



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA



NUMÉRO 007



1^{re} SESSION



41^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mercredi 5 octobre 2011

Présidente

Mme Joy Smith

Comité permanent de la santé

Le mercredi 5 octobre 2011

• (1535)

[Traduction]

La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)): Bonjour à tous et merci beaucoup de vous joindre à nous cet après-midi. Nous avons des témoins formidables à entendre.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, nous effectuons l'étude des maladies chroniques reliées au vieillissement. Je suis certaine que certains d'entre nous seront très attentifs pendant que les gens du milieu nous informent.

Nous sommes très heureux d'être aujourd'hui en compagnie de Kim Elmslie, directrice générale à l'Agence de la santé publique du Canada. Doit-on vous appeler docteur Elmslie?

Mme Kim Elmslie (directrice générale, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada): Non.

La présidente: Kim travaille à la Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, au Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques.

Nous accueillons également Cathy Bennett. Doit-on vous appeler docteur Bennett?

Mme Cathy Bennett (directrice par intérim, Division du vieillissement et des aînés, Centre de promotion de la santé, Agence de la santé publique du Canada): Non.

La présidente: Cathy Bennett est directrice par intérim de la Division du vieillissement et des aînés, au Centre de promotion de la santé.

Je vous donne chacune 20 minutes ou le temps dont vous aurez besoin. Vous pourrez continuer un peu plus longtemps si vous le voulez.

Kim, c'est vous qui ferez l'exposé aujourd'hui. Bien, nous sommes tout ouïe, car vous avez de l'information de premier ordre à nous donner. Merci.

Mme Kim Elmslie: Merci beaucoup.

Premièrement, je voudrais remercier le comité de nous avoir invitées aujourd'hui. Je ne vous dirai jamais assez combien l'Agence de la santé publique du Canada est heureuse de venir échanger avec vous et vous faire connaître ses activités dans l'ensemble du pays pour lutter contre les maladies chroniques, plus particulièrement les maladies liées au vieillissement.

[Français]

Madame la présidente, honorables députés, je vous remercie de l'occasion que vous me donnez aujourd'hui de vous parler des maladies chroniques et du vieillissement de la population.

Je vous donnerai un aperçu des mesures prises actuellement par le gouvernement fédéral qui visent à promouvoir un vieillissement en

santé et à alléger le fardeau croissant associé aux maladies chroniques chez les aînés du Canada.

[Traduction]

Comme nous le savons tous, la population canadienne vieillit. Le nombre de personnes âgées de 65 ans représente de nos jours 14 p. 100 de la population canadienne; ce nombre grimpera toutefois à 25 p. 100 en 2036, ce qui représentera environ 10 millions d'aînés au Canada. Comme le soulignait l'administrateur en chef de la santé publique dans son rapport de 2010 sur l'état de la santé publique au Canada, *Vieillir — Ajouter de la vie aux années*, les Canadiens vivent plus longtemps et se sentent profondément liés à leur collectivité. En outre, la majorité des personnes âgées se disent en bonne santé. Voilà de bonnes nouvelles.

Lorsque les Canadiens âgés quittent leur emploi rémunéré, ils continuent de jouer un rôle dans leur collectivité. Les aînés prennent manifestement des mesures pour maintenir leur santé et leur bien-être. Nous pouvons nous en réjouir, mais il y a une ombre au tableau.

Nous savons également que, bien que les Canadiens vivent plus longtemps, cela ne veut pas nécessairement dire qu'ils vivent en meilleure santé. Près de 90 p. 100 des Canadiens âgés de 65 ans ou plus souffrent d'au moins une maladie ou trouble chroniques; les trois principales causes de décès sont les maladies cardiovasculaires, le cancer et les maladies respiratoires. De nombreux Canadiens souffrent de troubles chroniques, comme le diabète, les maladies cardiaques, le cancer, l'arthrite, la maladie d'Alzheimer, les maladies mentales, les maladies respiratoires ou l'obésité, et le quart des aînés sont atteints d'au moins deux de ces maladies ou troubles. C'est important de le savoir, car nous pensons souvent aux maladies chroniques dont sont affligés les aînés, mais nous ne pensons pas souvent qu'au sein de la population vieillissante du pays, des gens souffrent de plusieurs maladies en même temps. Les aînés les plus vulnérables, c'est-à-dire ceux qui sont désavantagés sur le plan économique, sont les plus à risque.

Il est clair que les maladies chroniques imposent un fardeau énorme, que ce soit à la personne elle-même, à sa famille ou aux autres aidants naturels, ou encore au système de soins de santé ou à l'économie canadienne. La majorité des cas d'hospitalisation, d'incapacité ou de mort prématurée sont liés à des maladies chroniques. Les traitements médicaux et les pertes de productivité à grande échelle liées aux maladies chroniques se traduisent annuellement par des coûts de 190 milliards de dollars pour l'économie canadienne. Cette somme comprend le coût des traitements médicaux, de même que le coût de la perte de productivité lorsque des travailleurs développent des maladies chroniques ou lorsqu'ils doivent s'occuper de leurs parents âgés ou de leurs enfants atteints de maladies chroniques.

Lorsque nous examinons l'avenir des aînés, il y a de quoi être grandement préoccupé. Le taux d'obésité augmente chez les adultes en âge de travailler. Un Canadien sur six âgé de vingt ans ou plus, soit environ 4,5 millions de personnes, est obèse. Les taux de prévalence du diabète sont à la hausse. En 2006, un peu plus de 2 millions de Canadiens souffraient du diabète, alors qu'un nombre beaucoup plus élevé ignoraient qu'ils en étaient atteints. Avec l'apparition précoce des maladies chroniques, les adultes en âge de travailler sont moins en mesure de soutenir les aînés tant sur le plan personnel que sur le plan financier.

Je vous ai donné les bonnes et les mauvaises nouvelles. Permettez-moi maintenant de vous parler de ce que nous faisons pour créer des conditions propices au maintien de la santé pendant le vieillissement. C'est ce qui est de nature à vous intéresser vraiment dans le cadre de votre travail. La création de conditions favorables pour un vieillissement en santé, la prévention ou le retardement de l'apparition des maladies chroniques et la prévention des complications liées à ces maladies est une approche sensée, peu importe l'âge. J'insiste là-dessus parce que c'est l'objectif que nous visons. Nous axons nos efforts sur le maintien de la santé tout au long de la vie, y compris au cours de la vieillesse. Il faut commencer dès la naissance. Les enfants doivent avoir une alimentation saine et adopter de saines habitudes aussitôt que possible au cours de la vie, de manière à ce qu'ils aient les meilleures chances de continuer de vivre en santé et de ne développer aucune maladie chronique jusqu'à 80 ans, voire jusqu'à 90 ans et plus.

La promotion de modes de vie plus sains pendant l'enfance prépare le terrain pour le maintien d'une bonne santé et réduit le risque de maladies lorsque les personnes sont âgées. Pour ce faire, nous devons travailler étroitement avec les provinces et les territoires ainsi qu'avec les organismes non gouvernementaux et nos partenaires d'affaires pour trouver des façons de promouvoir la santé la vie durant et, bien entendu, de promouvoir la santé des aînés.

● (1540)

Permettez-moi de vous en dire un peu plus sur nos partenariats. Pourquoi? Les partenariats sont un sujet dont il est toujours question. Je veux vous en parler davantage parce que l'amélioration de la santé doit être vue comme une responsabilité partagée par un peu tout le monde. Ce n'est pas une responsabilité exclusive du secteur de la santé, qui doit collaborer avec divers autres secteurs, y compris le secteur de l'agriculture, puisque nous voulons de la nourriture saine, avec le secteur du transport, puisque nous voulons que les gens puissent employer en toute sécurité le transport actif pour se déplacer dans leur milieu, tout en favorisant leur santé. Le secteur du sport et des loisirs doit être un partenaire clé dans cette optique. Bien entendu, le secteur de la santé doit être présent, mais je n'insisterai jamais assez sur l'importance de ce que nous appelons la collaboration multisectorielle si nous souhaitons vraiment faire des progrès en matière de santé.

L'engagement qui vise à aider tous les Canadiens à vivre plus sainement est illustré clairement par l'adoption d'une déclaration très importante, soit la Déclaration sur la prévention et la promotion, qui a été avalisée par tous les ministres de la Santé du Canada l'automne dernier. Cette déclaration inaugure une ère de collaboration sans précédent entre le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires pour favoriser la santé.

Cette déclaration établit des principes d'une très grande importance pour comprendre que la promotion de la santé est l'affaire de tout le monde et que la prévention fait partie des traitements. Donc, nous voulons que les services de santé soient disponibles dans notre pays lorsque nous en avons besoin et nous

voulons aussi que ces services mettent l'accent sur la prévention. En prévenant le diabète, on prévient également les maladies cardiovasculaires. En tant que Canadiens, nous devons donc individuellement intégrer davantage la prévention comme norme, dans nos esprits. Mais nous devons aussi l'intégrer dans notre façon de bâtir nos milieux de vie, dans notre façon de travailler et dans le choix de nos activités de loisir, de manière à adopter un mode de vie sain et viable à long terme.

À l'échelle fédérale, nous travaillons en étroite collaboration en ce qui concerne les aînés. Je veux revenir à la question des aînés pour une minute. Le Conseil national des aînés, créé en 2007, donne des conseils sur les enjeux et les possibilités d'aujourd'hui et de demain concernant le mieux-être et la qualité de vie des aînés. Ce conseil relève de la ministre des Ressources humaines et du Développement des compétences ainsi que de la ministre de la Santé. C'est un mécanisme qui donne l'occasion aux aînés canadiens de participer aux discussions sur les politiques et de se prononcer sur les solutions que propose le gouvernement pour régler les problèmes de santé et aider les aînés à rester actifs et en santé.

Chacun sait que la contribution des aînés à l'élaboration de solutions innovatrices et efficaces est essentielle. C'est par l'entremise de l'Initiative des collectivités-amies des aînés que le Canada s'emploie à promouvoir un vieillissement actif et en santé. Cette initiative consiste à faire participer les personnes âgées à la planification et à la création de leurs propres collectivités pour en faire des lieux où elles peuvent vivre et s'épanouir de façon plus saine et plus sûre.

C'est une approche qui suscite l'enthousiasme tant au Canada qu'à l'étranger. Depuis sa mise en oeuvre au Canada en 2006, plus de 560 collectivités ont pris des mesures pour rendre leurs collectivités plus conviviales pour les aînés, ce qui signifie plus accessibles et plus sécuritaires pour eux. Ces collectivités ont mis les aînés au coeur des discussions sur les politiques pour rendre les milieux de vie mieux adaptés au vieillissement.

● (1545)

Nous avons également adopté une autre mesure importante pour lutter contre les maladies chroniques associées au vieillissement, mesure qui consiste à combler les lacunes au chapitre des connaissances en investissant dans la recherche visant à résoudre les problèmes concrets qu'affrontent les personnes, les familles et les collectivités. Par exemple, nous avons investi 15 millions de dollars sur 4 ans dans l'Étude nationale de la santé des populations relative aux maladies neurologiques, qui est réalisée en collaboration avec les Organismes caritatifs neurologiques du Canada, au nombre de 18, dans le but d'enrichir les connaissances sur les maladies neurologiques au pays. Vous serez peut-être surpris d'apprendre qu'en réalité, nous sommes mal informés sur le nombre de Canadiens souffrant de maladies neurologiques. Cette étude vise à combler cette lacune, mais ne se limite pas à un dénombrement des personnes atteintes. Elle vise aussi à cerner les conséquences des maladies neurologiques sur la vie personnelle des gens et sur la société en général, au Canada. Nous voulons savoir ce dont les familles et les fournisseurs de soins ont besoin pour améliorer la qualité des soins et la qualité de vie des gens, parmi les Canadiens souffrant des maladies neurologiques.

Il est certain que la maladie d'Alzheimer et les autres formes semblables de démence sont des maladies importantes dans le portrait global des maladies neurologiques, tout comme la maladie de Parkinson et l'épilepsie, mais il existe également une myriade d'autres maladies neurologiques que les gens ne voient pas autour d'eux. Mais lorsqu'on rassemble plusieurs organismes caritatifs s'occupant de maladies neurologiques et qu'ils commencent à échanger de l'information sur les effets concrets de ces maladies, on constate qu'il y a des points communs. On se met à comprendre les besoins auxquels les pouvoirs publics peuvent commencer à apporter des solutions en partenariat avec les organismes caritatifs et le secteur privé.

Nous en sommes à la troisième année dans la réalisation de cette étude, autour de laquelle nous sommes parvenus, selon moi, à un degré sans précédent de convergence en réunissant quantité de chercheurs de talent et en suscitant une participation importante du public. Cette étude nous permettra de savoir avec beaucoup de précision quels investissements nous devons faire pour améliorer la qualité de vie des Canadiens atteints de maladies neurologiques. Lorsqu'on pense à la maladie d'Alzheimer, aux autres formes de démence et au vieillissement de la population, on se rend compte que nous avons un besoin urgent de cette information pour répondre aux besoins qui s'annoncent.

Les Instituts de recherche en santé du Canada, qui constituent notre principal instrument de financement de la recherche en santé, dirigent l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement, qui porte sur la santé, mais aussi sur les questions sociales et économiques qui toucheront les Canadiens âgés de 45 à 85 ans au cours des 20 prochaines années. Les données recueillies dans le cadre de ce projet orienteront les décisions et les activités à venir en matière de prévention, de soins de santé et de soutien social.

Parallèlement aux efforts déployés pour enrichir le bagage de connaissances, nous travaillons aussi avec divers partenaires afin de favoriser un vieillissement en santé et de prévenir les maladies chroniques. Pour promouvoir la santé mentale, nous soutenons les efforts que déploie la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées en vue d'élaborer, à l'intention des praticiens, des lignes directrices nationales fondées sur des preuves qui facilitent grandement l'évaluation, le diagnostic et le traitement des problèmes de santé mentale chez les aînés, notamment la prévention du suicide. En accordant une grande attention à cette question et en outillant les praticiens sur le terrain, nous sommes capables de faire de grands progrès en matière de prévention des maladies, d'amélioration des traitements et de compréhension des difficultés vécues par nos aînés.

Nous investissons dans des partenariats importants pour favoriser le vieillissement en santé, en misant notamment sur l'inclusion sociale, l'autonomie, la qualité de vie et la prévention des maladies chroniques et en gardant les aînés en contact avec leur milieu de vie.

À l'échelle nationale, des stratégies importantes pour atteindre ces objectifs sont appliquées. Citons par exemple le Partenariat canadien contre le cancer, la Commission de la santé mentale du Canada, la Stratégie canadienne du diabète, la Stratégie canadienne de santé cardiovasculaire et le Cadre de travail national sur la santé pulmonaire.

• (1550)

Permettez-moi de vous dire brièvement quelques mots sur le Partenariat canadien contre le cancer, où l'on se consacre non seulement à la lutte contre le cancer, mais également à la lutte contre les maladies chroniques en général. C'est un partenariat unique au Canada, qui suscite de l'intérêt un peu partout dans le monde en

raison de l'approche prise. Le gouvernement du Canada fournit 250 millions de dollars sur cinq ans pour financer ce partenariat important.

Il s'agit de mobiliser les gens. Je suis certaine que, dans vos circonscriptions et au cours de vos voyages, vous avez l'occasion de découvrir de petits trésors d'innovation. Je suis certaine que vous souhaiteriez que cette innovation soit mieux coordonnée à l'échelle nationale, ce qui pourrait donner de merveilleux résultats.

Voilà ce que nous essayons de réaliser avec le partenariat. On repère des îlots d'innovation, comme on les appelle parfois, et on fait appel aux partenariats pour répandre les innovations à plus grande échelle. Étant donné que les partenariats sont établis directement avec les provinces et les territoires, ces derniers peuvent dès le départ se demander comment ils pourraient appliquer une solution donnée dans les services qu'ils ont la responsabilité de fournir, de manière à hausser la qualité des services, pour que les Canadiens puissent profiter partout au pays des innovations qui voient le jour localement.

Je vous invite à suivre le travail réalisé dans le cadre du Partenariat canadien contre le cancer. On en voit déjà les effets tangibles, et je pense qu'on en verra encore beaucoup d'autres dans les années à venir puisque des projets de recherche intéressants seront entrepris. Le Partenariat constitue le plus grand groupe canadien d'étude des facteurs de risque liés aux maladies chroniques. Les gens du milieu des services sociaux et du milieu des soins de santé unissent leurs forces autour de projets importants d'innovation et de prévention. Les discussions relatives aux politiques sur les soins de fin de vie et les soins palliatifs s'en trouvent stimulées.

Selon nous, la santé publique, dans le contexte d'une population vieillissante, nous donne l'occasion de passer à l'action. Il faut adopter une approche qui met à contribution l'ensemble de la société. C'est peut-être du jargon à vos yeux, mais c'est vrai. Il y a deux ou trois semaines, lors de la réunion des Nations Unies sur la prévention et le traitement des maladies chroniques, le monde entier a discuté de la prévention des maladies chroniques. Les dirigeants des divers pays, y compris notre ministre de la Santé, ont discuté des possibilités de collaboration et des enseignements que chaque pays peut tirer de l'expérience des autres pays dans la lutte contre les maladies chroniques.

Les pays en voie de développement ont parlé du double problème de la malnutrition et de l'obésité qu'ils doivent résoudre. Il était assez émouvant d'entendre ces pays parler des problèmes qu'ils rencontrent dans leur lutte pour avoir accès à des médicaments abordables et pour faire de la prévention, dans un contexte où ils doivent nourrir leur population, mais où également des enfants sont obèses parce qu'ils ne mangent pas sainement.

Cette réunion de l'ONU a mis en évidence le fait que de nombreux secteurs doivent unir leurs efforts pour résoudre ce problème social. J'insiste encore une fois pour dire que le problème ne concerne pas uniquement le secteur de la santé. Ce secteur fait partie de la solution, mais il nous faut une approche englobant toute la société pour rester en santé, s'aider les uns les autres à rester en santé et mettre en oeuvre des programmes qui créent de bonnes conditions sanitaires. Voilà une norme que nous devons dorénavant avoir à l'esprit.

Bien que nous ayons réussi à prolonger l'espérance de vie des Canadiens, il est important de se souvenir que, ce qui importe, ce n'est pas tant la durée que la qualité de la vie. C'est grâce aux partenariats visant à favoriser le maintien de la santé pendant le vieillissement et à retarder le déclenchement des maladies chroniques que nous continuerons à faire des progrès dans l'amélioration de la santé et du bien-être des aînés au Canada.

Je termine ici et je vous remercie de m'avoir écoutée. Je serai heureuse de participer à la discussion qui suivra et d'entendre vos idées.

Merci beaucoup.

• (1555)

La présidente: Merci beaucoup, Kim. Vous avez fait un exposé fort intéressant qui servira d'excellent point de départ à la présente étude. Vous nous avez fourni de nombreuses idées tout au long de votre présentation.

Nous allons commencer par la première ronde de sept minutes. Madame Davies, vous avez la parole.

Mme Libby Davies (Vancouver-Est, NPD): Merci beaucoup, madame la présidente.

Tout d'abord, je remercie la directrice générale d'être venue témoigner aujourd'hui. Comme bon nombre d'entre nous sont nouveaux au Comité de la santé, il nous est très utile d'avoir un aperçu de ce genre de votre travail. Je vous remercie beaucoup de votre exposé; j'ai trouvé que vous avez parlé très franchement et que vous nous avez donné beaucoup d'information.

Je crois que, dans mes questions et mes observations, je ne vais pas m'attarder tant sur les maladies chroniques elles-mêmes que sur les aspects connexes. J'ai été frappée d'apprendre que les traitements médicaux et le fardeau économique de ces maladies représentent 190 milliards de dollars par année. Je sais que, la semaine dernière, un certain nombre d'entre nous ont rencontré des représentants des Organismes caritatifs neurologiques du Canada et ont eu des discussions très fructueuses. Ce qui m'a vraiment frappée, ce sont les conséquences de ces maladies, l'Alzheimer, par exemple, pour les aidants naturels.

Il me semble qu'on s'intéresse surtout aux aspects liés aux soins actifs, les coûts hospitaliers par exemple, alors qu'il est si important d'examiner aussi les coûts dont nous venons de parler et notre manque d'action. Il est très alarmant d'entendre ce chiffre de 190 milliards de dollars. Pourtant, ceux que l'on appelle les « aidants naturels », les membres de la famille qui doivent laisser leur travail pour s'occuper de leurs parents vieillissants — ceux qui font partie de la « génération sandwich » — sont un enjeu énorme dans notre société. Je me demande si l'étude longitudinale dont vous parlez porte sur cet aspect en particulier. Quels sont les coûts attribuables au manque de soins adéquats de longue durée, à l'absence d'une assurance-médicaments adéquate et à notre inertie du fait que l'on se préoccupe principalement des soins actifs? Quels sont les coûts réels?

Je sais que le président sortant de l'Association médicale canadienne, qui travaille maintenant à l'hôpital d'Ottawa, le Dr Turnbull, a fait une comparaison fort éloquentes entre le coût d'un lit de soins actifs et celui d'un lit de soins de longue durée — et cela, pour quelqu'un qui a besoin d'être soigné dans un établissement de santé, pas même pour une personne âgée qui ne vit plus chez elle.

J'aimerais savoir si, dans le cadre de cette étude longitudinale, les chercheurs se penchent sur cet aspect. À quelle fréquence produisent-ils un rapport? Si l'étude s'échelonne sur 20 ans, ils

doivent en produire un régulièrement. Quand le prochain rapport devrait-il être publié?

De plus, pourriez-vous nous donner un exemple d'un pays qui, selon vous, déploie des efforts remarquables dans le domaine des maladies chroniques et dont nous devrions essayer de nous inspirer?

• (1600)

Mme Kim Elmslie: Merci beaucoup de vos excellentes questions. Je crois que nous sommes tous aux prises avec les problèmes que vous avez soulevés.

Si vous me le permettez, je vais parler de l'Étude nationale de la santé des populations relative aux maladies neurologiques et de ce qu'elle peut nous apprendre. Cette étude vise à examiner les conséquences actuelles et projetées sur les vingt prochaines années des maladies neurologiques, notamment leur incidence économique.

L'un des projets de recherche dans le cadre de cette étude — j'ai amené la liste des projets de recherche —, qui est mené à l'Université Dalhousie, porte sur les conséquences quotidiennes des maladies neurologiques pour les patients et les fournisseurs de soins. Je suis impatiente de voir les résultats de cette étude en particulier, car elle vise à examiner très concrètement les conséquences socioéconomiques et sur le système de santé des maladies neurologiques.

Vous m'avez demandé si nous obtiendrons des données qui nous aideront à connaître les conséquences économiques de ces maladies, tant pour l'économie en générale que pour la productivité. Oui, nous en obtiendrons. Les chercheurs se réunissent chaque année pour faire connaître leurs résultats. Leur prochaine rencontre aura lieu en janvier 2012. Il serait intéressant que tous ceux d'entre vous qui pourront y assister soient présents afin que vous puissiez connaître les résultats de ces études, car nous commençons à peine à examiner sérieusement ces questions délicates dans le domaine des maladies neurologiques. Nous en saurons plus à ce moment-là. Je suis cependant ravie de vous transmettre la liste des projets de recherche afin que vous puissiez savoir exactement sur quoi ils portent et connaître l'incidence économique de ces maladies.

Quant aux autres pays dans le monde qui pourraient nous servir de modèles, je pense au Royaume-Uni, à l'Australie et à certains pays scandinaves. La Scandinavie a accompli des choses intéressantes dans le domaine de la santé cardiovasculaire; elle a entre autres réduit l'incidence et les effets des maladies cardiovasculaires. À mon avis, nous pourrions nous inspirer de ces pays et voir comment mettre en pratique une approche qui soit axée sur la population.

En ce qui concerne la transformation du système de soins de santé, le Royaume-Uni déploie beaucoup d'efforts. À mon avis, nous pouvons apprendre beaucoup de ce pays. Mais je ne peux penser à aucun pays dont je pourrais dire qu'il est un modèle parfait à cet égard. Évidemment, c'est parce que nous avons tous un contexte très différent et que nous adoptons tous une approche très différente en matière de prestation de soins et de prévention.

Toutefois, les collaborations qui se font entre les chercheurs du monde entier commencent vraiment à nous aider à déterminer, à partir des constatations d'autres pays, ce que nous pourrions appliquer dans notre propre pays. Je m'en réjouis, surtout pour ce qui est de... Je vais parler particulièrement de la maladie d'Alzheimer, car elle s'inscrit dans le sujet d'aujourd'hui et qu'il faut vraiment que notre pays se penche sur la façon dont nous allons y faire face à mesure que notre population vieillit.

•(1605)

La présidente: Je veux simplement vous dire qu'il ne vous reste que quelques secondes. Nous voulons que tous disposent de la période de sept minutes qui leur est allouée puisque c'est très intéressant, mais peut-être que la prochaine personne voudra revenir sur le sujet. Pour vous aider, je vous le ferai savoir lorsqu'il ne vous restera plus qu'une minute, si cela vous va.

Mme Kim Elmslie: Ce serait formidable. Merci beaucoup.

La présidente: Très bien. Nous passons maintenant à la deuxième ronde.

Monsieur Gill, vous avez la parole.

M. Parm Gill (Brampton—Springdale, PCC): Merci, madame la présidente.

J'aimerais également remercier les témoins d'être venus et de nous fournir cette information très utile.

Dans votre énoncé de mission, vous dites faire la surveillance de ces maladies. Quels systèmes de surveillance sont actuellement en place? Quel rôle jouent-ils dans la prestation des soins aux patients ainsi que dans la prévention des maladies et la lutte contre ces dernières?

Mme Kim Elmslie: Pour les maladies chroniques, nous avons mis en place un certain nombre de systèmes de surveillance. Nous y avons consacré beaucoup d'efforts, en ce sens que nous les avons intégrés afin d'obtenir des données non seulement sur les effets des maladies chroniques elles-mêmes, mais également sur leurs facteurs de risque et sur certaines maladies qui jouent également un rôle important dans l'apparition des maladies chroniques.

Notre principal programme de surveillance à cet égard est le Système national de surveillance des maladies chroniques. Il s'agit d'un système de surveillance dans le cadre duquel nous pouvons collaborer avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et avoir accès à leurs données sur les facteurs de risque des maladies chroniques et l'évolution des tendances au fil du temps.

C'est là l'un des principaux rôles que nous jouons. Chaque année, nous produisons des rapports approfondis sur les divers aspects des maladies chroniques, rapports que nous transmettons aux gouvernements provinciaux et territoriaux, au gouvernement fédéral ainsi qu'aux organismes nationaux dans le domaine de la santé afin qu'ils puissent s'en servir pour prendre des décisions. Par exemple, le mois prochain, nous publierons le premier rapport exhaustif sur le diabète au Canada. Ce rapport portera sur tous les aspects du diabète, des facteurs de risque de la maladie — l'obésité, une mauvaise alimentation, l'inactivité physique, notamment — aux interventions dans le système de soins de santé en matière de lutte contre le diabète et de prise en charge de la maladie.

Ces rapports de surveillance sont distribués à grande échelle. Nous les utilisons abondamment pour guider et cibler les politiques et les programmes. Si les gouvernements provinciaux et territoriaux sont les principaux utilisateurs de nos rapports, des organisations non gouvernementales telles que l'Association canadienne du diabète s'en servent aussi afin de mieux savoir où elles doivent investir leurs ressources et quels endroits du pays sont les plus vulnérables. Par exemple, nous savons que les populations autochtones, notamment les Premières nations, présentent des risques élevés de souffrir de diabète et autres maladies chroniques. Nous nous servons donc de ces rapports de surveillance pour savoir exactement où se posent les vrais problèmes et comment les résoudre.

M. Parm Gill: C'est excellent.

Pourriez-vous nous dire où se situe le Canada par rapport aux autres pays pour le taux de maladies chroniques?

Mme Kim Elmslie: Il est difficile de faire des comparaisons avec d'autres pays parce que, souvent, nous ne comptabilisons pas les choses de la même façon. De façon générale, cependant, les taux de maladies chroniques au Canada sont comparables à ceux des autres pays industrialisés tels que les États-Unis, le Royaume-Uni et l'Australie.

Nous ne savons pas à quoi ressemblent les taux de maladies chroniques dans les pays en développement, car ces derniers n'ont pas l'infrastructure pour faire de la surveillance. En général, cependant, les pays en développement observent une hausse des taux à un rythme semblable.

Ce n'est pas étonnant si l'on pense aux causes de ces maladies. Nous sommes tous aux prises avec des problèmes croissants d'obésité, d'inactivité physique et de mauvaise alimentation. L'embonpoint et l'obésité sont les principales causes de maladies chroniques dans notre population. Ces problèmes prennent plus ou moins la même ampleur dans les pays industrialisés.

M. Parm Gill: Mais, selon vous, où nous situons-nous? Sommes-nous dans une situation pire ou mieux que les autres pays?

•(1610)

Mme Kim Elmslie: Je dirais que nous nous situons dans la moyenne si nous nous comparons aux autres pays, d'après les données de l'Organisation mondiale de la santé. Je le répète: il est difficile de faire des comparaisons, car nous ne comptabilisons pas les choses de la même manière.

M. Parm Gill: Pourriez-vous décrire quelques-unes des initiatives qui ont été prises en matière de prévention des maladies chroniques et de promotion de saines habitudes de vie?

Mme Kim Elmslie: À l'échelle fédérale, nous avons mis en oeuvre la Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques. Cette initiative fait la promotion de modes de vie sains tout au long de la vie. Elle comporte une initiative à l'intention des aînés — par exemple, pour prévenir les chutes. La stratégie est axée sur le cancer, le diabète et les maladies cardiovasculaires, soit les principales causes de décès et d'incapacité, et vise surtout à réduire les facteurs de risque tels que l'inactivité physique, la mauvaise alimentation, l'embonpoint et l'obésité ainsi que le tabagisme. Cette stratégie est également axée sur la maladie d'Alzheimer et sur les efforts que nous déployons auprès des organismes caritatifs neurologiques.

Alors, comment nous y prenons-nous pour mettre en oeuvre des initiatives du genre dans le cadre de nos stratégies? Nous commençons par regarder ce qu'elles ont en commun et mettons en oeuvre de façon intégrée celles qui sont apparentées.

En matière de prévention et de prise en charge, il faut réellement agir à l'échelle nationale, provinciale ou territoriale et locale. Les bons programmes sont le fruit de données de bonne qualité. Nous avons tous entendu le vieil adage selon lequel nul ne peut améliorer ce qu'il ne peut mesurer. Nous consacrons beaucoup de notre temps à mesurer et à produire des données et des analyses à l'intention des gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi que des organisations locales, notamment, afin qu'ils puissent s'en servir pour apporter des changements au niveau local ou provincial ou territorial.

Au niveau fédéral, nous avons créé un centre d'expertise en matière de surveillance afin que les gens puissent s'en remettre à nous à cet égard. C'est l'avantage que nous apportons. Nous concentrons également nos efforts sur des pratiques et des interventions efficaces afin de savoir ce qui fonctionne et pourquoi.

Dans le cadre de bon nombre de nos stratégies, nous fournissons du financement aux collectivités afin qu'elles puissent mettre à l'essai certaines interventions. Elles peuvent ensuite faire connaître plus largement ces interventions afin que d'autres puissent les utiliser. Nous appelons cette initiative l'« Initiative canadienne sur les pratiques exemplaires ». Cette initiative regroupe un très grand nombre d'organismes communautaires qui se concentrent sur des aspects particuliers propres à leur localité, de sorte que nous puissions apprendre de leurs pratiques et, s'il y a lieu, les étendre à l'ensemble du pays.

M. Parm Gill: Merci beaucoup.

La présidente: Merci. Vous avez terminé juste à temps. Comment avez-vous réussi, monsieur Gill?

Je donne maintenant la parole à Mme Duncan.

Mme Kirsty Duncan (Étobicoke-Nord, Lib.): Merci, madame la présidente. Je suis ravie d'être ici.

Merci beaucoup d'être venue.

Mes questions porteront sur les maladies neurologiques. À mon avis, nous savons tous que le cerveau est l'organe le plus essentiel du corps humain et que s'il ne fonctionne pas bien, tous les aspects de notre vie en souffrent. Un Canadien sur trois — c'est dix millions de Canadiens — souffrira d'une maladie neurologique ou d'un trouble psychiatrique à un moment ou l'autre de sa vie. Il n'existe aucun remède contre la sclérose latérale amyotrophique, la sclérose en plaques, la maladie d'Alzheimer ou la maladie de Parkinson, ni aucun traitement qui ralentit ou interrompt l'évolution de ces maladies neurologiques dévastatrices.

À la dernière législature, nous avons un sous-comité sur les maladies neurologiques. J'espère qu'on le rétablira et qu'il publiera son rapport.

Ma question est très simple et n'exige pour toute réponse qu'un oui ou un non. Le gouvernement, Santé Canada ou les Instituts de recherche en santé du Canada s'engageront-ils à adopter la stratégie nationale de lutte contre les maladies neurologiques que réclament les organismes caritatifs neurologiques?

Mme Kim Elmslie: Il s'agit d'une question simple à laquelle je ne peux donner une réponse aussi simple. Ce que je peux dire, c'est que, il y a environ cinq ans, les organismes caritatifs neurologiques se sont adressés à nous, l'Agence de la santé publique du Canada, et nous ont dit qu'ils avaient vraiment besoin d'information, qu'ils devaient vraiment réaliser leur étude longitudinale afin de savoir quelle est la situation liée aux maladies neurologiques au Canada et ce qu'il faut faire à cet égard.

Mme Kirsty Duncan: Donc nous attendons les résultats de l'étude? Est-ce ce que vous êtes en train de dire?

Mme Kim Elmslie: Les résultats de cette étude sont fondamentaux pour les décisions concernant l'avenir.

Mme Kirsty Duncan: D'accord. Très bien. C'est ce que je voulais savoir.

Le gouvernement s'engagera-t-il à proclamer une année « Année du cerveau »? Cela avait fait l'objet d'une motion qui a été adoptée ici. S'y engagera-t-il pour accroître la sensibilisation? Au cours des deux prochaines années, des congrès très importants auront lieu et

des partenariats seront créés avec l'Europe. Le gouvernement s'y engagera-t-il?

• (1615)

Mme Kim Elmslie: Je ne saurais répondre à cette question.

Mme Kirsty Duncan: D'accord.

Revenons à la maladie d'Alzheimer et à la démence. Comme vous le savez, l'augmentation de la démence préoccupe des gouvernements partout dans le monde. Quelque 500 000 Canadiens souffrent de la maladie d'Alzheimer ou d'une forme de démence; 71 000 ont moins de 65 ans, et les femmes comptent pour 72 p. 100 d'entre eux.

Aujourd'hui, une personne reçoit un diagnostic d'Alzheimer toutes les cinq minutes. Le coût humain est énorme, et le coût pour l'économie s'élève à environ 15 milliards de dollars. Dans 30 ans, ce coût devrait s'élever à 153 milliards de dollars. Nous savons que si nous parvenions simplement à repousser de deux ans l'apparition de la démence parmi les Canadiens atteints, nous pourrions obtenir un rendement du capital investi de l'ordre de 15 000 p. 100 sur une période de recherche de 30 ans.

J'aimerais donc savoir dans quels projets de recherche liés à l'Alzheimer le gouvernement investit-il en ce moment?

Mme Kim Elmslie: Bonne question. Laissez-moi voir si j'ai la réponse à cette question... Je l'ai peut-être, ce qui serait super.

Mme Kirsty Duncan: Quelle est la durée de ces recherches, et sont-elles axées sur les patients?

Mme Kim Elmslie: Je devrai peut-être vous revenir au sujet de certains aspects de votre question.

Mme Kirsty Duncan: Kim, serait-il possible de déposer tous ces renseignements auprès de la greffière?

Mme Kim Elmslie: D'accord. Cela simplifiera beaucoup les choses.

Mme Kirsty Duncan: C'est aussi mon avis. Fournissez-nous le plus d'information possible sur le financement des recherches, leur durée et leurs aspects.

Les parties prenantes ont entre autres demandé si le gouvernement allait investir dans le soutien et l'éducation des aidants.

Mme Kim Elmslie: D'accord. Je vais recueillir toute l'information nécessaire et la transmettre à votre greffière.

Mme Kirsty Duncan: Bien. Le gouvernement va-t-il investir dans un service d'intervenants-pivot destiné à guider les familles dans le complexe système des soins de santé? Lorsqu'on souffre d'une maladie neurologique comme l'Alzheimer ou la démence, il est pratiquement impossible de s'y retrouver dans le système de soins de santé. Le gouvernement va-t-il investir dans un tel service?

Mme Kim Elmslie: Il y a déjà beaucoup d'intérêt et de travail au sujet de services d'intervenants-pivot concernant diverses maladies, dont l'Alzheimer et les maladies cardiovasculaires. On discute notamment de l'articulation du service d'intervenants-pivot. Je vais aussi tenter d'en savoir plus au sujet de ce service.

Mme Kirsty Duncan: Pourriez-vous également transmettre ces renseignements à notre greffière?

Mme Kim Elmslie: D'accord.

Mme Kirsty Duncan: J'aimerais beaucoup obtenir réponse à ces questions.

La présidente: Absolument.

Donc, pour résumer, vous allez obtenir l'information et la transmettre à la greffière, qui la fera parvenir à tous les membres et à Mme Duncan, afin que tous disposent de cette importante information.

Merci beaucoup.

Mme Kim Elmslie: Ce n'est rien.

La présidente: Nous allons maintenant passer à Mme Block.

Mme Kelly Block (Saskatoon—Rosetown—Biggar, PCC): Merci beaucoup, madame la présidente, et merci aux témoins qui sont ici aujourd'hui.

J'aimerais reprendre là où mon collègue s'est arrêté. Je crois qu'il posait une question sur la prévention et la promotion. Je suppose que, comme vous l'avez dit, il peut être assez intimidant d'envisager toutes les questions dont il faut tenir compte pour créer les conditions idéales à un vieillissement en santé, tout en essayant de juguler le taux croissant de maladies chroniques parmi les personnes âgées.

Dans votre rapport, vous avez indiqué que les maladies chroniques demeurent le principal fardeau de notre époque sur le plan de la santé. Pouvez-vous m'expliquer ce que fait le gouvernement fédéral pour aider les aînés à prévenir et gérer des maladies chroniques comme le diabète, le cancer ou l'arthrite? Comment votre agence collabore-telle avec d'autres groupes afin que les aînés puissent gérer, et souvent prévenir, ces maladies chroniques?

• (1620)

Mme Kim Elmslie: En premier lieu, notre agence aide les aînés à prévenir et gérer les maladies chroniques en établissant des partenariats avec diverses organisations — j'en ai mentionné quelques-unes —, mais aussi, d'abord et avant tout, avec les provinces et les territoires.

Nous constatons que nous pouvons grandement contribuer à transmettre l'information liée à la prévention et aux pratiques efficaces. Par exemple, les lignes directrices en matière d'activité physique pour les aînés constituent une excellente base sur laquelle d'autres organismes peuvent se fonder pour élaborer leurs propres programmes.

L'agence a également beaucoup investi de temps et d'argent dans la prévention des chutes. Si les aînés ont peur de chuter, ils ne seront pas actifs et ne prendront pas part aux activités de leur collectivité. Nous avons ainsi travaillé à l'élaboration d'un programme de prévention des chutes incluant la formation des professionnels de la santé, la transmission des renseignements pertinents aux aidants familiaux, et la sensibilisation auprès des aînés eux-mêmes, afin qu'ils connaissent les façons d'éviter les chutes.

Je reviendrai aux collectivités amies des aînés car je crois qu'il s'agit d'un excellent exemple dans le contexte d'une approche sociétale à l'égard de la prévention, comme je l'ai indiqué plus tôt dans mes remarques. Lorsque les collectivités invitent les aînés à participer à la planification des services et des mesures de soutien dont ils ont besoin, ceux-ci sont alors en mesure de devenir des joueurs actifs dans leur milieu.

Nous avons été très encouragés par la lecture du rapport du Dr David Butler-Jones, selon lequel les aînés indiquent qu'ils sont en bonne santé, qu'ils sont actifs dans leur collectivité, qu'ils se sentent inclus, etc. L'initiative des collectivités amies des aînés permet d'élargir encore plus les possibilités à ce chapitre. Nous mesurons attentivement les résultats dans les collectivités amies des aînés afin de pouvoir partager ces données encourageantes et, par conséquent,

convaincre d'autres intervenants des bénéfices de cette approche dans leur propre collectivité. La collaboration entre notre ministre, le Conseil national des aînés et la ministre de RHDCC nous permet aussi de porter les questions de santé à la table et d'amener les aînés à participer à l'élaboration des politiques à venir.

J'ajouterai que les aînés et leur santé sont au cœur de tous nos programmes. Nos programmes de surveillance se concentrent sur les façons de mieux équiper les aînés. Cette question est omniprésente dans toutes nos activités.

Ce segment de la population demeure à l'avant-plan de nos préoccupations. Les aînés ne sont pas uniquement des bénéficiaires de services. Ils en offrent également grâce au travail qu'ils font dans leur collectivité, à la façon dont ils enseignent aux jeunes comment vivre dans notre pays et au bonheur que tout cela leur procure.

Le volet social de la santé est donc un élément important de nos programmes destinés aux aînés.

Mme Kelly Block: Merci beaucoup.

Je suis contente que vous ayez mentionné l'initiative des communautés amies des aînés, car j'allais vous en parler. Tout comme vous, je suis d'avis que les aînés ont été et demeurent des éléments essentiels de nos collectivités.

Vous avez aussi parlé d'une participation à une réunion de l'ONU et des discussions qui y ont eu lieu. Vous avez souligné l'importance des partenariats, tout particulièrement avec les provinces et les territoires. Je ne suis toutefois pas certaine de bien comprendre en quoi cela consiste.

Quelle est exactement la nature de votre partenariat avec les provinces et les territoires? Qui contactez-vous? Je sais que les systèmes de santé varient quelque peu d'une province à l'autre. Pourriez-vous nous en dire plus? Peut-être pourriez-vous même parler de partenariats à l'échelle internationale afin qu'on comprenne mieux certaines pratiques exemplaires.

• (1625)

Mme Kim Elmslie: Bien sûr.

En ce qui concerne les partenariats avec les provinces et les territoires, la création l'Agence de la santé publique du Canada a aussi entraîné la création du Réseau pancanadien de santé publique. Ce conseil est un partenariat entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Il sert de porte d'entrée pour toutes les discussions avec nos homologues provinciaux et territoriaux, et ses activités portent sur trois domaines précis.

Premièrement, les modes de vie sains, ce qui inclut évidemment la prévention des maladies chroniques. Deuxièmement, la prévention et le contrôle des maladies infectieuses, et troisièmement, la capacité du système de santé publique. Bien entendu, ces trois domaines se chevauchent, mais comme les administrateurs en chef de la santé publique et les sous-ministres adjoints des gouvernements provinciaux et territoriaux font partie du conseil, nous disposons ainsi d'un forum pancanadien nous permettant d'établir des priorités, de mieux comprendre les points de vue de chacun et de faire progresser des cadres ou des programmes conjoints importants.

Voici un excellent exemple: avec nos collègues provinciaux et territoriaux, nous avons élaboré un cadre de travail concernant des mesures destinées à contrer le surpoids et l'obésité chez les enfants. Il s'agit d'un effort concerté des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux destiné à permettre l'utilisation des mécanismes pertinents à chaque ordre de gouvernement de façon à prévenir l'obésité chez les enfants et à partager les politiques et les programmes les plus efficaces afin que tous puissent en profiter.

Quant à la question des partenariats internationaux...

La présidente: Madame Elmslie, je dois passer au prochain intervenant.

Nous passons maintenant à la ronde suivante, de cinq minutes, en commençant par Mme Quach.

[Français]

Mme Anne Minh-Thu Quach (Beauharnois—Salaberry, NPD): Merci, madame la présidente.

Je remercie les deux témoins de ces informations. J'ai plusieurs questions à poser. Je m'attarderai tout d'abord sur la stratégie de prévention et de promotion des saines habitudes de vie chez les personnes âgées.

Avez-vous prévu aménager des lieux pour permettre aux gens d'améliorer leur santé, d'être plus actifs dans leur communauté au quotidien? On sait que chez les jeunes, la prévention passe par davantage d'activités physiques et parascolaires à l'école. Existe-t-il des activités semblables destinées aux personnes âgées qui seraient offertes en partenariat avec les provinces, les territoires, voire les municipalités?

[Traduction]

Mme Kim Elmslie: Merci. C'est une question très importante.

En ce qui concerne le gouvernement fédéral, nous ne créons pas directement de tels lieux. Nous contribuons plutôt indirectement à leur création grâce à nos partenariats, à l'appui que nous offrons aux organismes communautaires et aux activités axées sur les aînés. Bon nombre des projets que nous finançons permettent la création de réseaux d'aînés, qui à leur tour transmettent des notions de prévention et les outils destinés à aider les personnes âgées à vivre une vie saine et à bénéficier du soutien de leur collectivité. Donc, en résumé, nous facilitons indirectement la création de ces lieux.

[Français]

Mme Anne Minh-Thu Quach: Restons dans le même sujet, mais dans le volet touchant l'alimentation.

Vous dites que les gens doivent mieux s'alimenter pour prévenir l'obésité, le surplus de poids. Faites-vous des liens avec l'agriculture? Beaucoup de territoires sont agricoles ou ruraux. On sait que les gens qui travaillent en agriculture ont un peu de difficulté à écouler leurs produits sur les marchés locaux. On encourage de plus en plus la production locale de nourriture notamment pour protéger les emplois locaux.

A-t-on établi un lien entre l'alimentation et l'agroalimentaire, à savoir entre la qualité des types de récoltes et la fraîcheur des produits?

• (1630)

[Traduction]

Mme Kim Elmslie: Vous soulevez-là un excellent point. C'est un sujet qui revient régulièrement dans nos conversations avec le secteur agroalimentaire.

Nous avons collaboré avec l'Institut canadien des politiques agroalimentaires afin de déterminer comment encourager la consommation d'aliments locaux. Le secteur de l'agroalimentaire est certainement disposé à participer plus activement à la promotion d'aliments sains et à l'innovation afin que les Canadiens aient accès à des aliments plus sains.

Prenons l'exemple de la ville de New-York. Les autorités de cette ville ont pris des mesures innovatrices très importantes concernant les aliments sains et l'information sur la nutrition dans les menus. Elles ont banni la malbouffe des écoles, et envisagent de planifier la construction des écoles loin des établissements de restauration rapide. Il est facile de retirer la malbouffe des écoles, mais si les élèves n'ont qu'à traverser la rue pour aller acheter des aliments qui sont mauvais pour leur santé, on n'arrivera à rien. Donc, toutes les discussions — comment améliorer nos partenariats, ce que le fédéral peut faire pour amener d'autres intervenants à la table, faciliter les échanges afin de mieux comprendre ce qui fonctionne bien ailleurs et l'appliquer au Canada — incluent la participation du secteur agroalimentaire, qui est pour nous un partenaire important.

[Français]

Mme Anne Minh-Thu Quach: Vous avez dit qu'il y a plus de maladies chroniques parmi la population des aînés, qui est la plus défavorisée financièrement. Y a-t-il des maladies dont le développement est propre aux personnes défavorisées? Si oui, pourquoi?

[Traduction]

Mme Kim Elmslie: Je ne crois pas qu'il y ait de maladies en particulier. Le fait est que des maladies comme le diabète et le cancer, qui sont liées à des facteurs de risque comme l'obésité, le manque d'activité physique et de mauvaises habitudes d'alimentation, sont plus fréquentes parmi les personnes âgées car elles sont moins en mesure de réduire ces facteurs de risque.

La présidente: Merci de vos questions pertinentes.

Passons maintenant à M. Carrie.

M. Colin Carrie (Oshawa, PCC): Merci beaucoup, madame la présidente.

J'aimerais souligner le retour parmi nous de notre collègue libérale. C'est bien que vous faisiez de nouveau partie du Comité de la santé, même si ce n'est que pour une courte période.

J'aimerais reprendre le sujet abordé plus tôt par ma collègue.

J'ai été plutôt surpris lorsque j'ai appris que les maladies chroniques coûtaient 190 milliards de dollars à notre économie. On pourrait faire fonctionner un pays avec une telle somme. On a aussi dit qu'on semble beaucoup mettre l'accent sur les soins actifs.

Comme vous le savez, j'ai une formation de chiropraticien. Nous avons toujours tenté de mettre l'accent sur le bien-être et la prévention. Je suis content que le NPD ait nommé un de mes confrères à ce comité.

Lorsqu'une personne apprend qu'elle a le diabète, il est souvent trop tard pour faire marche arrière, et les coûts liés au traitement et à la gestion de cette maladie sont énormes sur le plan personnel. Il en va de même pour les maladies cardiovasculaires.

J'aimerais discuter un peu de la prévention et du bien-être dans ce domaine. Savez-vous s'il existe des programmes destinés aux enfants? Est-ce qu'il y a des recherches sur la façon de sensibiliser les enfants à leur bien-être et à la prévention?

Ma collègue a soulevé la question des champs de compétence, car bon nombre des mesures possibles seraient mises en oeuvre dans les écoles, où les enfants passent la majeure partie de leurs journées. Mais je me demandais si vous pouvez nous en dire plus sur ce que vous considérez être des obstacles en ce qui a trait aux provinces, aux territoires et aux divers domaines de compétence.

Mme Kim Elmslie: Avec plaisir, et merci beaucoup de cette question. C'est vraiment important.

Je ne cesse de revenir à l'idée que ce que nous tentons de faire, en réalité, c'est de faire de la prévention une activité normale et de changer notre approche à l'égard du système de soins de santé afin que la prévention fasse partie de ses moindres aspects. Permettez-moi de vous donner un exemple. Le Consortium conjoint pour les écoles en santé est l'un des programmes en matière d'éducation et de santé. Le gouvernement fédéral en assure une partie du financement, en partenariat avec les gouvernements provinciaux et territoriaux. Ce consortium contribue à introduire des notions de santé dans les écoles grâce à une approche contextuelle. Il n'existe pas de solution globale. Chaque région a des besoins différents. Chaque école a des besoins différents. Ce programme met à l'avant-plan les discussions en matière de politiques et de programmes lorsque les écoles élaborent leur plan, lorsqu'elles examinent l'éducation physique et les saines habitudes alimentaires entre leurs murs. Nous avons combiné santé et éducation.

Nous combinons aussi activités sportives et récréatives dans ce genre de partenariat. Nous en sommes arrivés là dans le cadre de l'élaboration de la Déclaration sur la prévention et la promotion, que les ministres de la Santé ont signé l'automne dernier. Selon cette déclaration, nous devons former des partenariats avec tous les organismes qui peuvent avoir une incidence sur la prévention des maladies. Une telle approche nous amène à l'extérieur du système de santé. C'est la voie que nous empruntons en ce moment. L'éducation, les activités sportives et récréatives, la santé, l'agriculture, l'agro-alimentaire, les transports: l'inclusion de tous les ministères concernés nous permet d'entreprendre une démarche qui transmet le message que la promotion de la santé est l'affaire de tous. Si on met l'accent sur la croissance économique et qu'on investit dans la promotion de la santé, on améliorera du même coup la croissance économique. L'optique de la conversation a changé; les programmes sont maintenant plus vastes.

Les ministres de la Santé se sont aussi engagés à faire de la prévention un élément constitutif d'un système de santé de qualité. Ce faisant, ils affirment que nous tenons à la prévention dans le système de soins de santé. Même si notre système a été fondé sur les soins actifs, il ne répond plus aux besoins de la population. Il est question d'investir davantage dans la prévention et d'aborder le système de soins de santé du point de vue de la prévention.

• (1635)

La présidente: Merci.

M. Colin Carrie: Est-ce qu'il nous reste encore une minute?

La présidente: En fait, nous allons manquer de temps. Vous avez à peu près deux secondes.

M. Colin Carrie: J'allais dire que vous avez parlé de « norme de prévention ». Je n'avais jamais entendu cette expression, mais j'aime bien. Pouvez-vous nous en parler un peu plus et nous dire s'il y a du nouveau concernant la déclaration de 2010.

Mme Kim Elmslie: Avec plaisir.

Il faut que la prévention devienne la norme en ce qui concerne les soins de santé. La déclaration sur la prévention est devenue la pierre

angulaire de nos efforts aux échelles fédérale, provinciale et territoriale. C'est une politique solide que tout le monde appuie. Sur la scène internationale, on commence à dire que le Canada s'en va dans la bonne direction. C'est la bonne chose à faire. Nous mettons ces principes en oeuvre en commençant par nous attaquer à l'obésité chez les jeunes.

La présidente: Excellente réponse à une très bonne question. Merci.

Monsieur Morin, c'est à vous.

M. Dany Morin (Chicoutimi—Le Fjord, NPD): J'ai tant de questions et si peu de temps. Je vais essayer d'en poser le maximum.

Vous avez répondu à la question d'Anne au sujet des personnes âgées à faible revenu, mais je m'intéresse aussi aux aînés autochtones et ceux de la communauté LGBT. Vous avez dit que les bonnes données donnent de bons programmes. Avez-vous de bonnes données concernant les aînés autochtones et de la communauté LGBT, qui doivent surmonter des obstacles ou des difficultés que la population générale n'a habituellement pas à affronter?

Mme Kim Elmslie: La réponse courte est: non, nous n'avons pas de bonnes données.

M. Dany Morin: Avez-vous un plan pour tenter d'obtenir ces données?

Mme Kim Elmslie: Oui. C'est exactement ce que nous faisons dans le cadre de nos activités de surveillance. Nous voyons où se trouvent les lacunes de nos données et nous tentons de les combler.

Par exemple, en ce qui concerne les populations autochtones, nous avons un partenariat avec la nation métisse du Canada pour l'aider à mettre sur pied son propre système de surveillance afin que les données recueillies les aident à répondre à leurs propres besoins. Nous croyons que cela peut servir de modèle pour d'autres types de surveillance.

Je pourrais continuer à parler de cela pendant des heures. Peut-être devrions-nous aller prendre un café, vous et moi.

Souvent, les données que nous recueillons ne peuvent être mises à profit pour réellement changer les choses à l'échelle locale. Avec nos travaux, nous avons renversé la vapeur, notamment en ce qui concerne la Nation métisse du Canada. Nous voulons les aider à obtenir les données dont ils ont besoin pour apporter des changements à leur situation précise.

Cela m'enthousiasme vraiment, parce je crois que ce système, une fois en place, servira de modèle de surveillance dans d'autres domaines.

J'aimerais vous dire que nous avons de bonnes données à l'heure actuelle, mais ce n'est pas le cas.

• (1640)

M. Dany Morin: Concernant les soins de longue durée et les aînés, quelle est la meilleure stratégie que vous avez trouvée?

Mme Kim Elmslie: Je n'en ai trouvé aucune que je qualifierais de « meilleure stratégie » pour les soins de longue durée. Ce que je peux vous dire, par contre, c'est qu'un modèle sur le soin des maladies chroniques a été élaboré aux États-Unis par un chercheur du nom de Wagner. Ce modèle porte d'ailleurs son nom. Il a été amélioré et élargi au fil du temps, mais au départ, ce modèle prévoit que la gestion des maladies chroniques est séparée des soins actifs, donc du système de santé, et est prise en charge par la collectivité. Donc, le patient ou client devient un partenaire essentiel dans ses traitements. Ce modèle donne à la famille la capacité de fournir un soutien selon les besoins et crée les partenariats dont nous avons parlé, de sorte que la gestion des maladies chroniques, y compris les soins de longue durée, sont de grande qualité.

Je crois que nous nous inquiétons tous à l'occasion de la qualité des soins de longue durée. Les modèles comme celui de Wagner nous aident à en savoir plus sur les façons d'améliorer les choses, mais je n'en ai vu aucun jusqu'à présent qui puisse être considéré comme l'exemple idéal.

M. Dany Morin: Vous avez dit que bien des gens ne savent pas qu'ils ont le diabète. Avez-vous une stratégie pour améliorer le pourcentage de gens qui se font tester?

Mme Kim Elmslie: En fait, oui.

De nombreux Canadiens ont le prédiabète. Ils n'ont pas reçu de diagnostic de diabète, mais ils sont à la limite et sur le point de traverser la ligne. Nous avons conçu un outil d'évaluation du risque du nom de CanRisk, adapté d'un outil finlandais, qui aide les gens à évaluer leur risque de diabète et les incite à en discuter avec leur fournisseur de soins de santé, afin d'atténuer le risque dans l'espoir de ne jamais avoir le diabète ou de poser un diagnostic précoce pour maîtriser la maladie et réduire le risque de complications.

La présidente: Il vous reste une trentaine de secondes.

M. Dany Morin: Ça va.

[Français]

Vous avez parlé des collectivités faisant partie de l'Initiative des collectivités-amies des aînés. Je crois qu'il y en avait 500. Avez-vous de bons exemples de collectivités modèles?

[Traduction]

Mme Kim Elmslie: Des collectivités qui ont pris des mesures pour favoriser la santé des aînés en plus des collectivités-amies des aînés...

M. Dany Morin: Ou parmi celles-ci.

[Français]

Il peut s'agir de villes ou de collectivités spécifiques qui ont très bien réussi ou très bien mis en place le programme.

[Traduction]

Mme Kim Elmslie: D'accord. Des municipalités qui font du bon travail à cet égard? Je ne sais pas trop... Cathy?

Mme Cathy Bennett: Oui, je peux répondre, si vous le permettez.

Mme Kim Elmslie: Oui, allez-y.

Mme Cathy Bennett: Les collectivités-amies des aînés proviennent de sept provinces, et je crois que la province qui a fait le plus de chemin est le Québec, qui compte bien au-delà de 300 collectivités-amies des aînés, et ce nombre ne cesse d'augmenter. Donc, si je devais mentionner... Bien qu'il y ait beaucoup d'activité partout au Canada, c'est certainement le Québec qui est le chef de file lorsqu'on regarde les indicateurs qui permettent d'évaluer les collectivités-amies des aînés. Quels sont ces indicateurs? Comment les

établissons-nous et comment obtenons-nous l'information? Au Québec, les mesures sont mises en oeuvre sans tarder à l'échelle de la province. Il y a donc un effet d'entraînement qui se crée. Il y a énormément de collectivités de ce type au Québec.

• (1645)

La présidente: Merci infiniment.

Monsieur Strahl, c'est à vous.

M. Mark Strahl (Chilliwack—Fraser Canyon, PCC): Merci.

Merci beaucoup d'être ici aujourd'hui.

J'aimerais que vous nous en disiez plus sur les partenariats internationaux auxquels a fait référence ma collègue, Mme Block. Pourriez-vous nous parler un peu de ces partenariats? On a parlé des partenariats provinciaux et territoriaux, mais vous pourriez peut-être dire un mot sur les internationaux.

Mme Kim Elmslie: Avec plaisir. Je vais parler tout d'abord de nos partenariats avec les pays de la zone Amérique, avec nos collègues des Caraïbes et de l'Amérique latine.

Nous collaborons avec un réseau international appelé CARMEN. Les pays membres de ce réseau travaillent ensemble pour trouver les meilleures façons de changer leurs politiques pour favoriser la prévention, en fonction de leurs contextes respectifs.

Comme je l'ai dit plus tôt, les pays en développement doivent porter un double fardeau: l'obésité et la malnutrition. Il ne faut pas oublier non plus les maladies infectieuses.

Nos partenariats permettent aux pays d'apprendre les uns des autres en ce qui concerne la prévention des maladies infectieuses. La plupart de ces pays considèrent que l'obésité et le surpoids sont des problèmes graves pour eux. Le réseau permet de faire des études de cas pour chaque pays et de les mettre en commun pour faire progresser les discussions sur la prévention et pour améliorer les politiques. C'est un de nos partenariats.

Nous collaborons étroitement avec l'Organisation panaméricaine de la santé à propos de la réduction de la teneur en sodium des aliments. C'est un important sujet de discussion pour les politiques internationales. L'OPS est le fer de lance dans la zone Amérique pour ce qui est d'étudier des solutions possibles pour réduire la teneur en sodium des aliments. C'est un partenariat qui tourne autour d'un problème précis, mais qui a une grande importance pour la santé publique.

Nous travaillons également avec l'OMS, l'Organisation mondiale de la santé, pour améliorer les capacités de surveillance. Pour revenir sur ce que disait votre collègue à propos des bonnes données, il y a bien des pays qui n'ont pas l'infrastructure nécessaire pour recueillir de bonnes données. Ils ne peuvent même pas s'offrir les outils de base. Nos partenariats avec l'OMS aident des pays à se doter de structures rudimentaires afin que leurs programmes reposent sur de bonnes données.

Voilà trois exemples. En avez-vous d'autres, Cathy?

Mme Cathy Bennett: Oui, je pourrais en dire un peu plus sur l'Organisation mondiale de la santé, qui est un partenaire clé dans le projet des collectivités-amies des aînés. En fait, c'est à l'OMS que le projet a été lancé et le Canada l'a adopté. L'OMS est un partenaire-clé; il a créé le réseau mondial des amis des aînés, grâce auquel les efforts de tous les pays membres sont liés.

De plus, nous collaborons avec la Fédération internationale du vieillissement, là aussi dans le but de mettre de l'avant ces principes et de travailler ensemble pour faire progresser les collectivités-amies des aînés.

Voilà deux autres exemples.

Mme Kim Elmslie: Pour revenir brièvement à ce que disait Mme Duncan au sujet de la maladie d'Alzheimer, les Instituts de recherche en santé du Canada jouent un rôle de leader dans le partenariat international de lutte contre cette maladie. Ce partenariat permet aux meilleurs chercheurs du monde de travailler ensemble afin d'accélérer la découverte d'un diagnostic et d'un traitement pour la maladie d'Alzheimer.

M. Mark Strahl: Restons sur le sujet des partenariats. Vous avez dit que vous travaillez de près avec des organisations non gouvernementales et des entreprises pour trouver des façons de collaborer dans le dossier de la santé des aînés. Pourriez-vous nous donner des exemples d'entreprises ou d'organisations non gouvernementales avec lesquelles vous collaborez?

Mme Kim Elmslie: Le point de départ des conversations avec les entreprises tourne souvent autour des boissons et des aliments, étant donné qu'une saine alimentation est un facteur fondamental de la santé des aînés et des Canadiens en général. On tente de trouver des façons d'intégrer le secteur des aliments et des boissons dans une solution qui vise à favoriser une saine alimentation et à reformuler les produits afin de les rendre meilleurs pour la santé. Ce sont les discussions et les partenariats que nous essayons d'amorcer à l'heure actuelle.

Nous croyons que les entreprises ont un grand rôle à jouer en tant que vastes groupes d'employés. Elles pourraient être très actives sur le plan de l'éducation sur de saines habitudes de vie et fournir à leurs employés des outils permettant d'adopter et de conserver des comportements sains.

Nous tentons donc de faire participer le secteur privé de bien des façons. Je suis heureuse de voir que les employeurs sont tout à fait disposés à en discuter, et je crois que c'est parce qu'ils y voient un potentiel d'accroissement de la productivité. Pour que la main-d'oeuvre soit productive, elle doit être en santé, ce qui peut exiger des investissements de la part des employeurs. C'est un message qui passe bien.

Certaines entreprises ont des approches très originales pour inciter leurs employés à bien manger et à avoir de saines habitudes de vie — offrir des abonnements à un centre sportif, par exemple. Il ne faut toutefois pas oublier que ces mesures ne valent que pour ceux qui ont un emploi et qui peuvent profiter de ce genre d'avantages. Nous ne voulons pas créer d'inégalités entre les segments de la population qui ont accès à ces avantages et ceux qui n'en ont pas les moyens. Il ne faut jamais oublier cela. Mais je décèle chez le milieu des affaires du Canada une volonté de collaborer avec le gouvernement pour faire avancer les choses dans ce dossier des plus complexes. Personne ne pense qu'il existe une solution miracle, mais du moins, nous avançons dans la bonne direction.

• (1650)

La présidente: Merci, madame Elmslie, et merci à vous, monsieur Strahl.

Je laisse la parole à Mme Raynault.

[Français]

Mme Francine Raynault (Joliette, NPD): Merci, madame la présidente.

Je remercie les deux dames qui sont présentes aujourd'hui. C'est ma première visite ici, et je vous ai écoutées avec attention.

Comme je suis la dernière à prendre la parole, beaucoup de choses ont déjà été dites.

[Traduction]

La présidente: Nous sommes très heureux que vous soyez des nôtres.

[Français]

Mme Francine Raynault: Merci.

D'après ce que vous avez dit plus tôt, les Autochtones ont une prédisposition au diabète. Bien sûr, on connaît leur mode de vie, qui a été défait avec les siècles. De plus, ils sont placés dans des réserves et ne sont pas nécessairement actifs sur le marché du travail.

Avez-vous un programme ou de l'aide à leur offrir?

[Traduction]

Mme Kim Elmslie: Vous avez entièrement raison. Les populations autochtones présentent un défi immense en ce qui a trait à la santé publique et nous nous y attaquons à l'aide de plusieurs mécanismes. Je vais vous donner quelques exemples.

La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada a mis en oeuvre une initiative sur le diabète chez les Autochtones, qui met l'accent sur la prévention et la bonne gestion du diabète chez les Autochtones. Il y a donc des programmes conçus précisément pour cela.

Je pense aussi à des programmes comme Nutrition Nord Canada, du ministère des Affaires autochtones. Si nous facilitons l'accès des populations nordiques et éloignées à des aliments de qualité, nous facilitons évidemment l'adoption de modes de vie sains. Selon nous, les programmes de cet ordre nous rapprochent un peu plus de l'objectif qui consiste à créer et à soutenir des collectivités en santé. Il reste beaucoup de pain sur la planche et personne ne croit qu'il s'agit de solutions miracles, mais ce qui compte, c'est que ces programmes fédéraux, de même que les efforts importants — individuels et communs — des gouvernements territoriaux, sont en train de commencer à jeter des bases.

[Français]

Mme Francine Raynault: Merci.

En ce qui concerne les aînés, je lisais dans votre document que la majorité des personnes âgées se gardent en santé lorsqu'elles suivent une activité dans leur collectivité. Elles veulent continuer à s'impliquer, et elles font probablement plus attention à leur santé.

Cependant, il est certain que lorsqu'elles quittent un travail rémunéré et qu'elles reçoivent une bonne pension, quelque chose qui soit raisonnable, elles peuvent également se payer de la meilleure nourriture. Enfin, je le pense. Or, on sait que le coût de la vie augmente beaucoup. De fait, lorsque les aînés reçoivent une petite pension, ou seulement leur pension avec le Supplément de revenu garanti, ils ne peuvent pas se payer la meilleure nourriture, les meilleurs fruits et légumes sur le marché. Il y a des marchés publics dans nos municipalités plus souvent durant l'été, qui nous permettent de profiter des légumes frais de chez nous.

Avez-vous un programme pour aider les aînés à mieux se nourrir? Ils manquent d'argent pour bien se nourrir et, de ce fait, ils deviennent malades avec les années, diabétiques, avec tous les problèmes que cela apporte.

Comme ils n'ont pas beaucoup d'argent, le logement s'en ressent. Ils sont moins bien logés, ils habitent des logements qui laissent parfois à désirer quant au chauffage l'hiver, à la salubrité l'été, et ainsi de suite.

Avez-vous un programme pour les aider? Pouvez-vous leur suggérer un chemin à suivre?

• (1655)

[Traduction]

Mme Kim Elmslie: Je vous remercie d'avoir résumé ma pensée sur l'approche axée sur l'ensemble de la société. Il y a des choses que nous pouvons faire au fédéral, mais il y a encore bien plus à accomplir aux échelles provinciale et territoriale. L'accès des personnes âgées à des aliments sains et abordables est un des volets que nous abordons avec nos collègues des provinces et des territoires. Toutefois, à l'heure actuelle, ce n'est pas sur les aînés que porte notre attention; nous nous attaquons à l'obésité chez les enfants à l'intérieur du cadre fédéral-provincial-territorial sur le poids-santé et nous examinons des façons d'améliorer l'accès à des aliments abordables au Canada. Actuellement, nos efforts portent surtout sur l'obésité chez les enfants, mais ils peuvent être appliqués de manière beaucoup plus vaste. Non, nous n'avons pas de programme précis. Notre rôle au fédéral consiste à faciliter les travaux des provinces et des territoires et ceux des organisations non gouvernementales et des entreprises privées. C'est la société toute entière qui doit s'attaquer à ce problème collectif.

La présidente: Voilà qui donne vraiment à réfléchir. Les questions étaient excellentes. Merci.

Vous avez la parole, monsieur Brown.

M. Patrick Brown (Barrie, PCC): Merci, Joy.

Je voulais aborder l'aspect neurologique de votre mandat et de la maladie d'Alzheimer. Notre comité s'intéresse vivement à ce sujet. J'aimerais savoir ce que vous faites pour inciter les aînés à adopter de saines habitudes de vie afin de retarder l'apparition des troubles neurologiques. Je me souviens que le programme Nouveaux Horizons encourageait les aînés dans les résidences à être actifs — en peignant, en faisant une activité physique, et cetera. C'était un programme unique. J'ai vu deux projets pilotes de cet ordre, et j'ai toujours cru qu'il serait extraordinaire que de tels programmes soient en vigueur dans toutes les résidences pour personnes âgées. Avez-vous des idées sur les façons d'amener les aînés à prendre part à des activités qui peuvent retarder l'apparition de la maladie d'Alzheimer?

Mme Kim Elmslie: C'est une question à la fois pertinente et difficile.

Nous n'avons pas encore évalué toutes les mesures permettant de retarder l'apparition des maladies neurologiques. Cela dit, garder les

aînés actifs et leur permettre de le rester dans leur collectivité et les établissements de soins de longue durée, stimuler leur cerveau et les garder éveillés sont des aspects importants du travail que nous voulons et essayons d'accomplir dans le cadre des programmes de financement que nous mettons en oeuvre en collaboration avec nos partenaires.

Vous soulevez un point très important. Bien que le gouvernement fédéral finance des programmes précis dans le cadre d'initiatives précises, nous avons besoin de partenaires pour les maintenir. En effet, nous avons besoin de l'appui des provinces, des territoires et des municipalités pour maintenir les programmes et le financement. Notre rôle, dans le cadre, par exemple, de la Stratégie canadienne sur le diabète, du travail réalisé concernant le cancer et du travail des Organismes caritatifs neurologiques du Canada, consiste à trouver les programmes novateurs qui portent fruits, à déterminer s'ils sont des pratiques exemplaires et s'ils sont rentables, et à les partager avec autant d'intervenants que possible, afin de les encourager à les utiliser. C'est exactement ce que nous faisons.

D'ailleurs, c'est le but de la stratégie d'innovation que nous avons à l'Agence de la santé publique du Canada. L'Agence trouve les programmes qui portent fruits dans les provinces, les territoires ou les municipalités, puis établit un profil et en fait la promotion à grande échelle. Par exemple, nos programmes axés sur les enfants, lesquels sont mis en oeuvre dans le cadre du Programme d'action communautaire pour les enfants, du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones — mais cela ne répond pas à votre question concernant les aînés — sont des exemples de programmes où l'Agence de la santé publique du Canada finance des services aux enfants, lesquels peuvent être mis en oeuvre à plus grande échelle.

• (1700)

M. Patrick Brown: Je reviens sur les pratiques exemplaires en matière d'Alzheimer. Est-ce que, dans le cadre de votre travail, vous avez établi que certaines provinces utilisent des approches ou des programmes novateurs qui devraient être mis en oeuvre à grande échelle?

Mme Kim Elmslie: En fait, bon nombre de provinces en utilisent. Certaines ont leur propre stratégie en matière d'Alzheimer. Certaines intègrent l'Alzheimer dans une stratégie ciblant les aînés. En fait, beaucoup de mesures sont prises, partout au pays, d'une part pour s'occuper des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et, d'autre part, pour maintenir les aînés en bonne santé et stimuler leur esprit.

M. Patrick Brown: Quelles sont les activités proposées dans le cadre de ces approches ou programmes?

Mme Kim Elmslie: L'activité physique — garder les aînés actifs en les faisant participer à des marches en groupe, ce qui leur permet d'avoir un contact social tout en étant physiquement actif. L'activité physique est un aspect important de plusieurs programmes. Le travail que nous accomplissons dans le cadre du programme ParticipAction contribue également à atteindre cet objectif.

Cathy, avez-vous quelque chose à ajouter?

Mme Cathy Bennett: Oui. Les collectivités amies des aînés sont un très bon exemple. Elles dressent la liste des mesures pouvant être prises par les collectivités pour créer un environnement permettant aux aînés d'être plus actifs physiquement et pour surmonter les divers obstacles. Nous avons appris que l'éclairage, la largeur des trottoirs et les bords du trottoir, entre autres, empêchent les aînés d'être plus actifs physiquement dans leur collectivité. Ce sont des obstacles. Nous travaillons actuellement à l'établissement d'une approche axée sur les collectivités visant à cerner et à réduire les obstacles à l'activité physique, entre autres.

M. Patrick Brown: Existe-t-il un délai ou un objectif quant au partage des pratiques exemplaires ou des approches novatrices? Quel moyen utilisez-vous pour partager l'information?

Mme Kim Elmslie: Pour partager les pratiques exemplaires, nous utilisons le Portail canadien des pratiques exemplaires. Il s'agit d'un portail en ligne accessible dans le site Web de l'Agence de la santé publique du Canada. Il réunit les pratiques exemplaires qui ont été évaluées et répertoriées dans divers domaines, comme la prévention des blessures ou du diabète.

À notre avis, le portail n'est pas assez efficace. Par conséquent, nous essayons de trouver le moyen d'en élargir la portée et d'attirer l'attention sur les leçons apprises, afin de faciliter la tâche aux collectivités qui les adoptent. Actuellement, le portail du gouvernement fédéral est notre principal moyen pour répertorier et partager l'information.

La présidente: Merci, madame Elmslie.

Je donne maintenant la parole à M. Carrie.

M. Colin Carrie: Merci beaucoup, madame la présidente.

Vous serait-il possible de nous en dire un peu plus sur la base de données constituée par le Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques. Est-ce que cette base de données fait le suivi des maladies partout au pays? Êtes-vous en mesure de déterminer si l'incidence de certaines maladies chroniques est plus élevée dans une région qu'une autre?

Êtes-vous en mesure de nous le dire? Nous avons parlé des pratiques exemplaires et je me demandais ce que nous pourrions apprendre en compilant de telles statistiques.

Mme Kim Elmslie: Bien sûr. Notre système de surveillance des maladies chroniques fait le suivi des taux d'incidence et des facteurs de risque liés aux maladies chroniques partout au pays. Nous sommes donc en mesure de savoir dans quelles régions les taux d'incidence ou les facteurs de risque semblent être plus élevés et, par conséquent, de fournir ces données à nos collègues provinciaux et territoriaux, afin de les aider à cibler leurs efforts et à cibler également nos efforts collectifs, en vue d'améliorer la prévention dans ces régions.

Nous élargissons la portée de notre système de surveillance des maladies chroniques, afin de mieux cerner les problèmes liés à l'hypertension artérielle et aux maladies cardiovasculaires. Nos bases de données sur les maladies cardiovasculaires ne sont pas assez probantes à notre goût. L'hypertension artérielle est un important problème de santé publique au Canada et, bien sûr, en raison du vieillissement de la population, le nombre de cas augmentera. La bonne nouvelle — tirée de nos programmes de surveillance —, c'est que le Canada fait partie des pays qui contrôlent le mieux l'hypertension artérielle. En d'autres termes, les Canadiens qui en sont atteints reçoivent le traitement adéquat et leur maladie est sous contrôle. Cependant, le nombre de nouveaux cas continue à augmenter, c'est le genre de donnée que notre programme de

surveillance nous fournit. Il nous permet de cerner les facteurs de risque particuliers auxquels nous devons nous attaquer en priorité si nous voulons que le travail de prévention porte fruits.

• (1705)

M. Colin Carrie: Est-ce que quelqu'un a utilisé ces bases de données pour faire une comparaison entre les maladies chroniques qui touchent plutôt les hommes et celles qui touchent plutôt les femmes? Je sais, par exemple, que beaucoup de recherches ont été menées sur les cardiopathies, mais ces recherches sont généralement fondées sur des hommes d'âge moyen ayant une surcharge pondérale. En outre, les symptômes de la cardiopathie sont différents chez l'homme et chez la femme.

Je suis au courant du travail accompli au Canada. J'ai rencontré le ministre de la Santé de la Chine et j'ai été très surpris d'apprendre que la Chine doit relever des défis et faire face à des problèmes similaires aux nôtres. Je me demande donc si le Canada pourrait jouer un rôle de premier plan sur la scène internationale et si nos bases de données tiennent compte des différences entre les hommes et les femmes?

Mme Kim Elmslie: Oui.

Mr. Colin Carrie: Comment les chercheurs ont-ils accès à ces données et de quelle façon s'en servent-ils? Pourriez-vous en dire plus long à ce sujet?

Mme Kim Elmslie: Les bases de données fournissent toujours de l'information selon le sexe. Par conséquent, les chercheurs étudient les différences entre les hommes et les femmes. Prenons par exemple les taux de cancers et les taux de cancers du poumon. Nous savons que, chez les hommes, les taux de cancers du poumon se sont stabilisés, alors qu'auparavant ils augmentaient très rapidement. Par contre, chez les femmes, ces taux continuent à augmenter légèrement. Donc, la réponse est oui, nous étudions continuellement ces différences, car, comme vous l'avez dit, il y a, à bien des égards, des différences entre les deux sexes et les maladies chroniques ne font pas exception. En conséquence, dans les analyses que nous faisons, nous tenons compte tant de l'âge que du sexe.

Vous avez parlé de la Chine. En fait, nous partageons beaucoup de renseignements avec la Chine concernant la prévention des maladies chroniques. La Chine est, entre autres, aux prises avec un taux de tabagisme élevé. Par conséquent, elle devra faire face à un taux de cancer très élevé à l'avenir. L'hypertension artérielle fait également des ravages en Chine. Parce que nous compilons des données sur notre population depuis plusieurs années, parce que nous comprenons comment ces maladies se développent chez l'homme et chez la femme et parce que nous comprenons les facteurs de risque inhérents à l'apparition de certaines maladies chroniques à un âge précoce, nous sommes en mesure d'aider d'autres pays confrontés à des épidémies de maladies chroniques parfois pires que les nôtres.

M. Colin Carrie: Nous partageons donc ces données? Je sais que nous sommes très chanceux au Canada. Nous sommes un pays très riche et nous faisons partie des chefs de file mondiaux dans ce domaine. Nous participons donc activement...

Mme Kim Elmslie: Oui, absolument. Nous collaborons, nous partageons des données et des pratiques exemplaires.

La présidente: Merci beaucoup.

Je donne la parole à Mme Duncan. Madame Duncan, avez-vous eu un appel?

Mme Kirsty Duncan: Je tiens tout d'abord à m'excuser. Je faisais des recherches et j'ai cliqué sur une vidéo. Je vous prie d'accepter mes excuses.

Je veux revenir sur quelque chose que M. Carrie a brièvement mentionné. Je ne sais pas comment m'y prendre. Nous avons parlé de l'adoption, à tout âge, d'un mode de vie sain. Cette semaine, Toronto souligne la Semaine de la sensibilisation aux élèves qui ne mangent pas à leur faim. Lundi, j'ai participé à un voyage en autobus. L'idée, c'était de ramener les décideurs à l'école à bord d'un autobus scolaire, afin qu'ils aillent à l'école et se mettent dans la peau d'un enfant qui a faim.

À Toronto, nous nourrissons 110 000 enfants chaque matin. Un enfant sur quatre va à l'école le ventre vide; 40 p. 100 de nos élèves au primaire et 63 p. 100 de nos élèves au secondaire vont à l'école le ventre vide. Nous savons qu'un enfant qui a faim ne peut pas apprendre correctement. Nous savons que lorsqu'ils sont nourris, leur comportement, leur mémoire et leur cognition s'améliorent. Un enfant qui souffre de malnutrition est à risque de déficience intellectuelle à long terme. Chaque personne a le droit d'avoir accès à des aliments sécuritaires et nutritifs. Pourtant, nous sommes l'un des rares pays industrialisés qui ne possède pas de programme national de nutrition.

Je comprends les difficultés concernant la sphère de compétence. Or, lorsque nous parlons de mode de vie sain, nous parlons du régime alimentaire et de l'activité physique. Je me demande comment nous pouvons changer les choses. Est-ce qu'il y a actuellement des discussions avec les provinces et les territoires pour veiller à ce que nos enfants aillent à l'école le ventre plein, surtout dans nos collectivités autochtones?

• (1710)

Mme Kim Elmslie: À ce sujet, deux choses me viennent à l'idée, madame Duncan. La première, c'est que nous faisons des progrès, par l'intermédiaire du Consortium conjoint pour les écoles en santé, pour associer la santé et l'éducation dans le cadre de politiques et de programmes. Le consortium ne met pas en oeuvre un programme national de nutrition, mais il dit que la santé et l'éducation vont de pair.

La deuxième chose qui me vient à l'esprit à ce sujet — et je vais me répéter —, c'est que bon nombre de points que nous avons soulevés aujourd'hui renforcent les rôles des différents intervenants de notre société qui se regroupent. En effet, collectivement, nous pouvons changer les choses. Ce n'est pas en travaillant en vase clos ou en essayant de mettre en oeuvre des initiatives vouées à disparaître — parce que, en premier lieu, elles ne relèvent pas de notre domaine de compétence — que l'on peut le faire.

Mme Kirsty Duncan: Oui, des partenariats, mais c'est simplement...

Le Dr Butler-Jones a été très clair. Je ne me rappelle plus si c'était dans son rapport de 2008 ou de 2009 qu'il était écrit que si nous

voulons améliorer la santé de la population à l'avenir, nous devons nourrir nos enfants maintenant.

Bon, je vais passer à un âge plus avancé. Je reviens sur l'idée d'instaurer une stratégie nationale de la santé cérébrale et un mois de sensibilisation à la santé cérébrale. Nous parlons des différentes maladies. Nous avons besoin d'un point de mire. Les gens doivent comprendre. Nous devons sensibiliser et éduquer la population sur les maladies neurologiques et nous devons lui dire comment les prévenir. C'est un travail de titan.

Pour finir — et pour revenir sur la question de Patrick —, j'aimerais parler de la préoccupation mondiale à l'égard de la maladie d'Alzheimer. Avons-nous pensé à créer un bureau national, au sein de l'Agence de la santé publique du Canada, lequel collaborerait avec les provinces et les territoires, en vue d'élaborer un plan national? Il pourrait y avoir une table ronde, ce qui vous permettrait d'obtenir le point de vue des soignants, des familles et des personnes atteintes de ces maladies. Nous pourrions investir davantage dans la recherche, élaborer un vrai plan et présenter un rapport annuel au Parlement sur les succès obtenus.

Mme Kim Elmslie: L'étude neurologique nationale est notre première étape. Nous collaborons avec les organismes caritatifs neurologiques — à leur avis, la sensibilisation est un élément important. Si vous leur avez parlé de la maladie d'Alzheimer et d'autres maladies neurologiques, ils vous l'ont certainement dit.

L'une des meilleures décisions qu'ils aient prise, c'est de former un consortium d'organismes caritatifs neurologiques. Ensemble, leur message a beaucoup plus de poids et leur visibilité est nettement plus grande que s'ils oeuvraient chacun de leur côté. D'ailleurs ils le savent et s'en félicitent. Par conséquent, les mesures que nous, l'Agence de la santé publique du Canada, prenons conjointement avec ce groupe nous permettent de faire des progrès. Actuellement, nous nous employons à définir les mesures que nous devons prendre en tant que pays. Nous veillons à continuer les discussions avec les intervenants compétents, afin de faire avancer les choses. Voilà où nous en sommes actuellement.

• (1715)

La présidente: Merci.

Notre réunion tire à sa fin. Nous avons obtenu des renseignements très intéressants aujourd'hui, beaucoup de matière à réflexion. C'est incroyable la quantité de renseignements que vous avez pu nous transmettre aujourd'hui. C'est un sujet auquel ce comité accorde beaucoup d'importance. Je tiens donc à remercier les témoins et les membres du comité pour cette réunion informative et productive.

La séance est levée.

POSTE  MAIL

Société canadienne des postes / Canada Post Corporation

Port payé

Postage paid

Poste-lettre

Lettermail

**1782711
Ottawa**

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à :*
Les Éditions et Services de dépôt
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

If undelivered, return COVER ONLY to:
Publishing and Depository Services
Public Works and Government Services Canada
Ottawa, Ontario K1A 0S5

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la *Loi sur le droit d'auteur*. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la *Loi sur le droit d'auteur*.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

On peut obtenir des copies supplémentaires en écrivant à : Les Éditions et Services de dépôt
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0S5
Téléphone : 613-941-5995 ou 1-800-635-7943
Télécopieur : 613-954-5779 ou 1-800-565-7757
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca
<http://publications.gc.ca>

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante : <http://www.parl.gc.ca>

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

SPEAKER'S PERMISSION

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its Committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the *Copyright Act*. Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a Committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the *Copyright Act*.

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its Committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

Additional copies may be obtained from: Publishing and Depository Services
Public Works and Government Services Canada
Ottawa, Ontario K1A 0S5
Telephone: 613-941-5995 or 1-800-635-7943
Fax: 613-954-5779 or 1-800-565-7757
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca
<http://publications.gc.ca>

Also available on the Parliament of Canada Web Site at the following address: <http://www.parl.gc.ca>