



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 010 • 1^{re} SESSION • 41^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le lundi 24 octobre 2011

Présidente

Mme Joy Smith

Comité permanent de la santé

Le lundi 24 octobre 2011

• (1530)

[Traduction]

La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)):
La séance est ouverte.

Je veux souhaiter la bienvenue à nos témoins. Nous nous réjouissons de vous recevoir aujourd'hui. Comme vous le savez, nous étudions les maladies chroniques liées au vieillissement. Dans la conjoncture démographique actuelle au Canada, je crois que c'est une étude qui tombe à point. Nous vous sommes donc très reconnaissants de votre contribution.

De la Coalition d'une vie active pour les aîné(e)s, nous accueillons Patricia Clark, directrice exécutive nationale. Bienvenue. Je suis heureuse que vous soyez des nôtres.

De l'Association canadienne des individus retraités, nous recevons Susan Eng, vice-présidente à la défense des droits. C'est un plaisir pour notre comité de vous accueillir.

Mme Eng est accompagnée de Michael Nicin, agent des relations gouvernementales et d'élaboration des politiques. C'est un long titre qui a toute son importance. Bienvenue, Michael.

Des Instituts de recherche en santé du Canada, nous accueillons Yves Joannette, directeur scientifique de l'Institut du vieillissement. Bienvenue à vous. J'adore votre noeud papillon. Vous injectez une nouvelle dose de décorum et de je ne sais quoi dans nos délibérations.

Enfin, de la Fédération des aînées et aînés francophones du Canada, nous recevons Jean-Luc Racine, directeur général. Un grand merci à vous. J'ai trois enfants adultes qui parlent un français impeccable; malheureusement, leur mère a encore des difficultés avec cette langue. Quoi qu'il en soit, je vous souhaite la bienvenue et je vous remercie.

Vous avez 10 minutes pour vos déclarations préliminaires après quoi nous passerons aux questions des membres du comité. Nous débutons avec Patricia Clark de la Coalition d'une vie active pour les aîné(e)s.

Nous vous écoutons.

Mme Patricia Clark (directrice exécutive nationale, Coalition d'une vie active pour les aîné(e)s): Merci beaucoup. Merci de nous donner l'occasion de vous parler aujourd'hui d'une préoccupation que nous jugeons certes primordiale pour les personnes âgées.

Je représente la Coalition d'une vie active pour les aîné(e)s, également connue sous son acronyme anglais ALCOA. Nous n'avons rien à voir avec l'aluminerie, même s'il régnait parfois une certaine confusion.

Nous sommes un organisme national de bienfaisance qui a été constitué en 1999. Nous nous employons à promouvoir une société où les aînés canadiens mènent une vie active qui contribue à leur bien-être général. Nos statistiques indiquent qu'environ 60 p. 100 des

Canadiens âgés sont inactifs. Cette inactivité prive les aînés des bienfaits sur le plan de la santé que procure une vie active.

La coalition travaille en partenariat avec ses membres qui comprennent 24 organismes nationaux et 35 organismes locaux ou provinciaux. Dans le cadre de leurs mandats respectifs, ces organisations font valoir l'importance de maintenir une vie active. Comme notre nom l'indique, nous encourageons les aînés canadiens à maintenir et à rehausser leur bien-être et leur autonomie par l'adoption de règles de vie privilégiant l'activité physique et une vie active.

Nous visons plusieurs objectifs, mais pour les besoins de votre étude, je citerai la sensibilisation de la population aux bienfaits d'une vie saine et active; la mise en place de ressources et de mesures sociales pour aider et encourager les aînés à adopter un mode de vie plus actif; et l'établissement, le soutien et la mise en commun de priorités en matière de recherche.

ALCOA peut s'appuyer sur de solides bases scientifiques. L'ensemble des ressources et des documents que nous produisons sont fondés sur les recherches et les données les plus récentes. Comme l'indiquait madame la présidente, le sujet dont nous traitons aujourd'hui est crucial. Les statistiques nous révèlent qu'en 2016, soit dans cinq ans à peine, le nombre de Canadiens de plus de 65 ans dépassera celui des moins de 15 ans. Ce sera une première dans l'histoire démographique de notre pays.

Nous savons que la population vieillit. Au fil de l'augmentation du poids démographique des aînés, il est essentiel que nous pensions davantage à la prévention. Cela ne signifie pas que les jeunes sont moins importants ou ne méritent pas qu'on leur consacre du temps et de l'énergie, mais le grand nombre de Canadiens du troisième âge justifie assurément une attention particulière.

Toutes les ressources d'ALCOA sont fondées sur des données récentes. Nous avons notamment créé plusieurs documents portant sur différentes maladies chroniques à l'intention des aînés et de leurs médecins. J'en ai inclus quelques-uns dans la trousse que vous avez en main.

Il m'arrive fréquemment de présenter des exposés et lorsque je prends la parole devant des aînés pour parler des maladies chroniques, je dis souvent qu'il y a une bonne et une mauvaise nouvelle. En effet, la recherche révèle que dans bien des cas, bon nombre de ces maladies chroniques sont reliées au mode de vie. La mauvaise nouvelle c'est que les gens ont contracté ces maladies en raison des choix qu'ils ont faits. Pour une raison ou une autre, ils ont décidé de ne pas faire d'activité physique, d'adopter un certain régime alimentaire ou de fumer. C'est la mauvaise nouvelle. La bonne nouvelle vient du fait qu'il s'agit de maladies découlant du mode de vie. Il est donc possible de les prévenir ou de mieux les gérer si l'aîné adopte des règles de vie plus saines.

Parmi les maladies de ce type, on note le diabète, le cancer, les maladies cardiaques et les accidents cérébrovasculaires. Une analyse des travaux de recherche nous apprend en outre que l'activité physique peut contribuer à prévenir l'apparition ou permettre une meilleure gestion de maladies comme l'Alzheimer, l'ostéoporose et l'arthrite.

Nous parlons tous de cette fameuse pilule magique. Le truc magique pour rester en santé c'est de simplement adopter un mode de vie sain et actif. Au vu des statistiques sur le nombre d'ânés souffrant de maladies chroniques, c'est bien évidemment plus facile à dire qu'à faire. Les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada qui fournissent des soins à domicile aux ânés de tout le pays ont récemment mené une enquête. Leur rapport indique que leurs clients ont en moyenne non pas une, mais bien 3,5 maladies chroniques chacun. Il ne s'agit donc pas seulement de diabète, mais aussi d'hypertension, d'arthrite et d'Alzheimer, tout un éventail de problèmes de santé.

• (1535)

De concert avec de nombreux autres organismes de recherche, ALCOA a mené une étude pour mieux comprendre les obstacles qui empêchent les ânés d'adopter un style de vie plus sain. Nous avons malheureusement constaté que ces obstacles ne semblent guère avoir changé au fil des 10 dernières années. Peut-être que je ne vous apprends rien, mais certaines de ces entraves sont reliées à l'accessibilité: la question des transports et de la capacité à se rendre jusqu'au lieu de l'activité; les heures auxquelles les activités d'exercice sont offertes; l'assurance de pouvoir se rendre en toute sécurité à un cours ou à un centre communautaire.

Il y a aussi une crainte des programmes offerts et des risques de blessure. Les ânés ont très peur de tomber ou de suivre un cours qui dépasse leur niveau d'habileté. Ils se demandent toujours si les cours leur conviennent.

Il y a aussi la question des coûts, que ce soit pour le transport ou simplement pour l'inscription à l'activité. Le manque de soutien psychosocial peut aussi être une barrière. C'est une question de motivation et d'interaction sociale. C'est un aspect très important, car si on élimine de l'équation les éléments transport, coût, sécurité et tous les autres obstacles tangibles à l'accessibilité, on ne sera pas plus avancé parce que l'âné ne voudra rien faire de toute manière s'il n'est pas motivé au départ à adopter un style de vie plus sain.

La santé mentale est un autre élément clé qu'il faut considérer d'emblée lorsqu'il est question de prévention et de gestion des maladies chroniques. D'après ce que démontre la recherche, si on ne s'occupe pas dès le départ des problèmes de santé mentale, il ne sert à rien de traiter les autres maladies chroniques, parce qu'une personne ayant des problèmes de santé mentale ne va pas accorder un grand intérêt à ses autres problèmes de santé. La santé mentale doit donc figurer au premier plan dans les efforts pour prévenir ou gérer les maladies chroniques.

En septembre 2006, un document intitulé « Le vieillissement en santé au Canada: une nouvelle vision, un investissement vital » a été préparé pour le Comité fédéral-provincial-territorial des hauts fonctionnaires (ânés). Je veux prendre juste un instant pour vous lire deux paragraphes de ce très long document, car j'estime qu'ils sont tout à fait pertinents pour notre débat.

Aujourd'hui, les ânés du Canada vivent plus longtemps et ont moins d'invalidités que ceux des générations précédentes. Mais en même temps, la majorité affiche au moins une maladie chronique. Notre système de soins de santé actuel se concentre sur la guérison, plutôt que sur la promotion de la santé et la prévention des maladies. Il faut rediriger l'attention sur la prévention des maladies pour aider les personnes

âgées à garder une santé et une qualité de vie optimales. Ce faisant, nous réussirons à gérer les pressions imposées sur le système de soins de santé.

Les preuves sont là. Les ânés peuvent vivre plus longtemps et en meilleure santé s'ils conservent des liens sociaux, s'adonnent à une plus grande activité physique, s'alimentent sainement, prennent des mesures pour minimiser les risques de chute et s'abstiennent de fumer. Mais des obstacles environnementaux, systémiques et sociaux font entrave à ces comportements sains. Certains s'expliquent par des iniquités attribuables au sexe, à la culture, à la capacité, au revenu, à la région géographique, à l'âge et aux conditions de vie. On peut et on doit s'attaquer à ces obstacles et à ces iniquités dès maintenant. Par une combinaison de volonté politique, de soutien public et d'effort personnel, vieillir en santé, dans la dignité et la vitalité, est à la portée de tous les Canadiens.

Plus loin dans le même document, on discute de la façon de concrétiser cette nouvelle vision d'un vieillissement en santé au Canada par le truchement d'un environnement favorable, de l'entraide et des choix individuels en matière de santé. Ce document très important vient confirmer le besoin pour les ânés de demeurer physiquement actifs.

En outre, lors de la 66^e séance de l'assemblée générale des Nations Unies tenue tout récemment, une résolution issue de la réunion de haut niveau de l'assemblée générale sur la prévention et le contrôle des maladies transmissibles a été déposée et adoptée. C'était le 16 septembre 2011, soit il y a un mois à peine. Il est important de noter que les solutions liées à l'activité physique occupent une place prédominante tout au long de la résolution des Nations Unies. J'ai tiré de ce document très volumineux quelques énoncés qui illustrent bien cette tangente.

• (1540)

L'assemblée générale a reconnu le fardeau et la menace que font peser sur notre planète les maladies non transmissibles, et statué qu'il s'agissait d'un problème de toute première importance. On s'inquiète grandement du fait que les maladies non transmissibles figurent parmi les principales causes de morbidité évitable et de différentes invalidités. Nous devons réduire les facteurs de risque et créer des environnements propices à la promotion de la santé. Nous devons mobiliser tous les secteurs de la société afin de générer des actions efficaces pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles. Nous devons donner à chacun les moyens de faire des choix plus sains. Et, surtout, la prévention doit être la pierre angulaire des efforts planétaires pour le contrôle des maladies non transmissibles.

Si l'on veut prévenir et mieux gérer les maladies chroniques, il faut d'abord et avant tout sensibiliser les ânés. Il est également essentiel d'agir sur les déterminants de la santé afin d'élaborer des politiques qui permettront d'offrir...

La présidente: Madame Clark, vous avez dépassé le temps alloué. Je vous ai permis de continuer un peu plus longtemps, mais pourriez-vous maintenant conclure?

Je vous remercie.

Mme Patricia Clark: Bien sûr.

Nous devons donc tenir compte des déterminants de la santé et j'estime que les recherches effectuées et les données disponibles confirment sans l'ombre d'un doute la nécessité d'agir sans tarder pour la prévention et une meilleure gestion des maladies chez les personnes âgées. Dans ce contexte, ALCOA a assurément la possibilité d'intervenir par le truchement de son réseau de membres et de partenaires. Nous pouvons rejoindre plus d'un million d'ânés canadiens et nous aimerions bien pouvoir collaborer avec le gouvernement.

Merci beaucoup.

La présidente: Merci beaucoup.

Madame Eng.

Mme Susan Eng (vice-présidente, Défense des droits, Association canadienne des individus retraités): Au nom de l'Association canadienne des individus retraités (CARP), une organisation nationale sans but lucratif et sans affiliation politique, je vous remercie de nous permettre de contribuer à votre étude. Notre association regroupe actuellement 350 000 membres répartis en 50 chapitres dans toutes les régions du pays. Nous préconisons des changements aux politiques publiques afin d'améliorer la qualité de vie de tous les Canadiens au fil de leur vieillissement. Les soins de santé demeurent bien sûr une priorité pour nos membres comme pour toute la population canadienne, mais ils gagnent en importance au fur et à mesure que l'on vieillit.

Les aînés canadiens de la présente génération vivent plus longtemps et sont en meilleure santé, mais les risques de contracter une maladie chronique continuent d'augmenter avec l'âge. On note en fait un accroissement de la prévalence des maladies chroniques touchant les aînés canadiens. On prévoit que l'impact des maladies chroniques sur notre système de santé devrait prendre beaucoup d'ampleur. La population dans son ensemble est de plus en plus vieille, d'autant plus que la génération du baby-boom atteint maintenant l'âge de la retraite.

Pour notre système public de santé, la hausse croissante des frais associés aux traitements et aux médicaments de même que l'utilisation accrue du réseau par des Canadiens en bonne santé ou souffrant de maladies chroniques sont les principaux générateurs de coûts. Si nous ne changeons rien à la façon dont nous offrons les soins de santé, il est fort possible que le système actuel ne soit pas viable à long terme. Ce ne serait pas attribuable, comme certains le prétendent, au vieillissement de la population, mais plutôt à la manière dont nos soins sont structurés.

Les Canadiens ayant besoin de soins de courte durée sont bien servis par notre système de santé, mais celui-ci n'a pas le mandat d'offrir des soins continus à ceux qui souffrent de maladies chroniques qui, par définition, ne sont pas guérissables. Ces soins visant à assurer une meilleure qualité de vie sont dispensés par des aidants naturels et par un réseau de soins à domicile dont la structure est plutôt disparate d'une région à l'autre. Notre association préconise donc une approche en trois volets. Le premier consisterait en une stratégie globale de soutien aux aidants naturels et aux intervenants qui assument actuellement la responsabilité des soins à domicile. Deuxièmement, nous devons garantir l'accès aux soins primaires et une meilleure gestion des médicaments. Enfin, comme on vous l'a déjà fait valoir, il faut travailler à la prévention et à la promotion de la santé.

Les soins à domicile ont été reconnus comme le prochain service considéré essentiel dans le rapport Romanow qui recommandait que d'importants transferts aux provinces soient utilisés pour appuyer les services de soins à domicile médicalement nécessaires et que le gouvernement fédéral offre un soutien direct aux aidants naturels. Malgré cette recommandation et les milliards de dollars transférés pour les soins de santé depuis, il n'y a toujours pas de stratégie globale pour le soutien des soins à domicile et des aidants naturels qui s'appliquerait à l'échelle nationale, comme cela devrait être le cas.

On estime que 2,7 millions de Canadiens dispensent à leurs proches des soins à domicile dont la valeur serait de 25 milliards de dollars par année. Le quart de ces aidants naturels sont eux-mêmes des aînés. Ce sont plus souvent qu'autrement des femmes et ce sont

ces dernières qui sont le plus susceptibles de devoir quitter la population active pour offrir des soins continus.

Exception faite de quelques mesures fiscales plutôt modestes, largement bonifiées, il faut l'avouer, par le plus récent budget fédéral, et du congé de compassion, il n'existe pas vraiment de politique nationale pour répondre aux besoins des aidants naturels. Les soins à domicile sont de compétence provinciale et il n'y a pas de normes nationales régissant l'accréditation ou la qualité des soins. Or, la vaste majorité des Canadiens souhaitent demeurer à domicile le plus longtemps possible, même s'ils ont des problèmes de santé. Le maintien à domicile contribue non seulement à améliorer leur état de santé, mais il leur permet de rester parmi leurs proches et leurs amis, ce qui accroît d'autant leur qualité de vie.

Le maintien à domicile est une bonne politique sociale qui favorise une meilleure santé, mais c'est aussi une mesure bénéfique du point de vue financier. Une stratégie de soins à domicile efficace et bien intégrée peut faire chuter considérablement la demande au sein du système public de santé. Les coûts des soins à domicile sont de 40 p. 100 à 75 p. 100 moins élevés que ceux des soins dispensés en établissement.

Enfin, non seulement la mise en place d'une stratégie exhaustive de soutien aux soins à domicile et aux aidants naturels serait-elle une politique publique tout à fait valable, mais elle serait aussi avantageuse sur le plan politique. Comme vous le savez peut-être, notre association effectue régulièrement des sondages auprès de ses membres. Par le truchement de notre bulletin électronique envoyé à 85 000 adresses de courriel, nous sondons l'opinion de nos membres à toutes les deux semaines. Ils sont entre 2 000 et 5 000 à répondre, souvent dans l'espace d'un week-end, à ces enquêtes sur différentes priorités stratégiques. Le soutien aux soins à domicile et aux aidants naturels figure sans cesse au rang de leurs priorités. Ils indiquent qu'ils pourraient changer leur vote si un parti prenait position en faveur de mesures semblables. Nous leur avons demandé d'évaluer les promesses électorales lors de la dernière campagne fédérale. Ils ont surtout aimé les crédits d'impôt remboursables proposés par l'opposition. Ils ont bien sûr apprécié la bonification du soutien offert aux aidants naturels dans le budget, mais ils souhaiteraient que le nouveau gouvernement aille plus loin que ses propres promesses en adoptant quelques-unes des mesures recommandées dans les plateformes d'autres partis qui s'inscrivaient dans une perspective plus globale.

● (1545)

Pas plus tard que le week-end dernier, quelque 25 000 membres nous ont donné leurs avis sur les moyens à prendre pour mieux appuyer les aidants naturels et accroître la disponibilité et la compétence professionnelle des intervenants en soins à domicile. Ils recommandaient un régime bonifié de rémunération et d'accréditation, et des mesures pour améliorer le travail des intervenants en soins à domicile et le soutien financier aux aidants naturels, surtout dans le cas de ceux qui assument cette responsabilité à temps plein.

CARP recommande donc que le gouvernement fédéral profite des prochaines négociations concernant les nouveaux accords en matière de santé pour préconiser l'adoption d'une stratégie nationale coordonnée sur les soins de santé de manière à garantir l'application de normes nationales au moyen d'un financement stable et suffisant tout en appuyant le travail des aidants naturels. On pourrait pour ce faire créer un nouveau transfert fédéral pour les soins à domicile qui garantirait un minimum de services à domicile à tous les Canadiens, peu importe leur lieu de résidence; explorer la faisabilité d'un régime d'assurance pour les soins de longue durée; élaborer des programmes pour permettre à davantage de Canadiens de vieillir à domicile et investir dans des programmes semblables; miser sur le fait que la valeur des soins dispensés par les aidants naturels a été reconnue dans la dernière campagne fédérale en mettant en œuvre une stratégie en trois volets. Cette stratégie assurerait un soutien financier ciblé, surtout pour les aidants naturels offrant des soins assidus, prévoyant des congés et une protection de l'emploi; et une intégration des soins à domicile avec le système public de santé via la formation, le soutien, l'information et les soins de relève.

L'accès aux soins primaires, et surtout aux soins gériatriques, est particulièrement préoccupant. Ainsi, quelque quatre millions de personnes n'ont pas accès à un médecin de famille. Nous n'avons pas fait la ventilation précise, mais une bonne partie de ces quatre millions de Canadiens sont des aînés. Moins de la moitié des aînés souffrant de maladies chroniques ont indiqué que leur médecin leur avait expliqué leurs médicaments et leurs effets secondaires possibles. C'est donc un aspect à améliorer. Parmi ceux souffrant de maladies chroniques surtout attribuables au vieillissement comme les maladies cardiaques, l'hypertension artérielle, le diabète et l'arthrite, 6 p. 100 ont indiqué ne pas avoir de médecin du tout.

Les aînés souffrant de maladies chroniques qui prennent plus de cinq médicaments risquent deux fois plus de subir des effets secondaires que ceux qui en prennent moins. Mais voici où ça se corse. On compte environ 200 gériatres en exercice au Canada, soit à peu près le quart de ce dont on aurait besoin, selon une estimation de l'Association médicale canadienne.

Nous recommandons donc que le gouvernement fédéral profite également des négociations à venir pour les prochains accords en matière de santé pour prendre l'initiative en vue de favoriser l'accès universel à des soins primaires complets en offrant des mesures qui vont inciter les médecins, les infirmières et les infirmières praticiennes à travailler dans des collectivités mal desservies; d'améliorer l'évaluation des médicaments afin d'en garantir la qualité, l'innocuité et le contrôle des coûts, surtout au bénéfice des aînés; et de promouvoir l'étude et l'exercice de la médecine gériatrique.

Comme on vous a déjà parlé de prévention, je ne vais pas m'y attarder si ce n'est pour vous dire que nous souscrivons à l'hypothèse du Center for Disease Control suivant laquelle 40 p. 100 des maladies chroniques seraient évitables, même chez les aînés. Nous appuyons donc les recommandations à ce chapitre. Nous pourrions y ajouter l'importance de mettre l'accent sur les stratégies visant une saine alimentation, la vaccination et les modes de vie sains.

J'aurais un dernier commentaire à vous faire. Vous ne le trouverez pas dans notre mémoire écrit, mais j'aimerais bien que vous m'écoutez attentivement. C'est tiré du *Los Angeles Times* de ce matin.

Imaginez un nouveau médicament pour les patients gravement malades qui ne les guérirait pas, mais les ferait se sentir mieux malgré leur maladie. Disons que cet élixir pourrait diminuer la douleur et les nausées chez les cancéreux, améliorer le sommeil et le niveau d'énergie en cas d'insuffisance cardiaque; prolonger la vie

des personnes souffrant d'insuffisance rénale; diminuer les dépenses en soins de santé; et alléger le fardeau des pourvoyeurs de soins.

C'est ce que promet une nouvelle spécialité médicale qu'on appelle les soins palliatifs. Ce n'est pas un nouveau médicament, mais bien une nouvelle façon de traiter des patients qui vivent, souvent pendant des années, avec des maladies graves ou chroniques qui mettent leur vie en danger.

Si les soins palliatifs se présentaient sous forme d'une pilule, l'organisme gouvernemental de réglementation en approuverait sans doute la vente sur le marché étasunien. Les régimes fédéraux d'assurance-santé accepteraient volontiers de payer les médecins et les hôpitaux pour le traitement des patients au moyen de cette nouvelle thérapie. Et les patients en feraient un médicament vedette en un rien de temps.

Les soins terminaux s'inscrivent dans le continuum de soins visant une meilleure qualité de vie, mais demeurent l'une des lacunes du système canadien de santé.

Merci de vous intéresser à l'un des principaux obstacles à notre qualité de vie au moment où nous prenons de l'âge, et merci de nous avoir donné l'occasion de contribuer à vos éventuelles recommandations.

Je vous remercie.

• (1550)

La présidente: Merci, madame Eng.

Nous allons maintenant passer aux Instituts de recherche en santé du Canada. Monsieur Yves Joanette, je vous en prie.

[Français]

M. Yves Joanette (directeur scientifique, Institut du vieillissement, Instituts de recherche en santé du Canada): Madame la présidente, membres du comité, je vous remercie de nous avoir invités à échanger avec vous à propos du défi de santé que représente l'accroissement de la place qu'occupent aujourd'hui les maladies chroniques au Canada et, plus particulièrement, le lien entre les maladies chroniques et le vieillissement de la population que l'on connaît et que l'on connaîtra encore plus dans les années à venir.

Le Canada est un pays qui vieillit et qui est déjà parmi les plus vieux en termes de sa population.

[Traduction]

Au Canada, l'espérance de vie à la naissance est d'environ 81 ans en ce moment, et est un peu moins élevée pour les hommes que pour les femmes. L'espérance de vie au Canada dépasse celle des États-Unis de presque deux ans. Elle dépasse celle du Royaume-Uni de un an, est plus ou moins similaire à celle de l'Allemagne et de la France, mais est toujours de presque deux ans de moins que celle au Japon.

À l'âge de 65 ans, notre espérance de vie est d'environ 20 ans supplémentaires. C'est chez les personnes les plus âgées que l'on observe les changements les plus spectaculaires. Toutefois, le véritable accomplissement reste à réaliser, c'est-à-dire de transformer ces années supplémentaires de vie en années supplémentaires de vie saine.

Nous n'en sommes pas encore là. Selon les chiffres actuels, sur la durée d'une vie, la proportion saine s'élève à environ 86,3 chez une femme et 88,8 chez un homme. La transformation d'une espérance de vie plus longue en une espérance plus saine est l'une des contributions apportées par les chercheurs canadiens dans le domaine du vieillissement, appuyés par le truchement des Instituts de recherche en santé du Canada. En 2009-2010 seulement, le gouvernement fédéral a investi 122 millions de dollars dans la recherche et le vieillissement, toujours par le truchement des IRSC.

Le président des IRSC, le Dr Alain Beaudet, a comparu devant vous plus tôt ce mois-ci et a dressé les grandes lignes de notre plan stratégique. Je vous rappelle que ce plan inclut un engagement de concentrer les efforts dans cinq domaines de priorité précis de recherche en santé, notamment les domaines prioritaires de promotion de la santé et de réduction du fardeau associé aux maladies chroniques et à la maladie mentale, comme l'a mentionné le Dr Beaudet.

Les IRSC ont désigné une série d'initiatives phares — c'est le nom que nous leur donnons — liées aux cinq domaines d'engagement prioritaire, dont bon nombre sont associés aux maladies chroniques et au vieillissement. Il s'agit d'importants programmes de recherche ciblée qui permettront de tirer profit de ressources à volets multiples de partenaires des secteurs public et privé. Ils incluent notamment l'inflammation et les maladies chroniques, les soins de santé primaires communautaires — comme nous l'avons entendu, c'est une entreprise ardue — de même que la Stratégie internationale de recherche concertée sur la maladie d'Alzheimer.

Au-delà des initiatives phares des IRSC, les Instituts et le gouvernement appuient une plate-forme de recherche unique qui contribuera à une meilleure compréhension des maladies chroniques et du vieillissement. L'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement, ou ELCV, suivra une cohorte de Canadiens âgés de 45 ans et plus au cours des 25 prochaines années. L'ELCV fera progresser la recherche sur le vieillissement au Canada et permettra aux chercheurs d'aller au-delà du simple aperçu de la population adulte canadienne, vers l'observation et la compréhension de l'évolution des maladies, des caractéristiques psychologiques, du fonctionnement, des incapacités et des processus psychosociaux qui accompagnent fréquemment le processus du vieillissement. À ce jour, les 38 millions de dollars que le gouvernement fédéral a investis dans l'étude sont complétés par un financement de contrepartie de 15 millions de dollars provenant des provinces et d'autres partenaires.

Cette évolution démographique a entraîné de profondes modifications aux types des maladies dont les Canadiens sont atteints et de leurs tendances. L'une des principales caractéristiques de cette évolution est l'augmentation de la proportion de maladies chroniques comme le diabète ou les maladies pulmonaires, comme nous l'avons entendu plus tôt. Quelle en est la cause? C'est principalement attribuable au fait que les maladies plus aiguës — les maladies infectieuses, par exemple — qui surgissent plus tôt dans la vie sont en grande partie maîtrisées maintenant.

Cela a pour effet que très peu d'ainés de notre pays sont épargnés par la maladie chronique. Plus de deux tiers des aînés sont atteints d'au moins une maladie chronique. Nous avons entendu certains des autres chiffres plus tôt. Si, dans la plupart des cas, ces problèmes de santé sont contrôlés au moyen de médicaments ou d'autres solutions de santé, comme de petits changements du mode de vie, ils auront néanmoins de grandes répercussions sur la santé de la population vieillissante.

Permettez-moi de vous décrire deux dimensions de ce nouveau défi qui font l'objet de recherches appuyées par les IRSC afin de vous donner les connaissances nécessaires pour vous aider à prendre vos décisions. Ces deux dimensions illustrent la dynamique complexe entre les maladies chroniques et le vieillissement. La première dimension est associée au fait que la présence de maladies chroniques entraîne une fragilité générale chez les aînés, qui est étroitement associée à la perte d'autonomie laquelle, à son tour, peut favoriser l'apparition d'autres problèmes de santé. Les aînés fragiles, c'est-à-dire jusqu'à 20 p. 100 des aînés canadiens, présentent des

risques plus élevés de contracter des maladies aiguës et chroniques, d'avoir des handicaps et de décéder.

L'incapacité de mesurer la fragilité chez les aînés retarde les efforts que nous pouvons déployer pour empêcher ces résultats en matière de santé. Un chercheur dont les travaux sont financés par les IRSC, le Dr Kenneth Rockwood, de l'Université Dalhousie, a élaboré et mis à l'essai une échelle de fragilité clinique à sept niveaux, un outil de prévision facile à utiliser servant à évaluer la fragilité chez les aînés. Ce n'est qu'un exemple.

- (1555)

Au même moment, nous commençons également à comprendre que des problèmes de santé chroniques que nous arrivons à peine à détecter pourraient jouer un rôle majeur dans la série d'événements physiologiques qui peuvent causer d'autres maladies. Par exemple, les résultats de recherche commencent à révéler le rôle que les inflammations chroniques mineures pourraient jouer dans la cascade des événements qui entraînent la maladie d'Alzheimer.

Une fois de plus, beaucoup des efforts de la recherche fondamentale au Canada portent sur la possibilité que le processus par lequel notre corps accumule des dépôts d'amyloïde, à l'origine de la maladie d'Alzheimer, soit amorcé et entretenu par la présence d'inflammations chroniques mineures.

L'une des initiatives phares du plan stratégique des IRSC réunira des chercheurs afin de faire fond sur d'importants atouts canadiens renommés partout dans le monde, dans le but global de décloisonner les groupes de recherche qui se consacrent au domaine des maladies chroniques, afin de reconnaître à l'avance les voies et les interventions communes.

Le second vecteur de la dynamique entre les maladies chroniques et le vieillissement tient à la prestation des services de santé et à la formation des professionnels de la santé. Le système de santé et la formation des professionnels qui y travaillent ont jusqu'ici largement été fondés sur le modèle des maladies aiguës comme on l'a mentionné plus tôt. Bien entendu, nous avons toujours besoin de professionnels spécialisés et d'hôpitaux qui prendront soin de ceux qui ont des problèmes de santé en phase aiguë, mais il nous faut compléter ce modèle à l'aide de professionnels qui seront en mesure de comprendre les interactions complexes entre les différents problèmes de santé chroniques. Nous avons vraiment besoin d'un système de santé qui s'adaptera afin de mieux soigner des personnes atteintes de maladies chroniques.

Selon le Dr Howard Bergman, le chef de file canadien dans ce domaine, le passage d'un modèle principalement fondé sur les maladies aiguës vers un modèle principalement fondé sur les maladies chroniques a pour conséquence qu'il nous faudra d'abord mettre davantage l'accent sur les soins primaires. L'accès aux nouvelles technologies et aux systèmes d'information pourrait contribuer à réaliser ce but, afin de permettre à tous les fournisseurs de soins de santé communautaires d'accéder à l'information relative aux problèmes de santé chroniques d'une personne donnée. Deuxièmement, cela signifie également que notre système de santé devrait évoluer pour se transformer en un réseau de soins de santé plutôt qu'un ensemble d'établissements. Il nous faut faire de la recherche à ce sujet, notamment sur les hôpitaux et les centres d'hébergement, mais également sur l'aide à la vie autonome, sur les hôpitaux communautaires, sur les cabinets de médecins et ainsi de suite. Ce sont des travaux de recherche qui sont présentement financés par les IRSC.

Troisièmement, cela signifie également qu'il faudra des médecins qui seront mieux formés pour traiter des problèmes de santé dont les interactions sont particulièrement complexes afin de prodiguer des services de soins de santé aux personnes atteintes de maladies chroniques. Ces médecins seront de plus en plus souvent appelés à travailler avec les autres professionnels de la santé afin d'aider les personnes à réduire les éventuels effets nuisibles que leurs maladies chroniques peuvent avoir sur leur état de fragilité — sans parler des répercussions de l'apparition d'autres maladies comme la maladie d'Alzheimer, dont j'ai parlé plus tôt.

Il faut s'attaquer à ce problème, car, à l'heure actuelle, les aînés atteints de maladies chroniques comptent pour une importante proportion des soins dispensés dans notre système de santé. Les décisions qu'il nous faut prendre relativement à l'adaptation de nos services de santé aux personnes âgées atteintes de problèmes de santé chroniques doivent s'appuyer sur des données probantes issues de la recherche sur les services de santé. C'est la raison pour laquelle les IRSC financent également ce type de recherches, tout comme la recherche clinique fondamentale et la recherche sociale. L'Institut du vieillissement a déjà fait de ce sujet une priorité, et est sur le point de lancer un programme spécial qui appuiera les services et les systèmes de santé pour une population vieillissante, une priorité pour la recherche sur le vieillissement cernée par les aînés eux-mêmes pendant les ateliers régionaux que nous avons organisés partout au pays il y a quelques années.

Nous sommes convaincus que la recherche sur les systèmes de santé fournira des données probantes et des connaissances qui vous aideront à prendre les décisions difficiles relatives à notre système de santé.

• (1600)

[Français]

Je ne peux pas m'entretenir avec vous aujourd'hui des interactions entre les maladies chroniques et le vieillissement sans aborder la question de la prévention, comme cela a été le cas.

[Traduction]

La présidente: Y a-t-il un problème de traduction? Vous n'avez pas de traduction?

Est-ce mieux, maintenant?

Pourriez-vous essayer de nouveau?

[Français]

M. Yves Joannette: Je veux parler brièvement de la prévention de ces conditions chroniques. S'il est vrai qu'il faut poursuivre la recherche pour comprendre l'impact des maladies chroniques sur l'état général de fragilité et la manifestation de certaines maladies, il faut aussi la poursuivre relativement aux moyens par lesquels notre système de santé peut s'adapter à ce phénomène. Il faut également poursuivre les efforts de recherche pour réduire à la source les maladies chroniques, comme on l'a entendu plus tôt.

[Traduction]

La présidente: Pourriez-vous conclure votre exposé maintenant? Votre temps de parole est écoulé depuis un moment.

M. Yves Joannette: Oui.

Au nom de la collectivité de recherche canadienne sur le vieillissement, je tiens à vous remercier du soutien offert par le gouvernement à la recherche dont j'ai parlé dans mon allocution. Nous sommes prêts à aller de l'avant afin de désigner le but et les données probantes à tous les niveaux dont vous aurez besoin pour

prendre les décisions qui feront du Canada un chef de file mondial estimé et respecté dans ce domaine.

Merci beaucoup.

• (1605)

La présidente: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant...

[Français]

la Fédération des aînés et aînés francophones du Canada.

[Traduction]

Pardonnez-moi, j'aimerais pouvoir parler mieux le français.

[Français]

M. Jean-Luc Racine (directeur général, Fédération des aînés et aînés francophones du Canada): C'est très bien, bravo.

Ma présentation va se dérouler en français. J'espère que l'interprétation fonctionne bien.

Au nom du président, M. Michel Vézina, un résident de la Saskatchewan, je tiens cet après-midi à vous remercier de votre invitation. On est très heureux de présenter notre témoignage devant le comité.

La Fédération des aînés et aînés francophones du Canada compte près de 300 000 aînés membres. Ce sont des gens qui paient une cotisation. En fait, on est une fédération de fédérations. On compte 12 fédérations d'aînés francophones dans toutes les provinces et territoires canadiens, sauf le Nunavut. Sur les 300 000 aînés membres, environ 30 000 habitent dans ce qu'on appelle des communautés en situation minoritaire. Ils habitent donc ailleurs qu'au Québec. Par exemple, 13 000 membres habitent l'Ontario, 2 000 habitent l'Alberta et près de 2 000 habitent le Manitoba. On a donc beaucoup de francophones vivant en situation minoritaire.

Aujourd'hui, je vais vous parler des soins aux malades chroniques. L'angle sous lequel je vais aborder le sujet sera un peu différent de celui qui a été utilisé pour les autres présentations que vous avez entendues, bien que ces dernières étaient très bien et qu'elles contenaient de bons éléments. Je tiens, pour ma part, à insister sur l'importance de desservir la population francophone.

Sachez que c'est un rôle et une responsabilité du gouvernement fédéral en vertu de la Loi sur les langues officielles. La partie VII de la loi oblige le gouvernement à répondre aux besoins des francophones en situation minoritaire. Je crois qu'il faut rendre à César ce qui revient à César. L'investissement de fonds par l'entremise de Santé Canada dans les deux organisations que sont la Société Santé en français et le Consortium national de formation en santé a été pour nous une occasion unique de faire des avancées, des percées, pour faire en sorte que les francophones puissent recevoir des services en français. Par contre, ces ressources sont quand même limitées et les défis sont énormes, surtout pour ce qui est des soins aux malades chroniques.

Aujourd'hui, j'aimerais donc vous parler de certains cas, et surtout de l'importance de desservir la communauté francophone. En ce moment, il y a beaucoup de pression de la part des hôpitaux en ce qui concerne les soins aux malades chroniques. Dès que quelqu'un est reconnu comme étant un malade chronique, on cherche à libérer le lit d'hôpital et à placer la personne ailleurs le plus rapidement possible. Très souvent, c'est fait au détriment des francophones. Je vais vous donner des exemples très concrets.

Rappelez-vous, il y a un an et demi, une situation qui a fait les manchettes dans les journaux. La mère de Mme Lavoie, de Toronto, souffrait de la maladie d'Alzheimer. Quand on souffre de cette maladie, l'une des premières facultés qui disparaît est souvent l'usage de la langue seconde. Cette personne s'est donc retrouvée dans une résidence qui dispensait des soins aux malades chroniques. Toutefois, il avait été impossible de placer Mme Lavoie dans une résidence offrant des services en français. En fait, Toronto ne dispose que de 17 lits pour les francophones. À cette époque, les trois quarts des lits étaient occupés par des non-francophones, par des anglophones. Mme Lavoie avait été obligée de placer sa mère à Welland. Vous connaissez sûrement Toronto. Welland est à environ une heure de route quand il n'y a pas de circulation à Toronto, ce qui est très rare. Pour aller visiter sa mère qui recevait des soins pour malades chroniques, il lui fallait au moins deux heures de déplacement.

Essayez d'imaginer la situation et ce que cela implique de placer en résidence une personne qui a perdu l'usage de la langue seconde. C'est comme si vous deviez placer votre mère ou votre père dans une résidence où on parle seulement le mandarin. Cela ne serait pas très réconfortant. Cette femme a vécu la même chose. Nous sommes souvent confrontés à des cas où les aînés sont placés dans des résidences qui n'offrent pas de services en français.

Je veux également souligner au comité que lorsque quelqu'un est malade et vulnérable, il aime recevoir des services dans sa langue. Quand quelqu'un est malade, il veut l'être en français. C'est souvent ce qu'on a à vivre.

• (1610)

Quand vous êtes vulnérable, vous avez le goût d'être réconforté, non pas de revendiquer. Quand vous êtes sur un lit d'hôpital, ce n'est pas le moment de revendiquer vos droits. Je vais vous donner un autre exemple très concret pour vous montrer combien c'est difficile.

Je vous donne l'exemple de mon grand-père. Il y a six ans, mon grand-père est allé voir le médecin. Il habite dans l'Est ontarien, dans une communauté où il y a environ 80 p. 100 de francophones. Le médecin ne lui a jamais demandé s'il parlait anglais. Le médecin lui a décrit sa situation et lui a dit quoi faire. Savez-vous comment mon grand-père a réagi? Il a dit: *yes, yes, yes*. Mon grand-père ne parle pas anglais et ne comprend pas l'anglais. Toutefois, il était trop intimidé et trop vulnérable pour le dire au médecin.

Il y a plusieurs années, j'ai fait un voyage avec mon grand-père dans l'Ouest canadien. J'avais alors 12 ans. Je l'accompagnais dans les restaurants pour qu'il puisse commander un hot dog. Imaginez. S'il avait de la difficulté à commander un hot dog en anglais, comprendre les instructions du médecin en anglais représentait pour lui tout un défi.

Je pourrais vous parler de situations similaires. Je vous donne un exemple. J'ai fait une tournée nationale, il y a environ trois ou quatre ans dans nos communautés francophones. J'ai été très surpris. J'ai rencontré des aînés francophones qui étaient offensés. Leurs parents avaient vécu en français toute leur vie. Quand les derniers moments de leur vie sont arrivés, on n'a pas été en mesure de leur offrir des services en français dans les résidences de soins chroniques ou prolongés.

Ces gens voulaient militer. C'est pourquoi ils étaient dans les regroupements pour aînés francophones. Ils militaient à ce niveau. J'ai rencontré au moins deux ou trois personnes comme ça au cours de ces rencontres.

Tout ça pour vous dire qu'il est important d'avoir des services de soins chroniques en français. C'est le message que je veux passer.

En terminant, j'aimerais souligner que l'important est l'égalité des deux langues officielles au Canada. Il faut que tous les Canadiens puissent avoir accès à des services de leur choix dans les deux langues. Pour nous, c'est primordial. Bien que la santé soit de compétence provinciale, le gouvernement fédéral se doit de jouer un rôle actif de leadership dans ce dossier. Les provinces sont ouvertes, mais le gouvernement fédéral doit être très actif.

L'autre chose importante est de penser en termes d'offre active. Il est illusoire de penser que les gens vont réclamer leurs services. Il ne faut pas attendre ou être passif. Surtout quand des gens sont dans une situation vulnérable, il faut être très actif sur le plan de l'offre de services.

Il y a aussi une autre chose à regarder. Le critère de service est essentiel. La langue de service est essentielle. Je pense qu'il faut être proactif et il faut pouvoir l'offrir. C'est très important.

La dernière chose sur laquelle j'insisterais est la suivante. Quand le gouvernement fédéral et toutes les provinces veulent offrir des services, il faut continuer à travailler avec les communautés francophones. Je pense qu'on peut vous aider et vous appuyer à cet égard. Il nous ferait énormément plaisir de continuer à travailler dans ce sens.

Je vous remercie beaucoup.

[Traduction]

La présidente: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer à la période de questions. Nous allons faire une série de questions de sept minutes, en commençant par Mme Davies.

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

Tout d'abord, j'aimerais remercier de tout coeur tous les témoins qui sont présents parmi nous aujourd'hui. Les exposés que vous nous avez présentés étaient détaillés et étayés. Voilà qui me paraît révélateur du caractère essentiel de cet enjeu, le soin des maladies chroniques qui touchent les Canadiens âgés. Nous attendons des IRSC qu'ils produisent de la recherche de grande qualité, et c'est toujours le cas; de tous les organismes présents ici aujourd'hui, vos connaissances approfondies sur la question sont un bon indicateur de son importance pour vos membres et pour ceux qui bénéficient de vos travaux.

J'ai été frappée par tous les points communs entre les priorités sur lesquelles les gens concentrent leurs efforts, pas seulement à la présente réunion, mais également au cours des précédentes, qu'il s'agisse de la prévention et de la promotion de la santé, ou encore des maladies chroniques et le fait que nous ne nous en occupons pas réellement, car les soins aigus font l'objet de tant d'attention.

Madame Eng, vous avez raison, le rapport Romanow a effectivement désigné en toutes lettres la question des soins à domicile comme étant la prochaine grande priorité, de même que la question plus vaste des soins à long terme. Le rapport traitait abondamment des soins à domicile, que ce soit par le truchement du système formel ou en appuyant la famille, et il traitait également de l'accès aux soins primaires complets.

À vous écouter aujourd'hui, j'ai l'impression que nous avons un trésor d'information, de recherches et d'expériences provenant de partout au pays, et pourtant nous semblons être au point mort quand il s'agit de déterminer la direction où aller. Nous avons conclu l'accord de 2004 sur la santé et passons maintenant à l'accord de 2014. Au moment où vous vous penchez sur ces questions pour vos membres, pour les gens qui bénéficient de vos services, quelles sont les trois choses que vous souhaitez en matière de leadership fédéral?

Certains ont dit qu'il nous fallait tenir une conférence des premiers ministres exclusivement sur les soins de santé afin d'en arriver à la négociation d'un nouvel accord. Cependant, si nous devons régler cette question des maladies chroniques et que nous n'avons pas effectué suffisamment de progrès, en dépit de toute cette information, je crois alors qu'il nous faut définir en toutes lettres ce que nous entendons par leadership fédéral. Il pourrait s'agir de transférer les soins à domicile, comme l'avait recommandé M. Romanow. Nous avons beaucoup parlé du coût élevé des médicaments. Nous avons abordé la question des soins primaires complets. Il nous faudrait peut-être améliorer les centres de santé communautaires, et c'est le gouvernement fédéral qui devrait être à la tête de cette initiative. Ce pourrait être n'importe quoi. J'aimerais vous entendre dire quelles devraient être les priorités du leadership fédéral qui pourraient nous mener à cet accord de 2014.

N'importe lequel d'entre vous peut répondre.

• (1615)

La présidente: Madame Eng.

Mme Susan Eng: Merci beaucoup. Je pourrais vous répondre en vous disant que tout ce que vous avez mentionné était extrêmement pertinent.

Nous en avons parlé avec nos membres. Nous dialoguons constamment avec eux, et nous avons constaté qu'une bonne partie du travail a été faite au pays, d'une façon un peu pêle-mêle. Des projets pilotes en tous genres; toutefois, il nous faut un ensemble global de stratégies, et seule une conversation nationale peut être à l'origine de cet ensemble.

Grâce à l'accord sur la santé, le gouvernement fédéral a l'occasion de mettre de l'argent de côté afin de réellement financer ces initiatives. Toutefois, l'une des conditions pour autoriser ce virement de fonds vers les provinces est d'établir certaines normes nationales, certaines priorités nationales et d'assurer la reddition de comptes relativement à la manière dont cet argent est dépensé. Après avoir observé et examiné le travail qui a été effectué en fonction des accords existants, nous en venons à la conclusion que la reddition de comptes fait défaut.

Bien que bon nombre de projets se déroulent — nous savons que certains d'entre eux sont très prometteurs —, nous ne sommes pas certains que les connaissances sont communiquées. Il s'est effectué beaucoup de bon travail, et beaucoup de sommes importantes ont été dépensées; selon moi, le rôle fédéral, et il y en a certes un, consiste à établir le cadre d'ensemble. La coordination, la stratégie et la reddition de comptes relèvent par définition du rôle fédéral.

Bien entendu, les provinces doivent exécuter les programmes. On a pu le constater au cours des dernières élections de l'automne, chacune d'entre elles a abordé bon nombre de ces questions pêle-mêle. Elles avaient toutes des morceaux du casse-tête, mais aucune d'entre elles n'avait de vue d'ensemble. Pour nous, l'unique message important à retenir, c'est qu'il doit y avoir un cadre global.

La deuxième chose à retenir, et je tiens à insister là-dessus, car c'est important sur le plan de la gestion financière, c'est que les soins à domicile ont été désignés comme étant le prochain service essentiel qui servira à surmonter une difficulté imminente, ce qui est en soi une validation. Toutefois, nous estimons que c'est également important parce que cela offre l'occasion de restructurer le budget des soins de santé pour l'avenir. Nous nous inquiétons de sa viabilité. Nous entendons des arguments en faveur des soins privés, etc., et pourtant nous n'envisageons pas de restructurer la manière dont nous dépensons actuellement les dollars affectés aux soins de santé et la façon de les utiliser de manière plus appropriée. Les soins à domicile et le soutien aux fournisseurs de soins constituent une occasion de détourner une énorme demande de service, ce qui peut donc nous permettre d'équilibrer nos livres financiers.

Voilà nos principales recommandations relativement au rôle fédéral.

• (1620)

Mme Libby Davies: Madame Clark, vos priorités sont-elles similaires? Ce que j'entends par là, c'est comment envisagez-vous les soins à domicile? Vous pourriez presque les envisager comme une forme de prévention, qui consisterait à garder les aînés à la maison — en santé, actifs et ainsi de suite — plutôt que dans un établissement. Je demande si c'est également une priorité pour vous.

Mme Patricia Clark: Certes, nous privilégions l'idée d'être en mesure de continuer à vivre chez soi aussi longtemps que possible: de rester indépendants le plus longtemps possible et d'avoir le choix de déterminer où vivre sans être forcé à aller ailleurs. La possibilité de rester chez soi grâce à des soins à domicile est certainement très importante de ce point de vue. Par conséquent oui, nous appuierions cette idée, bien sûr.

Les données probantes nous démontrent que la personne à laquelle tous les adultes âgés font confiance est leur médecin; ils commencent toujours par s'adresser à leur médecin pour obtenir de l'information. Nous savons que, à l'heure actuelle, dans le réseau de la santé, ils n'obtiennent que très peu d'heures de prévention au sein de leur...

La présidente: Madame Clark, j'essaie de vous faire comprendre que votre temps de parole est écoulé.

Mme Patricia Clark: Oh, désolée. Je ne vous avais pas vue.

La présidente: Merci. Veuillez conclure.

Mme Patricia Clark: D'accord. J'aimerais dire que, à mon avis, il serait très utile que les médecins soient mieux informés, qu'ils disposent d'un système vers lequel ils pourraient aiguiller leur patient, afin qu'ils ne soient pas portés à toujours traiter, mais qu'ils puissent également prévenir.

La présidente: Merci.

Monsieur Williamson.

M. John Williamson (Nouveau-Brunswick-Sud-Ouest, PCC): Merci.

Nous avons entendu de bons témoignages. Merci de comparaître devant nous aujourd'hui et de nous présenter vos points de vue. Je suppose que je suis maintenant à la recherche de réponses quant à la direction qu'il nous faut prendre maintenant, ou relativement à ce sur quoi le fédéral devrait concentrer ses efforts. En aparté, et c'est presque une blague, histoire de résumer les témoignages d'aujourd'hui ainsi que d'autres: j'en suis venu à la conclusion que si nous vivons assez vieux, quelque chose finira par nous tuer. J'entends par là qu'il appert que, en tant que pays, nous avons relativement bien réussi à guérir des maladies, et que nous nous retrouvons maintenant à nous débattre pour prolonger des vies et des modes de vie de manière à ce que les gens soient heureux ou qu'ils vivent leur vie pleinement.

Il y a une question que j'aimerais approfondir, et je suis curieux de savoir ce que vous avez à en dire. Quelques personnes l'ont abordée, et je ne suis pas certain si c'est ce que vous vouliez dire quand vous avez parlé de la prévention des maladies par rapport à la guérison, et de faire en sorte que l'attention passe de ce dernier vers le premier élément. Toutefois, je n'arrive pas à croire que vous proposeriez aux gouvernements ou aux médecins de ne plus mettre l'accent sur la guérison des maladies, de supprimer les ressources qui y sont consacrées afin de mettre l'accent sur la prévention. Si ce n'est pas le cas, alors quel est le message que vous adressez au gouvernement fédéral, qui a augmenté les dépenses de 6 p. 100 dans le cadre des accords de 2004 sur la santé et qui, par la suite, pour au moins deux ans, les a augmentées d'une autre tranche de 6 p. 100? Laissez-vous entendre que le gouvernement fédéral oblige les provinces à consacrer le tiers de ces 6 p. 100 à la prévention des maladies, ou affirmez-vous que les 6 p. 100 sont insuffisants et qu'il faut en faire plus? Comment équilibreriez-vous cela avec les autres priorités des gouvernements, dont la gestion des impôts au bout du compte?

Mme Susan Eng: Je me ferai un plaisir de répondre à votre question.

Le dernier ensemble d'accords sur la santé avait cela d'important qu'ils mettaient l'accent sur cinq principaux choix stratégiques qui devaient effectivement améliorer la prestation de l'ensemble des soins de santé. Ce qui s'offre à nous maintenant, ce n'est pas nécessairement d'ajouter beaucoup d'argent aux dépenses et aux transferts fédéraux actuels, mais de gérer ces sommes de manière plus judicieuse, de manière beaucoup plus ciblée, afin que l'argent serve effectivement à faire ce que les gens veulent et ce dont ils ont besoin, c'est-à-dire de vieillir chez eux en toute dignité. Ce faisant, vous avez même l'occasion de réduire votre budget de soins de santé, parce que cela vous donne l'occasion en même temps de les retirer des soins en établissement, et probablement d'empêcher l'apparition d'autres problèmes, d'aggraver les problèmes existants et d'utiliser les ressources du système de soins de santé de courte durée, et ainsi de suite. C'est donc l'occasion de faire l'économie d'énormes montants d'argent. Nous ne proposons pas de retirer l'argent où que ce soit. Nous proposons de restructurer le financement afin d'en obtenir véritablement plus pour chaque dollar dépensé.

Pour sa part, la prévention constitue elle aussi une occasion, car nous savons que l'une des promesses originales du régime d'assurance-maladie était la prévention et la promotion de la santé — ne tombez pas malade et vous n'aurez pas besoin du réseau de soins de santé officiel. Chez les Canadiens, la nouvelle éthique consiste maintenant à envisager le vieillissement sain; même quand les gens sont déjà âgés, ils ont l'occasion d'empêcher l'apparition de maladies chroniques.

Si nous tenons compte de tout cela, il y a de bonnes chances que nous fassions des économies plus tard. Nos membres tiennent tout

particulièrement à l'équilibre financier. Ils sont disposés à payer des dollars, à verser des impôts pour obtenir de bons services publics, mais ils ne supportent pas le gaspillage, quelle que soit sa forme. Ce qu'ils veulent, ce sont des solutions pragmatiques qui viseront la restructuration et la gestion de nos dépenses actuelles de 192 milliards de dollars par année. Nous ne voulons certes pas enlever de l'argent aux efforts de guérison. Nous souhaitons utiliser notre argent de manière plus judicieuse, afin que les gens n'aient pas à entrer dans le système.

• (1625)

M. Yves Joannette: Je suis entièrement d'accord. Cependant, pour prendre ces décisions ensemble, je suis d'avis qu'il nous faut avoir les données probantes pour prendre la bonne décision. Ces décisions doivent être fondées sur des données probantes, pas sur des données anecdotiques. C'est la raison pour laquelle je pense que nous avons surtout toutes les questions, mais nous n'avons pas toutes les réponses. C'est pourquoi il nous faut davantage de recherches et que la recherche nécessaire est plus intégrée. C'est ce que l'Institut du vieillissement cherche à faire, c'est-à-dire réunir tous les intervenants qui travaillent sur ces questions très complexes.

De plus, il faut également mettre ces données probantes à la disposition des décideurs publics. Par exemple, les IRSC ont très récemment mis sur pied un programme « Meilleurs cerveaux », qui organise des réunions entre les chercheurs et les décideurs publics afin de mettre à la disposition de ces derniers les données probantes provenant de ce genre de recherches. Selon moi, c'est le genre de mesures qui seront utiles.

M. John Williamson: C'est là un chemin que j'hésite à emprunter, mais je me lance. Je crois que, par le passé, nous avons parlé du fait que quatre millions de Canadiens n'ont pas accès à un médecin de famille. J'aimerais savoir ce que l'Association canadienne des individus retraités et vous-même en pensez. Vous avez parlé de données probantes. Au moment de réaffecter des ressources, quel rôle les soins privés, par exemple, jouent-ils au sein du régime d'assurance-maladie? Selon les données, le Canada occupe une position unique dans ce domaine. Les pays européens ont tous un mélange des deux approches. La liste des pays que vous avez nommés où l'espérance de vie est plus élevée que celle du Canada — notamment le Japon — ont un mélange des deux approches. Est-ce que cela ne pourrait pas également apporter des solutions afin d'encourager...?

Je suis entièrement d'accord avec vous. Il nous faut demander aux provinces d'en faire plus. En même temps, elles doivent disposer des ressources pour le faire, et il nous faut pratiquement les traiter comme s'il s'agissait de 10 laboratoires d'expérimentation qui peuvent faire ce qu'il faut pour trouver les meilleures solutions, plutôt que ce soit le gouvernement fédéral qui leur dicte la façon de faire.

M. Yves Joannette: Je ne vous donnerai pas d'orientation, mais je peux vous dire que nous avons la capacité de faire ce genre de recherches, de comparer les provinces et de comparer ces systèmes internationaux. De plus, vous avez raison — il nous faut avoir ce genre d'analyses afin d'obtenir les données probantes indiquant qu'un modèle est préférable à un autre pour une personne, pour la société, pour l'économie et pour la viabilité de ces systèmes. C'est exactement le genre de recherches que nous finançons.

De fait, je dois dire que le Canada jouit d'une bonne réputation internationale pour la qualité de la recherche qu'il effectue dans ce domaine. Je crois que nous avons la capacité de fournir cette information. Toutefois, je ne crois pas que nous ayons la réponse définitive.

La présidente: Merci, monsieur Joannette.

Nous allons maintenant donner la parole à M. MacAulay.

L'hon. Lawrence MacAulay (Cardigan, Lib.): Merci beaucoup.

Je vous souhaite la bienvenue. J'occupe un rôle de remplaçant dans le comité, mais je me suis intéressé aux questions relatives aux aînés pendant de nombreuses années à mon arrivée ici.

Je m'adresse d'abord à la CVAA: comment notre système de soins de santé s'adapte-t-il aux aînés? S'adapte-t-il? Souvent, on entend dire — et c'est un peu dur — que lorsque vous atteignez un certain âge, on n'en fait pas autant, et ce genre de choses. On entend ce genre de plaintes assez souvent.

Mme Susan Eng: Vous avez parfaitement raison. Nos membres se plaignent constamment de cela. Ce qui les préoccupe — que ce soit justifié ou pas, et il y a toujours la question des données probantes —, c'est qu'ils ont l'impression de ne pas être bien traités dans le système de soins de santé. Pour eux, il y a déjà beaucoup de confusion et de mystère, et ils croient en plus qu'ils n'obtiennent pas le meilleur traitement parce qu'ils sont trop vieux. Des gens nous l'ont dit. Des gens nous écrivent à ce sujet. Quand on entend les propos des dirigeants d'hôpitaux et d'autres organismes dans certaines annonces publiques, il est vrai qu'ils nous donnent l'impression que, après un certain âge, vous n'allez pas obtenir le meilleur traitement. Nous aimerions croire que ce n'est pas le cas, mais il faut que ce soit prouvé.

Vous constaterez que les efforts qui sont maintenant mis en place pour tenter de réduire les budgets des hôpitaux et ainsi de suite placent les gens dans des situations qui sont vraiment très misérables. L'un de ces exemples, c'est le niveau de soins de rechange. Vous avez entendu l'expression « malades qui monopolisent un lit ». Qu'est-ce que cela veut dire, selon vous? Il s'agit d'une personne qui est tombée, qui s'est cassé la hanche ou qui a eu un accident vasculaire cérébral, et dont on a déterminé qu'elle n'est plus en mesure de vivre à domicile de manière autonome. Il n'est pas approprié que ces personnes occupent un lit de soins de courte durée, mais c'est là qu'elles se trouvent. Elles n'ont pas d'accès à des soins à long terme. Ce pourrait être pour une question de langue ou de culture. Ce pourrait être pour une question de coût ou une question d'emplacement. Quelle que soit la raison, elles sont toujours là. Les hôpitaux font des pieds et des mains pour trouver le moyen de s'en débarrasser. Ce n'est pas pour les aider à trouver un endroit où elles pourront suivre les traitements de réadaptation, être soignées ou bénéficier de services appropriés de soins à domicile ou encore pour trouver quelqu'un qui pourra les aider à gérer leurs soins ou quoi que ce soit dans ce genre. Non, c'est seulement pour les sortir de ces lits. Le problème, ce n'est pas l'effort, c'est l'attitude. C'est pourquoi ce genre de choses nous préoccupe beaucoup.

• (1630)

L'hon. Lawrence MacAulay: On entend souvent dire que, lorsqu'une personne prend beaucoup de médicaments, il arrive parfois qu'un autre médecin lui ordonne d'arrêter de prendre tout médicament ou toute autre chose du genre. Vous constaterez qu'il y a des cas d'abus de médicaments. Il y a bien entendu un problème d'abus de médicaments, et il y a aussi un problème qui tient au fait que des gens ont besoin de médicaments et n'y ont pas accès. Les deux existent.

Monsieur Racine, au cas où je serais interrompu, je veux vous dire que je suis désolé, et je comprends que ce genre de chose se produit, en raison des obstacles linguistiques. Malheureusement, je ne parle qu'une seule langue, et, si je me retrouvais dans une situation où je ne pourrais parler avec aucune des personnes qui s'occuperaient de moi, ce serait assez terrible. Et aujourd'hui, je suis capable de me lever et de marcher.

J'aimerais que vous réagissiez à ce que je viens de dire.

Mme Susan Eng: La question de la façon dont les gens sont traités avec leurs médicaments... La gériatrie ne jouit pas d'un grand prestige. Et même si beaucoup de provinces ont prévu un financement supplémentaire pour les gens qui s'occupent des patients âgés, les médecins ne l'encouragent pas. Mon frère est généraliste, et, selon ce qu'il me dit, ce n'est pas un choix.

L'interaction des médicaments dans l'organisme d'une personne qui a vieilli et qui est petite n'est donc malheureusement pas bien comprise par les praticiens ordinaires. Ainsi, espérons-nous qu'il y ait davantage de gériatres, ou voulons-nous nous assurer que tous les gens qui obtiennent leur diplôme en médecine comprennent comment les médicaments agissent sur les comorbidités au sein de l'organisme d'une personne âgée?

Ce n'est pas le cas à l'heure actuelle. Il y a une crainte réelle que, lorsque les gens se rendent à l'hôpital, ils ne soient pas capables de tolérer les soins qu'ils y recevront. Et c'est le stade où nous en sommes rendus parce qu'on ne met pas assez l'accent général sur le fait de s'assurer que les personnes âgées sont bien traitées au sein de notre système hospitalier. Ce que nous avons, ce sont d'anciens plans visant à rendre les hôpitaux accueillants pour les personnes âgées, par exemple, ici, à Ottawa. Il faut que les responsables des hôpitaux adoptent consciemment un nouveau programme pour le faire. Pourquoi? Parce que cela ne s'est pas encore concrétisé.

L'hon. Lawrence MacAulay: Merci beaucoup.

Monsieur Joannette, vous avez aussi abordé cette question, ainsi que celle de la formation en santé. J'aimerais que vous nous disiez de quelle formation supplémentaire nous avons besoin pour nous assurer que nos médecins sont bien formés pour s'occuper des aînés dans nos établissements, si c'est là qu'ils se trouvent.

M. Yves Joannette: Merci beaucoup.

Vous avez soulevé une question très pertinente, celle d'une forme d'âgisme à l'égard des personnes âgées. Il s'agit d'un aspect que nous devons approfondir. Des gens comme Mme Martine Lagacé, ici, à Ottawa, se penche sur cette question.

Nous avons aussi parlé du fait que les hôpitaux ne sont pas prêts, alors qu'est-ce que cela signifie? Qu'il faut que tous les Canadiens soient suivis par un gériatre, même si la gériatrie est paradoxalement l'une des spécialités les plus jeunes de la médecine? C'est une spécialité très récente, alors il n'y a pas beaucoup de gens, mais tous les Canadiens ne seront pas suivis par un gériatre.

Comme on l'a dit, il faut que ce soit quelque chose qui est intégré à la formation et à l'éducation permanente. En collaboration avec le gouvernement de la France et du Québec, les IRSC ont mis sur pied un programme fondé sur la traduction de ce que l'on appelle les examens Cochrane des pratiques exemplaires, qui sont des pratiques axées sur des données probantes et destinées aux médecins, dans ce domaine entre autres. Elles étaient auparavant accessibles en anglais, et elles le sont maintenant en français grâce à cet accord conclu avec la France.

C'est ainsi que nous pouvons non seulement former les nouveaux, les jeunes, mais offrir une éducation permanente et des changements de mentalité aux médecins et autres professionnels de la santé, et également essayer de trouver la meilleure façon d'améliorer le système. Et les hôpitaux offriront des soins intégrés aux gens qui s'y présentent avec toutes sortes de petites maladies.

• (1635)

La présidente: Merci, monsieur MacAulay.

Nous allons maintenant passer à M. Strahl.

M. Mark Strahl (Chilliwack—Fraser Canyon, PCC): Merci beaucoup, madame la présidente.

Madame Clark, vous avec eu le malheur d'être interrompue à deux ou trois reprises, alors je vais commencer par vous.

Une chose que j'ai remarquée depuis que nous avons commencé l'étude, c'est que la maladie mentale semble être le fil conducteur lorsque nous parlons de maladie chronique. Les personnes âgées affectées par une maladie chronique ont souvent à composer avec la maladie mentale aussi.

Je remarque qu'il y a une brochure parmi les documents que vous avez déposés qui s'intitule « Votre forme mentale est tout aussi importante que votre forme physique ». Je me demandais si vous pouviez nous parler un peu de forme mentale, ainsi que des avantages potentiels de la vie active, sur le plan non seulement du fonctionnement cognitif, mais également de la santé mentale chez les Canadiens âgés.

Mme Patricia Clark: Je peux certainement en parler, pas de la recherche en profondeur, mais le document que nous avons apporté est quelque chose d'assez nouveau dans le domaine. Le lien simple, c'est que ce qui est bon pour le corps est aussi bon pour l'esprit.

Cela se produit parce que la neuroplasticité du cerveau aide à mieux apprendre et favorise la mémoire. On peut apprendre de nouvelles choses. Ce n'est pas parce qu'on vieillit qu'on ne peut pas apprendre de nouvelles choses. C'est vraiment très important pour les adultes qui vieillissent, en raison évidemment des préoccupations liées à la maladie d'Alzheimer et à la démence. Lorsque les gens sont capables de demeurer actifs et de stimuler leur cerveau en même temps, cela leur permet d'accroître et de maintenir leur capacité mentale, leur mémoire, et aussi de lutter contre la maladie mentale et la maladie d'Alzheimer. Il y a assurément un lien entre l'activité physique et la santé mentale.

M. Yves Joannette: Il se trouve que, comme chercheur — je suis neuroscientifique, et ma spécialité est le fonctionnement cognitif —, c'est le genre de question sur laquelle je me penche. Il y a cette idée d'une réserve cognitive ou d'une réserve cérébrale, que nous pouvons entretenir pendant toute la vie. Tout cela ne devrait pas commencer à 65 ans. Nous devrions commencer tôt à faire le genre d'activité physique qui a une incidence directe sur la réserve cérébrale. Les IRSC financent des études menées par M. Louis Bherer, qui montrent que l'exercice physique a une incidence directe sur l'oxygénation du cerveau. On a une meilleure réserve face à des problèmes plus tard au cours de la vie. Les activités de nature intellectuelle offrent le même avantage. Dans certains pays, il y a des régions où les gens mettent cela en pratique de façon systématique. J'ai eu la chance de visiter Shanghai récemment. Il y a de nombreux centres dans la ville où les Chinois peuvent se rendre pour jouer au mahjong et faire du tai chi ou de l'exercice. Ils préparent ainsi leur cerveau en le renforçant.

La santé mentale, ce n'est pas seulement le fonctionnement cognitif. C'est aussi la dépression, entre autres. Une chose qui est

importante à ce moment-là, c'est l'isolement social. Nous devons nous assurer de comprendre les déterminants de la santé mentale que sont l'insertion sociale et le fait d'avoir un réseau et de fournir des données probantes à l'appui des décisions quant à la meilleure façon d'offrir ces milieux où les personnes âgées peuvent continuer de participer à la société. C'est ainsi qu'on est heureux d'être en vie.

M. Mark Strahl: Est-ce que votre organisation a mené des études précisément sur la santé mentale chez les aînés ou les populations âgées? Le cas échéant, pouvez-vous citer des mesures de prévention qui ont été relevées dans le cadre de ces études?

M. Yves Joannette: Oui, l'Institut du vieillissement des IRSC appuie ce genre de recherche. Nous collaborons également avec un autre institut, l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies. Il y a beaucoup de recherche de qualité qui se fait au Canada. Une chose que nous pouvons faire, c'est de maintenir et d'entretenir les interactions sociales, le soutien social qu'offrent la famille et les interconnexions sociétales, ainsi que la satisfaction chez les aînés qui apportent une contribution à la société. Isoler les personnes âgées et leur faire perdre ces occasions n'est pas une bonne chose.

• (1640)

M. Mark Strahl: Je veux parler un peu des soins à domicile, puisque cela semble alimenter le débat ici aujourd'hui. D'après ce que je sais, les soins à domicile relèvent exclusivement de la compétence des provinces. Je souhaiterais savoir comment le gouvernement fédéral justifierait le fait de ne pas verser des fonds à une province si celle-ci ne respectait pas l'orientation établie par le gouvernement fédéral. Vous avez dit que ce dernier devrait prendre l'initiative. S'il s'agit d'un domaine relevant exclusivement des provinces, pourquoi ne serait-ce pas les provinces qui prennent l'initiative et pourquoi le gouvernement fédéral ne ferait-il pas ce qu'il fait toujours, c'est-à-dire fournir du soutien financier? Il y a eu une augmentation de 36 p. 100 des transferts en matière de santé et de services sociaux depuis que nous avons pris le pouvoir, en raison de la disposition d'indexation qui fait partie du budget. Pouvez-vous me faire part de quelques commentaires là-dessus?

Mme Susan Eng: D'après ce que je comprends des accords en matière de santé, si les ministres fédéral et provinciaux ne s'étaient pas mis d'accord quant à ceux-ci, les fonds n'auraient pas été versés par le gouvernement fédéral aux gouvernements provinciaux, puisque les soins de santé sont une compétence exclusivement provinciale. Une fois l'accord conclu, on réserve une somme en fonction de certaines priorités. C'est à ce moment-là qu'on a l'occasion d'énoncer en groupe ces priorités et conditions et d'imposer la reddition de comptes.

Dans le cas des soins à domicile, vous avez tout à fait raison. Il revient aux provinces d'établir les paramètres en question et de dépenser l'argent. Toutefois, comme organisation nationale, nous sommes à même de constater qu'il y a une hétérogénéité déplorable quant à la disponibilité et à la qualité des services de soins de santé et à l'accès à ceux-ci. On ne peut offrir trois heures à une personne qui a besoin de soins 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Pour nous, il devrait y avoir un seuil minimal à l'échelle du pays.

Durant la campagne électorale fédérale, on a parlé d'inclure les soins à domicile dans la Loi canadienne sur la santé, laquelle est une importante protection garantissant à tous l'accès à des services de soins de santé de base à domicile.

Il y a quelque chose à faire dans le cadre des accords en matière de santé, qui vont au-delà des deux compétences constitutionnelles dans ce domaine. Ils peuvent contribuer à l'établissement de normes.

Les sommes qui sont en question, si le gouvernement fédéral...

La présidente: Merci, madame Eng. Désolée. Merci.

Nous allons maintenant passer au second tour.

Je veux vous dire que je vous ai tous accordé du temps supplémentaire. Même si chacun pense que ses questions et réponses sont les plus importantes, mon rôle consiste à veiller à ce que tous aient l'occasion de poser des questions et de répondre. J'ai fait quelques petites entorses aux règles pour essayer d'accommoder tout le monde, alors ne le prenez pas personnellement si je vous interromps. Il faut que cela se fasse; sinon, vous pourriez disposer de l'heure et demie au complet. Alors ce serait les autres qui seraient offensés. Je voulais simplement le préciser, parce que certains d'entre vous ont l'air un peu surpris lorsque j'éteins leur micro.

Si vous jetez un coup d'oeil sur le micro ici, lorsque la lumière rouge s'allume, cela signifie que votre temps est écoulé. J'essaie de ne pas vous interrompre, mais je voulais simplement vous expliquer ce qui se passe.

Nous passons maintenant aux périodes de questions de cinq minutes.

Monsieur Morin.

[Français]

M. Dany Morin (Chicoutimi—Le Fjord, NPD): Mon collègue, M. Strahl, a indiqué que les soins à domicile relevaient de la compétence des provinces. Par contre, les populations autochtones sont sous la responsabilité du gouvernement fédéral. Quel portrait dressez-vous des soins à domicile pour les Autochtones? Avez-vous des informations plus globales sur la situation de nos aînés autochtones? Si oui, j'aimerais bien les entendre.

M. Yves Joannette: Je pourrais vous offrir un élément de réponse et non pas une réponse. Les Instituts de recherche en santé du Canada comptent 13 instituts, dont l'Institut du vieillissement. Il y a aussi l'Institut de la santé des Autochtones, qui s'occupe du grand défi relatif à la santé de ces populations. En ce moment, il y a une discussion en cours entre ces deux instituts qui vise à mieux intégrer les questions de la santé des populations autochtones et du vieillissement et les défis particuliers qui se dresseront très prochainement. C'est une préoccupation que nous avons.

Pour l'instant, il y a des études qui sont faites, mais pas suffisamment. Lorsque des lacunes ou un manque de recherche se révèlent, le rôle des instituts est de soutenir la recherche de façon particulière au-delà des bonnes et excellentes idées qu'ont les chercheurs du Canada.

•(1645)

M. Dany Morin: Y aurait-il d'autres commentaires sur cette question?

[Traduction]

La présidente: Madame Clarke.

Mme Patricia Clark: Nous avons fait un certain travail auprès des groupes autochtones dans le cadre de notre coalition. Nous savons que le taux de diabète est beaucoup plus élevé au sein des groupes autochtones, sur les réserves et à l'extérieur de celles-ci, que chez les adultes âgés du Canada. Nous savons que c'est lié à leur mode de vie. Il y a assurément des facteurs génétiques, mais, si l'on prend l'exemple du diabète de type 2, nous savons que leur mode de vie et leur milieu doivent changer pour que la maladie puisse être gérée et prévenue.

[Français]

M. Dany Morin: Madame Clark, vous pensez que les problèmes de santé mentale devraient être considérés avant ceux relatifs à la santé physique. Croyez-vous que le gouvernement devrait avoir un plan d'action national en matière de santé mentale?

[Traduction]

Mme Patricia Clark: Je pense que la question de la santé mentale doit être abordée, et je suis à même de constater que c'est de plus en plus un problème. Pendant la préparation pour le sommet de l'ONU, j'ai assisté à une réunion où l'on disait qu'il faut nous pencher sur la santé mentale. Je ne pense pas que ce soit isolé. Aucun problème lié aux maladies chroniques ne devrait être pris isolément, puisqu'il y a tant de facteurs de maladie chronique qui sont fondés sur les mêmes problèmes. On peut facilement être atteint de l'une et l'autre chose, alors je ne voudrais pas affirmer que nous devrions seulement nous occuper de la maladie mentale, et rien d'autre. Toutefois, il faut qu'il soit clair que nous devons aborder les problèmes de maladie mentale en même temps, sinon avant. Sinon, nous ne connaissons pas de succès du point de vue de la prévention.

[Français]

M. Dany Morin: Ma prochaine question s'adresse à M. Racine.

Vous nous avez parlé de trois cas particuliers par rapport aux francophones. Auriez-vous plus d'informations générales par rapport à la situation des aînés francophones au Canada vivant à l'extérieur du Québec?

M. Jean-Luc Racine: En fait, on a des données et on a le profil statistique. D'ailleurs, vous pouvez trouver ce profil statistique des francophones au Canada si vous allez sur le site Internet de la fédération. Assez curieusement, les indicateurs de santé démontrent d'abord que les aînés francophones sont beaucoup plus désavantagés sur le plan de leurs revenus que la population en général, et ce, même au Québec. Également, on a fait des études et il semble qu'il y ait un plus grand nombre de personnes parmi les aînés francophones qui sont célibataires, séparées ou qui vivent seules que dans la population en général. On a aussi d'autres indications indiquant que le niveau d'éducation de la population francophone serait moins élevé.

Ainsi, on sait que ces francophones sont, d'une certaine façon, beaucoup plus à risque. Naturellement, il y a du travail à faire à cet égard. Il faut donc faire de la prévention, ce sur quoi mes collègues ont fortement insisté. Je pense qu'il ne faut pas craindre de s'adresser à des clientèles cibles. Tout à l'heure, vous avez parlé des Autochtones qui sont une clientèle cible sous la responsabilité du gouvernement fédéral. Je pense que le gouvernement doit jouer un rôle important à cet égard.

[Traduction]

M. Dany Morin: Me reste-t-il du temps?

La présidente: Il ne nous reste presque plus de temps.

Quelqu'un d'autre veut faire un commentaire par rapport à la question posée par M. Morin? Non?

Je suis désolée, le temps dont nous disposons est écoulé, monsieur.

Monsieur Brown.

M. Patrick Brown (Barrie, PCC): Merci, madame la présidente.

Je vais simplement aborder ce dont nous parlions tout à l'heure avec le représentant des IRSC, en ce qui concerne la démence et la maladie d'Alzheimer. Je sais que le comité a commencé à s'intéresser aux troubles neurologiques, et quelques-uns des intervenants précédents ont parlé du fait qu'il s'agit d'un facteur très important dans le processus de vieillissement. Je pense qu'on a estimé qu'il y a 500 000 Canadiens qui sont atteints de la maladie d'Alzheimer. Je sais que l'un des mandats que vous aviez concernant vos priorités stratégiques, c'était les déficiences cognitives.

Quelles sont vos conclusions jusqu'à maintenant? Avez-vous découvert quoi que ce soit qui puisse retarder l'apparition des symptômes ou qui puisse mieux préparer les personnes âgées du Canada à vivre avec cette maladie insidieuse?

• (1650)

M. Yves Joannette: La stratégie internationale sur la maladie d'Alzheimer est, comme le nom l'indique, internationale, mais pas seulement: elle favorise, bien entendu, la recherche effectuée au Canada qui est excellente dans différentes régions du pays, parce que nous voulons mieux établir notre réseau pour qu'il y ait une synergie entre Montréal, Vancouver, Toronto, Halifax et toutes les villes où l'on effectue des travaux de recherche de qualité sur tous les aspects de la maladie d'Alzheimer.

Vous avez raison, il y a un demi-million de personnes atteintes aujourd'hui. Ce sera 1,2 million dans 10 ou 15 ans. Et pour vous donner des chiffres qui laissent pantois, dans 15 ou 20 ans, le nombre de personnes atteintes de démence et de la maladie d'Alzheimer en Chine correspondra à la population du Canada, soit de 30 à 35 millions de personnes. C'est donc vraiment un défi majeur.

La recherche se fait dans deux domaines, je dirais. Le premier, c'est le fait de vraiment cerner et essayer de comprendre la nature des indicateurs précoces de la maladie d'Alzheimer, parce que, pour l'instant, il n'y a pas de remède à offrir. Il y a donc beaucoup de recherches à cet égard, en génomique, en biochimie et dans le domaine des troubles cognitifs. Il y a de l'imagerie qui peut se faire à l'échelle de ces marqueurs précoces, il y a maintenant de plus en plus de résultats qui semblent indiquer d'abord que c'est plus complexe qu'il n'y paraissait au départ, et ensuite que nous devons poursuivre le travail. Mais je pense qu'on commence un peu à voir la lumière au bout du tunnel et à obtenir certains résultats, quoique aucun de ceux-ci ne sera applicable dès demain. On pourra peut-être les appliquer dans cinq ans.

Le second domaine de recherche, c'est d'essayer de renforcer le cerveau pour qu'il résiste aux manifestations cliniques de la maladie d'Alzheimer. La maladie ne s'en trouve pas diminuée, ma sa durée, oui. Si l'on peut retarder le début de la maladie de deux, trois ou même quatre ans en utilisant les activités liées au mode de vie dont nous avons parlé, c'est un progrès important, et c'est déjà possible, et on a commencé à le faire.

M. Patrick Brown: J'ai lu quelque part... était-ce 8,6 millions de dollars que le Canada investissait dans la recherche sur la maladie d'Alzheimer par l'intermédiaire des IRSC? Est-ce que cette allocation fait partie du protocole international en question?

M. Yves Joannette: Les IRSC soutiennent les études découlant de la recherche en fournissant... Donnez-moi une seconde. Il est certain que la stratégie est de 25 millions de dollars sur cinq ans, et nous voulons nous associer à d'autres organismes caritatifs, avec les provinces, et également avec l'industrie pour faire doubler cette somme.

M. Patrick Brown: Il y a le partenariat avec la France, l'Allemagne et le Royaume-Uni. Est-ce que les IRSC mènent des recherches de façon indépendante en plus de cela?

M. Yves Joannette: Oh, bien sûr. La majeure partie des travaux de recherche se font au Canada et sont menés par des chercheurs d'ici. De l'argent supplémentaire est consacré à la stratégie pour établir des liens à l'échelle internationale parce que la question est si complexe que nous avons besoin d'apprendre des autres. Il y a donc des connexions en Europe, en Asie et également aux États-Unis. Ce sont les trois piliers, si l'on veut, du réseau international à l'heure actuelle, et les chercheurs canadiens sont à la tête.

M. Patrick Brown: Croyez-vous que nous disposons de ressources adéquates actuellement pour les aînés du Canada qui sont atteints de la maladie d'Alzheimer, pour ce qui est de la capacité de soins à long terme, des conditions de vie des personnes âgées? Je pense à ma circonscription, celle de Barrie, Je sais que la liste d'attente pour les soins à long terme est passablement longue. L'un des foyers, celui de Grove Park, a une liste d'attente de cinq ans, et je suis sûr que c'est monnaie courante.

Quels types de préoccupations les gens ici présents ont-ils en ce qui concerne les listes d'attente pour les gens qui ont une déficience cognitive et ont besoin d'accéder immédiatement à l'aide à la vie autonome?

Mme Susan Eng: Du point de vue des soignants, on pense que même les personnes atteintes de démence peuvent vieillir à la maison. Cependant, la possibilité de le faire exige l'expertise de soignants à domicile qualifiés et d'une formation adéquate pour la famille. Ces deux choses dans le cas de la démence — même s'il n'y a pas de comorbidité — sont ce qui exige le plus des soignants et supposent l'expertise la plus importante chez les soignants à domicile, et il y a pénurie dans les deux cas.

C'est une difficulté particulière qui se pose en plus du fait d'aider une personne atteinte d'une maladie rénale, par exemple.

La présidente: Merci, madame Eng.

Nous allons maintenant devoir passer Mme Quach.

• (1655)

[Français]

Mme Anne Minh-Thu Quach (Beauharnois—Salaberry, NPD): Merci, madame la présidente. Je remercie également les témoins qui nous ont donné de l'information. Je remercie particulièrement M. Racine et M. Joannette. Cela fait toujours du bien et c'est assez agréable d'entendre parler français. C'est assez rare ici.

Ma question s'adresse à M. Racine. Vous avez dit qu'il était très difficile pour les francophones d'obtenir des soins. Pouvez-vous nous expliquer par quel processus les patients doivent passer pour avoir des soins? Les étapes sont-elles longues à franchir? Certaines personnes les aident-ils? Quel type de personnes leur viennent en aide?

M. Jean-Luc Racine: Il y a un processus. Cela commence et se passe souvent dans les hôpitaux. Les patients sont admis. Dans les provinces, cela passe par des centres d'accès. De plus en plus, le placement est centralisé. Les patients passent donc par des centres d'accès dont les noms varient d'une province à l'autre.

Comme je vous l'expliquais dans ma présentation, le système subit malheureusement beaucoup de pression. Si on parle à des travailleurs sociaux dans des hôpitaux, ils nous expliquent la pression qu'ils subissent pour placer ces patients ailleurs le plus rapidement possible pour libérer des lits. C'est compréhensible.

Nous remarquons que le fait de tenir compte des besoins linguistiques des patients est une donnée qui devient souvent négligeable dans le processus. C'est regrettable. Bref, c'est ainsi que nous comprenons le processus et c'est ainsi qu'on nous l'a expliqué.

Mme Anne Minh-Thu Quach: Selon vous, quelles mesures seraient prioritaires et devraient être implantées immédiatement pour améliorer la situation?

M. Jean-Luc Racine: Il s'agit d'une question importante. Si j'avais la réponse je m'empresserais de vous la donner.

Chose certaine, il ne faut pas négliger le problème. Le but de ma présentation était de souligner tout simplement qu'il ne faut pas négliger cet aspect de la situation. C'est très important. Certaines mesures peuvent être adoptées mais tous les ordres de gouvernement doivent faire preuve de leadership et accepter le fait que cette dimension est importante. Il faut en tenir compte dans le processus. C'est essentiel. Le leadership ne vient pas toujours facilement.

De plus, certains établissements de santé sont plus sensibles que d'autres à la question des services dispensés dans les hôpitaux. Un peu plus tôt, on parlait des soins à domicile. À cet égard, on n'a pas toujours la sensibilité d'offrir des services en français. Dans certaines régions, cela fonctionne bien, mais dans d'autres, c'est très déficient. Ce n'est donc pas une situation facile. C'est très complexe. Au sein de l'association, on se rend compte que cela demande beaucoup de ressources simplement pour essayer de trouver des solutions.

M. Yves Joannette: Si je peux me permettre, votre question est tout à fait pertinente et elle pose la question de la langue. C'est également un marqueur de culture. Il y a donc la culture et la langue. Présentement, certaines recherches sont en cours au sujet de la langue et de la culture. Par exemple, en Alberta, le docteur Daniel Lai travaille sur la question des personnes âgées migrantes asiatiques qui vivent des situations très particulières dans leur communauté en termes de soins de santé pour les personnes âgées. Je reviens à mon obsession. Je crois que si on veut trouver les meilleures solutions, elles doivent être basées sur des faits probants. On a besoin de ces faits probants. On a peut-être besoin d'une stratégie nationale concertée avec toutes les provinces et les partenaires pour susciter la recherche sur ces questions.

Mme Anne Minh-Thu Quach: Ma prochaine question s'adresse à Mme Clark.

Vous avez parlé de l'importance des déterminants sociaux en matière de santé. La semaine dernière, dans un colloque au Brésil, il était question des déterminants sociaux et du fait que l'on dépense à cet égard 20 p. 100 du budget en santé. Je voulais savoir quel type de politiques il faudrait développer pour s'assurer que les services fournis aux personnes âgées, en particulier dans le domaine des maladies chroniques, soient équitables pour tous?

[Traduction]

Mme Patricia Clark: Vous parliez de 20 p. 100 de quelque chose, et je n'étais pas sûre — 20 p.—100 de...

[Français]

Mme Anne Minh-Thu Quach: Il s'agit d'une proportion de 20 p. 100 du budget de la santé qui est réservée aux déterminants sociaux, notamment l'itinérance, le chômage et la santé mentale.

● (1700)

[Traduction]

Mme Patricia Clark: À cet égard, les déterminants sociaux de la santé sont vraiment importants lorsque nous examinons les politiques nationales, qu'il s'agisse de politiques provinciales ou fédérales. Le simple fait d'examiner les obstacles qui se posent pour les personnes ne suffit pas.

Il y a huit ou dix facteurs différents dans les déterminants de la santé qu'il est important d'envisager lorsqu'on examine les politiques, et ces facteurs doivent faire partie intégrante des politiques, que ce soit à l'échelle locale, provinciale ou nationale. Il ne sert à rien de dire que nous allons instaurer quelque chose — à titre d'exemple, disons que nous examinons la question du transport. C'est un problème pour certaines personnes âgées, mais il y a bien d'autres problèmes en plus de celui du transport. Les déterminants sociaux de la santé sont d'une importance cruciale lorsqu'on examine les politiques, ils sont inclus dans tout cadre.

Je ne réponds probablement pas suffisamment bien à votre question parce que je n'étais pas tout à fait sûre de ce que vous vouliez savoir, mais je ne veux pas continuer de bavarder.

La présidente: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer à Mme Block.

Mme Kelly Block (Saskatoon—Rosetown—Biggar, PCC): Merci beaucoup, madame la présidente, et merci à nos témoins d'être ici avec nous aujourd'hui.

Durant notre étude, nous avons entendu beaucoup de choses. Nous savons que la population de notre pays vieillit et que nous vivons plus vieux, mais pas nécessairement en meilleure santé. Nous savons également qu'il est inévitable que notre population, à mesure qu'elle vieillit, soit atteinte des affections et des maladies chroniques dont nous avons parlé.

À la suite des questions de mon collègue, nous avons abordé le rôle important du soignant, et c'est en raison de celui-ci que le gouvernement soutient les soignants par l'intermédiaire d'un certain nombre de mesures d'allègement fiscal, y compris une mesure qui a été prise tout récemment, c'est-à-dire le crédit d'impôt non remboursable pour aidants familiaux de 2 000 \$.

Nous avons aussi lancé récemment un programme externe de recherche d'une durée de trois ans pour combler d'importantes lacunes sur le plan des connaissances à l'égard d'enjeux clés touchant les soignants. En 2012, le gouvernement du Canada a également mené une enquête nationale auprès des soignants de façon à mettre à jour les données à l'échelle nationale pour nous aider à mieux comprendre les problèmes auxquels les soignants font face.

Ce qui continue de ressortir des discussions, c'est le fait que les gens doivent assumer personnellement la responsabilité de leur santé ou du moins faire des efforts en ce sens. Malheureusement, il arrive parfois que nous ne fassions pas ce que nous devrions faire avant d'y être obligés — j'imagine que c'est la nature humaine.

J'ai deux ou trois questions pour Mme Eng.

D'après un rapport publié par l'ACIR en février dernier, on a demandé aux membres quelle serait la meilleure façon pour eux d'assumer davantage la responsabilité de leur santé. Je pense que 54 p. 100 des membres ont indiqué que ce serait d'adopter un mode de vie sain. Est-ce que l'ACIR a donné suite à cette étude? Est-ce que la majorité des membres de l'ACIR ont adopté un mode de vie sain? Comment a-t-on défini « mode de vie sain », et quel genre de conseils l'ACIR offre-t-elle à cet égard?

Mme Susan Eng: Il est certain que nous encourageons les gens à vieillir en santé, à tous les égards. Au moyen des avantages que nous offrons à nos membres, nous les encourageons à s'inscrire à un centre d'entraînement. Nous obtenons des rabais pour les membres, pour nous assurer que les gens qui offrent ce genre de services visant à aider les gens à rester en santé et à demeurer engagés leur offrent également un incitatif financier à la participation.

Au sein de notre réseau national, par exemple, il y a une section qui fait connaître la marche avec des bâtons dans la collectivité. Certaines ont tiré parti des programmes Nouveaux Horizons, entre autres, pour instaurer des programmes dans leur quartier. Il y a assurément beaucoup de soutien aux initiatives favorisant l'activité chez les personnes âgées.

Il y a des gens parmi nos membres qui disent effectivement que le gouvernement a un rôle à jouer pour ce qui est d'appuyer et de favoriser l'activité, mais il est clair qu'ils prennent leur santé en main. Toutefois, lorsqu'ils ne sont pas en mesure de le faire, ils constatent effectivement que le gouvernement a un rôle à jouer pour leur venir en aide et pour aider leurs soignants et ainsi de suite.

Maintenant, pour ce qui est de présenter cet aspect de notre travail, nous l'encourageons, mais il s'agit de ce genre de priorités où on encourage ce qui est positif; nous nous concentrons beaucoup plus sur la protection contre ce qui est négatif dans le cadre de notre travail de défense des intérêts.

Nous sommes d'accord avec l'idée d'offrir du soutien aux soignants membres de la famille pour reconnaître les défis qu'ils doivent relever, et ceux-ci sont heureux du soutien qui leur est offert dans le cadre du dernier budget. Cependant, ils disent aussi qu'il faut maintenant cibler davantage les gens qui offrent les soins les plus intensifs pour que l'on soit en mesure d'offrir de l'aide à cet égard aussi.

• (1705)

La présidente: Monsieur Racine, voulez-vous dire quelque chose?

[Français]

M. Jean-Luc Racine: Oui, rapidement.

J'aimerais seulement dire que je pense que pour encourager ou pour faire la promotion de l'activité physique chez les aînés, il est bon d'en parler et de faire de la publicité. Cependant, il faut aussi se donner un peu de structure pour permettre à cette clientèle de continuer.

On a un grand défi à relever. On le constate au sein de notre fédération. Par exemple, il est beaucoup plus difficile pour la clientèle des baby-boomers qui s'en viennent de rejoindre les clubs de personnes âgées ou les clubs de l'âge d'or. Notre défi sera donc de mettre en place des structures qui vont permettre à cette jeune clientèle qui s'en vient de continuer à s'engager et à être active dans la communauté. On a déjà des plans très intéressants à ce sujet. Toutefois, ce sont de grands défis à venir pour les prochaines années.

[Traduction]

La présidente: Je ne pense pas qu'il reste suffisamment de temps, madame Block. Je suis désolée.

Nous allons maintenant passer à la Dre Sellah.

[Français]

Mme Djauouda Sellah (Saint-Bruno—Saint-Hubert, NPD): Merci, madame la présidente.

Merci à tout le monde et à tous nos invités ici présents qui sont venus pour nous donner des réponses dans la mesure du possible. J'aurais une question pour Mme Eng.

Un sondage de votre association indique que certaines des priorités de vos membres étaient l'accès aux médecins et la réduction des temps d'attente. J'ai deux questions pour vous. Le président de l'Association médicale canadienne nous disait, lorsqu'il est venu témoigner devant notre comité, que plusieurs aînés se trouvaient de façon permanente dans des centres de soins de longue durée. Or, nous connaissons toutes les répercussions que ces longs séjours ont sur le système de santé en général. Les raisons de cette situation sont économiques, c'est-à-dire que ces personnes ne peuvent pas se permettre une résidence pour personnes âgées autonomes ou semi-autonomes. Il nous a indiqué que la situation était causée par le manque de places administrées par le système public dans les centres pour personnes âgées. Pensez-vous que c'est un bon point de vue, en particulier lorsqu'il vient du président de l'Association médicale canadienne?

Deuxièmement, que pensez-vous des efforts faits pour la reconnaissance des diplômes obtenus à l'étranger? Cela fait-il partie de la solution? Si oui, comment suggérez-vous d'accélérer le processus pour cette ressource humaine qui est disponible et qui n'a rien coûté au Canada?

J'aurais une autre question. J'en profite. Elle est pour M. Racine. Comment vos membres sont-ils reçus lorsqu'ils discutent des besoins en termes de services en français avec les autorités concernées?

[Traduction]

La présidente: Commençons par M. Racine, puis nous passerons aux autres questions.

Monsieur Racine, posez les questions qui vous restent.

[Français]

M. Jean-Luc Racine: On a vu une grande amélioration au cours des dix dernières années, c'est-à-dire qu'il y a de plus en plus de compréhension. Cela varie toujours de région en région et de province en province, mais de plus en plus, on commence à comprendre que ce sont des éléments importants. Par contre, les solutions tangibles tardent souvent à arriver. Évidemment, le naturel revient souvent au galop. Les choses deviennent alors un peu difficiles. C'est ce qu'on remarque. Toutefois, le dialogue est de plus en plus intéressant. Les différentes communautés font preuve d'ouverture.

J'aimerais seulement ajouter le fait que Santé Canada finance la Société Santé en français et le Consortium national de formation en santé, ce qui nous a permis de faire des pas de géant au cours des dernières années. On en est très heureux.

[Traduction]

La présidente: Merci.

Qui aimerait intervenir?

Madame Eng.

Mme Susan Eng: Je ne suis pas sûre d'avoir tout à fait compris la question. J'ai essayé d'écouter ce qui se disait dans les deux langues en même temps et c'était une erreur.

En ce qui concerne les titres de compétence étrangers, il ne fait aucun doute qu'il faut les reconnaître. Les professionnels formés à l'étranger nous offrent l'occasion d'élargir notre bassin de compétences professionnelles et culturelles. C'est une chose que je suis à même de constater dans le cadre de mon autre travail concernant les maisons de soins infirmiers que nous avons contribué à mettre sur pied à Toronto. Il y en a maintenant quatre, et on y offre des services en chinois et aussi dans les langues d'Asie du Sud et en japonais. En fait, dans ces cas, la langue était importante, mais la nourriture, le comportement conforme à la culture était tout aussi important.

Lorsqu'il s'agit des médecins formés à l'étranger, nous ne leur faisons pas une faveur; en fait, nous mettons leur expertise et leurs compétences culturelles au service de notre système, ce qui est une excellente chose.

Les périodes d'attente sont un problème dont parle l'Association médicale canadienne. J'attends des solutions de sa part. Elle parle d'accroître le nombre de professionnels, mais je pense qu'elle doit se concentrer davantage sur les services offerts aux personnes âgées et aux gériatres et qu'elle doit utiliser son poids pour appuyer cette démarche.

Le nombre de gens qui attendent pour obtenir des soins de longue durée est en fait criminel. Il a été démontré que les gens qui attendent ce genre de soins n'arrivent pas à se débrouiller chez eux. Il n'y pas de choix. Il n'y a pas suffisamment de soins à domicile, et l'état de santé des gens se détériore pendant qu'ils attendent.

• (1710)

La présidente: Merci beaucoup.

Docteur Sellah, vous avez environ 20 secondes si vous voulez faire un commentaire sur quelque chose d'autre.

[Français]

Mme Djaouida Sellah: Je vous cède ces 20 secondes.

[Traduction]

La présidente: Merci.

Nous allons maintenant passer au Dr Carrie.

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

Madame Clark, je voulais vous poser quelques questions au sujet de votre organisation. Selon votre site Web, celle-ci encourage les aînés canadiens à « maintenir et à relever leur bien-être et leur autonomie par l'adoption de règles de vie privilégiant l'activité physique et une vie active ».

Pouvez-vous décrire la façon dont votre organisation fait la promotion d'un mode de vie sain et actif auprès des personnes âgées? Par ailleurs, comment mesurez-vous votre succès? Comment mesurez-vous cela?

Mme Patricia Clark: C'est une très bonne question. C'est une question que j'ai moi-même posée, et je suis membre de la coalition depuis quatre ans.

Ce que nous faisons, c'est que nous prenons les travaux de recherche actuels, nous créons des ressources pour les aînés et nous les diffusons auprès de nos membres. Notre rôle consiste en fait à informer et, idéalement, à motiver les personnes âgées à changer de mode de vie. Nous le faisons au moyen de brochures et de séances de formation que nous offrons aux aînés. Nous essayons vraiment de joindre les gens. Nous demandons à une personne âgée de s'adresser à un groupe d'aînés, parce que nous savons qu'ils préfèrent recevoir l'information de cette façon.

Nous ne sommes en aucun cas une organisation qui offre des programmes, mais nous créons des ressources pour les dirigeants communautaires afin de leur permettre de mettre sur pied des programmes dans leur collectivité. Pour vous donner un exemple de ce que nous faisons à l'heure actuelle, nous travaillons sur le diabète chez les personnes âgées, sur le fait de les amener à comprendre qu'il s'agit d'une maladie qui est liée au mode de vie et de leur montrer comment apporter des changements dans leur vie. Nous fournissons l'information aux dirigeants communautaires pour qu'ils l'offrent dans leur collectivité. Nous espérons être en mesure de déterminer l'incidence du programme lorsqu'il sera mis sur pied, pour voir quelle aura été la nature du changement.

Une bonne partie de l'information en question est simplement fonction des ressources. La seule chose que nous avons, c'est la diffusion et la quantité d'informations que nous faisons circuler. Nous ne savons pas quelles sont les répercussions, mais nous savons que la demande d'information est constante. Les gens veulent obtenir les renseignements que nous leur fournissons.

M. Colin Carrie: Vous dites donc qu'il est en fait difficile de déterminer ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas?

Mme Patricia Clark: Vu notre capacité, ce que nous avons, oui, c'est le cas. Nous créons surtout des ressources.

Nous recevons beaucoup de bons commentaires des gens et des personnes âgées — par exemple j'aime cela, j'aimerais en avoir plus, je vais en faire part à mes amis —, mais nous n'avons pas de preuve solide à l'appui du changement qui s'est produit, sauf que, comme je l'ai dit, nous espérons savoir, à partir du nouveau document, et en fonction de la rétroaction après les cours, si les gens ont apporté des changements et quelles ont été les répercussions sur leur vie.

M. Colin Carrie: Peut-être que je peux continuer avec M. Joanne.

Avez-vous des programmes de surveillance en place pour effectuer le suivi, par exemple, des maladies chroniques propres au vieillissement? Selon vous, quelle est l'incidence des différents programmes sur les gens âgés? Est-ce que les aînés reçoivent le message des différentes organisations quant à la façon dont ils pourraient améliorer leur santé à l'égard de problèmes précis?

M. Yves Joanne: L'Institut du vieillissement n'est pas responsable de la prestation de ces services. Il est là pour fournir le savoir qui est ensuite appliqué. Le genre de données qui sont utilisées par la Coalition d'une vie active pour les aînés sont fondées sur des travaux de recherche qui montrent les répercussions de l'activité physique et ainsi de suite sur des centaines de personnes âgées.

La façon dont nous effectuons ce genre de surveillance, c'est que nous nous associons avec d'autres organismes du portefeuille de la santé du gouvernement. C'est dans ce contexte que nous parlons de ce genre de choses. Bien entendu, en parlant et en échangeant avec les responsables de ces autres organismes, nous nous faisons une idée plus précise de la situation.

Nous ne faisons donc pas de contrôle nous-mêmes, mais, avec Statistique Canada et d'autres organismes, nous nous assurons bel et bien d'aborder ces lacunes et ces priorités.

• (1715)

M. Colin Carrie: Y a-t-il des chiffres concernant les différentes maladies chroniques et la façon dont les maladies chroniques affectent différemment les gens des deux sexes lorsqu'ils vieillissent? Avez-vous de l'information là-dessus?

M. Yves Joanne: C'est une bonne question.

Nous savons que l'espérance de vie des femmes est un peu plus grande que celle des hommes — malheureusement pour moi —, mais nous savons que l'espérance de vie en santé n'est pas si différente. La différence se trouve dans la période où il y a une perte de fonctionnement et de qualité de vie. C'est quelque chose que nous devons comprendre et aborder. Il y a des travaux de recherche en cours qui visent à déterminer pourquoi il y a un écart entre les hommes et les femmes à l'égard de la partie de l'espérance de vie en mauvaise santé.

M. Colin Carrie: Me reste-t-il du temps pour une autre question?

La présidente: Oui.

M. Colin Carrie: Le plan stratégique pour 2007 à 2012 de l'Institut du vieillissement des IRSC parle de la mise en œuvre d'une étude longitudinale sur le vieillissement au Canada qui a commencé en 2008. Selon vous, qu'allons-nous apprendre lorsque nous examinerons les résultats de cette étude? Y a-t-il des conclusions préliminaires dont vous puissiez nous parler?

M. Yves Joannette: Le déploiement de cette étude longitudinale à l'échelle du Canada est, comme vous pouvez l'imaginer, une démarche à long terme. Il va falloir de 20 à 40 ans pour la réaliser. Nous en sommes rendus, après trois ans, à la première réévaluation des cohortes, soit près de 50 000 personnes. C'est une plate-forme unique que le Canada met à la disposition de tous les chercheurs du pays, qui va également attirer des chercheurs de l'étranger et faire en sorte que le Canada sera vu comme un chef de file dans ce domaine. Je pense que ce genre de recherche va nous permettre de déterminer la trajectoire et de répondre plus précisément à la question de savoir quels sont ces déterminants, par exemple la nutrition, et ainsi de suite.

La présidente: Merci, monsieur Joannette.

Merci, docteur Carrie.

Nous allons maintenant passer à M. Daniel.

M. Joe Daniel (Don Valley-Est, PCC): Merci aux témoins. J'ai trouvé vos rapports très intéressants.

L'une des choses que vous avez laissé entendre, c'est que les gens âgés sont traités un peu différemment en ce qui a trait aux délais de traitement. Est-ce que quelqu'un s'est penché sur le coût de tous les retards pour déterminer quel serait l'avantage si les traitements se faisaient plus rapidement? Autrement dit, quel est le coût lié au fait que l'état de santé d'une personne âgée empire parce que le traitement a été retardé, et quel est le coût de toutes les autres choses, comme le fait de les garder à l'hôpital et ainsi de suite?

Mme Susan Eng: Nous n'avons pas fait ce travail de recherche nous-mêmes. Nous comptons sur des instituts comme l'ICIS pour nous aider par rapport à ce genre de recherche. Il vaut toutefois assurément la peine de faire des recherches pour déterminer quel est le coût. Sur le plan émotionnel, pour les gens, c'est tout à fait évident. Il y a les mauvais traitements réels et les mauvais traitements perçus. Lorsqu'il y a une crainte à cet égard, cela dépasse probablement de loin les répercussions réelles. La négligence et le traumatisme psychologique découlant du fait d'avoir l'impression que ses besoins d'ordre médical ou physique ne sont pas remplis exacerbent donc le problème.

On nous fait effectivement part de ce genre de préoccupations. Nous ne disposons pas nous-mêmes d'études montrant quelles sont les répercussions de celles-ci. Nous n'avons que des anecdotes qui nous amènent à signaler le problème à différents décideurs et administrateurs pour nous assurer qu'ils jugent tout d'abord s'ils ne font pas eux-mêmes des choix différents en fonction de l'âge d'une

personne et qu'ils communiquent bien ou non leurs choix de façon à apaiser les craintes de la personne. C'est là-dessus que nous nous sommes concentrés, plutôt que sur des travaux de recherche précis visant à déterminer si le traitement aurait ou non des répercussions négatives sur le plan clinique, mais je pense qu'il est logique que ce soit le cas. Je ne connais pas d'études qui portent là-dessus, mais M. Joannette en connaît peut-être.

M. Yves Joannette: Il y a une étude très précise qui a été réalisée, le projet SIPA, l'approche de soins de santé intégrée pour les personnes âgées, qui a montré que, avec l'intégration d'approches communautaires et hospitalières, avec les infirmières pivots qui viennent en aide à la personne et aux membres de sa famille, le coût n'est pas nécessairement moindre, mais l'effet obtenu pour la même somme est beaucoup plus grand. Je pense donc que c'est le genre de répercussion que nos activités peuvent avoir.

• (1720)

M. Joe Daniel: Pour changer un peu de sujet, lorsque nous avons parlé des soignants et du soutien à ceux-ci, y a-t-il des cours de formation en bonne et due forme dans le cadre desquels on montre aux gens à bien s'occuper des personnes âgées lorsqu'elles vieillissent? Je pense qu'il y a beaucoup de programmes pour les soignants, mais je ne suis pas sûr qu'ils abordent vraiment la question.

Mme Susan Eng: Non, en fait, nous avons un partenariat avec le foyer Yee Hong pour offrir certains séminaires de soutien aux soignants. On ne sait pas vraiment qu'on ignore quelque chose avant d'être confrontés à la situation. Savez-vous comment aider une personne qui s'est cassé la hanche? Êtes-vous capable de changer la literie même si la personne reste dans le lit? Savez-vous comment doser les médicaments? La plupart des gens ne l'apprennent pas au cours de leur vie ni n'ont besoin de connaître ce genre de choses, et, tout à coup, ils se retrouvent dans une situation où ils sont obligés de s'occuper d'une personne qui, par définition, est fragile, et où toute erreur pourrait être fatale.

Ce que nous demandons, parce que nous n'en voyons pas beaucoup ou parce que la prestation n'en est pas systématique, c'est du soutien aux soignants sous forme de formation, de sensibilisation et d'appui constant. Cela, à ma connaissance, n'existe pas vraiment de façon officielle. Nous demandons aussi aux infirmières pivots d'aider les soignants à s'orienter dans le réseau de soins de santé. Là encore, il s'agit d'un réseau auquel ils n'ont pas eu à accéder tout de suite pour eux-mêmes. Il y a des façons pour le réseau officiel de soins de santé de nous aider à les aider en fournissant simplement de l'information et du soutien à l'égard de la formation.

M. Joe Daniel: Y a-t-il d'autres commentaires?

M. Yves Joannette: La maladie d'Alzheimer est un bon exemple, parce qu'il y a plusieurs sites Web, en français.

[Français]

Il y a le site Web www.aidant.ca,

[Traduction]

qui est un site qui était soutenu par les IRSC. C'était Francine Ducharme qui s'occupait de la diffusion, et le Dr Ken Rockwood à Halifax, en anglais. Il y a le Réseau canadien d'application des connaissances sur la démence. Il y a un site Web pour échanger et offrir du soutien à tous les Canadiens dans le domaine de la maladie d'Alzheimer. Nous devrions donc peut-être prendre ces exemples et leur donner plus d'ampleur.

M. Joe Daniel: Madame Eng, lorsque nous examinons la diversité au Canada, nous constatons qu'il y a ici des gens de presque tous les pays du monde. Constatez-vous la prévalence de différents ensembles de maladies au sein de différents groupes?

M. Yves Joannette: Il y a assurément certaines prédispositions génétiques qui sont liées à certains groupes ethniques, et celles-ci sont prises en considération en plus des aspects linguistiques et culturels.

La présidente: Merci.

Nous allons maintenant passer à M. MacAulay.

L'hon. Lawrence MacAulay: Merci.

Il y a eu des discussions au sujet de la responsabilité et du champ de compétence. Bien sûr, il s'agit d'une compétence provinciale, mais je fais partie des gens qui pensent que celui qui signe le chèque devrait avoir voix au chapitre. Parfois, ce serait très utile.

Madame Clark, croyez-vous qu'il y a beaucoup de gens dans les établissements qui n'auraient pas besoin d'y être si des programmes de prévention adéquats étaient en place?

Mme Patricia Clark: Oui, c'est ce que me dit mon instinct. Beaucoup de gens y sont à cause de leur mode de vie. S'ils avaient eu la possibilité de changer leur mode de vie plus tôt, ils ne seraient pas là où ils en sont aujourd'hui. Mais ce n'est pas une chose facile à faire. Il s'agit de modifier des comportements.

L'hon. Lawrence MacAulay: Je suis d'accord avec vous. Il est difficile de mesurer le succès et la prévention, parce que — comment s'y prend-on? Si quelque chose n'a pas lieu, on n'en a pas de preuve et on ne peut s'adresser au gouvernement pour obtenir de l'argent.

Monsieur Joannette, comme vous l'avez indiqué, il faut que les décideurs soient au courant. Vous laissez en quelque sorte entendre qu'il y a suffisamment d'argent. Je n'avais jamais encore vu de cas où le financement était suffisant. Mais s'il en est ainsi, tant mieux.

Il y a un certain nombre d'années, j'ai contribué à l'organisation d'une étude, et l'une des choses les plus intéressantes auxquelles j'ai participé, c'était avec un médecin de Vancouver dans un hôpital. On y a supprimé un certain nombre de places, et on a pris les fonds ainsi épargnés et on les a investis dans un programme existant dans une collectivité où il y avait beaucoup de personnes âgées. En fait, les responsables de l'hôpital ont épargné tant d'argent qu'ils ont supprimé un certain nombre d'autres places. C'est la raison pour laquelle j'ai posé la question concernant la prévention.

Le médecin en question m'expliquait aussi le problème des médicaments, la situation de sa mère qui vivait dans une autre province. Lorsqu'il était à la maison, il la faisait arrêter de prendre ses médicaments. Tous les médecins ne sont pas parfaits. Nous les croyons toujours, mais le fait est que, parfois, ils prescrivent trop de médicaments.

Une chose que nous devons créer, c'est un programme national de soins à domicile. Je sais que c'est une compétence provinciale, mais il faut que quelqu'un dirige. S'il y avait un programme en place, il y aurait des médecins, des avocats et des ingénieurs qui feraient du bénévolat. C'est ce qui s'est produit à Victoria, en Colombie-Britannique. Il faut mettre cela en place. Il faudrait que ce soit un projet pilote. Je voulais entendre parler de cela ici, parce que vous êtes les gens qui fourniraient l'information aux décideurs. J'espère

que des programmes peuvent être mis en place non pas pour guérir les maladies, mais pour prévenir des choses comme les hanches cassées. Lorsqu'une personne fait une chute, il devrait y avoir quelqu'un qui possède une formation adéquate, un médecin, qui puisse l'aider à se rétablir. Cela réduirait les coûts assumés par le gouvernement. Cela permettrait également aux gens âgés d'avoir la qualité de vie qu'ils désirent. Ce n'est peut-être pas ce qu'on pense qu'ils devraient avoir, et nous en avons parlé avec mes parents. Ils voulaient être chez eux.

On peut parler des programmes de rénovation des domiciles et de rails dans les salles de bains. Il y a des gens qui manquent d'argent, et ces gens-là ne peuvent pas faire ce genre de chose. D'une manière ou d'une autre, il y a beaucoup d'autres choses que je pourrais vous dire, mais je pense que vous voyez où je veux en venir.

• (1725)

M. Yves Joannette: Tout d'abord, j'espère que vous ne m'avez pas entendu dire qu'il y a trop d'argent pour la recherche. J'aurais besoin de plus de connaissances si nous voulions prendre ce genre de décisions fondées sur des données probantes. Mais vous avez raison. Vous avez parlé d'une approche de systèmes intégrés de santé de la collectivité à l'hôpital. Nous avons la preuve, le programme SIPA du Dr Béland. Le Dr Bergman a été l'un des premiers dans le domaine. Ce programme était fondé sur la capitation — faire en sorte que l'argent suive la personne, pas l'établissement, et essayer de voir à ce que l'argent soit fonction des connaissances et des choix individuels, à l'aide des infirmières pivots. Nous avons besoin d'études pour le prouver.

La présidente: Madame Eng.

Mme Susan Eng: Je veux parler de la façon dont le système de soins de santé peut offrir ce transfert et ce lien avec la collectivité. Il s'agit d'un incident exigeant des soins actifs: une hanche cassée, un AVC ou une attaque. C'est un projet qui se déroule à Toronto — et je suis sûre qu'il y a des projets du genre ailleurs aussi — et qui porte le nom de « service virtuel ». Il s'agit de prendre le service des soins actifs, ou d'en faire le suivi après un incident exigeant des soins actifs, et de l'amener à la maison.

Qu'est-ce qu'on fait? On donne quand même son congé à la personne après deux ou trois jours, mais on effectue un suivi auprès de celle-ci par l'intermédiaire d'un gestionnaire de cas. Habituellement, une infirmière praticienne suit la personne au quotidien, voit comment elle va, ordonne peut-être de nouveaux tests au besoin et fait tout ce qui pourrait être fait pour la personne à l'hôpital, mais chez elle. Cela lui permet de se rétablir chez elle et d'envisager des options de rétablissement et de soins de longue durée à domicile, et ce que cela rend possible, c'est de prévenir une nouvelle admission. Selon les estimations, le fait d'empêcher chaque nouvelle admission permet d'épargner 10 000 \$. Il y a donc une possibilité ici de permettre une situation où tout le monde est gagnant.

La présidente: Je veux adresser des remerciements particuliers à chacun de nos invités. Le débat d'aujourd'hui a été très utile et éclairant. Le comité s'intéresse de près au vieillissement et à ses effets sur certaines maladies qui sont si courantes. Merci beaucoup. Et je remercie les membres du comité des très bonnes questions qu'ils ont posées.

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>