



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA



NUMÉRO 012



1^{re} SESSION



41^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le lundi 31 octobre 2011



Présidente

Mme Joy Smith

Comité permanent de la santé

Le lundi 31 octobre 2011

• (1530)

[Traduction]

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

Je m'appelle Joy Smith et je préside le comité. Je souhaite la bienvenue aux témoins. Nous sommes très heureux de vous accueillir. Je crois que nous avons oublié de vous faire parvenir un détail. Vous savez que c'est l'Halloween aujourd'hui, et la tradition veut que les témoins distribuent des friandises aux députés. Ne craignez rien. Étant donné que c'est le Comité de la santé, il faut des friandises saines. Je plaisante.

Des voix: Oh, oh!

La présidente: Par contre, je dois dire que nous allons respecter l'horaire prévu, parce qu'il y a beaucoup de mères et de pères ici qui espèrent pouvoir passer l'Halloween avec leurs enfants. Les jeunes adorent ça. Nous finirons donc à l'heure.

Merci beaucoup de venir témoigner devant le comité dans le cadre d'une étude très importante sur les maladies chroniques liées au vieillissement. Le comité s'attèle très sérieusement à la tâche. Nous voulons recueillir le plus de renseignements possible des témoins.

J'accueille Suzanne Garon, qui témoignera par vidéoconférence.

Mme Suzanne Garon (chercheuse principale, Centre de recherche sur le vieillissement, Université de Sherbrooke, à titre personnel): Merci. Je vais m'exprimer en français.

La présidente: C'est très bien. Mes trois enfants parlent très bien français. Malheureusement, c'est plus difficile pour leur mère qui essaye de l'apprendre, mais elle n'a jamais le temps de le faire sur une base régulière. J'adore cette langue. Vous pouvez parler français. Nous avons des interprètes.

Nous accueillons aussi Jeff Poston, le chef de la direction de l'Association des pharmaciens du Canada, et Phil Emberley, le directeur de l'innovation dans la pratique de la pharmacie.

Je vous souhaite la bienvenue également.

Nous sommes très heureux de votre présence. Nous avons Sandra Hirst; elle est membre de l'exécutif de l'Initiative nationale pour le soin des personnes âgées.

Bienvenue.

Deux personnes nous parleront, je crois, du projet Translating research in elder care.

Comme nous vous accordons 10 minutes, vous aurez donc cinq minutes chacune.

Elles témoigneront à titre personnel; je vous présente Carole Estabrooks, une professeure de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de l'Alberta — ma soeur est infirmière, je suis donc consciente du travail des infirmières —, et Dorothy Pringle, une

professeure émérite de la Faculté des sciences infirmières Lawrence S. Bloomberg de l'Université de Toronto.

Bienvenue.

Nous allons passer aux exposés. Chaque organisme dispose de 10 minutes.

Madame Garon, s'il vous plaît.

[Français]

Mme Suzanne Garon: Je vous remercie de me recevoir. C'est avec grand plaisir que je suis ici aujourd'hui.

J'aimerais vous parler du projet Villes amies des aînés, connu en anglais sous le nom de Age-Friendly Cities Project. Il s'agit d'un projet international qui a été, dès ses premières phases, appuyé fortement par le Canada, plus précisément par l'Agence de la santé publique du Canada, qui a joué un rôle important dès les premiers balbutiements de ce projet. La première phase s'est échelonnée de 2005 à 2007.

J'ai distribué un petit document. Ce projet a mené à une recherche réalisée dans près de 33 villes dans 22 pays différents, dont la ville de Sherbrooke. Nous y avons donc participé. Cela a permis à l'Organisation mondiale de la Santé d'établir de grands paramètres de concertation et de développement sur plusieurs thèmes relatifs au vieillissement de notre population et d'expliquer comment on peut rendre nos villes mieux adaptées aux personnes âgées et les rendre beaucoup plus vivables pour celles-ci.

Il s'agissait d'une première expérience au Québec et, à l'époque, je travaillais encore avec ma collègue Marie Beaulieu. Sous la direction de l'équipe de recherche que je dirige maintenant, nous avons mis en place un modèle de participation des aînés, bâti en fonction des grands paramètres de l'Organisation mondiale de la Santé, dont celui du vieillissement actif, qui se construit autour de trois grands axes, soit la santé, la sécurité et la participation.

Nous pensons que la santé doit être comprise de façon globale dans un cadre d'analyse et que ces trois éléments contribuent à l'amélioration de la santé.

J'aimerais attirer votre attention sur ce qu'on avait appelé la participation sociale. Cela a des effets fondamentaux sur la santé des aînés. Toutes les études démontrent que les aînés ayant une vie active et qui ont le sentiment de participer à la société ont une bien meilleure santé objective, c'est-à-dire démontrée. Ils ont aussi le sentiment — c'est-à-dire une santé subjective — que leur santé s'est améliorée. Cela réduit la morbidité et la mortalité en plus d'augmenter le sentiment de bien-être et de satisfaction de ces aînés.

Il est aussi démontré scientifiquement que l'effet de la participation réduit grandement la dépression et les symptômes de dépression. Cela joue un rôle dans la stabilisation du déclin cognitif et réduit le sentiment d'avoir des douleurs. Cela augmente la force musculaire et le fonctionnement physique et réduit le recours aux services de soutien à domicile.

Pour toutes ces raisons, il est important d'avoir des villes amies des aînés qui rendent nos installations adéquates de manière à permettre à nos aînés d'avoir leur vraie place et d'être des acteurs à temps plein.

● (1535)

De concert avec les aînés, nous avons donc mis en place à partir de ces fondements un projet destiné à ceux-ci. Cela permet ainsi à nos aînés d'agir en tant que décideurs, dans la mesure où ils participent à toutes les étapes du projet ainsi qu'à celles du diagnostic dans leur milieu et dans leur ville. Ils établissent le fonctionnement, ciblent les éléments qui ne fonctionnent pas et ceux qui pourraient être améliorés. De plus, ce comité constitué d'aînés maintient un lien jusqu'à l'implantation du projet par l'entremise d'un plan d'action où, là encore, ceux-ci sont invités à participer aux solutions. Ils ne sont donc pas seulement en attente de services, mais ils sont aussi des acteurs de ces services. Ils deviennent des gens qui contribuent à leur société par l'entremise de leurs associations et de leur implication dans la phase de recherche. Les aînés participent à l'établissement de groupes témoins dans lesquels ils sont à la fois participants et analystes des résultats.

Les grands axes sur lesquels travaille l'Organisation mondiale de la Santé consistent évidemment en de grands déterminants de la santé. Chacun de ces huit thèmes, à savoir l'espace extérieur, le transport, l'habitation, la participation sociale, le respect et l'inclusion, le travail et la participation citoyenne, que ce soit relativement au soutien communautaire ou encore au sujet de l'importance d'être entendu par la communication, sont pris en considération. Pour chacun de ces déterminants, des projets ont été mis en place dans nos villes.

Il existe un élément très important. Au Québec, on a réalisé plusieurs dizaines de projets. Dans certains projets pilotes, on avait plus de 450 personnes qui y participaient. Dans les projets qui sont en cours présentement, le modèle est maintenant implanté de la même façon. Nous avons 7 projets pilotes qui sont maintenant implantés dans 316 villes différentes. On a encore des comités responsables des projets pilotes et des groupes témoins constitués d'aînés. Dans les thèmes relatifs aux grands déterminants de la santé que je viens de vous nommer, on retrouve évidemment ce que l'on a appelé l'habitation, le chez-soi. C'est un élément important qui est ressorti.

J'aimerais vous faire part de quelques-uns des éléments qui étaient présents. Entre autres, l'importance d'avoir des ressources d'habitation qui conviennent bien aux aînés et qui peuvent les aider à rester le plus longtemps possible dans leur chez-soi afin de jouer un rôle social et ne pas dépendre de services. Pour cela, il faut des logements adaptés, adaptables et peu coûteux car ce n'est pas tout le monde qui peut se payer un logement dans des résidences coûteuses.

Je continue rapidement ma présentation. Pour être en mesure de vieillir chez soi, il faut également avoir accès à des services de proximité. Il est question ici d'épicerie, de loisirs, de services reliés à la santé ainsi que d'un environnement sécuritaire et, le plus possible, accessible à pied ou bien desservi par le transport en commun. Une aide à domicile pour les activités de la vie quotidienne ou les travaux saisonniers doit être aussi mise en place.

Au Québec, le projet implique 316 villes. Au Canada, plus de 500 villes développent actuellement ce type de projets. Le modèle québécois est basé sur cinq ans. Il a été repris par l'Organisation mondiale de la Santé comme un modèle qui comprend un diagnostic, un plan d'action et une implantation. Tout cela implique des aînés pour des projets qui leur sont destinés. Ce modèle a également été repris par le Canada. Les aînés sont au cœur de cette démarche. Cette initiative a amené une nouvelle façon de travailler de la part des différents partenaires de l'habitation et de la santé qui, souvent, ne se connaissaient pas. Cela permet aussi un transfert de connaissances en termes de recherche. Plusieurs collectes de données destinées à la recherche sont faites. Ce transfert se fait de notre équipe de recherche du Centre de recherche sur le vieillissement de l'Université de Sherbrooke à des organisations sans but lucratif qui administrent et travaillent avec chacune des villes afin de mettre en place le modèle.

● (1540)

On est donc passé de sept projets pilotes à 316 villes en très peu de temps. Ce financement provient du ministère de la Famille et des Aînés du Québec. C'est un investissement social, selon les dires mêmes de notre ministre, Mme Blais. C'est essentiellement ce que j'avais à vous dire pour le Québec.

Les choses vont aussi très bien au Canada. Avec l'aide de l'Agence de la santé publique du Canada, plusieurs provinces ont procédé à la mise en œuvre. Trois provinces sont extrêmement actives: le Manitoba, où il y a également un Centre de recherche sur le vieillissement, ainsi que la Colombie-Britannique et la Nouvelle-Écosse, qui étaient présentes dès le départ et qui ont continué ce travail.

Sur le plan international, notre équipe et le Canada jouent un rôle important de leader mondial. La plupart des chercheurs qui ont mis sur pied le modèle font partie de AncAge, de l'Organisation mondiale de la Santé. Avec mes collègues français et européens, je suis en train de mettre sur pied un sous-groupe francophone qui sera établi en juin prochain.

J'ai utilisé tout mon temps de parole, n'est-ce pas?

[Traduction]

La présidente: Merci beaucoup, madame Garon. C'était très intéressant.

Passons maintenant à l'Association des pharmaciens du Canada. Allez-y, monsieur Poston.

M. Jeff Poston (directeur exécutif, Association des pharmaciens du Canada): Merci, madame la présidente. Merci aux députés de leur invitation.

Je m'appelle Jeff Poston, et je suis chef de la direction de l'Association des pharmaciens du Canada, l'APhC. Je suis accompagné de Phil Emberley, le directeur de l'innovation dans la pratique de la pharmacie. Nous sommes l'association nationale qui représente tous les pharmaciens, toutes pratiques confondues. De plus, l'APhC est la maison d'édition qui publie à l'intention des professionnels de la santé le plus grand nombre de documents sur les médicaments et les traitements thérapeutiques. Nous offrons aux médecins, aux infirmières et aux autres professionnels de la santé des renseignements fondés sur des données probantes pour les aider dans leurs décisions cliniques.

D'ici 2021, il devrait y avoir 6,7 millions d'ainés au Canada. Actuellement, 74 p. 100 des Canadiens de 65 ans et plus prennent au moins un médicament. En 2008, plus de 75 p. 100 ont dit être aux prises avec au moins l'une des 11 maladies chroniques, ce qui comprend divers cancers, la douleur chronique, le diabète, les maladies cardiaques et la dépression.

De plus, nous déboursions environ 833 \$ par personne annuellement en médicaments, ce qui nous place parmi les pays de l'OCDE qui dépensent le plus à cet égard. Nous avons deux défis importants, soit de maintenir l'abordabilité des médicaments et d'obtenir un meilleur rendement. Les données nous confirment également que les aînés sont plus propices à avoir des problèmes liés aux médicaments et à ressentir des effets secondaires, parce qu'ils prennent un ou plusieurs médicaments pour soigner leurs maladies chroniques et que le corps perd avec l'âge la capacité de bien réagir aux médicaments. Les maladies chroniques posent également des défis pour les jeunes, surtout en ce qui a trait à la poursuite et au respect de leur pharmacothérapie.

Les pharmaciens sont les spécialistes des médicaments dans le système de soins de santé. Les pharmaciens doivent suivre une formation universitaire d'au moins cinq ans qui comprend un internat. Récemment, la plupart des provinces ont adopté une mesure législative qui accorde, jusqu'à un certain point, aux pharmaciens le droit de rédiger une ordonnance, ce qui leur permet de modifier la pharmacothérapie d'un patient pour en améliorer les résultats. C'est évidemment fait en collaboration avec le médecin qui traite le patient et les autres membres de l'équipe de soins de santé. Je vais aborder plus en détail les soins collaboratifs dans un instant.

Les pharmaciens sont les spécialistes des médicaments et les professionnels de la santé auxquels la population a le plus facilement accès. Grâce à ces modifications législatives, ils sont les mieux placés pour aider à la prestation des services aux aînés. Ils peuvent jouer un rôle considérable dans la gestion des maladies chroniques en assurant une gestion approfondie des médicaments. Le pharmacien peut évaluer de manière éclairée le patient et sa pharmacothérapie pour s'assurer qu'elle est appropriée, efficace, sécuritaire et adaptée, relever les problèmes et élaborer un plan pour les régler. Ce plan doit être transmis aux autres professionnels de la santé qui traitent le patient, et le pharmacien doit assurer un suivi du patient pour veiller à ce que les résultats désirés soient obtenus.

La recherche a démontré que de tels services se traduisent par des économies et aident les patients. Selon l'estimation de l'Association des pharmaciens de l'Ontario, la prestation de services élargis permettrait d'économiser 72,4 millions de dollars par année en soins de santé en Ontario. Selon une importante étude américaine, les services de gestion des médicaments dispensés par les pharmaciens ont donné un rendement de 1,29 \$ par dollar investi. En outre, plus de 95 p. 100 des patients interrogés étaient d'accord ou fortement d'accord pour dire que leur état de santé global et leur bien-être se sont améliorés grâce à ces services.

En plus des nouvelles mesures législatives, les pharmaciens font également partie des nouveaux modèles de collaboration interprofessionnelle, comme les équipes de santé familiale. Des études ont démontré que les pharmaciens au sein de telles équipes peuvent jouer un rôle crucial dans la gestion des maladies, comme l'hypertension, le taux de cholestérol élevé, l'asthme et d'autres maladies chroniques. Si nous améliorons la pharmacothérapie par la collaboration interprofessionnelle, moins de gens se rendront aux salles d'urgence ou à la clinique, ce qui laisse présager des économies dans les soins de santé. À l'avenir, il sera important d'inclure un pharmacien au sein des équipes interprofessionnelles de

soins de santé, parce qu'il joue un rôle important dans la prestation des soins nécessaires aux aînés.

En juin 2010, dans votre rapport sur les ressources humaines en santé, vous avez proposé des recommandations pour améliorer les soins collaboratifs interprofessionnels, dont une augmentation de tels soins pour les gens qui sont du ressort du gouvernement fédéral. Nous appuyons vos recommandations et nous vous proposons de les réitérer dans votre rapport final.

Il faut investir dans les dossiers de santé et ordonnances électroniques pour venir appuyer les soins collaboratifs et améliorer la continuité des soins.

• (1545)

Nous sommes heureux de voir que les provinces ont commencé à financer de nouveaux services offerts dans les pharmacies. Par exemple, le gouvernement ontarien paye les pharmaciens pour aider les patients à arrêter de fumer et optimiser la pharmacothérapie des patients qui prennent plus d'un médicament, qui reçoivent des soins à domicile et ceux qui sont atteints de diabète. Les pharmaciens sont aussi rémunérés pour examiner la pharmacothérapie des patients au Québec, en Saskatchewan et en Nouvelle-Écosse. La Colombie-Britannique finance actuellement un projet pilote à cet effet.

Nous recommandons que le gouvernement fédéral étudie la possibilité de financer les services de gestion des médicaments par les pharmaciens au sein des programmes de soins de santé des employés fédéraux, du Partenariat fédéral pour les soins de santé et de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

Le gouvernement fédéral a déjà mis en place certains programmes et a affecté des fonds pour lutter contre les maladies chroniques et aborder le vieillissement, dont la stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme et la stratégie canadienne sur le diabète. Nous avons collaboré étroitement avec le gouvernement pour offrir des programmes en vue de mettre en place des services dans les pharmacies et d'améliorer les résultats pour les patients en ce qui concerne l'abandon du tabagisme et la gestion du diabète. L'APhC encourage le gouvernement à continuer d'accroître son soutien dans ces programmes.

De plus, l'accessibilité des pharmaciens dans les collectivités fait en sorte qu'ils sont également bien placés pour jouer un rôle important dans le dépistage précoce et la prévention de maladies, comme l'hypertension artérielle. Les pharmaciens peuvent aussi inoculer des vaccins et faire la promotion du mieux-être et d'un mode de vie sain. Les gouvernements de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, du Nouveau-Brunswick, du Manitoba et de la Nouvelle-Écosse ont pris conscience de la capacité des pharmaciens d'offrir des services de vaccination. Ils ont, par conséquent, adopté des mesures législatives pour leur permettre d'offrir de tels services. Ces progrès permettent au Canada d'être mieux préparé à répondre aux menaces contre la santé publique.

La recherche a démontré que les programmes de dépistage dans les pharmacies ont réduit le nombre d'hospitalisations. Par exemple, une importante étude canadienne publiée plus tôt cette année a démontré que les programmes de dépistage de l'hypertension artérielle dans les pharmacies de 39 collectivités en Ontario ont réduit de 9 p. 100 le nombre d'hospitalisations en raison d'une crise cardiaque pour les patients de 65 ans et plus.

Il sera bientôt temps de renouveler l'accord sur la santé signé en 2004. L'APhC invite fortement les gouvernements à faire de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, les pièces maîtresses du nouvel accord prévu en 2014, parce que nous croyons particulièrement que ces éléments refléteront les besoins de notre population vieillissante.

J'aimerais aborder brièvement le rôle de l'APhC en tant que maison d'édition de documents sur les médicaments et les traitements thérapeutiques. Notre service électronique, e-Therapeutics+, donne aux médecins, aux infirmières et aux pharmaciens un accès à des renseignements récents fondés sur des données probantes sur les médicaments et les traitements thérapeutiques qui les aideront à prendre des décisions éclairées pour garantir de meilleurs résultats pour les patients.

L'APhC aimerait collaborer avec Santé Canada et Inforoute Santé du Canada pour améliorer l'accès à notre ressource aux points de service en l'intégrant aux diverses utilisations des dossiers de santé électroniques, comme les ordonnances électroniques.

En terminant, les pharmaciens jouent un rôle crucial dans la gestion et la réduction des effets des maladies chroniques avec lesquelles sont aux prises les aînés au Canada. En essayant de renforcer ce rôle, en partenariat avec les provinces et les territoires ou avec les pharmaciens, le gouvernement fédéral peut vraiment aider nos aînés à avoir accès aux soins de qualité qu'ils méritent pleinement.

Merci beaucoup.

• (1550)

La présidente: Merci beaucoup. C'était un exposé très éclairant.

Passons maintenant à l'Initiative nationale pour le soin des personnes âgées. Allez-y, madame Hirst.

Mme Sandra Hirst (membre de l'exécutif, Initiative nationale pour le soin des personnes âgées): Merci, madame la présidente.

Je m'excuse de ne pas vous avoir apporté de crudités ou de quartiers de pomme, mais je ne sais pas si ma mallette aurait été assez spacieuse pour tout contenir.

Pour vous mettre en contexte, l'Initiative nationale pour le soin des personnes âgées a été créée il y a environ cinq ans grâce au financement du réseau national des centres d'excellence du Canada. Notre initiative regroupe des gériatres, des infirmières, des travailleurs sociaux et d'autres professionnels de la santé. Nous comptons maintenant plus de 2 000 membres, dont des avocats, des policiers et d'autres personnes soucieuses de promouvoir la santé et le bien-être des personnes âgées.

Je suis infirmière spécialisée principalement dans les soins de longue durée, mais aussi dans les soins à domicile. Mes commentaires refléteront donc mon bagage.

Mon exposé portera précisément sur le vieillissement, les personnes âgées et les maladies chroniques, le tout présenté sous forme de messages clés. Étant donné le nombre de témoins que vous avez convoqués et que vous convoquez encore, je suis persuadée que vous êtes pleinement conscients de l'augmentation du nombre de maladies chroniques et des statistiques à cet égard.

Premièrement, le vieillissement est un processus permanent. Au Canada, on entend normalement par personnes âgées les hommes et les femmes de 65 ans et plus. Cet énorme bassin en pleine croissance est extrêmement hétéroclite; on y retrouve des gens ayant des valeurs, des niveaux de scolarité et des statuts socio-économiques

différents, mais aussi diverses maladies chroniques qui affectent l'état de santé global.

Les femmes et les hommes vieillissent différemment et leurs maladies chroniques se manifestent donc de diverses façons. Par conséquent, leur gestion se fait bien entendu différemment. Il y a d'importantes différences entre la vie à 65 ans et la vie à 75 ou 85 ans. Le vieillissement peut entraîner divers degrés d'indépendance ou de dépendance, selon la présence de maladies chroniques.

La majorité des personnes âgées au Canada, plus de 90 p. 100, vivent principalement de manière indépendante chez eux et veulent y demeurer. Voilà pourquoi la notion de « vieillir chez soi » est répandue, et c'est aussi pourquoi nous nous en servons dans la planification des ressources et la prestation des services. Nous devrions peut-être plutôt nous dire qu'il faut vieillir au bon endroit avec les bonnes ressources.

Je dois aussi vous rappeler que les aînés d'aujourd'hui ne seront pas les aînés de demain. Les décideurs et les fournisseurs de services doivent prendre les mesures qui s'imposent, parce que cela influera sur notre façon de lutter contre les maladies chroniques.

Deuxièmement, les maladies chroniques ne sont pas une conséquence inévitable du vieillissement. Même si leur présence augmente avec l'âge, on ne devrait pas voir le vieillissement et les maladies chroniques comme un rapport de cause à effet.

Les maladies chroniques sont le résultat d'une multitude de facteurs, dont la constitution génétique, le sexe, l'environnement et le mode de vie. La majorité des maladies chroniques qui touchent les aînés s'expliquent par une combinaison de facteurs de risque comportementaux, comme une alimentation malsaine — voilà pourquoi j'ai proposé plus tôt des crudités —, l'inactivité physique et le tabagisme, et de facteurs de risque naturels, comme l'âge et l'hérédité.

C'est un fait établi qu'il y a, au Canada, de plus en plus de maladies chroniques et de personnes âgées, surtout de plus de 80 ans. En mettant l'accent sur le vieillissement en santé, nous stimulerons l'activité physique et la santé au Canada, ce qui aidera à réduire ou à retarder l'apparition de maladies chroniques et les besoins en soins de santé.

Troisièmement, les maladies chroniques sont synonymes d'une dégradation de l'état de santé et d'une déficience pour certaines personnes âgées. Les maladies chroniques entraînent très souvent une dégradation de l'état de santé et une déficience chez les gens du troisième âge, notamment une dégradation de la vue ou de l'ouïe ou des troubles d'équilibre qui provoquent des chutes et des blessures.

L'OMS a récemment décidé de mettre à l'avant-plan quatre types de maladies non transmissibles, soit les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer et les maladies respiratoires chroniques. Ces maladies causent des décès prématurés. L'OMS a aussi mis l'accent sur quatre facteurs de risque, à savoir le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, l'inactivité physique et les régimes alimentaires élevés en sel et en gras.

La majorité des personnes âgées vivant à domicile, environ 80 p. 100, sont aux prises avec au moins une maladie chronique. De ce nombre, 33 p. 100 en ont trois ou plus comparativement à 12 p. 100 pour les jeunes adultes dans la même situation. Pour les personnes âgées, les cas de cancer, de maladies cardiovasculaires et de démence sont extrêmement nombreux. De plus, de 10 à 15 p. 100 des personnes âgées montrent des symptômes de dépression ou ont une dépression clinique, qui est une autre maladie chronique.

La polypharmacie est un problème de santé reconnu et est souvent associée à la présence d'une maladie chronique. Je tiens à préciser que je parle exclusivement de polypharmacie.

• (1555)

On doit se rappeler que permettre aux personnes âgées de préserver leur autonomie devrait être un objectif poursuivi par la personne, la collectivité et les responsables de l'élaboration des politiques. En effet, la présence de maladies chroniques et la douleur qui y est associée sont souvent en grande partie responsables de la dépendance.

En favorisant les activités et les choix qui aident les personnes âgées à retarder l'arrivée des maladies chroniques et à gérer la douleur — par exemple, des activités physiques appropriées et des programmes de prévention des chutes —, on peut réduire la dépendance créée par les maladies chroniques et, au bout du compte, les aider à vivre dans la collectivité. Pour y arriver, il faudrait réorganiser les priorités en soutenant la promotion de la santé, du vieillissement sain et de l'appui familial et communautaire et en encourageant la prévention des maladies et des blessures, plutôt que de se concentrer sur les traitements médicaux et les soins actifs.

Un autre message clé nous rappelle qu'il faut mettre sur pied et utiliser des programmes d'autogestion, une technique qui fait référence aux tâches qu'une personne doit accomplir pour bien vivre avec une ou plusieurs maladies chroniques. Parmi ces tâches figure celle d'acquiescer la confiance nécessaire pour gérer ses médicaments, ses habitudes de vie et ses émotions. Il s'agit habituellement d'un processus entrepris par la personne âgée, en partenariat avec un professionnel de la santé.

L'éducation représente un élément clé, car la personne âgée a besoin de renseignements exacts et à jour qui l'aideront à gérer sa maladie chronique de façon éclairée. On dit souvent qu'une personne âgée a fait un choix inapproprié ou — et je cite — stupide, mais en réalité, nous devons nous demander quels renseignements on lui a fournis pour l'aider. Il existe plusieurs programmes d'autogestion au Canada, et le premier a été mis sur pied à l'Université de Victoria.

Voici un autre message clé: il est essentiel d'appuyer les aidants naturels. Par exemple, l'appui aux personnes âgées qui souffrent d'une maladie chronique et qui pourraient avoir besoin d'aide pour faire leur épicerie ou se rendre à un rendez-vous avec leur médecin fait partie de soins qui sont, dans une grande mesure, dispensés par des membres de la famille. Toutefois, ces personnes demeurent souvent invisibles. De plus, elles ne sont souvent ni formées ni éduquées sur le vieillissement; par exemple, comment répondre aux besoins mineurs en matière de santé associés à une maladie chronique, comment différencier les changements normaux liés au vieillissement des changements problématiques qui peuvent se transformer en une maladie chronique chez les personnes âgées ou enfin, comment naviguer le système de santé?

Les familles, par leur appui, représentent une contribution de plusieurs milliards de dollars par année; en effet, on estime que les aidants naturels représentent entre 60 et 80 milliards de dollars en appui. Toutefois, les dépenses liées aux soins de santé, par exemple le temps perdu au travail, peuvent appauvrir certaines familles.

La fatigue, le fardeau des aidants naturels et l'épuisement sont aussi partie des défis auxquels font face les familles. Dans nos programmes de formation, nous disons souvent à nos étudiants qu'ils ont deux patients: la personne âgée et celle qui se trouve à ses côtés. Toutefois, le financement ne permet de traiter que l'une d'entre elles.

Voici un autre message clé: les relations sociales peuvent contribuer à la qualité de vie. Il existe de solides indications selon

lesquelles un niveau plus élevé d'intégration sociale serait associé à de plus bas taux de morbidité et de mortalité. On a aussi découvert qu'une meilleure intégration sociale protège contre un grand nombre de maladies physiques et mentales.

Après avoir vérifié de nombreux autres facteurs, une étude américaine récente allègue que la solitude pourrait être associée avec un plus grand risque de coronaropathie. En Thaïlande, une étude visant des personnes âgées a démontré que l'appui social atténuait les répercussions liées à la dépendance et à l'invalidité et diminuait le risque de dépression.

La participation sociale peut être un facteur favorisant la santé des personnes âgées qui souffrent d'une maladie chronique, et il est important de l'explorer, mais d'un autre côté, les défis liés au transport — par exemple, se rendre à un arrêt d'autobus ou obtenir des membres de la famille qu'ils les conduisent quelque part — sont des préoccupations graves qui peuvent gêner les relations sociales.

Voici un autre message clé: les hôpitaux de soins actifs ne sont pas conçus pour soigner les patients souffrant de maladies chroniques. Ils sont plutôt conçus pour les interventions à court terme qui visent à soigner les symptômes. En effet, on se concentre plutôt sur les problèmes de santé apparents et souvent, on ne se rend pas compte que la personne âgée est un tout, avec ses forces et ses défis liés au vieillissement. Les personnes âgées qui se présentent souvent dans les hôpitaux de soins actifs alors qu'elles sont déjà atteintes d'une maladie chronique — par exemple, l'hypertension ou le diabète — influent sur l'attitude des médecins, des infirmiers et infirmières, etc.

Voici un autre message clé: il faut intervenir dès le début. Les maladies chroniques ne sont pas un cadeau que l'on reçoit à son 65^e anniversaire. La promotion de la santé doit être un objectif clair et obligatoire dans tous les programmes d'éducation au pays, et doit s'enseigner dès les premières années du primaire.

• (1600)

J'aimerais vous remercier de nous avoir écoutés.

La présidente: Merci, madame Hirst. C'était un excellent exposé.

Nous allons maintenant passer au projet visant à concrétiser la recherche dans les soins aux aînés.

Madame Estabrooks, allez-vous nous présenter le projet?

Mme Carole Estabrooks (professeure, Faculté des sciences infirmières, Université de l'Alberta; chaire de recherche du Canada sur l'application des connaissances, à titre personnel): Oui, et Mme Pringle vous présentera la conclusion.

La présidente: Merci. Vous pouvez commencer.

Mme Carole Estabrooks: Merci, madame la présidente, et merci aux membres du comité.

Nous, les Canadiens, vivons plus longtemps et nous sommes plus en santé que jamais. Certains d'entre nous, toutefois, souffriront d'une maladie chronique comme l'Alzheimer ou d'une autre forme de démence liée à l'âge. Même si nous serons en mesure d'habiter dans nos foyers et dans nos collectivités plus longtemps, tôt ou tard, les soins dont nous aurons besoin dépasseront les capacités de nos familles et de nos collectivités et nous serons placés dans un centre de soins, où nous passerons les dernières années ou les derniers mois de notre vie. Nous prévoyons qu'en 2038, un million de Canadiens souffriront d'Alzheimer ou d'une maladie semblable liée au vieillissement, et que les trois quarts de ces personnes mourront dans un centre de soins.

La démence est une maladie progressive qui se manifeste par des pertes permanentes sur le plan de la mémoire et de la capacité de gérer ses affaires et de reconnaître les membres de sa famille. Au bout du compte, on perd la capacité d'accomplir les activités de base de la vie quotidienne, c'est-à-dire manger, marcher, parler, avaler, et aller à la toilette. Cette maladie est incurable.

Étant donné qu'un grand nombre d'entre nous ne sont pas en mesure de se représenter à quoi peut ressembler la vie dans un centre de soins, je vous demanderais d'imaginer pour un instant une expérience que tout le monde connaît: prendre l'avion. Je ne parle pas d'un voyage éclair entre Ottawa et Toronto ou entre Ottawa et Montréal, mais d'un vol entre Ottawa et Sydney, en Australie.

L'organisation de la vie quotidienne dans un centre de soins peut être comparée à l'organisation de la vie dans un avion.

Tout d'abord, vous ne pouvez pas choisir votre voisin de siège, et il pourrait sentir mauvais, faire du bruit en mangeant, placoter sans arrêt ou au contraire, refuser d'échanger quelques plaisanteries à l'occasion. Vous devez ranger les quelques effets personnels qu'on vous permet d'apporter, afin qu'ils n'empiètent pas sur l'espace de votre voisin ou dans l'allée. Vous mangez selon l'horaire imposé par le transporteur, et non lorsque vous avez faim — en admettant qu'on vous nourrit, bien sûr — et de plus, vous ne pouvez pas vraiment choisir ce que vous mangez. Vous devez utiliser les installations communautaires comme les toilettes et vous devez attendre votre tour; parfois, vous ne pouvez pas vous y rendre lorsque vous en avez besoin, car un chariot bloque l'allée ou la consigne lumineuse vous enjoignant de boucler votre ceinture est allumée. La télévision est allumée, que vous soyez intéressé à la regarder ou non. Vous devez vous attacher avec une sangle afin de vous protéger des blessures, même si le risque est très faible. Il n'y a rien à faire et nulle part où aller.

Il est intéressant de mentionner que la qualité du service peut aussi dépendre de votre capacité de payer. Lorsque nous voyageons en avion, nous acceptons de bonne grâce ces ennuis temporaires qui réduisent notre espace et diminuent notre autonomie, car en retour, on nous amène où nous voulons aller.

Nous pourrions alors nous demander à quels avantages peuvent s'attendre les résidents des centres de soins. Les gens âgés qui vivent et meurent dans ces centres ne contribuent plus à la société comme lorsqu'ils étaient jeunes ou adultes. Ils ne sont plus enseignants, agents de police, médecins ou infirmières. Ils n'ont plus la possibilité de construire, de rénover, de jouer dans un film, de gouverner, de nager, de skier ou de courir. Ils ne votent plus. Ils sont Rita Hayworth et Ronald Reagan, Norman Rockwell et Tommy Dorsey, Winston Churchill et Margaret Thatcher. Mais encore plus important, ils sont nos mères, nos pères, nos soeurs, nos frères, nos maris, nos femmes et parfois, ils sont nous.

Nous apportons toutes nos connaissances et nos capacités aux soins des bébés prématurés, qui sont fragiles et vulnérables. Nous les plaçons dans certaines des installations les plus dispendieuses et technologiques du pays, c'est-à-dire les unités néonatales de soins intensifs. Nous assumons qu'il est tout à fait normal d'agir ainsi, car nous croyons qu'une vie à vivre est précieuse et possède une valeur intrinsèque. À l'autre extrémité de la vie, toutefois, nous plaçons nos personnes âgées, fragiles et vulnérables, dans des centres de soins, qui représentent l'environnement le moins coûteux et le moins bien planifié au Canada. On peut alors se demander quelle valeur les Canadiens accordent à une vie qui a été vécue et qui a contribué à bâtir le pays.

Nous pourrions vous en dire long sur ce qui ne va pas avec les centres de soins au Canada et avec les services que nous fournissons ou ne fournissons pas aux personnes âgées. Par exemple, le système de centres d'accueil, mal conçu et fragmenté, ne parvient pas à fournir des soins efficaces et compatissants aux personnes âgées qui sont fragiles et vulnérables; l'énorme quantité de données fournies par les provinces et le fédéral ne font que prouver la mauvaise qualité de vie et la piètre qualité des soins accordés aux personnes âgées qui vivent dans ces centres; enfin, la qualité de vie de leurs aidants naturels est grandement diminuée.

Plutôt que vous les énumérer, nous pensons qu'il serait plus utile de vous dire comment certaines de ces choses pourraient être améliorées.

Tout d'abord, nous appuyons tout ce qui pourrait retarder l'entrée des Canadiens dans les centres de soins aussi longtemps que possible et qui leur permettrait d'habiter dans leurs propres maisons et dans leurs collectivités, mais pas aux dépens de la santé et du bien-être de leurs aidants naturels. Toutefois, nous ne pouvons pas échapper à la réalité des centres de soins ou au fait qu'environ 80 p. 100 des aidants naturels ne sont pas réglementaires et qu'ils ne possèdent que peu ou pas de formation. Nous ne pouvons pas non plus fermer les yeux sur le fait que le secteur des soins de longue durée en résidence est le moins bien financé de tous les secteurs liés aux soins de la santé, compte le moins de chercheurs et affiche les taux les plus bas de financement en recherche.

● (1605)

Peu d'entre nous connaissent bien les maisons de soins infirmiers, qui représentent une partie de notre système. C'est simplement que nous n'y pensons pas vraiment tant que l'un de nos êtres chers n'a pas besoin d'y séjourner. C'est l'un des seuls lieux de soins où nous n'avons pas terminé la désinstitutionnalisation.

Toutefois, les maisons de soins infirmiers d'aujourd'hui sont bien différentes de ce qu'elles étaient il y a 10 ou 20 ans. Les résidents ont plus d'intimité. On utilise moins de moyens de contention. Les maisons les plus récentes et les types de soins les plus modernes offrent un milieu qui ressemble à un domicile, un accès plus sécuritaire à l'extérieur et un meilleur traitement de la douleur. Nous avons de meilleures façons d'améliorer la qualité de vie de ces Canadiens âgés, en leur offrant des petits plaisirs de la vie tous les jours.

Cela passe entre autres par, et je crois que c'est la raison pour laquelle nous avons été invitées, la recherche appliquée — pour notre part, il s'agit du TREC, le translating research in elder care program, ou programme de concrétisation de la recherche dans les soins aux aînés. Jusqu'à présent, le programme TREC est une belle réussite, et à notre avis, un bon modèle pour changer ce volet du système — il est bon parce qu'il est important. Il a reçu une subvention de cinq millions de dollars des Instituts de recherche en santé du Canada, un fort vote de confiance pour un travail essentiel dans le domaine. Cela inclut jusqu'à maintenant 40 maisons de soins infirmiers, 3 000 aides-soignants et 500 membres d'une profession de la santé réglementée, ainsi que des milliers de dossiers médicaux de résidents.

Nous pouvons ainsi étudier les différences considérables entre les provinces et leurs différentes conditions. Il nous faut plus d'études sur les services de santé appliqués à grande échelle, qui doivent être complétés par des recherches cliniques qui nous montreront comment gérer les problèmes de mobilité, de douleur, et d'incontinence et faire en sorte que les aînés aient du plaisir dans la vie de tous les jours.

Dans le cadre du programme TREC, nous avons été en mesure de trouver des maisons de soins infirmiers dans lesquelles les membres du personnel utilisent plus de nouvelles connaissances et sont plus en santé et moins épuisés, et qui sont donc capables de procurer des soins de meilleure qualité. Nous avons également réussi à trouver des stratégies pour amener le personnel des soins de santé de première ligne à améliorer les pratiques de soins et à utiliser de nouvelles connaissances qui amélioreront la qualité de vie des aînés au quotidien et en fin de vie, la sécurité, la qualité de la vie au travail des fournisseurs de soins de santé, le soutien des familles et d'autres aidants naturels, et à utiliser davantage de pratiques exemplaires.

Le système TREC rend cela possible en nous aidant à cibler des champs d'intervention clés et des bonnes pratiques que nous devrions diffuser; à produire des rapports comparatifs de manière à ce que les maisons de soins infirmiers puissent savoir où elles se situent par rapport aux autres; à fournir une plateforme à l'aide de laquelle nous pouvons éprouver l'efficacité de nouvelles stratégies et de nouveaux programmes; et à déterminer des secteurs importants pour des travaux supplémentaires ou à venir.

Docteure Pringle.

•(1610)

Dre Dorothy Pringle (professeure émérite, Faculté des sciences infirmières Lawrence S. Bloomberg, Université de Toronto, à titre personnel): Quelles mesures devons-nous prendre si nous voulons améliorer les soins prodigués aux personnes âgées fragiles qui vivent dans des maisons de soins infirmiers à la fin de leur vie? Permettez-nous de vous parler de deux volets pour lesquels nous croyons que le gouvernement fédéral peut jouer un rôle de premier plan.

Le programme TREC a montré qu'il nous faut une approche coordonnée qui contribue à regrouper les diverses administrations des soins prodigués aux personnes âgées fragiles et vulnérables au Canada. Le gouvernement fédéral doit créer, le plus tôt possible, une loi sur les soins de longue durée pour les soins de santé communautaire et les soins en établissement, qui s'ajouterait à la Loi canadienne sur la santé pour les soins actifs et les services de médecins.

Il faut que la loi comporte un fonds d'assurance pour les soins de longue durée, comme c'est le cas dans bon nombre de pays européens. Elle doit comprendre des normes sur la qualité des soins,

notamment sur ce qui définit des effectifs adéquats. Au pays, comme il y a des différences importantes en ce qui concerne les ressources pour les soins de longue durée et les règles régissant l'accès à ces soins, il est donc difficile pour les familles d'installer leurs aînés qui ont besoin d'un centre de soins de santé communautaire ou d'une maison de soins infirmiers près de chez elles.

Ensuite, il nous faut augmenter le nombre de recherches qui guident les soins de longue durée, surtout en appuyant des études à grande échelle comme celles du programme TREC, qui coûtent cher. Des coupures dans le budget des IRSC risquent de limiter le nombre de recherches, qui n'est déjà pas très élevé — voire de le réduire.

Surtout, il faut un plus grand nombre de chercheurs qui se consacrent aux recherches sur les services cliniques et les services de santé axés sur les personnes âgées qui reçoivent des soins de longue durée. Cela nécessitera un plus grand nombre de bourses postdoctorales pour aider les étudiants à payer leurs études.

À défaut d'une découverte presque spectaculaire qui permettrait de prévenir et de traiter plus efficacement la démence liée à l'âge, nous sommes confrontés à un problème national de taille qui s'étalera durant toute notre vie et celle de nos enfants et de nos petits-enfants. Même si l'on fait une découverte spectaculaire, les maisons de soins infirmiers feront partie de notre société pendant longtemps. Il nous faut trouver la façon de bien gérer la situation.

La recherche est importante, mais elle ne suffit pas pour l'instauration de changements nécessaires permettant de servir adéquatement les aînés canadiens fragiles atteints de démence. Nous aurons besoin de la volonté des Canadiens ainsi que de leurs fonctionnaires de prêter attention, de façon coordonnée, et c'est nécessaire, à un groupe de citoyens qui ont déjà contribué à la productivité de la nation et qui ne peuvent plus le faire de la même manière, mais qui, selon nous, contribuent encore au tissu social du Canada.

Merci.

Le président: Merci beaucoup. C'est un très bon exposé.

Nous passons maintenant aux questions. Vous disposez tous de sept minutes. Nous commençons par M. Morin.

[Français]

M. Dany Morin (Chicoutimi—Le Fjord, NPD): Je remercie nos invités d'être présents aujourd'hui.

Ma première question s'adresse à Mme Garon.

Vous avez beaucoup parlé des besoins en matière de logement, surtout dans le cas des aînés à faible revenu. Avez-vous des suggestions sur les mesures financières que devrait prendre le gouvernement fédéral pour aider les aînés à faible revenu à se loger? Il pourrait peut-être même investir directement dans le logement. J'aimerais connaître votre opinion à ce sujet.

Mme Suzanne Garon: Le logement ou le fait de vivre chez soi étaient des questions primordiales pour l'ensemble des groupes de concertation, aussi bien au Québec, dans le cadre des projets pilotes, que dans d'autres parties du Canada ou dans des villes ailleurs dans le monde. Selon les modèles qui prévalent actuellement au Canada et au Québec, vivre chez soi, c'est notamment vivre dans un appartement dans lequel on a toujours vécu pour se retrouver à la fin de sa vie dans un centre d'hébergement pour personnes âgées.

Il y a plusieurs types d'appartements, plusieurs modalités possibles, mais ce n'est pas pensé. Il n'y a pas suffisamment de recherche sur la façon de vivre chez soi correctement, dans un environnement spécifique, et d'éviter de se retrouver par la suite dans un endroit pour personnes âgées. Il manque de recherche, mais il manque aussi de financement à l'égard de logements sociaux bien conçus. C'est un peu comme si on pouvait ouvrir des unités qui ne soient pas uniquement de type A ou B. Pour le moment, il n'y a rien entre les deux. Il nous faut vraiment réfléchir et offrir des services et des maisons et de l'hébergement de ce genre. Il faut des programmes de financement destinés aux logements sociaux.

Je n'ai pas pris beaucoup de temps pour ma présentation parce qu'il y avait un problème relatif à l'heure indiqué à la télévision. J'aimerais donc vous dire que dans le cadre des groupes de concertation, nous avons reçu des comptes rendus textuels de gens provenant de pratiquement toutes les villes. Certains nous disaient « J'ai 80 ans, et le fonds de pension auquel j'ai contribué me permet de vivre jusqu'à 86 ans. Que va-t-il m'arriver si je vis jusqu'à 90 ans et que je suis en santé? Je ne peux pas rester dans cet appartement qui me coûte 1 000 \$, 1 200 \$ ou 1 300 \$ par mois. »

Il nous faut donc réfléchir en profondeur à la question de vivre chez soi, qui est un phénomène social, et investir dans ce domaine.

•(1615)

M. Dany Morin: Merci beaucoup.

Ma prochaine question s'adresse à M. Poston.

[Traduction]

Tout à l'heure, vous avez parlé brièvement des dossiers médicaux. Que pensez-vous du travail que nous faisons au Canada depuis 2004 concernant l'accès des pharmaciens aux dossiers médicaux?

Surtout, quelle est la prochaine étape en prévision de l'accord de 2014? En tant que membre de l'Association des pharmaciens du Canada, à quoi vous attendez-vous sur la question des dossiers médicaux dans le cadre du prochain accord sur la santé?

M. Jeff Poston: Merci. Je pense que c'est une question importante.

À mon avis, ce que nous avons constaté jusqu'à maintenant, et c'est important, c'est que presque tous les pays qui ont adopté une approche descendante coûteuse pour tenter de créer des dossiers médicaux électroniques ont eu de la difficulté à le faire. Par exemple, le Royaume-Uni et l'Ouganda ont investi encore plus d'argent que le Canada et n'ont probablement pas fait beaucoup plus de progrès.

Il nous faut continuer d'investir. On semble croire — et je pense que c'est l'avis de bien des gens — que nous avons assez investi, en quelque sorte. Je pense qu'il nous faut probablement continuer à le faire.

Il nous faut encourager davantage des initiatives locales et examiner certains projets qui peuvent être élaborés à l'échelle régionale.

Nous constatons des changements. Par exemple, cyberSanté Ontario tente d'élaborer une initiative locale très pragmatique et financée à l'échelle locale. À mon avis, ce sera probablement notre meilleure chance de réussite.

En revanche, il sera extrêmement important, pour régler bon nombre des problèmes que nous connaissons — par exemple en ce qui concerne les soins de longue durée et les soins à domicile —, de pouvoir communiquer des renseignements dans toute la gamme de soins. Il est extrêmement important d'avoir des dossiers médicaux électroniques. Je ne pense pas que nous ayons encore trouvé la façon

de procéder, et il faudra probablement investir davantage. Il faut que ce soit une priorité, à mesure que nous avançons.

[Français]

M. Dany Morin: Merci beaucoup.

Ma prochaine question s'adresse à Mme Pringle.

[Traduction]

Je vais lire un passage tiré de votre article qui traite de la collaboration interdisciplinaire et de la réforme des soins de santé primaires:

De plus, les modalités actuelles de rémunération des médecins vont à l'encontre d'une pratique interdisciplinaire en collaboration dans les soins primaires. Un réinvestissement innovateur des sommes allouées à la santé pourrait appuyer les infirmières praticiennes, les infirmiers et infirmières et d'autres professionnels de la santé...

Quels changements proposeriez-vous en prévision de l'accord sur la santé de 2014?

Dre Dorothy Pringle: Eh bien, je pense qu'un certain nombre d'endroits et de différents pays nous montrent très bien que le paiement à l'acte pour les professionnels de la santé n'encourage pas la collaboration interdisciplinaire — et il n'assure pas non plus les meilleurs soins.

Je crois toutefois que c'est un changement énorme, car traditionnellement, nous rémunérons la plupart des praticiens, mais certainement pas tous, et nous ne rémunérons pas tous les praticiens de soins primaires. À mesure que nous passons à de vrais soins primaires par opposition à la médecine familiale, je pense que de moins en moins de professionnels de la santé sont payés à l'acte et par d'autres modes de rémunération.

Je pense qu'un changement fondamental est nécessaire pour que cette voie soit suivie partout.

•(1620)

La présidente: Merci, docteur Pringle.

Nous passons maintenant à M. Gill.

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

J'aimerais remercier les témoins de leur présence.

Tout d'abord, docteur Hirst, je crois comprendre que votre organisme est en train de créer une ressource pour aider les aînés à mieux comprendre la dépression et la façon de la traiter. Pouvez-vous en dire davantage sur le projet?

Mme Sandra Hirst: En fait, nous avons déjà une ressource qui vient de la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, qui est financée par l'Agence de la santé publique du Canada. L'objectif de NICE est de prendre d'excellentes ressources fondées sur des données probantes, qui sont surtout canadiennes, et de les distribuer à tous les professionnels de la santé. Puisque la coalition a des ressources exceptionnelles qui permettent de différencier le délire de la dépression et de la démence, nous les utilisons.

Ai-je répondu à votre question, ou aimeriez-vous que je vous donne plus de détails?

M. Parm Gill: Si vous en avez d'autres à me donner, j'aimerais bien, mais...

Mme Sandra Hirst: En fait, les ressources sont offertes sur notre site Web et elles sont fournies dans l'ensemble du pays. À l'heure actuelle, nous suivons l'évolution des choses, et nous avons distribué probablement un demi-million de ressources, parmi lesquelles une bonne proportion est liée à la dépression, au délire, à la démence, etc.

M. Parm Gill: Je crois également comprendre que votre organisme a une « équipe thématique » sur l'ethnicité et le vieillissement. Pourquoi votre organisme l'a-t-il créée et quelles questions liées à la santé diffèrent pour des raisons liées à l'ethnicité? Pouvez-vous en dire davantage à ce sujet?

Mme Sandra Hirst: C'est un thème relativement récent. À titre informatif, au départ, nous avions cinq équipes thématiques — sur les soins, par exemple, et les mauvais traitements envers les personnes âgées. Il y a environ 18 mois, un certain nombre de nos membres et de gens du public nous ont demandé d'étudier la notion d'ethnicité, compte tenu de la diversité de la population du pays.

Les Canadiens d'origine chinoise constituent l'un des groupes importants pour nous. Ce n'est pas que les questions de soins de santé liées aux Chinois sont différentes; c'est la façon dont ils s'adaptent à ces stratégies qui peut être différente ou la façon dont ils interagissent avec leurs voisins, et les termes qu'ils utilisent. Nous tentons donc de comprendre davantage ce groupe culturel, la façon dont il définit et utilise les termes, les comportements qui fonctionnent dans son cas, et dans quelle mesure cela diffère de la réalité canadienne dans son ensemble de sorte qu'on en tienne compte dans la pratique.

Cela s'applique dans le cas des Canadiens d'origine chinoise, mais aussi de ceux d'origine indienne ou ghanéenne. Il s'agit simplement de comprendre la diversité culturelle du pays et de toujours en tenir compte dans la pratique.

Un exemple courant concerne certains de nos nouveaux immigrants thaïlandais. Pour les aînés, le mot « cancer » n'existe pas, mais le cancer fait partie de la réalité de leurs soins de santé. Le mot « dépression » n'existe peut-être pas pour les aînés thaïlandais, mais ils ont des expressions équivalentes à « avoir le cafard » et « se sentir triste ».

Il s'agit de nous donner à nous, les professionnels de la santé, une idée, de sorte que lorsque nous travaillons avec les membres d'un groupe ethnoculturel, nous commençons vraiment à comprendre leur langage et les choix qu'ils font, et nous pouvons améliorer leur santé davantage et mieux les soutenir.

M. Parm Gill: Avez-vous une liste de groupes ethniques que vous ciblez en particulier, et pourquoi?

Mme Sandra Hirst: Le groupe de Canadiens chinois a été le premier. Bien entendu, c'est avant tout en raison de sa population importante. L'autre raison, c'est que nous avons des collègues qui s'intéressent beaucoup aux questions ethnoculturelles liées aux Canadiens d'origine chinoise. Puisque nous ne pouvons tout simplement pas tout faire, nous commencerons par ce groupe, nous verrons comment les choses évolueront, et nous ferons peut-être la même chose avec d'autres groupes.

L'autre question pour laquelle le multiculturalisme joue un rôle clé, c'est celle de la violence et la négligence envers les aînés et certaines des connotations culturelles qui y sont liées. Nous ciblons les Canadiens d'origine chinoise à cet égard, de même que certaines Premières nations et certains groupes ethniques de l'Indochine et de l'Asie du Sud-Est.

M. Parm Gill: Bon nombre de communautés ethniques gardent leurs parents et les aînés de leur famille chez elles; essentiellement,

ils habitent avec leur famille, leurs enfants ou leurs petits-enfants, et d'autres personnes. Vous penchez-vous là-dessus? Avez-vous des renseignements à cet égard qui sont peut-être différents par rapport aux autres?

• (1625)

Mme Sandra Hirst: À l'heure actuelle, ce n'est pas l'une de nos priorités pour ce qui est de nos équipes thématiques, mais à notre avis, c'est un fait bien établi au sein du milieu de la recherche au Canada — et je m'en remets à mes collègues également — que les pratiques et l'état de santé des aînés de différentes origines ethniques peuvent changer. Les recherches nous montrent également que le fait d'immigrer au pays aura des répercussions sur l'état de santé d'une personne, peu importe si elle est de la première ou de la deuxième génération.

Elles ne sont peut-être pas considérables, mais il existe de fortes indications qu'au pays, les groupes multiculturels et les immigrants ont des besoins.

Soit dit en passant, nous menons présentement une étude sur l'état de santé des immigrants de première génération qui sont âgés de plus de 65 ans, sur ce qu'ils disent à propos de leur santé, et sur la façon dont ils utilisent les services de soins de santé. Cependant, nous venons à peine de la commencer. C'est un sujet très important, mais nous commençons.

M. Parm Gill: Merci.

La présidente: Allez-y, monsieur Poston.

M. Jeff Poston: Pourrais-je ajouter quelque chose? Dans la pratique, nos membres voient régulièrement des situations où un enfant vient à la pharmacie accompagné de son grand-parent ou d'un parent âgé et sert d'interprète. Je crois qu'il est très important de mettre en place le cadre culturel adéquat, le langage adéquat.

Nous avons beaucoup de documents d'information sur les médicaments qui sont traduits dans diverses langues, mais bien souvent, dans la pratique, bon nombre de professionnels de la santé doivent composer avec un enfant comme interprète.

M. Parm Gill: Merci.

Ma prochaine question s'adresse aux représentants de l'Association des pharmaciens du Canada. Les dossiers de santé électroniques ont déjà été décrits comme des moyens d'améliorer le flux d'information et la collaboration entre les professionnels de la santé. Que fait votre organisation pour faciliter leur mise en place? Comment les dossiers de santé électroniques pourraient-ils servir à réduire l'impact des maladies chroniques chez les aînés canadiens?

M. Jeff Poston: Nous collaborons notamment avec Inforoute Santé du Canada.

Notre grand engagement, en tant qu'association nationale, est d'élaborer des normes nationales; donc, plutôt que d'essayer de réinventer la roue en ce qui concerne les dossiers de santé électroniques dans chaque province, nous tentons d'établir des normes pancanadiennes, ce qui signifie que la technologie pourrait être élaborée d'une seule façon, si vous voulez, pour tout le pays. L'une de nos principales activités consiste à plaider en faveur de normes pancanadiennes.

Nous travaillons également, avec des collègues en médecine et en nursing, ainsi qu'avec Inforoute Santé, à l'élaboration de normes concernant l'information qui devrait se trouver dans un dossier et l'échange d'information dans l'ensemble du continuum de soins. Voilà deux exemples de ce que nous faisons à ce chapitre.

La présidente: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant donner la parole à Mme Fry.

L'hon. Hedy Fry (Vancouver-Centre, Lib.): Merci beaucoup, madame la présidente.

Je tiens à remercier tous les témoins de leurs excellents exposés. Vous avez mis en évidence certains des principaux enjeux dont il nous faut discuter. L'un d'eux porte sur le vieillissement chez soi.

J'ai assisté récemment à la conférence de Baycrest à Toronto. On y a indiqué que selon les études, lorsqu'on retire les personnes âgées de leur environnement... Car leur environnement les aide toujours à se souvenir: quand elles voient une photo ou un objet familial, cela les aide à conserver leur mémoire. Lorsqu'on les retire de cet environnement et qu'on les place dans un centre d'hébergement, toutes les petites balises qui les aidaient à se souvenir ne sont plus là. Elles deviennent confuses et désorientées, et leur état commence alors à se dégrader. La question n'est pas de savoir si la qualité des soins offerts au centre d'hébergement est satisfaisante ou non, mais de savoir que c'est un facteur important à prendre en considération lorsqu'on retire les gens de leur environnement.

Vous avez beaucoup parlé des soins à domicile, des soins communautaires, des modèles de soins de longue durée et des modèles de collaboration en matière de soins, dont parle le collège des médecins de famille: des modèles intégrés avec des équipes multidisciplinaires qui gèrent les maladies chroniques dans la collectivité. Mais pour que cela se produise... Je sais que dans l'accord de 2004, on a réservé des fonds pour certains de ces projets, afin de vérifier ce qui fonctionnait et ce qui ne fonctionnait pas. Nous savons maintenant que ce genre de système fonctionne.

J'aimerais savoir si vous considérez que ce sera un élément très important de l'accord de 2014. Aimerez-vous qu'il y ait des changements? Dans quelle mesure?

Au sujet des pharmacies, vous avez dit que le coût des médicaments sur ordonnance est exorbitant. On parle d'un régime d'assurance-médicaments. Encore une fois, c'était dans l'accord de 2004 sur la santé. Pour que cela aille de l'avant, il est essentiel de se pencher sur la façon dont on peut fournir les médicaments nécessaires aux gens qui ne peuvent plus les payer, en particulier les personnes âgées.

Madame Pringle, vous avez proposé un plan très intéressant concernant une loi sur les soins de longue durée et un fonds d'assurance pour les soins de longue durée. J'aimerais que vous nous en parliez plus en détail, car je crois que c'est ce qu'il nous faut apprendre à faire: offrir des soins à l'extérieur du milieu hospitalier, comme vous le dites, dans un établissement approprié, où une personne qui n'est pas nécessairement médecin peut fournir les soins adéquats, parce que la Loi canadienne sur la santé concerne les médecins et les hôpitaux.

Une dernière question...

• (1630)

La présidente: Très bien, madame Fry. Aimerez-vous qu'ils répondent à ces questions avant de poser votre dernière?

L'hon. Hedy Fry: Non, je veux seulement poser une dernière question aux pharmaciens.

La présidente: Ils n'auront peut-être pas le temps de répondre.

L'hon. Hedy Fry: D'accord.

Rapidement, vous avez parlé un peu de l'ordonnance électronique. J'ai quelques réserves à ce chapitre. Qui prescrit les médicaments? Comment savoir si on a le bon prescripteur? Pourriez-vous nous

parler aussi un peu des pénuries de médicaments? Je vais terminer là-dessus.

La présidente: Merci, madame Fry.

Nous allons essayer d'obtenir une réponse pour toutes les questions.

L'hon. Hedy Fry: Madame Pringle?

La présidente: Qui souhaite commencer?

L'hon. Hedy Fry: Excusez-moi, madame la présidente.

Dre Dorothy Pringle: Je vais répondre à la question sur le vieillissement chez soi. Je vais commencer, et mes collègues pourront continuer.

À mon avis, il ne fait aucun doute que nous accusons du retard en ce qui concerne un bon soutien communautaire. Nous avons de bons modèles. Les programmes SIPA et PRISMA, au Québec, montrent clairement comment nous pouvons garder les gens chez eux plus longtemps en utilisant des équipes interdisciplinaires et des gestionnaires de cas qui peuvent transférer des sommes — qui ont le pouvoir de transférer de l'argent lorsqu'une personne s'en va à l'hôpital — et qui peuvent ensuite mettre en place les services, des services appréciables, sur une courte période pour les faire sortir de l'hôpital.

Je connais davantage les programmes ontariens à ce chapitre. Nous avons commencé par un solide programme de vieillissement chez soi qui s'est érodé au fil des ans. Nous n'avons pas de loi fédérale qui vise les soins à domicile, et d'une manière ou d'une autre, les fonds ont été transférés pour respecter nos temps d'attente. Ils ont été versés dans le système de soins actifs, qui ressemble à un gros aspirateur, qui avale toutes les ressources.

C'est la raison pour laquelle nous avons fait cette proposition. Nous ne sommes pas les premiers à en parler. Je pense que Neena Chappell, de l'Université de Victoria, que vous connaissez peut-être, et Marcus Hollander ont proposé ce qu'ils appellent une loi sur les soins continus, ou sur les soins de longue durée, afin de fournir des soins continus, à domicile et de longue durée. Si nous avons de bons soins continus, nous pourrions retarder le recours aux soins en établissement.

Je ne veux pas dire qu'il faut éliminer les maisons d'hébergement. Le Danemark est probablement allé aussi loin qu'il est possible d'aller sur ce plan, car il possède un programme de soins à domicile approfondi et très bien coordonné. Pour obtenir cela, nous avons besoin du leadership du gouvernement fédéral pour instaurer cette loi sur les soins continus. Et il faut qu'on y joigne des fonds.

Le Dr Réjean Hébert, de l'Université de Sherbrooke, a récemment écrit un article à propos de la nécessité d'élaborer ce plan de soins de longue durée. Il servirait aux soins communautaires et aux soins dans les centres d'hébergement, et fournirait du financement qui ne pourrait être menacé par les besoins en matière de soins actifs. Il serait financé par l'impôt, par l'État.

Ce qu'il propose, c'est un fonds au moyen duquel les provinces pourraient établir leurs propres projets. Il pourrait s'agir de verser des fonds à des membres de la famille ou à des aînés qui ont besoin de soins de longue durée dans la collectivité, afin qu'ils puissent se les procurer ou compter sur un fournisseur, qui pourrait être payé par l'État; mais ce pourrait très bien être fourni par un organisme public ou privé.

L'hon. Hedy Fry: Pourriez-vous nous faire parvenir ce document, s'il est dans les deux langues, afin que nous puissions l'examiner?

Dre Dorothy Pringle: Oui, certainement.

L'hon. Hedy Fry: Pourriez-vous répondre à une brève question au sujet des ordonnances électroniques et des pénuries de médicaments?

M. Jeff Poston: L'ordonnance électronique pourrait très bien rendre l'usage de médicaments plus sécuritaire, si elle est faite de façon appropriée. Toutefois, comme vous le savez peut-être, certaines études sur la question révèlent que ce système crée davantage d'erreurs. Cela doit être fait avec soin, en s'assurant de tenir compte — et je pense que la plupart des provinces le font — des questions liées au respect de la vie privée.

Nous en sommes encore au stade où les médecins prescrivent un médicament à un patient sans savoir quels autres médicaments lui sont prescrits. Certaines provinces ont tenté de s'attaquer d'abord à ce problème, afin de créer un dossier complet des médicaments administrés à chaque patient. Je pense que c'est important.

Les pénuries de médicaments sont un enjeu majeur actuellement au Canada, un enjeu mondial en ce moment...

•(1635)

La présidente: Merci, monsieur Poston. Je suis désolée, mais nous avons largement dépassé le temps prévu.

C'est maintenant au tour de M. Carrie.

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

Je tiens moi aussi à remercier les témoins de leurs excellents exposés.

J'aimerais revenir sur ce que mon collègue libéral mentionnait à propos de la meilleure profession pour la prestation de services, car nous avons fait l'étude sur les ressources humaines en santé.

Monsieur Poston, je crois que vous étiez ici et que vous nous avez fait la même recommandation, soit de reconnaître le champ d'activité. Vous avez mentionné que l'Ontario — je viens d'Oshawa, en Ontario — économiserait 72,4 millions de dollars par année si nous coordonnions la prestation des services avec les pharmaciens.

Je m'interroge là-dessus. En fait, la prestation de services relève des provinces, mais je suis simplement curieux. Quels sont les obstacles? Il semble y avoir un fatras dans l'ensemble du pays. Les pharmaciens peuvent travailler à l'intérieur de leur champ d'activité, mais d'autres provinces ne reconnaissent pas cela. Quels sont les obstacles à cela?

Que pourrait faire le gouvernement fédéral pour aider les provinces à commencer à reconnaître les champs d'activité? Nous faisons face à des changements démographiques, et c'est pourquoi cette étude est si importante. Que pouvons-nous faire pour aider ces provinces?

M. Jeff Poston: Je vous remercie de cette question.

Nous savons qu'il y a des variations, mais ce n'est que la conséquence de l'adoption de mesures législatives par les gouvernements provinciaux. La nature de ces mesures et l'étape où en est la province dans l'élaboration de programmes de soins de santé primaires varient d'une province à l'autre. Je pense que c'est en partie la raison pour laquelle nous avons cet ensemble disparate en ce moment. L'Alberta est probablement la province la plus progressiste, suivie de près par les Maritimes. La Colombie-Britannique et l'Ontario, à certains égards, sont moins progressistes que d'autres provinces.

Dans le cadre de l'accord de 2004, nous avons créé le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires au niveau fédéral. Cela a

permis de financer bon nombre d'études appuyant ces initiatives; le gouvernement fédéral doit donc faire preuve de leadership, et c'est absolument essentiel pour toute une gamme de dossiers. On nous a parlé de soins continus. Je pense que le régime d'assurance-médicaments en est un autre, tout comme l'utilisation optimale des ressources humaines en santé.

Donc, le leadership, les normes pancanadiennes, le financement destiné à l'élaboration de projets de démonstration et de projets pilotes... Je sais que ce n'est pas populaire et qu'il y a beaucoup de critiques associées à ce type de projets — et nous en avons entendu aujourd'hui —, mais il s'agit de domaines cruciaux, pour lesquels l'investissement dans la recherche est essentielle afin d'aller de l'avant.

M. Colin Carrie: Merci. Je sais qu'il y a beaucoup de frustration car, comme je l'ai dit, ce sont les provinces qui sont responsables de la prestation des différents services, et c'est toujours un défi d'amener toutes les provinces à s'entendre sur quelque chose.

Je voulais vous poser une question à propos des effets indésirables des médicaments. Il y a des membres de ma famille qui ont dû prendre des dizaines de médicaments quotidiennement. Bien des personnes âgées doivent prendre plusieurs médicaments. Comment votre organisation aide-t-elle les aînés à gérer les effets indésirables des médicaments?

M. Jeff Poston: L'un des points qu'il faut souligner, comme je l'ai mentionné, c'est que nous offrons le service numérique e-Therapeutics+ et que nous publions tous les avis que Santé Canada rend disponibles, ce qui permet de mettre en garde les médecins, les pharmaciens, le personnel infirmier et les autres prescripteurs contre tous les nouveaux effets indésirables des médicaments. Nous jouons un rôle dans la diffusion de l'information.

Nous nous intéressons aussi beaucoup à certaines propositions visant à envisager de nouvelles approches de réglementation des médicaments qui permettraient d'adopter une combinaison de stratégies, dans lesquelles on pourrait peut-être commercialiser des médicaments plus tôt, tout en recueillant de façon plus efficace les données relatives aux effets indésirables des médicaments. Nous devons encore y travailler. Je pense qu'on ne déclare pas encore tous les effets indésirables des médicaments, mais en tant qu'association, nous faisons tout en notre pouvoir, grâce à notre service d'information numérique, pour veiller à ce que les prescripteurs reçoivent de l'information à jour sur ces effets indésirables, afin qu'ils puissent prendre des décisions éclairées.

•(1640)

M. Colin Carrie: Notre système de soins de santé semble maintenant être fondé sur les soins actifs. Quelques témoins ont soulevé cette question. Cela coûte très cher.

Étant donné que nous commençons à gérer les maladies chroniques, comment vos organisations favorisent-elles davantage les autosoins et l'éducation relativement aux maladies chroniques chez les aînés? J'aimerais entendre tout le groupe de témoins sur cette question, si le temps le permet.

La présidente: Qui aimerait répondre à cette question en premier?

Docteure Hirst.

Mme Sandra Hirst: De notre point de vue, notre rôle principal est l'éducation et le soutien des professionnels des soins de santé, car si nous pouvons enseigner aux professionnels des soins de santé comment collaborer avec les aînés et leur famille et comment les aider, nous pourrions réduire les listes d'attente en soins actifs et les admissions aux soins actifs. Nous pouvons leur enseigner comment prévenir et traiter les chutes. Si nous pouvons travailler avec les professionnels des soins de santé d'abord — et je dis cela volontairement, car on crée ainsi une capacité à intervenir —, alors travailler avec le groupe qui recueille...

Parallèlement, nous sommes en train de mettre en oeuvre notre programme éducatif à l'intention des professionnels de l'ensemble du pays de diverses manières afin que le contenu relatif aux aînés, soit la gestion des conditions chroniques, les admissions en soins actifs et les problèmes liés à la polypharmacie, soit intégré à chaque programme de soins de santé. C'est un dossier énorme en soi, mais cet enseignement est essentiel.

Selon moi, ce sont probablement nos principaux objectifs actuellement.

M. Colin Carrie: Les pharmaciens pourraient peut-être répondre également. Je sais que la Grande-Bretagne a un programme d'autosoins. Avez-vous envisagé cette approche?

M. Phil Emberley (directeur, Innovation dans la pratique de la pharmacie, Association des pharmaciens du Canada): D'abord, j'aimerais souligner moi aussi que nous favorisons également l'éducation de nos membres pharmaciens. Nous considérons que c'est essentiel pour améliorer le service qu'ils offrent dans les pharmacies.

Compte tenu des changements relatifs au champ d'activité, les outils et les connaissances nécessaires pour offrir ces services sont très importants, et nous offrons donc un certain nombre de cours — sur les maladies chroniques, le diabète, et les programmes d'abandon du tabac également — afin de permettre à nos membres d'offrir des services dans ces domaines. Nous envisageons aussi de promouvoir les démarches d'autosoins auprès des aînés afin qu'ils puissent gérer leurs maladies, parce qu'il est essentiel de les aider à gérer leurs maladies de manière efficace.

Mme Sandra Hirst: Je vais simplement ajouter qu'il y a plusieurs programmes d'autogestion au pays, dont un à l'Université de Victoria. J'en ai complètement oublié le nom, mais ce n'est qu'un programme parmi tant d'autres. Ce ne sont pas des programmes de très grande ampleur, mais il a été démontré qu'ils sont efficaces et qu'ils favorisent la qualité de vie chez les personnes âgées.

La présidente: Merci. Le temps est maintenant écoulé. Nous devons donc passer au deuxième tour. Ce sont des questions à cinq minutes. J'aimerais simplement vous rappeler qu'à 17 h 20, nous allons lever la séance pour nous occuper des travaux du comité pendant 10 minutes.

Nous commençons avec Mme Davies.

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

D'abord, j'aimerais remercier les témoins d'être venus aujourd'hui. J'ai trouvé que vos exposés étaient tous très bien préparés et remplis de renseignements pertinents.

À mon avis, ce qui en ressort, c'est que tandis qu'il y a de très bonnes choses qui sont mises en oeuvre, il suffit de jeter un coup d'oeil à la carte des villes amies des aînés que Mme Garon nous a présentée pour voir qu'il existe une grande disparité d'un bout à

l'autre du pays, qu'on parle des 40 centres d'hébergement et de soins de longue durée ou... Je pense que c'est un problème flagrant.

J'ai aussi trouvé alarmant d'entendre — je crois que c'est vous qui en avez parlé, madame Estabrooks — que 80 p. 100 des fournisseurs de soins sont non réglementés. C'est très alarmant et je pense que cela souligne la nécessité d'avoir quelque chose comme une loi sur les soins continus.

J'ai deux questions.

Dans le rapport Romanow, on parlait des soins à domicile. On disait que cela allait être le prochain grand projet. C'était dans l'accord de 2004. Où en sommes-nous par rapport à l'idée d'avoir une loi sur les soins continus? Considérez-vous que cela devrait être assujéti aux principes de la Loi canadienne sur la santé, ou est-ce quelque chose de complètement différent?

Monsieur Poston, pour ce qui est de l'utilisation sécuritaire de médicaments, je suis tout à fait d'accord avec ce que vous avez dit. Vous avez parlé de points essentiels.

Je me demande si vous connaissez la Therapeutics Initiative de l'Université de la Colombie-Britannique, à laquelle la faculté de pharmacologie participe activement, je crois. On s'en occupe dans une province. Je sais que vous faites des choses à cet égard par l'intermédiaire de votre service en ligne e-Therapeutics+, mais il me semble, encore une fois, qu'il ne se passe rien dans l'ensemble du pays par rapport à la question de l'utilisation sécuritaire de médicaments et de l'abordabilité des médicaments. Encore là, c'était dans l'accord, mais il n'y a eu aucun progrès à cet égard.

Si vous connaissez bien la Therapeutics Initiative, croyez-vous que c'est quelque chose que l'on devrait mettre en oeuvre? Au moins, cela nous permettrait de progresser.

● (1645)

La présidente: Docteure Estabrooks, voulez-vous commencer, s'il vous plaît?

Mme Carole Estabrooks: Pour ce qui est des soins de longue durée et d'une loi sur les soins continus, je pense que ce devrait être fait parallèlement à la Loi canadienne sur la santé. Il y a des principes, dont celui selon lequel nous pouvons recevoir des services, peu importe la province où l'on se trouve. Actuellement, pour beaucoup de familles, l'incapacité de déplacer un parent âgé est un problème grave.

Cependant, une des choses dont on doit s'occuper dans l'article de loi qui traitera de la question des soins de longue durée, en particulier, mais aussi des soins à domicile, c'est, à notre avis, la question des ressources humaines en santé. Non seulement 80 p. 100 des fournisseurs de soins forment un groupe non réglementé, mais nous ne savons pas combien ils sont, au Canada. Nous ne pouvons pas les compter. Les registres ne sont pas obligatoires, et les registres facultatifs sont plutôt rares au pays. Cela signifie qu'il y a une grande disparité. Parmi ces travailleurs de la santé, beaucoup ne parlent pas assez bien anglais pour répondre à un sondage. On ne sait pas trop quelle incidence cela peut avoir sur la prestation des soins. Dans les établissements anglophones, c'est un problème.

Nous avons vraiment besoin de lignes directrices et de principes généraux en vertu desquels nous pourrions nous attaquer, à l'échelle provinciale, aux problèmes de ressources humaines, tant au chapitre des compétences que du nombre de fournisseurs de soins. Nous devons être en mesure d'en déterminer le nombre et de satisfaire aux besoins de cette main-d'oeuvre. Beaucoup de ces femmes ont deux emplois à temps plein. Il s'agit surtout d'immigrantes qui vivent en milieu urbain. Elles travaillent 16 heures par jour, et constituent elles-mêmes un groupe vulnérable qui s'occupe d'un groupe fort complexe. On considérerait cela comme un des plus importants aspects pour lesquels il nous faut des principes directeurs semblables à ceux que l'on retrouve dans la Loi canadienne sur la santé.

La présidente: Allez-y, monsieur Poston.

M. Jeff Poston: Si vous me permettez de parler de la Therapeutics Initiative, je pense qu'une partie du travail habituellement réalisé dans le cadre de cette initiative est maintenant fait dans le cadre du Programme commun d'évaluation des médicaments. Cependant, je pense qu'il est important d'étudier certains aspects de la Therapeutics Initiative à l'échelle provinciale.

Dans des mémoires qui ont été présentés au comité des Finances, nous avons demandé, notamment, du financement pour ce que nous avons appelé un centre national de gestion des médicaments, mais plutôt sur la formation continue en pharmacothérapie des médecins afin de produire de meilleurs indicateurs de l'utilisation des médicaments. Je pense que nous devons trouver des façons de mieux les utiliser à l'échelle provinciale.

Je crois que vous pourriez penser à un réseau de centres semblables à la Therapeutics Initiative au provincial. Leur rôle pourrait être moins axé sur l'évaluation des médicaments, mais plutôt sur la formation continue en pharmacothérapie des médecins afin de produire de meilleurs indicateurs de l'utilisation des médicaments. Je pense que la création d'un réseau de centres de ce genre mérite d'être étudiée.

Mme Libby Davies: Si vous avez fait un exposé à ce sujet auparavant, pourriez-vous nous fournir l'information sur l'idée d'un centre national... Comment l'appellez-vous, déjà?

M. Jeff Poston: Centre national de gestion des médicaments.

Mme Libby Davies: Un centre national de gestion des médicaments. Pourriez-vous nous fournir cette information?

La présidente: En effet, monsieur Poston, vous pourriez l'envoyer à la greffière, qui la distribuera ensuite au comité. Merci beaucoup.

Merci, madame Davies. Nous passons maintenant à Mme Block.

Mme Kelly Block (Saskatoon—Rosetown—Biggar, PCC): Merci beaucoup, madame la présidente.

J'aimerais remercier tous les témoins d'être ici aujourd'hui.

Ma première question s'adresse à Mme Garon. Parmi les autres mesures destinées à améliorer la qualité de vie des aînés canadiens, le gouvernement finance des organismes sans but lucratif par l'intermédiaire du Programme Nouveaux Horizons pour les aînés. Doté d'un budget annuel de 28,1 millions de dollars, ce programme aide à améliorer la qualité de vie des aînés et des collectivités par ce que vous appellerez, je crois, la participation sociale.

Voici ma question: de quelle façon les organismes communautaires favorisent-ils ou s'occupent-ils de la participation sociale des personnes âgées à mobilité réduite? Pour les aînés confinés chez eux

qui sont incapables de sortir, que fait votre organisme pour favoriser leur participation?

La présidente: Madame Garon.

[Français]

Mme Suzanne Garon: Je vais répondre en français.

M'entendez-vous?

[Traduction]

La présidente: Nous vous entendons très bien.

[Français]

Mme Suzanne Garon: C'est bien.

En ce qui a trait au concept de participation sociale, une personne est certainement diminuée si elle est dans une chaise roulante ou dans un milieu fermé.

• (1650)

[Traduction]

La présidente: Excusez-moi. Nous venons de perdre l'interprétation.

Est-ce rétabli? On peut reprendre?

Allez-y. Pardonnez cette interruption.

[Français]

Mme Suzanne Garon: La participation sociale est certainement réduite si la mobilité est faible ou si on est en chaise roulante. Si quelqu'un est incapable de sortir, c'est encore pire.

Cependant, dans des organisations ou dans les Villes amies des aînés, on voit qu'il y a une volonté d'essayer de rejoindre ces gens. On ne parle pas de participation immédiate et directe. Grâce aux programmes de sentinelle, il faut rejoindre les gens isolés socialement, leur permettre d'avoir des services auxquels ils n'ont jamais pensé avoir droit et briser leur isolement sur le plan humain.

Tout ça ne se fait pas directement. Il faut du temps pour qu'ils reviennent à une participation qu'on pourrait qualifier de plus citoyenne.

Il y a de beaux exemples dans la ville de Granby où il y a plusieurs types d'intervenants. Il y a des pompiers, des travailleurs sociaux et, surtout, des organisations d'aînés qui profitent du programme dont vous parliez plus tôt. À mon avis, ce programme devrait être mieux financé parce que le travail qui se fait sur le terrain est vraiment impressionnant. C'est fait par et pour les aînés. Il y a donc un travail à faire sur le plan du financement, plus particulièrement pour ce genre de programmes.

On voit des initiatives sur le terrain qui, dans un deuxième temps, vont chercher ces gens isolés pour les ramener à une vie sociale plus grande. Il faut beaucoup d'interdisciplinarité et d'intersectorialité. Il y a des travailleurs sociaux du milieu de la santé, il y a des pompiers. Certains, dans les casernes, se sont fait appeler les « pompiers amis des aînés ». C'est quand même intéressant. On voit vraiment qu'il y a un travail à ce niveau.

Est-ce que je réponde à votre question?

[Traduction]

Mme Kelly Block: Oui.

Pour poursuivre dans cette veine, lorsque vous avez parlé des villes amies des aînés, je me suis posé la question suivante: à quoi reconnaît-on une telle ville? Vous avez répondu et vous m'avez donné des exemples, mais j'imagine qu'il faut qu'un organisme comme le vôtre ait des relations solides avec les élus municipaux pour pouvoir régler certaines de ces questions. Pouvez-vous nous décrire ce que vous faites à cet égard?

[Français]

Mme Suzanne Garon: Je suis professeure à l'Université de Sherbrooke, dans une école de travail social. Je fais cette recherche depuis trois ans.

Demain, je rencontre les administrateurs des dix plus grandes villes au Québec: Montréal, Trois-Rivières, Québec, etc.

Pendant toute une journée, on travaille avec leurs représentants sur des exemples de participation sociale des aînés, sur la manière de rendre leurs villes plus ouvertes à partir, notamment, des modalités qu'elles possèdent déjà. En effet, nos villes travaillent avec des politiques d'accessibilité universelle et de développement social. Comment faire pour considérer nos aînés non pas comme des consommateurs mais comme des citoyens?

[Traduction]

La présidente: Merci beaucoup, madame Garon.

Nous passons maintenant à Mme Quach.

[Français]

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

Je vais donner suite à ce que disait ma collègue, Mme Kelly Block. Je vais continuer à vous poser des questions, madame Garon.

Merci à tous les témoins qui sont venus nous rencontrer. Si le temps me le permet, je vais vous adresser d'autres questions.

Pourriez-vous me dire quels sont les critères à satisfaire pour devenir une ville amie des aînés? Qui est le chef d'orchestre de tout cela? Qu'en est-il des coûts au chapitre des infrastructures? Je ne sais pas si vous connaissez les réponses, mais peut-être les connaîtrez-vous davantage demain. Valorisez-vous les structures intergénérationnelles? Comment faut-il adapter l'environnement de la ville? Combien de temps faut-il pour mettre tout cela en place? C'est une foule de questions que je vous lance.

Mme Suzanne Garon: Je voudrais d'abord revenir sur le fait fait qu'au Québec — je peux parler du Québec —, le programme est financé par le ministère de la Famille et des Aînés. Il y a 2 millions de dollars qui sont donnés annuellement pour permettre aux villes de mettre en place ce que j'appelle « le modèle », grâce auquel déjà on voit une participation des aînés dans les comités internes de pilotage. On entend parfois les aînés dans les conseils municipaux, alors qu'on n'avait jamais pensé à entendre ces gens. On travaille avec eux, non pas juste comme des gens qui vont éventuellement voter, mais comme des gens qui ont des choses à dire sur leur ville.

Le modèle permet cela et est financé par le ministère de la Famille et des Aînés. Le MAMROT, qui s'occupe des infrastructures des municipalités, finance un programme de 9 millions de dollars pour des petites transformations et des petites infrastructures municipales pour augmenter l'accessibilité des individus dans leur ville. Parfois, ce peut être l'installation d'un ascenseur ou la réfection de trottoirs qui ont été mal pensés à certains endroits. Ainsi, ces programmes permettent de repenser ou de refaire ces infrastructures. Voilà ce qui répond en partie à vos questions.

En ce qui a trait à la reconnaissance, la question que vous avez posée est essentielle. Le modèle doit être reconnu par l'Organisation mondiale de la Santé. Je pense que maintenant, au Canada anglais, on travaille avec l'Agence de la santé publique du Canada. Personnellement, à titre de chercheuse, j'ai la reconnaissance de l'Organisation mondiale de la Santé depuis le début et les modèles qu'on a utilisés sont repris par cette organisation. Nous sommes aussi reconnus par le ministère de la Famille et des Aînés du Québec. Des critères sont en train d'être mis en place, soit des critères concernant la participation sociale selon le modèle. En effet, il faut participer dès le début, non pas seulement comme consommateur, mais aussi comme citoyen. Ce modèle doit être vérifié.

Je travaille actuellement avec une équipe de recherche à l'évaluation de l'implantation et des effets sur les villes. On arrive à travailler sur des indicateurs de réussite de ces programmes. Dernièrement, j'ai présenté cela en Irlande. Je ne l'ai pas mentionné dans ma présentation parce qu'il s'agit davantage de recherche. C'est une question essentielle, et je sais que le Manitoba s'est doté d'une politique de reconnaissance pour éviter que tout le monde s'appelle « ville amie des aînés ». Ainsi, chacune des provinces prévoit des modalités d'évaluation. Cependant, on travaille tous ensemble, avec l'Agence de la santé publique du Canada, pour élaborer ces critères de reconnaissance.

Est-ce que cela répond à vos questions?

• (1655)

Mme Anne Minh-Thu Quach: Oui, absolument, merci.

Ma deuxième question s'adresse à M. Poston et concerne les pharmaciens.

Étant donné qu'il y a de plus en plus de médicaments à prendre quand on vieillit et que certains médicaments coûtent très cher, l'Association des pharmaciens du Canada entrevoit-elle la possibilité d'utiliser plus de médicaments génériques pour permettre aux personnes âgées d'avoir accès à des médicaments plus abordables? Est-ce quelque chose que vous considérez?

[Traduction]

M. Jeff Poston: Oui. Dans les faits, dans la plupart des régimes d'assurance-médicaments provinciaux qui couvrent les personnes âgées au Canada, on exige que les pharmaciens fournissent — s'ils sont disponibles — des médicaments génériques même si ce qui est indiqué sur la prescription est un médicament de marque déposée, sauf si le médecin a écrit: « aucune substitution ». L'utilisation de médicaments génériques est très répandue au Canada. Manifestement, l'avantage fondamental, c'est qu'ils permettent de réduire le coût global des médicaments prescrits.

La présidente: Merci, monsieur Poston.

Nous passons maintenant à M. Brown.

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

Merci à tous des commentaires que vous avez faits jusqu'à maintenant.

Récemment, mes deux grands-parents étaient en résidence pour personnes âgées. Un des deux était atteint de la maladie d'Alzheimer. Je sais que c'est sans doute difficile... J'ai été surpris par la capacité limitée qu'il y avait. Je sais que c'est différent d'une province à l'autre, mais pour beaucoup d'établissements de soins de longue durée, si votre cas n'est pas urgent, vous serez sur une liste d'attente pendant quatre ou cinq ans, comme c'est le cas dans ma collectivité.

Je suis conscient que cela relève des provinces, mais, étant donné que notre population est vieillissante, quelles sont vos préoccupations par rapport au manque de capacité? Je crois savoir que le rapport de la Société Alzheimer intitulé Raz-de-marée nous laisse croire que la situation ne fera qu'empirer. Quels conseils nous donneriez-vous, en notre qualité de politiciens fédéraux, étant donné qu'en grande partie, cela relève de chacune des provinces? En quoi pouvons-nous aider? Que pouvons-nous faire?

• (1700)

La présidente: Qui aimerait répondre?

Monsieur Poston.

M. Jeff Poston: Je peux commencer.

Je pense que l'accord sur la santé de 2014 ou le renouvellement, en 2014, des transferts en santé — peu importe comment on veut l'appeler — est une occasion en or. Je pense que le gouvernement a là l'occasion idéale pour jouer un rôle de chef de file par rapport à un ensemble de questions: les soins à domicile, l'assurance médicaments et les soins continus.

Je crois que nous devons soigneusement étudier l'idée selon laquelle il faut réserver du financement à des priorités clés, ce qui est un des aspects de l'accord en santé de 2003. Je pense que le gouvernement fédéral a un rôle de chef de file essentiel à jouer et qu'il faut absolument se pencher sur la question. Sur le plan administratif, je sais que ce sera difficile à faire, mais il faut réserver du financement à des priorités clés qui satisferont à des normes nationales, qu'il s'agisse des soins à domicile, de l'assurance médicaments ou des soins de longue durée.

Chose intéressante, de plus importants investissements dans les soins de longue durée jouent un rôle essentiel dans la réduction du temps d'attente dans les urgences. Le problème de l'accès aux urgences découle de notre incapacité de libérer les salles d'urgence et d'admettre les patients à l'hôpital rapidement parce que les lits sont occupés par des personnes qui devraient être dans des établissements de soins de longue durée.

Je pense que le gouvernement fédéral doit vraiment assumer un rôle de chef de file pour ce qui est de l'affectation de fonds à des priorités précises.

Mme Carole Estabrooks: Nous serions d'accord pour dire que l'accord et les lignes directrices qui en découleraient pourraient servir de mesure incitative pour certaines des mesures que nous devons prendre.

Pour ce qui est du temps d'attente, le problème que vous soulevez est une autre version des problèmes que nous observons au pays à ce chapitre. S'il y a un endroit où il ne convient pas de garder les aînés faibles, c'est bien dans les unités de soins actifs. C'est un endroit dangereux pour ces personnes. Une des choses qu'il faut faire, c'est de trouver une façon de les maintenir à domicile, dans les résidences, ou de leur donner des soins primaires dans la collectivité plutôt que de les envoyer dans les unités de soins actifs. Lorsque nous les envoyons dans les urgences, il faut que ces gens y restent le moins longtemps possible. S'ils se fracturent la hanche, ils ne doivent que transiter par les urgences.

En réalité, la question du temps d'attente — l'attente pour les soins de longue durée — est plutôt complexe. Ce n'est pas qu'une simple relation de causalité selon laquelle, si nous avons plus de lits dans les établissements de soins de longue durée, nous réduirons l'engorgement des urgences. Ce n'est pas aussi simple que cela. Quand une personne passe dans le système, beaucoup de services sont concernés. Donc, il faudra un effort concerté.

Nous savons que les aînés sont particulièrement vulnérables aux points de transition. Par exemple, la transition de l'établissement de soins de longue durée vers les services d'urgence est une étape importante qui mérite qu'on s'y attarde. Avec la mise en oeuvre de l'accord, nous saurons certes bénéficier de toute forme d'orientation qui pourra être imprimée afin de favoriser les interventions comme la prise en charge en établissement et les soins prolongés, ce qui permettra d'offrir le cadre nécessaire pour que le financement puisse être ciblé vers les mesures les plus efficaces.

La présidente: Monsieur Brown, je pense que la Dre Hirst voulait faire un commentaire.

Mme Sandra Hirst: Une de mes préoccupations est ce qu'on appelle la « politique du premier lit » dans un établissement de soins de longue durée, c'est-à-dire lorsqu'une personne âgée qui est aux soins actifs est transférée dans le premier lit disponible. Cela signifie qu'elle se retrouvera peut-être à 30 ou 40 kilomètres de l'endroit où habite sa famille. Même si nous voulons réduire l'attente et libérer des lits aux soins actifs, il faut vraiment examiner la proposition selon laquelle il faut avoir recours à la politique du premier lit, parce que cela cause davantage de confusion et rend plus difficile le maintien des relations avec la famille.

Je suis certaine que la Dre Estabrooks en conviendrait.

Mme Estabrooks: C'est un problème grave.

M. Patrick Brown: Je sais qu'un des commentaires de l'Association médicale du Commonwealth portait aussi sur le coût d'un lit dans les unités de soins actifs, je crois qu'on a dit que le coût d'un lit dans un hôpital est 10 fois plus élevé que dans un établissement de soins de longue durée.

Je n'ai qu'une autre question d'ordre général...

La présidente: Monsieur Brown, je suis vraiment désolée. J'ai essayé d'attirer votre attention. Votre temps est écoulé. Je suis désolée.

Docteur Sellah.

[Français]

Mme Djaouida Sellah (Saint-Bruno—Saint-Hubert, NPD): Merci, madame la présidente. Je remercie les témoins d'être venus ici pour éclairer nos lanternes. Pour commencer, j'aurais une question pour la Dre Pringle.

Vous avez parlé, dans l'un de vos articles, du besoin, pour les professionnels de la santé, de mieux collaborer ensemble.

Pouvez-vous expliquer au comité ce que vous avez en tête à cet égard et comment cela aiderait à prévenir et à soigner les maladies chroniques?

[Traduction]

Dre Dorothy Pringle: Quand je dis professionnels dans le domaine médical, j'entends par là les professionnels de la santé, pas seulement les médecins. Nous savons que les équipes médicales prodiguent les meilleurs soins parce qu'on peut y trouver le professionnel le mieux placé pour traiter une certaine maladie — en fonction de son champ d'activité. Ce qui est vraiment essentiel, c'est le travail d'équipe.

Honnêtement, les personnes âgées, particulièrement celles atteintes de démence, n'ont pas seulement cette maladie. Elles souffrent de démence, de maladies cardiaques, de diabète et d'arthrite. Leurs besoins de soins sont complexes. On ne peut pas attendre d'un seul professionnel de la santé qu'il ou elle affronte toutes ces maladies. Il faut une équipe dont tous les membres s'occupent bien du pensionnaire, quand c'est possible, et consultent la famille toujours au niveau de l'évaluation, de la prise de décisions puis de la prestation de soins.

Voilà l'objectif. Nous devons passer d'un seul fournisseur de soins à une équipe médicale. Dans beaucoup de maisons de soins infirmiers, le problème est qu'il n'y a pas d'équipe. On trouve quelques infirmières, des infirmières auxiliaires et surtout des aides-soignants. Des médecins aident un peu en passant à la rigueur une fois par semaine. Il y a parfois un peu de physiothérapie et de thérapie par le jeu.

Mais, franchement, il n'y a pas suffisamment d'autres professionnels qui travaillent en équipe pour offrir aux pensionnaires un meilleur quotidien et de meilleurs résultats.

• (1705)

La présidente: Il vous reste une minute.

[Français]

Mme Djaouida Sellah: C'est bien.

Ma prochaine question s'adresse à Mme Sandra Hirst.

Quelle doit être la priorité pour le renouvellement de l'entente sur la santé en 2014 en ce qui concerne les soins de longue durée et les soins à domicile, bien qu'il n'y a pas de loi fédérale pour les soins de longue durée à domicile?

[Traduction]

Mme Sandra Hirst: Oui, vous avez raison. Il y a une association nationale de soins à domicile, mais elle fait surtout du bénévolat.

Si on pouvait mettre plus l'accent sur une politique nationale de soins à domicile qui prévoirait un soutien aux membres de la famille désireux de prodiguer de bons soins, sans que cela laisse supposer qu'ils seront les seuls fournisseurs de soins. Une politique qui envisagerait aussi que les membres de la famille s'assurent que le déplacement d'une personne âgée d'un bout à l'autre du pays se fasse sans encombre. Un programme national de soins à domicile serait extrêmement utile.

La présidente: Merci beaucoup, madame Sellah.

Nous passons à M. Williamson. Je vous en prie.

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

Je vous remercie d'être des nôtres aujourd'hui.

[Français]

Madame Garon, j'ai une question pour vous.

Je vois dans le résumé qu'il y a 316 villes amies des aînés au Québec et qu'il y en a 563 au Canada. J'aimerais savoir pourquoi il y a une telle différence.

Est-ce une question de recherche ou une question de programmes qui n'existe pas ailleurs qu'au Québec?

Mme Suzanne Garon: C'est une question de financement. Le Canada ne finance pas de la même façon que le Québec. C'est aussi simple que ça.

Depuis cet automne, le Québec a un programme intégré. Celui-ci est à la fois financé par le ministère de la Famille et des Aînés et

plusieurs autres ministères, dont, je crois, le ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire et le ministère des Transports.

Il y a donc trois ou quatre ministères qui sont impliqués. Ils ont consacré des sommes pour financer des projets, alors que le programme au Canada est constitué d'initiatives locales.

Ce sont des initiatives qui proviennent des villes elles-mêmes. Pour répondre à votre question, elles sont moins bien appuyées qu'au Québec.

M. John Williamson: Les montants alloués par le gouvernement du Québec proviennent-ils du budget de la santé ou d'ailleurs?

Mme Suzanne Garon: Ils proviennent du budget du ministère de la Famille et des Aînés. Il s'agit d'un ministère qui compte deux ministres, la ministre de la Famille et la ministre responsable des Aînés. La ministre responsable des aînés, Mme Marguerite Blais, a mis en place le projet Villes amies des aînés au Québec, une infrastructure permettant plus de participation sociale de la part des personnes âgées. Le ministère a débloqué du financement à cet égard. Ce n'est pas un financement énorme. Il s'agit de 2 millions de dollars destinés aux villes pour que les aînés expérimentent la citoyenneté et d'un montant d'environ 9 à 10 millions de dollars destiné à l'infrastructure, comme je l'expliquais un peu plus tôt.

Malgré le fait que ce ne soit pas énorme, je vous avoue que cela provoque un véritable engouement. Quand je parle de 316 villes, je sais que d'autres villes sont en attente pour pouvoir participer au programme, mais il n'y a plus d'argent disponible. La meilleure chose qui pourrait arriver serait un financement de la part du gouvernement fédéral pour le Canada. La ville de Saanich, en Colombie-Britannique, vit une très belle expérience tout comme d'autres villes au Canada anglais. Ce serait donc intéressant d'entendre davantage ce qui se fait. Mais ce sont des initiatives locales et non fédérales.

• (1710)

M. John Williamson: J'ai une brève question à vous poser. Pourquoi parlez-vous d'un programme qui fonctionne très bien au Québec et demandez-vous un programme fédéral pour le reste du Canada? Pourquoi ne vous adressez-vous pas aux autres provinces?

Mme Suzanne Garon: En fait, l'Agence canadienne de la santé publique fait un travail de transfert de connaissances très important et appuie les villes canadiennes. Je crois que ce serait notre meilleur intermédiaire pour vérifier ce qui se fait dans le reste du Canada. Bien que je siège à des comités nationaux, il n'en reste pas moins que je ne connais pas le fonctionnement de chacune des provinces. Par ailleurs, je sais que c'est une responsabilité provinciale. Je sais qu'un petit programme vient d'être mis en place en Colombie-Britannique, mais je ne sais pas quelle somme y est consacrée.

M. John Williamson: Merci beaucoup.

[Traduction]

Monsieur Poston, vous avez parlé du Royaume-Uni et des dossiers électroniques dans ce pays. Pouvez-vous nous en dire plus à ce sujet?

Je crois comprendre que le gouvernement de ce pays a pris du recul. Je vous pose cette question en partie pour déterminer les normes que nous essayons d'atteindre avec ces économies. Est-ce pour mettre les pharmaciens de côté et avoir un système où il n'y aurait que le patient, le médecin et les dossiers électroniques? Quel est le rôle du pharmacien? Le pharmacien est encore dans le système. À quoi sert-il de dépenser autant d'argent pour un système qui ne fonctionne pas particulièrement bien?

M. Jeff Poston: Le principal avantage est une meilleure sécurité. On élimine les ordonnances mal rédigées et c'est l'un des avantages évidents. En plus, il est possible de transférer des informations entre les professionnels de la santé. Mes collègues ici présents ont soulevé la problématique liée au transfert des patients d'une partie du système de soins de santé à une autre, or, le dossier de santé électronique permet la continuité des soins pendant ces transferts.

La présidente: Merci monsieur Poston.

Nous passons maintenant à...

M. John Williamson: J'ai une question sur le système du Royaume-Uni, pourrais-je avoir 30 secondes? Vous accordez souvent un peu plus de temps à d'autres membres du comité.

La présidente: Nous n'avons pas de temps. Je suis désolée monsieur Williamson. Veuillez m'en excuser.

Nous accueillons maintenant M. Bruinooge.

C'est à vous.

M. Rod Bruinooge (Winnipeg-Sud, PCC): Merci, madame la présidente. Je serais heureux de donner un peu de mon temps de parole à M. Williamson.

M. John Williamson: Parfait.

La présidente: Voilà qui règle le problème.

M. John Williamson: Pouvez-vous nous parler de quelques problèmes rencontrés au Royaume-Uni?

M. Jeff Poston: Je crois que c'était dû au fait qu'ils voulaient créer un grand système national, en faisant des méga-investissements et ils se sont heurtés à divers problèmes technologiques et structurels. Des rapports ont été faits à ce sujet. Je les chercherai et vous les transmettrai.

Il est intéressant de noter qu'un petit nombre de régions dans le monde ont réussi à mettre en place un tel système, notamment la Scandinavie. J'ignore si c'est en raison de leur sens de la justice sociale, de leur modèle de financement public ou de la discipline scandinave. Il n'y a pas beaucoup d'exemples de réussite dans le monde. La Galice, en Espagne, est un autre exemple intéressant, mais je vous communiquerai un résumé de la situation au Royaume-Uni.

Une voix: À la greffière...

• (1715)

M. John Williamson: Oui à la greffière.

Est-ce Mme Estabrooks ou Dre Estabrooks?

Dre Carole Estabrooks: Docteure.

M. John Williamson: Docteure? Je vous prie de m'excuser.

Votre rapport est intéressant en ce qui concerne des chiffres presque astronomiques, mais je ne suis pas sûr de ce que pourrait être la solution ou de ce que vous suggérez quand vous mentionnez une main-d'oeuvre non réglementée. Ce que j'ai personnellement constaté dans certains de ces centres, c'est que le personnel travaille dur, qu'il est surchargé de travail et qu'il subit une pression énorme,

mais malgré tout je pense qu'une grande partie de ce personnel fait du très bon travail.

Que recherchez-vous quand vous parlez de certaines difficultés? Ce que je veux dire c'est qu'en cas de lacunes il est bon d'avoir des normes communes, mais quand est-ce que la réglementation aura pour effet de diminuer encore plus le nombre de professionnels de la santé qui soignent les patients vivant leurs dernières années.

Mme Carole Estabrooks: La réglementation n'est pas la solution à tous les problèmes. Elle fait partie de la solution.

Si, dans les établissements de soins, la population a changé considérablement au cours des 10 ou 15 dernières années, la prestation de soins n'a pratiquement pas changé. Auparavant, les gens venaient dans les maisons de soins infirmiers pour y séjourner souvent pendant huit ou dix ans.

Quand nous avons commencé une étude il y a cinq ans, ils restaient en moyenne 18 mois. Quatre ans plus tard, les patients y séjournaient en moyenne 12 mois, donc les professionnels de la santé réussissent très bien, mais les pensionnaires sont plus âgés et ont des besoins de soins plus complexes et nous n'avons pas changé le modèle. En fait, le modèle connaît de plus grandes difficultés, notamment sur le plan de la dotation car la conservation du personnel des maisons de soins infirmiers est devenue un très grand problème.

En Alberta, ma province d'origine, il est plus difficile de trouver du personnel de la santé en période d'essor économique qu'en période de ralentissement économique; il y a donc un véritable cycle. Les fournisseurs font de leur mieux, mais nous avons aussi un modèle mixte de prestataires de soins de longue durée; un modèle qui est absent du système de soins actifs. Nous avons un secteur privé à but lucratif, des organisations religieuses bénévoles, il y a donc un certain nombre de fournisseurs de soins.

Nous estimons que si nous pouvions y ajouter les travailleurs non réglementés, ce serait un premier pas vers la solution de ces problèmes. Il serait utile d'étudier des normes éducatives minimales, des normes de formation minimales, des normes minimales de renouvellement d'accréditation ou des normes équivalentes dans le secteur. Tous les problèmes ne seront pas résolus, mais ce serait un début.

Si nous pouvions étudier le genre de normes qu'il faudrait établir... Nous n'avons pas vraiment abordé les soins en fin de vie dans ces organisations et ce type de soins diffère un peu des soins palliatifs. Un régime de soins palliatifs peut être très coûteux, mais, aujourd'hui, les maisons de soins infirmiers dispensent des soins en fin de vie et nous n'avons pas fait d'étude comparative entre les soins d'aujourd'hui et ceux prodigués à nos parents il y a 20 ans.

Nous pouvons réaliser beaucoup de choses sans nécessairement nous imposer une réglementation et sans nous engager dans un engrenage dont nous ne pourrions plus sortir. Quand il s'agit de la réglementation, il faut être prudent.

M. John Williamson: Ai-je 30 secondes?

Est-ce que, dans l'ensemble, le modèle mixte fonctionne? Pensez-vous que ce soit un atout qui se renforcera avec le temps?

Mme Carole Estabrooks: Je crois comprendre que l'on attend encore un jugement à cet effet. Il semble fonctionner assez bien dans certains pays, mais la qualité varie selon le modèle mis en place. Certains disent qu'il ne semble pas y avoir de différence, d'autres qu'il y en a. Je ne crois pas que nous avons un avis définitif sur l'efficacité du modèle du secteur privé à but lucratif dans les établissements de soins de longue durée.

Dre Dorothy Pringle: Je pense qu'on s'entend davantage pour dire que le modèle à but non lucratif offre des soins de meilleure qualité au niveau de la prestation de soins communautaires et de celui des soins de longue durée.

La présidente: Merci beaucoup.

Merci, monsieur Williamson, de votre générosité envers M. Bruinooge. C'est un geste que j'apprécie beaucoup.

Nous remercions les témoins d'être venus aujourd'hui.

Le comité a quelques petits travaux à faire, je suspends donc la séance pendant deux minutes. Ceux qui veulent poursuivre leurs conversations sont priés de le faire à l'extérieur de la salle.

Mme Libby Davies: Madame la présidente, avant que vous ne suspendiez la séance, puis-je invoquer le Règlement?

Je remarque que les travaux du comité doivent se poursuivre à huis clos. Je ne crois pas que nous allons parler de détails concernant des témoins, aussi je ne comprends pourquoi faut-il que nous poursuivions nos travaux à huis clos. Je voudrais présenter une motion voulant que la séance publique continue jusqu'à 17 h 30. J'en fais la proposition.

La présidente: Y a-t-il des observations concernant cette motion? Monsieur Carrie.

M. Colin Carrie: Normalement, les travaux du comité se font à huis clos, j'aimerais donc que la séance se poursuive à huis clos.

● (1720)

Mme Libby Davies: Je demande que l'on fasse un vote par appel nominal.

La présidente: Un vote par appel nominal. Que tous ceux qui sont en faveur du huis clos lèvent la main.

Une voix: À huis clos...

Une voix: Que sommes-nous...

La présidente: Nous avons un vote par appel nominal.

[Français]

Mme Anne Minh-Thu Quach: Puis-je mieux connaître la procédure avant qu'on entame la réunion à huis clos? Est-ce que cela peut être demandé n'importe quand pour n'importe quelle raison? Je veux simplement comprendre pourquoi on va en discuter à huis clos.

[Traduction]

La présidente: Nous allons d'abord mettre la motion aux voix.

[Français]

La greffière du comité (Mme Mariane Beaudin): Je vais répondre à votre question, mais on a demandé un vote par appel nominal et je vais d'abord procéder avec le vote.

[Traduction]

La motion propose que le comité poursuive ses délibérations en public.

(La motion est rejetée par 6 voix contre 5)

La présidente: La motion est rejetée, la séance est donc suspendue pendant deux minutes.

Merci.

[La séance se poursuit à huis clos.]

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>