comment on pouvait les résoudre et quelles étaient les voies de solution? Présentement, vous tracez un beau portrait de la chose, et j'« achète » ce portrait. Il est vrai qu'on fait de la recherche.

Je suis allé à Sainte-Anne-de-Bellevue. On y fait de la recherche formidable sur le syndrome de stress post-traumatique. Les Américains font aussi de formidables recherches sur le syndrome de stress post-traumatique. On a des outils, mais il nous manque des psychologues. Où s'en va-t-on? Comment peut-on en venir à demander aux provinces et aux universités de former des psychologues? Car on sait que le problème est le manque de personnel. Je pense qu'un peu partout au Canada, le nombre d'employés en médecine va, selon moi, en diminuant au lieu d'augmenter. Il y a un manque de professionnels dans toutes les provinces du Canada.

Je me serais donc attendu à vous entendre dire comment on fait pour demander aux provinces d'améliorer et de développer le personnel afin d'avoir les outils nécessaires pour soigner les futurs vieux comme moi. Je parle peut-être un peu égoïstement, mais je suis un petit vieux, je le sais!

• (1605)

M. Claude Rocan: Je pourrais demander à Mme Milroy-Swainson de parler du personnel médical et professionnel.

Mme Nancy Milroy-Swainson (directrice, Division des soins chroniques et continus, Direction générale de la politique de la santé, ministère de la Santé): Vous avez raison, c'est un défi très important, mais qui se présente partout dans le monde. On partage nos expériences et nos idées avec d'autres pays, dans certaines conférences, dans le cadre d'autres partenariats. Au Canada, il y a le Plan d'action concernant les ressources humaines. Il s'agit d'un plan créé par les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral. On travaille ensemble à élaborer un plan en commun. Comment va-t-on faire? On va commencer par améliorer la formation de plusieurs types de professionnels de la santé sur le plan de leur capacité à

soigner beaucoup de problèmes, particulièrement les maladies chroniques. Sur ce plan, on travaille étroitement avec les provinces, les territoires et aussi nos partenaires — comme l'Association médicale canadienne — à élaborer certains projets pour la formation des médecins, des psychologues et des infirmières. On travaille sur ce problème. Vous avez raison, c'est tout un défi, et nous constatons que nous devons nous pencher là-dessus.

M. Gilles-A. Perron: J'aimerais vous parler d'autre chose. Je sais que l'Université de Sherbrooke possède une chaire de recherche qui se spécialise dans le vieillissement et qui, apparemment, est reconnue mondialement. Les recherches qu'on y fait sont-elles transmises partout au pays? Sont-elles plutôt gardées en vase clos? Beaucoup de recherche se fait, mais on dirait que cela meurt quelque part. Nous, politiciens et citoyens, ne savons pas quels en sont les résultats ni où on s'en va. Par exemple, on parle de clonage thérapeutique pour venir à bout de la maladie d'Alzheimer ou du diabète. Où en est-on rendu? Est-ce une solution au problème, ou non? Les gens sont préoccupés parce qu'ils sont dans le noir.

M. Claude Rocan: Je réagirai rapidement en disant que, pour l'Agence de la santé publique du Canada, ce rôle est certainement très important. Notre mandat est de développer les connaissances et de les transmettre. C'est pour cette raison que nous travaillons beaucoup en collaboration avec les partenaires, les provinces et les gouvernements territoriaux, ainsi qu'avec d'autres partenaires non gouvernementaux. Nous trouvons que la transmission des connaissances et de l'information que nous avons est très importante dans un domaine aussi complexe. Les Instituts de recherche en santé du Canada s'occupent de développer les connaissances et de faire la recherche nécessaire.

• (1610)

Mme Linda Mealing: Je peux ajouter quelque chose, si vous le voulez.

Il est certain qu'on développe des connaissances aux Instituts de recherche en santé du Canada, mais notre mandat est aussi de nous assurer que ces connaissances sont appliquées. On offre maintenant de nouvelles bourses pour donner la chance aux chercheurs de développer des techniques permettant de mieux transférer des connaissances au public comme aux praticiens ou aux décideurs. Chaque cible est différente et il y a différentes cultures et politiques. On essaie aussi d'étudier le processus de transfert. Le transfert de l'application de connaissances est supposément une science. Ce n'est pas mon domaine, mais on étudie cela.

Par exemple, l'année dernière, on a mis sur pied un programme pour un réseau sur la maladie d'Alzheimer et les démences. Dans ce réseau, on exige que les chercheurs forment un réseau avec les non-chercheurs, soit les personnes qui travaillent à la Société Alzheimer du Canada, pour s'assurer que les connaissances qu'on a déjà sont appliquées aux patients par les personnes soignantes et les médecins. Il faut en même temps apprendre aux praticiens et aux décideurs à aller chercher les connaissances qui les aideront à prendre des décisions.

Il faut aussi éduquer les praticiens pour qu'ils aient l'habitude de venir chercher les connaissances. Cela va dans les deux sens. De plus, ce réseau doit donner des compétences aux jeunes chercheurs pour qu'ils puissent travailler avec les non-chercheurs. Traditionnellement, les chercheurs travaillent dans leur laboratoire, tandis que les praticiens et les politiciens travaillent dans leur bureau. On veut qu'ils puissent, pendant qu'ils sont jeunes, commencer à avoir une expérience de travail avec des personnes qui exercent une profession en dehors de leur domaine et de leur discipline. C'est un exemple.

Cela commencera au mois de mars et durera cinq ans. C'est un projet-pilote. C'est la première fois que le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada fait cela avec une telle ampleur.

M. Gilles-A. Perron: Merci.

[Traduction]

Le président: Merci.

La parole est maintenant à M. Stoffer, du Nouveau Parti démocratique, pour sept minutes.

M. Peter Stoffer (Sackville—Eastern Shore, NPD): Merci beaucoup, monsieur le président, et merci à vous tous de votre présentation.

Monsieur, à la page 5 de votre exposé, vous écrivez « La bonne nouvelle est... », et je regarde ensuite le paragraphe 4 où il est dit « Les aînés jouent un rôle actif dans leur collectivité et ils travaillent plus longtemps ». Certes, certains aînés travaillent plus longtemps, d'autres n'ont pas d'autre choix que de travailler jusqu'à un âge avancé parce que leur pension ne leur permet pas de mener une vie décente et de passer du temps avec leurs petits-enfants ou leurs voisins. Je ne sais pas si c'est une si bonne nouvelle. Je vous mets en garde à ce sujet, car certains aînés que je vois travailler chez McDonald's ou Tim Hortons n'ont pas d'autre choix s'ils veulent mettre du pain sur la table. Je n'appelle donc pas cela nécessairement une bonne nouvelle, de ce point de vue, mais je vous remercie de cette observation.

Je vois dans cette brochure que dans le cadre de l'ELCV va être effectuée dans l'avenir proche une enquête auprès de 50 000 hommes et femmes âgés de 45 à 85 ans. Je vois certains de ces questionnaires et certaines des questions peuvent être parfois verbeuses et difficiles. Si vous êtes une personne âgée, qui n'a pas beaucoup d'instruction scolaire — et de nombreux anciens combattants ont abandonné l'école pour aller se battre et n'y sont jamais retournés — est-ce que ces questionnaires seront rédigés d'une manière non pas infantilisante mais clairement compréhensible afin que les répondants comprennent clairement quelle case ils cochent lorsqu'ils remplissent ces formulaires?

Mme Linda Mealing: Je crois savoir que ces questionnaires ont été mis à l'essai.

Au cours de l'élaboration du protocole d'étude au cours des deux dernières années, on a validé certains outils, vérifié que les questions sont compréhensibles, surtout lorsqu'il est question de consentement et de procuration et de ce genre de choses.

Donc, certainement, l'auditoire cible est pris en considération pour la formulation des questions. Je pense que les auteurs ont également collaboré avec les responsables de l'ESCC qui ont une expérience dans ce domaine au sein de Statistique Canada, toujours afin d'assurer que les questions soient intelligibles.

● (1615)

M. Peter Stoffer: L'autre préoccupation intéressait les premières nations et le travail avec ce groupe particulier. Est-il ciblé dans le tableau d'ensemble? Se penche-t-on particulièrement sur lui? Beaucoup vivent dans les réserves. Beaucoup d'entre eux peuvent avoir soufferts d'abus dans les écoles résidentielles ou connaître d'autres problèmes de cette nature. Vous avez mentionné le diabète chez les Autochtones. Le diabète prolifère aujourd'hui. Les avez-vous intégrés dans le tableau d'ensemble?

En outre, nous voyons affluer dans notre pays de nombreux immigrants. Existe-t-il des différences entre les populations, celles

d'origine caucasienne, asiatique, africaine, sur le plan de leur régime alimentaire et de leur culture et de leur bien-être mental? Qu'indiquent les données en ce qui concerne l'Alzheimer, les chutes, la démence, etc.? Avez-vous effectué des ventilations spécifiques ou avez-vous les moyens de le faire?

Merci.

M. Claude Rocan: En ce qui concerne les premières nations, le service de Santé Canada responsables des premières nations et des Inuits travaillent avec nous. Il est très intéressé par ces questions. Vous avez mentionné le diabète. Il existe une stratégie du diabète chez les Autochtones qui focalise sur les besoins de cette population. C'est son rôle de travailler particulièrement sur cette population, alors que notre travail à nous est davantage tourné vers la population canadienne dans son ensemble.

Pour ce qui est des immigrants, je vais demander à John d'en parler.

M. John Cox: Je dirais qu'il se pose deux questions. D'une part, il y a la difficulté d'identifier les sous-populations dont vous parlez. Les immigrants ne sont pas moins divers que la population d'aînés dans son ensemble. Nous pourrions parler des immigrants récents ou d'immigrants établis depuis quelque temps mais pas encore entièrement adaptés à la culture anglophone ou francophone dans laquelle ils vivent. Il y a donc des défis spécifiques.

Selon mon expérience, toute la question des aînés d'origine étrangère devient de plus en plus un facteur dans les discussions. Elle est davantage un facteur au niveau des prestataires de services qui doivent déterminer comment fournir les services de telle manière que la collectivité de Vancouver, par exemple, puisse tirer parti des connaissances. Dans le même temps, ils doivent demander aux immigrants quel est leur premier choix et où ils préfèrent s'adresser pour de l'aide. Il peut y avoir des points d'accès différents de ce que nous voyons normalement dans une collectivité non immigrante traditionnelle, si je puis exprimer les choses ainsi.

Je pense qu'on leur accorde une attention distincte. Nous avons travaillé par le biais de divers projets, par exemple, sur les groupes de Canadiens âgés appartenant à des milieux culturels et ethniques différents pour voir ce qu'ils peuvent partager entre eux et ce qu'ils doivent adopter. Cela se recoupe avec une grande partie de notre travail actuel avec les partenaires internationaux dans divers domaines, afin de voir ce que nous pouvons apprendre chez eux et partager avec eux.

Je dirais que le sujet est à l'ordre du jour et le problème bien reconnu, mais le défi demeure et il faut continuer de travailler.

M. Peter Stoffer: Merci.

Mme Nancy Milroy-Swainson: J'aimerais ajouter un mot. Outre le travail que nous faisons au sein du portefeuille pour intégrer les préoccupations concernant les premières nations ou les contraintes multiculturelles, nous n'oublions pas la nécessité d'englober une perspective autochtone.

Par exemple, la Commission de la santé mentale du Canada n'est pas un organe officiel du gouvernement, mais il est impératif d'intégrer les enjeux touchant la santé mentale et la condition autochtone. C'est comme avec la Société du cancer. Ces deux organisations traitent de sujets d'importance critique pour les aînés, et le gouvernement est désireux d'assurer qu'une optique d'analyse autochtone soit également appliquée à ce travail.

● (1620)

Le président: Merci.

Nous passons au Parti conservateur. Madame Hinton, sept minutes.

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

Je vais commencer par quelques observations, si vous le permettez. Lorsqu'on est assis et qu'on écoute parler d'autres membres, des idées vous viennent à l'esprit et l'envie vous prend d'en mentionner quelques-unes.

J'ai été très heureuse, soit dit en passant, de vous entendre dire que les ministères collaborent entre eux. Je trouve que c'est là un bienfait, au départ, que ce dialogue intergouvernemental ait lieu. Je trouve cela merveilleux.

Je suis tout à fait ravie — et je suis sûre que vous êtes très bien informé de cela — que pour la première fois dans l'histoire du Canada le gouvernement a désigné un ministre chargé expressément des aînés. C'est l'honorable Marjory LeBreton. Je suis sûre qu'elle serait ravie d'entendre tout ce que nous avons appris ici. Ce sont des renseignements merveilleux.

Je partage le souci exprimé tout à l'heure par mon collègue, M. Perron, concernant le nombre de médecins. Cela a été évoqué à plusieurs reprises tant lors de conversations personnelles que dans ce comité. Selon mon expérience personnelle, je peux vous dire sans hésiter qu'il faut un minimum de dix ans pour former un médecin. Je parle d'expérience, car il se trouve que je suis mère d'un médecin. S'il veut se spécialiser, cela prend encore plus de temps.

Nous avons donc pas mal de rattrapage à faire avant d'avoir suffisamment de médecins pour notre pays. Mais c'est un problème mondial. J'ai été heureuse de vous l'entendre dire également. Je ne voulais pas penser que j'étais seule à nourrir l'opinion que ce problème est mondial.

En ce qui concerne le vieillissement, je dois vous le dire, les chiffres que vous m'avez donnés m'ont causé un choc. Je regarde la page 6, où vous dites qu'une forte majorité des aînés — 85 p. 100 de ceux âgés de 65 à 79 ans — souffrent d'au moins une maladie ou affection chronique telle qu'asthme, arthrite, rhumatismes, hypertension, emphysème, maladie pulmonaire obstructive chronique, diabète, maladie cardiaque, cancer, schizophrénie, trouble de l'humeur et anxiété, et obésité.

À la page 9 vous dites que les efforts de promotion de la santé sont importants pour prévenir les maladies et que jusqu'à 70 p. 100 des cancers, 90 p. 100 des cas de diabète de type 2 et 50 à 70 p. 100 des accidents cérébrovasculaires sont évitables.

Vous m'avez d'abord fait peur à la page 6, puis vous m'avez donné de l'espoir à la page 9.

Je vais vous donner l'occasion d'expliquer. Il se peut fort bien que de nombreux aînés suivent la retransmission de cette séance. Pourriez-vous donc nous dire, en termes concis, ce que l'on peut faire pour prévenir ces maladies? Si vous prévenez 70 p. 100 des cancers, 90 p. 100 des diabètes de type 2 et 50 à 70 p. 100 des accidents cérébrovasculaires, je pense qu'il vaut la peine d'en parler.

M. Claude Rocan: Merci de cette occasion.

Certains facteurs de risque communs s'appliquent à toute une série de maladies chroniques, dont la plupart ont été mentionnées ici. Ils sont en rapport avec l'activité physique, une bonne alimentation et le renoncement au tabac, et bien sûr un poids normal, lui-même très souvent en rapport avec l'activité physique et une alimentation saine.

Ce sont là d'énormes problèmes et nous travaillons certes très fort à les résoudre, en songeant particulièrement à la population âgée.

Nous avons un guide d'activité physique pour les adultes âgés. En fait, nous avons quatre guides: pour les enfants, les adolescents, les adultes, et les adultes âgés. Ces guides fournissent des renseignements très utiles, fondés sur des données probantes, pour aider les gens à prendre la décision de devenir physiquement actifs.

Pour ce qui est d'une bonne alimentation, il existe bien sûr le *Guide alimentaire canadien* dont l'édition révisée vient d'être publiée. Je crois que c'était l'an dernier. Lui aussi contient quelques renseignements spécifiques s'adressant aux personnes âgées, notamment le conseil de prendre de la vitamine D, qui est très importante pour la population âgée. Il existe aussi un guide alimentaire spécifique pour les Autochtones. Bien entendu, pour ce qui est du renoncement au tabac, nous avons des programmes très robustes au sein du portefeuille de la santé offrant des conseils sur les moyens d'arrêter de fumer.

Toutes ces habitudes, en soi, peuvent faire une énorme différence dans l'état de santé des gens. Nous travaillons très fort dans le domaine de la promotion sanitaire pour faire passer ces messages et travailler sur les facteurs environnementaux afin de faciliter aux gens la prise de choix sains en rapport avec leur propre santé.

● (1625)

Mme Betty Hinton: Merci beaucoup.

Les derniers témoins que nous avons entendus mardi nous ont parlé des chutes chez les aînés, et vous les avez évoqués de nouveau aujourd'hui. L'une des conclusions que j'ai tirée de leurs propos est qu'il est réellement important que nos médecins traitent les patients au quotidien et les sensibilisent à certaines des options qu'ils possèdent.

Vous avez également parlé d'éducation, ou du moins c'est mon interprétation de vos propos. J'espérais que vous nous annonceriez une solution magique, mais vous avez parlé de sensibiliser les gens à l'importance de mieux manger et de faire de l'exercice. C'est en gros votre orientation — et cela empêcherait quantité de chutes.

M. Claude Rocan: Oui, mais je pense que cela va aussi plus loin.

L'éducation compte, mais aussi la connaissance des meilleures pratiques: quelle sorte d'interventions mises à l'essai donnent les meilleurs résultats; que fait-on dans d'autres pays et juridictions; il faut nouer des partenariats pour essayer de transmettre ces renseignements au niveau de la base, chercher des façons de jouer un rôle de catalyseur, afin que des interventions précises puissent être menées au niveau communautaire.

Je pense donc qu'il y a tout un éventail d'interventions, en sus des activités de type plus environnemental que j'ai mentionnées, pour influencer les gens et les amener à faire plus facilement des choix sains.

Mme Betty Hinton: J'ai une autre observation.

Ayant siégé comme conseillère scolaire pendant trois mandats dans ma vie antérieure, je pense que nous devons commencer beaucoup plus tôt à conseiller l'exercice et une bonne alimentation, car si nous avons commencé à insister là-dessus auprès des enfants à l'école, ils ne connaîtraient probablement pas ces problèmes plus tard dans la vie. J'ai pu observer comme conseillère scolaire que nous encourageons l'éducation physique dans notre commission scolaire — nous construisons des gymnases à coups de millions de dollars — et ensuite nous transportons les enfants à l'école en autobus. C'est tout le contraire du but recherché. Si les enfants se rendaient à pied à l'école, cela leur ferait déjà de l'exercice gratuit. Je pense qu'il faut changer notre façon de penser.

S'il me reste un peu de temps, je vais le céder à mon collègue, M. Shipley.

Le président: Vous avez déjà dépassé votre temps de 33 secondes, en fait.

Mme Betty Hinton: Bon, tant pis.

Désolée, Bev.

Le président: M. Shipley aura amplement l'occasion.

Les témoins souhaitent-ils répondre?

M. Claude Rocan: Je voudrais juste mentionner brièvement que je suis tout à fait d'accord avec vous. De fait, nous sommes partie prenante à ce que nous appelons un consortium conjoint sur la santé scolaire, au sein duquel nous traitons de toute la gamme des comportements sanitaires dans les écoles, notamment l'activité physique.

Bien entendu, le gouvernement fédéral n'exerce pas de responsabilité dans les écoles, mais nous participons certainement à ce forum et nous en servons pour propager les renseignements et les résultats de recherche que nous possédons et tenter simplement de jouer un rôle utile pour encourager cette sorte de réflexion et nouer des relations.

Je mentionnerai juste un exemple que je trouve très intéressant, ce que l'on appelle l'autobus scolaire pédestre, où des aînés accompagnent les enfants à pied sur le chemin de l'école. Les enfants sont ainsi escortés, ce qui règle le problème de la sécurité, et cela donne une activité physique tant aux aînés qu'aux enfants. Il y a donc là des avantages sur plusieurs plans.

Il existe des idées comme celle-ci, que certaines collectivités ont mis à l'essai, et nous pensons qu'il est très important d'évaluer l'effet de ces interventions et, une fois que nous les aurons mieux cerner, de partager cette connaissance et cette information avec d'autres qui aimeraient les reproduire chez eux.

Mme Betty Hinton: C'est une merveilleuse idée, pleine de bon sens, réellement excellente.

Le président: Oui, cela a l'air très bien.

J'ai envie de faire un commentaire, mais je vais m'abstenir car il ne serait pas approprié.

Des voix: Oh, oh!

Le président: C'était au sujet d'un aparté que j'ai eu avec M. St-Denis, mais je vais m'abstenir.

Nous passons au Parti libéral, avec M. Valley, pour cinq minutes.

M. Roger Valley (Kenora, Lib.): Ah, vous vous rattrapez.

Merci beaucoup d'être venus. Je vous présente mes plus plates excuses. Vous avez fait l'effort de venir nous rencontrer et je suis arrivé un peu en retard. Veuillez m'excuser. De manière générale, ce

sont les électeurs qui nous font attendre, mais je vous présente mes excuses.

J'apprends toujours beaucoup en écoutant ces exposés et je ne cesse de prendre des notes et de me demander quels mots employer. Une vieillesse en santé et une vieillesse active sont des notions importantes lorsqu'il s'agit de déterminer comment aider tout un chacun à jouir du troisième âge.

Vous poursuivez, Claude, en disant « Cette approche nous encourage à canaliser nos efforts « en amont » ».

Mardi, un témoin nous a parlé du problème des chutes et de sa gravité. Vous le mentionnez plus loin dans votre document. Et nous recevons sans cesse des anciens combattants — et je vous en ai parlé tout à l'heure — qui se plaignent d'être très durs d'oreille. L'une des raisons, c'est l'âge, mais une autre, croyons-nous, est leur service militaire car pratiquement tous les vétérans que nous voyons ont le même problème. Ils pensent que cette déficience est largement due à leur service.

Je vais faire une observation et vous inviter à y réagir. Si nous parlons d'agir « en amont » ou de garder les gens en bonne santé et actifs, et si nous ne voulons pas qu'ils chutent, nous devrions prêter beaucoup plus attention aux anciens combattants lorsqu'ils nous disent avoir besoin de prothèses auditives. Rien que cela leur éviterait de tomber, à mon avis; tout cela est plus ou moins prouvé.

Est-ce là ce que vous entendez par « amont », soit agir pour prévenir tout ce qui peut arriver dans l'avenir?

• (1630)

M. Claude Rocan: Oui, et il s'agit d'essayer d'agir sur le milieu dans lequel vivent les gens afin qu'ils puissent éviter les crises plus tard. La prévention est au cœur de notre action dans le domaine de la santé publique. C'est tout à fait comme vous dites.

M. Roger Valley: Il semble que l'on gaspille beaucoup d'efforts. Lorsque nous avons des anciens combattants âgés devant nous, qui disent avoir besoin d'une prothèse auditive, plusieurs raisons les empêchent d'en obtenir. L'une est que le ministère n'accorde pas toujours assez de crédit à leur affirmation que la déficience est due à leur service et une autre est le fait qu'ils n'ont pas les moyens de l'acheter. Ils se retrouvent donc avec des problèmes, tels qu'une chute, ce qui ne fait qu'empirer les choses.

Vous avez mentionné également la participation et des lignes directrices pour les villes et petites localités. Vous avez mentionné plusieurs provinces, certaines qui sont actives et d'autres qui le deviennent davantage. Dans le monde...

La raison pour laquelle je vous pose la question, c'est que je vois plus loin dans le document que vous allez faire une intervention aux Nations Unies. Ce sera probablement le mois prochain, n'est-ce pas, en février?

M. Claude Rocan: Oui, en février. En fait, c'est la semaine prochaine.

M. Roger Valley: Où le Canada se situe-t-il par rapport aux autres pays? Sommes-nous des chefs de file dans ce domaine? Est-ce pour cela que nous allons présenter une communication aux Nations Unies? Pouvez-vous nous situer dans le monde? Vous avez mentionné quelques provinces en avance, mais placez le Canada dans le monde et dites-nous comment nous nous classons.

M. Claude Rocan: Merci de cette occasion.

Oui, effectivement, le travail que nous avons accompli nous vaut une haute considération dans le monde. Le travail que nous avons fait en rapport avec les villes-amies des aînés a été accompli en collaboration très étroite avec l'Organisation mondiale de la santé.

Cela a été réellement un travail de pionnier. Nous avons élaboré un guide qui est employé dans le monde entier. Aujourd'hui, quelque 33 villes, je crois, participent à cette initiative. Je pense pouvoir dire que c'est en grande partie grâce à l'impulsion du Canada qu'elle a vu le jour. Je crois que nous avons fait un travail remarquable. Nous avons reçu un prix de Help the Aged du Royaume-Uni pour le travail que nous avons fait dans ce domaine.

L'autre domaine que je voudrais mentionner est celui des aînés dans les situations d'urgence. Là encore nous avons été en pointe. Nous avons organisé un atelier à Winnipeg l'an dernier dont les résultats seront présentés et discutés aux Nations Unies la semaine prochaine, le 8 février. Nous suivrons cela avec un deuxième atelier en mars qui va rassembler des experts du monde entier.

Je pense être fondé à dire que le Canada est le leader mondial dans ce domaine.

M. Roger Valley: J'ai eu la chance de voyager au Chili il y a quelque temps et j'y ai constaté à quel point le monde apprécie les contributions canadiennes.

Vous avez mentionné l'atelier qui se tiendra en mars. Pouvez-vous nous donner une idée des pays qui seront représentés et qui viendront, je suppose, par respect pour le travail abattu par le Canada?

• (1635)

M. Claude Rocan: Je vais demander à John de répondre, si vous le permettez.

M. John Cox: Merci.

Nous attendons environ 130 participants. L'atelier regroupe des Canadiens et des étrangers. Certains des pays sont le Japon, l'Australie, le Liban et des pays sud-américains. Je crois que nous avons envoyé une invitation aux Péruviens, par exemple, qui ont été très actifs sur le terrain, auprès des personnes âgées, à les préparer aux catastrophes ou situations de crise. Une vingtaine de pays vont envoyer des experts ou des représentants à cette réunion qui se tiendra à Halifax, en mars.

M. Roger Valley: Merci beaucoup.

[Français]

Le président: Je donne maintenant la parole à M. Gaudet. Vous avez cinq minutes.

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

Bonjour à tous. Ma mère a 98 ans et j'espère vivre chez moi aussi longtemps qu'elle, qui vit encore dans sa maison. Je me demande ce que Santé Canada fait pour elle. C'est ma soeur qui la garde. Ma mère est en parfaite santé et elle sort tous les dimanches et même deux ou trois fois par semaine. Que fait Santé Canada pour aider les gens à garder des personnes âgées à la maison? Jusqu'à maintenant, l'aide dont on dispose vient de l'infirmière du CLSC, qui vient la laver une ou deux fois par semaine. Le reste du temps, elle sort avec nous toutes les semaines. Dimanche dernier, je suis allé dîner avec elle. Elle est en pleine forme.

Nous aimerions qu'elle meure à la maison. Mon père est décédé à la maison il y a 25 ans. Nous étions alors 11 enfants. Il n'en reste que 10 maintenant, et nous nous occupons de notre mère.

Que fait Santé Canada pour aider les gens à rester à la maison avec leurs enfants?

M. Claude Rocan: Je dois dire que votre mère est très chanceuse.

Les soins de santé est un champ de compétence provinciale, et on ne s'y ingère pas directement. Nancy pourra peut-être parler de certaines de nos initiatives.

Comme je l'ai mentionné dans ma présentation, on s'occupe surtout du développement des connaissances. On essaie de partager nos connaissances. On travaille avec les autres gouvernements provinciaux et territoriaux du Canada. On essaie de travailler de façon stratégique avec ces gouvernements et avec les organisations à but non lucratif, les instituts de recherche et les universités, pour bien comprendre ce que c'est que de vieillir en santé et mieux comprendre les pratiques qui peuvent y contribuer.

M. Roger Gaudet: Je comprends votre point de vue. Toutefois, je ne veux pas que vous parliez des champs de compétence provinciaux, car ce n'est pas le sens de ma question. Plus tôt, Mme Hinton a parlé des médecins. Il manque de médecins. Il n'en manque pas seulement au Québec, mais également en Ontario. Les médecins du Québec s'en vont en Ontario, en Alberta et ailleurs.

Santé Canada ne pourrait-il pas dire au gouvernement de donner plus d'argent aux provinces pour l'éducation? Cela permettrait d'avoir plus de médecins. Les gens n'étudient pas en médecine, parce que cela coûte très cher. Le Canada pourrait donner plus d'argent aux provinces et aux universités. Ce serait peut-être une solution.

Si vous tenez des réunions avec tous les ministères de la terre, vous ne trouverez que des problèmes. J'ai été maire pendant 13 ans et on avait toujours les mêmes problèmes. On tenait des réunions. Aujourd'hui, grâce à l'informatique, on peut trouver des solutions qui seraient adaptées à tous les Canadiens. Arrêtons de nous réunir pour trouver des problèmes, car on les connaît. On a besoin de solutions.

Même si vous alliez à l'ONU, vous ne régleriez pas les problèmes. Prenons l'exemple de Cuba. Plusieurs Canadiens et Québécois vont se faire opérer à Cuba. Comment se fait-il qu'ils peuvent se faire opérer à Cuba? Il y a des médecins à tous les coins de rue. Au Canada, un pays supposément riche et démocratique, on ne peut pas avoir de médecins. Il y a un problème.

Présentement, le Canada réalise des surplus de 11 milliards à 12 milliards de dollars annuellement. Il faudrait donner une part de cet argent aux universités et aux provinces pour aider les gens. Si on n'a pas de médecins, on ne peut pas aider pas les gens. Sans médecins, personne ne pourra régler les problèmes de la vie.

C'étaient là mes commentaires. J'aimerais maintenant entendre les vôtres.

•(1640)

Mme Nancy Milroy-Swainson: Comme je l'ai dit déjà, c'est vraiment un problème partout au pays et dans le monde. Le gouvernement travaille avec les provinces et les territoires et leur octroie de l'argent pour augmenter le nombre de médecins et autres professionnels de la santé, notamment des infirmières et des psychologues, pour ne nommer qu'eux. Il reste que d'autres moyens existent pour améliorer l'accès aux services de santé. Par exemple, en vue d'aider les provinces et territoires, on travaille dans le domaine des soins primaires afin de créer des équipes. L'objectif est que les professionnels puissent travailler ensemble et répondre aux besoins des gens, particulièrement ceux qui sont aux prises avec des maladies chroniques, ceux qui ont besoin de soins à domicile ou de soins palliatifs.

Le fait que les gens travaillent en équipe permet un meilleur accès à des services un peu spécialisés. On travaille étroitement avec les provinces et territoires ainsi qu'avec d'autres partenaires pour créer un environnement et des outils en vue de travailler en équipe. Par exemple, on donne de l'argent à Canada Health Infoway, un organisme qui travaille à la mise sur pied d'un dossier électronique commun à l'ensemble du pays en matière de santé. Cet outil doit permettre aux professionnels de travailler ensemble et aux individus d'obtenir de l'information sur leur propre santé en vue d'en prendre soin.

Canada Health Infoway travaille aussi à la création des programmes de Télésanté. L'objectif est d'améliorer la qualité et l'accessibilité des soins à domicile, par exemple dans le cas de personnes souffrant de problèmes cardiaques ou de maladies chroniques. Le nombre de professionnels n'est pas le seul facteur important; il y a aussi la façon dont on organise ces professionnels et dont on les appuie pour qu'ils répondent aux besoins des gens. Nous travaillons de concert avec nos partenaires pour améliorer ces conditions.

M. Roger Gaudet: Merci.

[Traduction]

Le président: Merci.

Nous passons maintenant à M. Shipley, qui aurait voulu raccrocher ses questions à celles de Mme Hinton mais qui disposera maintenant de ses cinq minutes bien à lui.

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

Merci à tous d'être venus aujourd'hui.

Madame Mealing, j'étais juste en train de jeter un coup d'oeil sur cet ouvrage, le Rapport biennal sur le vieillissement des Instituts de recherche en santé du Canada. Si vous allez voir à la page 8, vous tombez sur quelques chiffres inquiétants. L'un des champs d'action consiste à aider les personnes âgées à prendre leurs médicaments sans danger et on forme des équipes pour cela. On y lit qu'en 2006, nous avons dépensé 25 milliards de dollars en médicaments, soit le deuxième plus gros poste de dépenses du système de santé. Si vous êtes âgé de 60 à 79 ans, vous recevez en moyenne 39 ordonnances par an, et ce chiffre atteint 74 au-dessus de 80 ans. Si ces chiffres ne nous inquiètent pas, nous avons tort.

Monsieur Rocan, dans votre mémoire, page 9, vous parlez de promotion de la santé. Il me semble que nous courrons dans deux directions à la fois sur ce plan. Existe-t-il un lien direct entre la quantité de médicaments administrés et l'état de santé tel que nous le mesurons? Nous parlons de santé, et de 70 à 90 p. 100 des diabètes, 50 p. 100 des accidents cérébrovasculaires sont évitables. Est-ce

qu'ils sont évitables grâce aux médicaments que nous leur administrons ou bien évitables parce que nous les encourageons à mener une vie plus saine?

M. Claude Rocan: Je dirais que c'est plutôt la vie plus saine. Nous travaillons très fort pour encourager les gens à avoir des activités saines, de diverses façons et à divers niveaux, comme je l'ai dit. La promotion de la santé est un domaine extrêmement vaste. Elle touche aux comportements individuels, mais aussi de manière plus générale aux politiques suivies par les gouvernements qui se répercutent sur la santé. Nous cherchons à influencer les politiques publiques à plusieurs niveaux. Oui, en fin de compte, le but c'est d'influencer les comportements humains et d'encourager des habitudes plus saines afin que les gens puissent éviter les problèmes, notamment ceux qui requièrent la prise de médicaments, etc.

Linda, souhaitez-vous ajouter un mot?

•(1645)

Mme Linda Mealing: Notre recherche montre la même chose — vous avez 39 ordonnances — mais je crois qu'il s'agit de huit médicaments différents au-dessus de 65 ans. C'est peut-être dû à l'attitude du médecin qui dispose de très peu de temps, mais parfois une physiothérapie ou une autre intervention thérapeutique pourrait réduire le besoin de médicaments. Il y a aussi le comportement du patient qui réclame des médicaments et voit peut-être plusieurs médecins.

M. Bev Shipley: Je ne pense pas que le patient devrait déterminer qui reçoit des médicaments ou n'en reçoit pas. Le pensez-vous?

Mme Linda Mealing: Non, vous avez raison.

M. Bev Shipley: Est-ce que vos organismes cherchent effectivement à promouvoir une bonne santé plutôt qu'une santé médicalisée?

Mme Linda Mealing: Oui, absolument.

M. Bev Shipley: Et pensez-vous y réussir?

M. Claude Rocan: C'est une question très intéressante. Je pense qu'elle nous conduit à la question délicate de l'évaluation en matière de promotion de la santé. Nous travaillons certainement très fort à cela. Nous y consacrons pas mal de ressources. Je pense que les méthodes d'évaluation continuent d'évoluer. C'est difficile car nous avons besoin d'études longitudinales pour suivre les effets que nous produisons. Nous pouvons facilement montrer les résultats d'interventions à plus court terme et déterminer leur impact. Mais il est difficile d'établir ces liens de cause à effet entre nos interventions et les changements réels dans l'état de santé. Nous continuons à essayer, mais c'est difficile.

M. Bev Shipley: Ce n'est pas une critique. Je m'inquiète seulement, car vous parlez de prévention des chutes, à la page 14. Parlant de médicaments, je ne sais pas si l'on comptabilise bien les accidents causés par les médicaments, à cause des mélanges. Nous avons tous vécu, comme parents ou frères ou soeurs, des situations où nous disons « C'est assez, arrêtez », et miraculeusement la santé du proche s'améliore, parce qu'il était bourré de tous ces médicaments dont les effets s'accumulent et qui causent un manque de coordination.

Je vous encourage, lorsqu'on parle de chutes, et c'est ce que nous cherchons à faire... Et cela concerne aussi les anciens combattants. Je ne sais pas si vous avez ces études, mais il semble que le problème soit plus aigu chez les anciens combattants — à cause de leur service militaire ils tendent à prendre davantage de médicaments que d'autres : sont-ils aussi ouverts aux facteurs de promotion de la santé dont vous parlez? Acceptent-ils mieux ces conseils que d'autres Canadiens?

M. John Cox: Vous demandez en substance quelle est la différence entre la population des anciens combattants, telle que nous la connaissons, et la population générale. Nous avons beaucoup de mal à trouver suffisamment de données sur les personnes âgées en général et les sous-populations spécifiques — qu'il s'agisse d'anciens combattants ou d'autres sous-groupes mentionnés aujourd'hui. La réponse succincte est que nous avons peu d'information pour effectuer ces comparaisons.

Je pense que David Pedlar, du ministère des Anciens combattants, est peut-être le mieux placé, en tant que chercheur et gérontologue, pour vous parler des spécificités qu'il a pu déceler chez les anciens combattants.

Souhaitez-vous intervenir, Linda?

• (1650)

Mme Linda Mealing: Je sais que le D^r David Pedlar, votre directeur de la recherche aux Anciens combattants, a rencontré les responsables de l'étude longitudinale canadienne sur le vieillissement pour décider de la meilleure façon d'englober une cohorte militaire dans cette enquête, dans le cadre de votre stratégie de recherche sur la santé de la population. Il n'existe pas de données claires, mais il cherche les moyens d'en rassembler efficacement.

M. Bev Shipley: Merci.

Mme Nancy Milroy-Swainson: Ceci ne concerne pas spécifiquement les anciens combattants, mais pour ce qui est des complications associées aux médicaments, Santé Canada cherche certainement à faire deux choses. L'une est de collaborer avec les pharmaciens et les soignants sur la prescription optimale. Un travail se fait donc pour assurer que seuls ceux qui ont besoin de médicaments en prennent et que ceux qui en prennent prennent les bons.

Deuxièmement, diverses juridictions à travers le pays — avec le soutien d'Inforoute — introduisent des systèmes électroniques pour suivre et contenir l'information pharmaceutique. Ce mécanisme — consistant à regrouper toutes les ordonnances d'une personne dans un fichier accessible à tout pharmacien ou médecin — contribue certainement à éviter les complications imprévues. Ce système peut signaler les interactions entre médicaments qui peuvent causer de la confusion ou de l'instabilité. Cela est certes reconnu comme étant un problème, et il existe des outils qui peuvent le résoudre partiellement.

Le président: Merci beaucoup.

Nous passons maintenant au Parti libéral du Canada. Monsieur St. Denis, vous avez cinq minutes.

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

Merci beaucoup aux témoins de leur présence et assistance.

J'ai noté un certain nombre d'excellentes initiatives que vous avez décrites aujourd'hui, mais plus particulièrement les collectivités-amies des aînés. En guise de petit préambule, dans ma circonscription du nord de l'Ontario se trouve la petite ville d'Elliot Lake, qui

était jadis la capitale mondiale de l'uranium mais ne possède plus une seule mine d'uranium en activité. L'assainissement a été très bien fait par les sociétés minières sous les excellentes auspices de la Commission canadienne de sûreté nucléaire. Le nombre de ceux en retraite anticipée, soit d'aînés moyennement âgés, si je puis les qualifier ainsi, et même d'aînés âgés qui se sont installés à Elliot Lake est incroyable et se chiffre par milliers. Nombre de ces retraités obéissent principalement à des raisons économiques ainsi qu'environnementales — air pur, accès à la pêche et à la nature, etc. Parmi ces milliers figurent de nombreux militaires retraités. La légion locale est l'une des plus grandes du pays, comptant 800 ou 900 membres, et ce dans une petite ville de 12 000 habitants.

Pourriez-vous nous en dire un peu plus sur les collectivités-amies des aînés? S'agit-il simplement d'organiser des activités agréables pour les aînés, ou bien s'agit-il réellement d'une modélisation proactive de ce que l'on peut faire pour encourager les aînés à s'installer dans les régions rurales du Canada qui offrent une qualité de vie supérieure? Dans la génération du baby-boom — moi-même et beaucoup ici en faisons partie, je pense — un nombre énorme aborde un âge où ils auront besoin de logement pour personnes âgées.

M. Claude Rocan: Les collectivités-amies des aînés sont un programme dérivé de l'initiative Villes-amies des aînés que nous avons menée à l'échelle internationale. Nous avons appliqué cette expérience au contexte canadien, par l'intermédiaire du forum fédéral-provincial-territorial sur le vieillissement. Par le biais de ce forum, un guide sur les collectivités-amies des aînés a été publié. Je crois qu'une dizaine de collectivités participent.

Est-ce dix?

M. John Cox: Il y en avait dix initialement.

M. Claude Rocan: Il s'agit de rechercher des indicateurs communs d'une collectivité-amie des aînés, d'isoler quelques caractéristiques concrètes d'une collectivité-amie des aînés et de préconiser certains changements et améliorations pour rendre une localité plus conviviale aux aînés. Voilà donc le point de départ. C'est certainement un mouvement qui peut s'élargir. Un outil a été élaboré, qui est essentiellement un guide utilisable par toute collectivité du Canada. Nous en avons d'ailleurs fait don à l'Organisation mondiale de la santé qui pourra l'utiliser dans un autre cadre. C'est un outil très pratique qui permet aux collectivités de se situer à l'intérieur de différentes catégories de convivialité et à apporter quelques améliorations, le cas échéant.

Je demanderais à John de dire quelques mots également, car nous avons été associés très étroitement à ce projet.

•(1655)

M. John Cox: L'initiative des collectivités-amies des villes, qui a une envergure tant internationale que nationale, comme Claude l'a indiqué, en est maintenant au stade de l'exécution dans les provinces et territoires intéressés. En gros, il s'agit d'un mécanisme qui permet aux aînés dans les collectivités — de concert avec d'autres intervenants tels que le secteur privé, le secteur non gouvernemental, les autorités municipales, etc. — de mettre en lumière les aspects qu'ils trouvent utiles à leur jouissance du milieu ou les problèmes qui peuvent se poser. Il peut s'agir d'un mauvais entretien de la voirie, ou d'un problème environnemental. Nous avons beaucoup parlé des chutes et des facteurs qui y contribuent. Il peut s'agir de tout un éventail de choses, mais plus précisément de celles que les aînés eux-mêmes jugent important pour eux.

Au-delà, c'est une occasion pour eux, au cours de ce dialogue, de proposer des mesures concrètes. Il peut s'agir de choses aussi simples que l'installation d'un banc entre les arrêts d'autobus sur une colline de Saanich, C.-B., ou bien d'un travail de plus grande envergure exigeant une coordination entre les autorités provinciales et municipales, par exemple le déblaiement de la neige. Il se peut que la province dépose des bancs de neige sur les trottoirs de la route traversant la ville. La route sera dégagée mais les personnes âgées ou handicapées ou les mères avec des poussettes ne peuvent traverser la rue à cause des bancs de neige.

M. Brent St. Denis: Avant que mon temps soit écoulé, où pouvons-nous obtenir des renseignements à ce sujet? Existe-t-il un site Internet?

M. John Cox: Je serais ravi de vous fournir ce renseignement.

M. Brent St. Denis: Je vous remettrai ma carte tout à l'heure.

M. John Cox: Absolument.

Le président: Nous en sommes maintenant à M. Sweet, du Parti conservateur, pour cinq minutes.

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

Autant que je poursuive sur le même sujet que M. St. Denis.

Il sera bon de réellement vérifier le succès de l'initiative. Est-ce que vous suivez l'utilisation de ce guide par les municipalités? Déterminez-vous quelles municipalités se servent de cette information? Suivez-vous cela?

M. John Cox: Comme je l'ai mentionné, il y avait dix collectivités à travers le pays qui ont participé initialement au projet pilote. Tant la Colombie-Britannique que le Manitoba ont été très impressionnés par le caractère prometteur de l'initiative. La Colombie-Britannique, crois-je savoir, s'est engagée à essayer d'amener ces 168 municipalités à appliquer le programme avec divers partenaires. Nous ne connaissons pas actuellement le décompte, car cela vient juste de commencer, mais nous saurons certainement quel sera le taux d'utilisation dans quelques années.

Je crois qu'au Manitoba le gouvernement a l'intention de mettre cela en pratique par groupes de dix collectivités, selon le degré d'intérêt qu'elles expriment, et fournit un soutien pour cela.

M. David Sweet: Je crois que tous les membres du comité aimeraient obtenir cette information afin de pouvoir se faire les champions de cette initiative dans leurs collectivités respectives.

Une des questions soulevées auparavant, et dont nous avons déjà beaucoup parlé, est le fait que nous allons connaître une grande pénurie de psychiatres et de psychologues pour les personnes âgées,

et particulièrement les anciens combattants, en raison du besoin accru de spécialistes du syndrome de stress post-traumatique.

Pouvons-nous faire quelque chose de plus, au niveau fédéral, avec Santé Canada, pour augmenter le nombre de candidats dans ces disciplines, afin de remédier à cette pénurie au cours des dix prochaines années? J'ai moi-même quelques idées mais je suis sûr que vous, qui êtes immergés dans ce problème en permanence, devez songer à quelques mesures, pouvant même aller jusqu'à inciter les conseillers en orientation dans les écoles secondaires à encourager les jeunes à faire ces études.

Faisons-nous quelque chose de ce genre?

•(1700)

Mme Nancy Milroy-Swainson: Je ne peux vous parler des détails, mais je sais que l'on discute beaucoup de l'intérêt des gens pour les professions sanitaires, pas seulement dans le domaine de la santé mais aussi dans celui de l'éducation. En particulier, à Santé Canada, notre effort porte sur la préparation éducative chez les Autochtones. Des efforts sont en cours pour aider non seulement les Canadiens autochtones à se lancer dans les études en sciences infirmières, ou en psychologie ou en psychiatrie, mais aussi créer, en quelque sorte, un programme de promotion graduelle tel qu'une fois que l'on est parvenu à un certain niveau de préparation dans une profession sanitaire et que l'on a accumulé de l'expérience, on peut passer à un niveau d'études supérieur.

Donc, au niveau des premières nations, c'est certainement un sujet d'action. Je ne puis parler en détail des efforts dans la population plus large, mais je sais que c'est un problème.

M. David Sweet: Vous avez mentionné le Plan canadien de ressources humaines en matière de santé. La collectivité autochtone en fait partie, mais il n'y a pas...

Mme Nancy Milroy-Swainson: Il faudrait que je regarde le plan lui-même pour voir comment cela a été caractérisé. Le plan concernant les Autochtones est généralement reflété dans le plan de ressources humaines en matière de santé pancanadien, mais il fait plus précisément l'objet du travail de la Direction générale de la santé des premières nations et des Inuits.

M. David Sweet: D'accord. Merci.

J'aimerais vous parler également de l'engagement social. Là encore, l'un des messages que nous entendons régulièrement dans la bouche de tous les témoins, c'est que la probabilité qu'un aîné reste en forme et soit ainsi moins exposé aux maladies et aux chutes, etc. dépend de la qualité de ses réseaux personnel. Dans le cadre des plans de politiques publiques supérieurs que nous proposons aux provinces, avons-nous quelques stratégies précises pour essayer de repérer ces personnes plus tôt? En effet, je crois qu'une fois que l'on atteint l'âge de 75 ans et que l'on ne possède pas ces réseaux sociaux, on ne se met pas tout d'un coup à papillonner — excusez l'expression — de manière spontanée. Existe-t-il des actions ou des initiatives à cet égard?

M. Claude Rocan: Je vais répondre en premier.

Vous avez tout à fait raison. Je pense que c'est une question d'énorme importance qui nous ramène un peu à ce que nous disions tout à l'heure au sujet du maintien au travail. C'est un peu le sujet que nous cherchions à aborder dans l'exposé. La question n'est pas tant le travail, il s'agit plutôt d'être engagé dans la société, sous une forme ou une autre, et c'est extrêmement important. Nous avons fait un peu de travail concernant ce que l'on appelle aujourd'hui le « capital social », c'est-à-dire tout le réseau social de soutien que les gens peuvent posséder, en étant membre de la collectivité, membre d'une famille, membre d'organisations bénévoles et ainsi de suite.

Nous avons certainement pris quelques mesures pour mieux faire connaître l'importance de l'engagement social des aînés.

Rectifiez si je me trompe, John, mais je ne crois pas que nous ayons des stratégies spécifiques au niveau fédéral. C'est en tout cas un point dont nous discutons avec nos homologues provinciaux et territoriaux, ce qui permet d'échanger des idées. Si nous avons connaissance de pratiques exemplaires, c'est une occasion de les faire connaître. Nous fonctionnons donc de cette façon.

M. David Sweet: Je vais probablement manquer de temps et je veux juste essayer de caser encore une question. À la page 13, vous faites état d'un guide stratégique que vous avez produit. Dans quelle mesure ce guide sur les soins à domicile est-il actuel?

M. John Cox: Il faudrait que je vérifie, mais je pense qu'il a été rédigé au cours des trois dernières années.

M. David Sweet: Merci.

Le président: Nous passons maintenant à celui que je crois être notre dernier intervenant — M. Stoffer, du NPD — et ensuite nous aurons quelques questions d'ordre interne à régler, j'en informe tout le monde.

Monsieur Stoffer.

• (1705)

M. Peter Stoffer: Merci beaucoup, monsieur le président.

Il y a quelques années, je siégeais au Comité des affaires autochtones et nous y avons reçu un groupe d'anciens et, pendant toute la présentation, les gens n'ont jamais une seule fois utilisé le mot « aîné ». Ils disaient toujours: les « anciens ». Lorsque je leur en ai parlé ensuite, ils ont dit que c'était parce que le mot « ancien », à leur avis, traduit le respect; alors que « aîné » traduit simplement une personne âgée.

Je vous soumetts donc ceci. Avez-vous jamais envisagé de remplacer le mot « programmes pour aînés » par « programmes pour anciens »? J'étais récemment à Resolute Bay. Et cela nous ramène à ce que disait Mme Hinton, soit qu'il faudrait commencer ces programmes d'éducation physique beaucoup plus tôt et ne pas attendre que les gens soient âgés. Là-haut, on invite les anciens dans les écoles, ils font partie intégrante du système éducatif. Cela les garde alertes, les met en présence d'enfants, et leur enseigne l'interaction, comme vous l'avez dit, et les amène à être actifs dans la collectivité. Je ne sais pas si vous avez jamais envisagé cela comme recommandation fédérale aux autorités provinciales et municipales... et à d'autres groupes communautaires, soit d'intégrer les aînés au système scolaire afin de promouvoir cette continuité du bien-être de ce point de vue.

Voilà pour ma déclaration.

Je dois dire que M. Shipley a soulevé un point intéressant en parlant de la quantité de médicaments que les gens absorbent. Je n'ai pu m'empêcher de remarquer que Pfizer est l'un des commanditaires de ce rapport et je veux un peu me faire l'avocat du diable ici. Pfizer

est l'une des plus grosses sociétés pharmaceutiques du monde. Pour qui a l'esprit un peu critique, n'y a-t-il pas là une toute petite apparence de conflit d'intérêts?

Je suis heureux de voir que Pfizer utilise son argent pour soutenir la recherche sur les personnes âgées, et je ne veux pas l'en empêcher, mais n'y a-t-il pas une apparence de conflit à cet égard? Je dis cela dans un esprit des plus positifs, sachez-le.

Mme Linda Mealing: Certainement. Dans les IRSC, nous avons beaucoup de programmes menés en partenariat avec des compagnies pharmaceutiques. Elles apportent beaucoup d'argent et toutes les contributions aux IRSC sont inconditionnelles. De fait, elles cofinancent tout le réseau de recherche sur la maladie d'Alzheimer. Il ne s'agit pas seulement de savoir si tel ou tel médicament est efficace, mais ce réseau met également à l'essai des thérapies non pharmaceutiques. Nous avons organisé des ateliers régionaux composés exclusivement de personnes âgées et d'organisations d'aînés à travers tout le pays, dont nous payons les frais de déplacement, et les compagnies pharmaceutiques en ont absorbé une partie du coût. Donc, oui, il peut y avoir une perception de conflit, mais nous avons des façons internes de gérer cela.

M. Peter Stoffer: Merci beaucoup.

Le président: Je demande au comité de m'accorder une seconde de patience. J'ai dit que M. Stoffer serait le dernier intervenant, mais M. Cannan n'a pas encore eu la parole et M. Valley souhaitait 30 secondes pour dire quelques mots.

Monsieur Cannan.

M. Ron Cannan (Kelowna—Lake Country, PCC): Merci, monsieur le président.

Je sais que nous sommes contraints par le temps, et je vais être très bref.

J'apprécie les remarques de M. Stoffer, et vous avez état de thérapies non pharmaceutiques. L'on a également fait quelques expériences avec des placebos, de telle façon que les patients pensent parfois prendre un médicament alors qu'il n'en est rien. C'est donc réellement bien, car je suis partisan de recourir davantage aux soins naturels dans ce domaine.

J'aimerais savoir, lorsque vous dites qu'un personne âgée sur trois chute chaque année et que ces chutes sont à l'origine de 85 p. 100 de toutes les hospitalisations pour blessures, dans quelle mesure ces chiffres sont récents. Avez-vous des données montrant que ce chiffre est en baisse suite aux programmes de prévention des chutes que vous avez mis en oeuvre?

M. John Cox: Je crois que les données les plus récentes disponibles remontent à la fin des années 90, probablement à 1999. Je pense que c'est une recherche effectuée par SMARTRISK, une organisation qui s'intéresse de très près aux chutes. Pour ce qui est des programmes, si nous ne les réalisons pas nous-mêmes, nous avons été très actifs, en collaboration avec Anciens combattants Canada et d'autres façons, pour mettre à l'essai des approches communautaires qui peuvent ensuite être reprises par d'autres — et beaucoup l'ont effectivement été — et activer les travaux de collecte de données qui sont indispensables à l'approbation des programmes. Ce travail est en cours en ce moment. Nous avons effectué les recherches initiales pour déterminer l'ampleur des programmes de prévention des chutes au Canada et publié un rapport en 2005. L'Organisation mondiale de la santé nous a demandé notre collaboration afin de reproduire cela à l'échelle internationale, ce qui a été fait au cours des 12 derniers mois environ. Nous continuons donc à porter une grande attention à ce domaine, dans un but de promotion.

• (1710)

M. Ron Cannan: Vous n'avez pas de ventilation de ces chiffres portant sur les personnes âgées en général? Ils ne distinguent pas entre les anciens combattants et les autres?

M. John Cox: Il y aura probablement quelques données provenant du programme particulier que nous avons exécuté avec Anciens combattants Canada, mais il ne sera pas nécessairement possible de les généraliser à la population globale des anciens combattants et personnes âgées à l'échelle nationale.

M. Ron Cannan: Au paragraphe suivant, page 14, vous dites: « Parmi les travaux sur cet aspect figure un projet coopératif de Santé Canada et d'Anciens combattants Canada ». Ce projet est-il toujours en cours?

M. John Cox: Non. C'était un programme quadriennal destiné à éprouver des façons d'amener tant les anciens combattants que les aînés dans les collectivités à collaborer avec d'autres partenaires de la collectivité pour rechercher des façons d'appuyer les activités de prévention ou d'intervenir lorsqu'une chute initiale s'est produite, en espérant réduire la probabilité de chutes ultérieures. Il y a là mention d'au moins un programme en Nouvelle-Écosse qui s'est poursuivi et je crois qu'il y en a aussi ailleurs. Les provinces, en particulier, s'intéressent de près au programme de prévention des chutes.

M. Ron Cannan: Quand donc ce projet a-t-il pris fin?

M. John Cox: Je crois qu'il a duré de 2000 à 2004.

M. Ron Cannan: Je viens de l'Okanagan central, en Colombie-Britannique, la région de Kelowna-Lake Country. Elle compte de nombreuses personnes âgées et notre administration sanitaire a un excellent programme d'éducation à la prévention des chutes.

En outre, ma collègue, Mme Hinton, a parlé des écoles, et nous avons chez nous le programme de bus scolaire pédestre.

C'est un excellent programme, mené en partenariat avec la municipalité et les personnes âgées, tant sur le plan écologique que sur le plan de l'activité physique.

Merci de votre dévouement et de votre travail et de vos exposés cet après-midi.

M. John Cox: Merci.

Le président: J'ai une courte question.

On parle beaucoup des chutes et je suppose que les principales mesures consistent à minimiser la glace, à minimiser les escaliers et les baignoires difficiles d'accès. Manque-t-il quelque chose?

Mme Nancy Milroy-Swainson: Les tapis, les sols.

Mme Linda Mealing: Les escaliers.

Le président: Les tapis sont-ils bons ou mauvais?

Mme Nancy Milroy-Swainson: Les tapis non fixes sont mauvais ou les tapis qui n'accrochent pas. Il s'agit de rendre les surfaces stables.

Le président: Très bien.

M. John Cox: L'éclairage est un autre problème.

Mme Linda Mealing: Le Centre Élisabeth Bruyère a un plancher souple, à tel point que si vous y faites tomber un oeuf, il ne se casse pas. Donc, si une personne tombe sur ce plancher, elle ne va pas se fracturer la hanche.

Le président: Qui a cela?

Mme Linda Mealing: Le Centre de santé Élisabeth Bruyère, dans le quartier du marché. Il teste ce revêtement.

Le président: C'est fascinant.

Je donne maintenant la parole à M. Valley, pour un tour rapide.

M. Roger Valley: Cela m'a probablement échappé, et je vous en demande pardon, mais nous avons parlé de collectivités-amies des villes, de vieillissement en santé et de vieillissement actif. Je vais ajouter un mot, celui de collectivités-amies de l'exercice, que j'emploie auprès des municipalités de ma région, car une mesure aussi simple qu'un traitement des routes contre la poussière peut faire que les gens passent du temps dehors et marchent à l'extérieur, surtout chez les premières nations. Ils ne le font pas autrement. Je voulais donc ajouter le mot « exercice ». Je voulais juste faire cette remarque.

Merci beaucoup.

M. David Sweet: Monsieur le président, je n'ai pas de question. Je voulais juste demander à M. Rocan s'il pourrait déposer un rapport qui a été publié, intitulé « Le vieillissement en santé au Canada: Une nouvelle vision, un investissement vital ». Je me demande simplement si nous pourrions en avoir un exemplaire pour chaque membre, et particulièrement le cadre d'action recommandé. Cela concerne directement notre travail ici.

Le président: Très bien. M. Rocan est d'accord.

Là-dessus, je veux remercier nos témoins. Merci beaucoup. Chaque fois que nous invitons quelqu'un, nous apprenons quelque chose. Cela a été tout à fait le cas aujourd'hui. Merci infiniment.

Nous avons quelques questions d'ordre administratif. Certains membres voudront peut-être se lever et dire au revoir et merci et ce genre de choses, mais j'aimerais néanmoins poursuivre, si vous le permettez, avec quelques questions administratives.

Très bien, mesdames et messieurs les membres, sachez que nous avons une nouvelle demande de budget de voyage.

M. Peter Stoffer: Monsieur le président, pendant que nous attendons, M. Sweet et moi-même étions aujourd'hui au Comité des comptes publics où un brigadier général et un major général nous ont donné quelques renseignements très intéressants sur ce que fait le ministère de la Défense au sujet du SSPT et de la santé mentale. Il serait utile, si possible, que notre greffier demande à celui du Comité des comptes publics les présentations faites par la vérificatrice générale et les deux généraux. Nous n'avons pas nécessairement besoin de la transcription de tout ce que les députés ont dit, mais les exposés nous seraient très utiles pour étudier le sujet du SSPT dont parlait M. Perron. Les renseignements statistiques, les mesures prises et les projets à cet égard sont très intéressants. Ce que nous avons entendu ce matin était très intéressant.

• (1715)

Le président: D'accord, j'en ai pris note et nous donnerons suite.

Pour passer maintenant à la demande de budget de voyage, il s'agit de notre déplacement à Shearwater, en Nouvelle-Écosse, à Goose Bay, à Terre-Neuve-et-Labrador, à Comox, en Colombie-Britannique et à Cold Lake en Alberta. Deux membres du comité disent qu'ils ne seront pas disponibles pour faire le voyage. Mme Hinton a une restriction de voyage et M. Sweet a quelques rendez-vous et conflits de calendrier.

Nous avons modifié le budget en fonction de dix membres du comité, ce qui le réduit légèrement. Je sais que certains membres du côté gouvernemental ont eu l'occasion de parler avec leurs homologues du Comité de liaison, et j'espère que les membres de l'opposition en feront autant.

Le budget que nous demandons maintenant pour nous rendre dans ces quatre endroits est de 118 434 \$. Voilà donc ce qu'il en est. S'il n'y a pas de questions, je vais soumettre cela au Comité de liaison mardi. J'espère que nous obtiendrons une réponse positive.

Allez-y, monsieur Valley.

M. Roger Valley: J'ai juste une question.

Autant j'aime Ottawa, et je réalise qu'il est important d'être ici, est-il possible seulement de se rendre à Goose Bay le vendredi? Est-ce pour cette raison que nous ne pouvons y aller mercredi, au lieu de rester ici à Ottawa?

Le président: Je vais demander au greffier de répondre. Il sait peut-être mieux...

M. Roger Valley: Nous voyons nos collègues chaque jour. Nous n'avons pas besoin de les voir le mercredi.

Le greffier du comité (M. Alexandre Roger): La décision appartient au comité.

Le président: Je me souviens qu'il m'a posé la question et je lui ai dit que je pensais que la plupart des membres voudraient probablement participer à leur caucus le mercredi, sauf M. Valley et M. Stoffer. Nous allons devoir avertir leurs whips.

M. Bev Shipley: Je n'y avais pas pensé. Nous avons une question le 10, et nous devons sans doute partir le dimanche. Serons-nous de retour ici le mercredi?

Le greffier: Nous serions de retour le mardi. J'ai envoyé l'itinéraire hier.

M. Bev Shipley: Ce serait mardi soir. Bien. Je n'ai pas mis les pieds dans mon bureau depuis ce matin.

M. Roger Valley: Je lance simplement à la cantonade, à tous les membres qui préféreraient faire cela en quatre jours d'affilée, que ce serait notre préférence. Si les autres ne sont pas d'accord, très bien. Mais avec ce programme, je ne rentrerai pas chez moi avant tard le

samedi soir. Cela ne me dérange pas, mais je préférerais être parti lundi, mardi, mercredi et jeudi.

Le président: D'accord, nous allons tenir un vote de paille.

Monsieur St. Denis.

M. Brent St. Denis: Je suis totalement d'accord. Sur une note personnelle, l'un de nos membres, celui dont la circonscription englobe Goose Bay, a une soeur qui se marie le jeudi. Si cela convenait et si la logistique collait, je voterais pour Goose Bay afin que notre collègue puisse être avec nous dans sa circonscription.

Le mariage est le jeudi, n'est-ce pas?

M. Ron Cannan: Pourquoi ne nous invite-t-il pas?

M. Brent St. Denis: Nous sommes invités.

C'est le seul changement. Le membre pourrait être avec nous dans sa circonscription à Goose Bay si nous y allons le mercredi et revenons ensuite à Shearwater. Cela signifie que Shearwater serait le même jour, ce qui est bien.

Le président: Je dois me tourner vers le greffier, qui a pris toutes les dispositions pour ce voyage.

Avez-vous une idée de comment cela pourrait s'articuler, avec le scénario proposé ici?

Le greffier: Si nous allons à Goose Bay le mercredi, je vais demander simplement à la BFC Goose Bay s'ils peuvent nous recevoir ce jour-là. Je ne le sais pas à ce stade, mais je pourrais vous le faire savoir.

Le président: Je veux sonder un peu les membres à ce sujet. L'option, telle que je la vois, est un déplacement de cinq jours avec un arrêt à Ottawa le mercredi, ou peut-être...

Pensez-vous que cela pourrait se faire en quatre jours?

Le greffier: Je vais essayer. Je prendrai langue avec la BFC Goose Bay.

Le président: Faisons un sondage. Je pense que les deux options sont cinq jours, avec un arrêt à Ottawa le mercredi, ou bien quatre jours, comprimés au mieux.

Que ceux en faveur d'un scénario de cinq jours, avec un arrêt à Ottawa le mercredi, me fassent signe.

J'en vois deux.

Que ceux préférant un scénario condensé sur quatre jours, si possible, veuillent me faire signe.

J'en vois cinq.

Je vois là un assentiment général. Si le greffier peut l'organiser, je lui en donne l'instruction — si c'est possible.

Nous avons un monsieur qui était censé comparaître devant le comité mais qui a eu des problèmes de santé, crachant du sang, etc. L'idée ici est que le mémoire soumis par Lorne McCartney au nom d'ANAVETS, qui n'a pu comparaître lors de notre réunion du 13 décembre pour cause de maladie soit annexé au compte rendu de cette séance.

• (1720)

Mme Betty Hinton: Je n'ai rien contre; simplement, il est difficile d'inclure quelque chose dans le compte rendu des témoignages si l'on n'a pas eu la possibilité de poser des questions à la personne qui présente le mémoire.

Le président: Si vous ne voulez pas que ce soit annexé comme témoignage, alors nous pourrions simplement distribuer le mémoire aux membres.

Le greffier: Cela a déjà été fait.

M. Roger Valley: Qui demande...?

Le président: Je ne sais pas vraiment. Peut-être le greffier pourrait-il expliquer pourquoi nous faisons cela.

Le greffier: Il voulait comparaître au comité et n'a pas pu, mais a présenté un mémoire. C'est le mémoire qu'il était censé lire au comité. Je l'ai distribué. Il se demandait si nous pourrions simplement l'insérer dans le compte rendu comme s'il avait été lu.

Cela s'est déjà fait. C'est une façon de procéder et la bonne façon consiste à adopter cette motion. Je m'adresse ensuite à la Direction des publications, de façon à ce que le compte rendu des témoignages publié sur l'Internet englobe ce texte.

Mais si le comité le souhaite, nous pourrions l'inviter de nouveau au comité.

Le président: Dans l'intérêt d'un homme qui crachait son propre sang, je vais lire de nouveau cette motion:

Que le mémoire soumis par Lorne McCartney au nom d'ANAVETS, qui n'a pu comparaître lors de notre réunion du 13 décembre pour cause de maladie, soit annexé au compte rendu des témoignages de cette réunion du comité.

Une voix: D'accord.

M. David Sweet: Si c'est là une motion que l'on nous demande d'adopter, pourrions-nous ajouter « après que les membres du comité en aient pris connaissance »?

Le président: Je pense qu'il a déjà été distribué, n'est-ce pas?

Le greffier: Oui.

M. David Sweet: Il a été distribué?

Le greffier: Oui. Je peux vous l'envoyer de nouveau, sans difficulté.

M. Brent St. Denis: Il pourrait être excellent ou ridicule, mais ce serait son témoignage. Peu importe que nous l'ayons lu ou non.

Le président: Je pense que nous coupons les cheveux en quatre, monsieur Sweet.

(La motion est adoptée.)

Le président: Merci beaucoup.

La séance est levée.

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

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

**Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante :
Also available on the Parliament of Canada Web Site at the following address:
<http://www.parl.gc.ca>**

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

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