



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA



NUMÉRO 013



1^{re} SESSION



41^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mercredi 2 novembre 2011



Présidente

Mme Joy Smith

Comité permanent de la santé

Le mercredi 2 novembre 2011

•(1535)

[Traduction]

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

Nous avons un invité très spécial aujourd'hui. Bien entendu, il y a nos témoins: Mme Maureen O'Neil, qui représente la Fondation de la recherche sur les services de santé, et Mme Elizabeth Badley, à titre personnel. Mme Badley est professeure à la Dalla Lana School of Public Health de l'Université de Toronto. Je crois comprendre que vous êtes aussi scientifique principale. Très bien. Nous sommes vraiment ravis de vous accueillir.

Nous accueillons également un autre invité. Aujourd'hui, c'est la journée où des enfants accompagnent leurs parents au travail. Nous accueillons Michael Norris, qui est à l'arrière. C'est le fils de Sonya. Le voilà. Il pourra voir en direct comment se déroule une séance du Comité de la santé. Bienvenue.

Cela dit, nous allons commencer. Nos deux témoins feront un exposé de 10 minutes et nous passerons ensuite aux questions.

Nous commençons par Mme Maureen O'Neil. Allez-y, s'il vous plaît.

Mme Maureen O'Neil (présidente, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé): Merci beaucoup.

Je veux remercier le comité d'avoir invité la Fondation de la recherche sur les services de santé à venir témoigner au sujet d'une question très importante.

[Français]

La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé est un organisme à but non lucratif financé par le gouvernement fédéral qui a pour mandat d'accélérer l'amélioration et la transformation des services de santé pour les Canadiens et les Canadiennes.

[Traduction]

Mon exposé portera surtout sur la façon d'adapter les systèmes afin de mieux répondre aux besoins des patients qui souffrent de maladies chroniques. Même si la prestation de soins de santé relève avant tout des gouvernements provinciaux et territoriaux, une réorganisation des investissements fédéraux par des transferts en santé, de la recherche et de la diffusion d'innovations s'impose.

Commençons par la bonne nouvelle. Nous savons passablement comment réorganiser les services de soins de santé afin de répondre aux besoins des patients. Malheureusement, la mauvaise nouvelle, c'est que sur le plan politique, il est extrêmement difficile d'apporter les changements en ce sens, surtout pour les gouvernements provinciaux. Cependant, il est fort possible qu'en raison des besoins des baby-boomers qui vieillissent et du fait qu'en vieillissant, nous sommes de plus en plus touchés par les maladies chroniques, nous changerons la façon dont nous organisons et finançons les services de santé.

Lundi, le Mowat Centre de l'Université de Toronto a publié un rapport de Will Falk, qui explique qu'en fait, nous n'avons pas besoin d'obtenir d'autres revenus, ni de privatiser des services pour répondre à nos besoins. Les changements peuvent se faire au sein même du système de santé public.

[Français]

Le fait que la prise en charge des maladies chroniques soit devenue la principale tâche de nos systèmes de santé témoigne de l'efficacité de la médecine moderne. Des maladies comme les cardiopathies, certaines formes de cancer et le sida, qui à une certaine époque étaient mortelles, sont aujourd'hui des maladies chroniques.

Une récente évaluation effectuée par l'Académie canadienne des sciences de la santé indique qu'il existe un écart considérable entre le fonctionnement actuel du système de santé et les besoins des patients atteints de maladies chroniques. Ce ne sont pas uniquement les malades chroniques qui bénéficieraient d'une nouvelle organisation des services de santé, ce serait avantageux pour chacun d'entre nous.

Dans un rapport préparé à la demande de la FCRSS, Jean-Louis Denis, professeur titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur la gouvernance et la transformation des organisations et systèmes de santé, propose une harmonisation stratégique des services de première ligne, de la prise en charge des maladies chroniques et de la santé de la population.

[Traduction]

En nous préparant pour une réunion nationale regroupant des dirigeants de services de soins de santé qui se tiendra en février prochain, nous avons demandé à Steven Lewis, un spécialiste en matière de politique de la santé de la Saskatchewan, de répondre à la question suivante: que doit-on faire pour fournir des soins intégrés de qualité supérieure aux gens qui souffrent de maladies chroniques complexes? Il a dit à peu près la même chose que le professeur Denis. Il a défini les soins intégrés comme des soins fondés sur les besoins, complets et holistiques, appropriés, faciles à gérer, fondés sur le travail d'équipe, axés sur la participation et l'autogestion du patient, et surtout, fondés sur des preuves et guidés par des données. Il a cerné sept obstacles à l'amélioration du rendement et trouvé sept solutions.

Il a dit entre autres qu'au Canada, les services de soins de santé qui sont vraiment fondés sur le travail d'équipe sont rares. En général, les praticiens qui ne sont pas médecins ne pratiquent pas à leur plein potentiel. Par exemple, au Royaume-Uni, en Angleterre, ce sont les infirmières qui fournissent la plupart des soins aux malades chroniques.

Il attire également notre attention sur les problèmes causés par les systèmes de paiement actuels pour l'utilisation moderne des communications. Aux États-Unis, bon nombre de systèmes à haute capacité permettent aux patients de communiquer avec leurs médecins par courriel. Dans certains endroits au Canada, les médecins ne peuvent pas être payés pour des communications téléphoniques ou par voie électronique.

Il souligne également le grand danger auquel s'exposent les patients qui prennent cinq médicaments ou plus, et certains patients atteints de maladies chroniques prennent jusqu'à 10 médicaments différents. S'il n'y a pas de dossier de santé électronique détaillé et une intégration plus poussée des pharmaciens, cela aggrave le problème.

[Français]

Afin d'aider à répondre aux questions au sujet des modifications au fonctionnement du système de santé en vue de satisfaire aux besoins de la population vieillissante du Canada, nous avons organisé des tables rondes dans six villes. Plus de 200 responsables de politiques, dirigeants de services de santé, chercheurs, etc., y ont participé. Les membres du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement ont aussi pris part à ces tables rondes.

Plusieurs solutions proposées par M. Lewis et le professeur Denis ont été expliquées lors de ces tables rondes. Ils ont également souligné qu'il faut se pencher sur les enjeux propres à des groupes bien précis de la population. Par exemple, un bon nombre d'Autochtones n'ont qu'un accès limité au transport et au logement. De plus, ils connaissent des taux de maladies chroniques plus élevés que la moyenne. Ils ont aussi demandé de renforcer des partenariats. Ils ont demandé à des organismes comme le nôtre de diffuser ces innovations, parce que sans diffusion, on va rester où nous sommes.

• (1540)

[Traduction]

L'an dernier, nous avons contribué à la diffusion des innovations dans les soins de santé primaires en tenant une conférence sous le thème « Presser le pas », au cours de laquelle nous avons présenté 47 innovations dans la prestation des soins de santé primaires, dont bon nombre étaient axées sur l'amélioration des soins offerts aux patients atteints de maladies chroniques. Par exemple, en 1999, le Centre de santé et de services sociaux - Institut de gériatrie de Sherbrooke et une équipe de recherche du Centre de recherche sur le vieillissement de Sherbrooke ont élaboré un modèle de services intégrés destiné aux aînés qui est unique au Québec. Ils ont vraiment réussi à réduire le nombre d'aînés en résidence. De plus, et c'est très important, ils ont réussi à freiner la détérioration de la santé des aînés au cours de leur hospitalisation, car l'hôpital en comptait un moins grand nombre.

Le modèle a été diffusé dans la province de Québec, mais comme cela arrive souvent, les gens trient sur le volet, et il serait donc intéressant de savoir si leurs résultats ont été aussi remarquables que ceux obtenus à Sherbrooke.

J'aimerais maintenant donner un exemple concret de la façon dont les Territoires du Nord-Ouest collaborent avec nous pour élaborer une stratégie intégrée en matière de gestion des maladies chroniques.

D'après les estimations des T.N.-O., 70 p. 100 de tous les décès, la moitié des admissions à un hôpital, et des coûts dépassant 136 millions de dollars par année sont liés à des maladies chroniques.

Dans le cadre de notre collaboration avec le territoire sur la santé politique et la mise en oeuvre, nous nous concentrons sur la santé

mentale, le diabète et les maladies du rein. Nous réunissons des chercheurs qui se sont penchés sur ces sujets et les décideurs, les dirigeants du système de santé, les infirmières et les médecins du territoire. En utilisant leurs forces, ils trouvent des moyens d'améliorer les choses et des solutions pour l'ensemble de leur territoire gigantesque. Une évaluation visant à assurer la diffusion des idées et des pratiques est étroitement liée à ce travail.

Les gouvernements de partout au Canada s'efforcent d'affronter les difficultés posées par les maladies chroniques. Puisque nous avons examiné attentivement ce qui se passe dans les provinces récemment, nous savons qu'il y a des activités partout. C'est une grande préoccupation pour tous les systèmes.

À l'échelle nationale, le gouvernement fédéral soutient un certain nombre de cadres axés sur la maladie, de stratégies et d'organismes qui tentent aussi de mobiliser des appuis partout au pays et de réduire le fardeau que constituent certaines maladies chroniques en particulier, qu'il s'agisse de la Commission de la santé mentale du Canada, du Partenariat canadien contre le cancer ou par les Instituts de recherche en santé du Canada, de la stratégie pour une recherche axée sur le patient.

Ces investissements fédéraux sont essentiels à la réorganisation des soins de santé; donc, à la FCRSS, nous continuons à chercher des moyens d'améliorer les soins de santé pour les Canadiens et de diffuser les innovations partout au pays.

Je vous remercie beaucoup de votre invitation.

Je serai ravie de répondre à vos questions tout à l'heure.

La présidente: Merci.

Docteure Badley, pourriez-vous nous présenter votre exposé, s'il vous plaît?

Dre Elizabeth Badley (professeure, Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto; scientifique principale, Toronto Western Research Institute, University Health Network, à titre personnel): Je vous remercie beaucoup de m'avoir donné la possibilité de comparaître. Je vais poursuivre sur le thème des maladies chroniques, mais mon exposé sera un peu plus personnel.

Je suis très ravie que vous vous intéressiez aux maladies chroniques liées au vieillissement. En tant qu'épidémiologiste et chercheuse en services de santé, je m'y intéresse depuis longtemps. Mes connaissances spécialisées sont liées à l'arthrite et aux maladies musculo-squelettiques.

Ce que je veux faire aujourd'hui, c'est mettre l'arthrite sur votre écran radar et vous convaincre de l'intégrer dans vos délibérations sur les maladies chroniques et le vieillissement. Bien entendu, c'est un sujet très vaste, et j'ai donc décidé de me concentrer sur les deux ou trois aspects que vous trouverez les plus pertinents, à mon avis.

Je veux tout d'abord parler des liens entre l'arthrite et d'autres maladies chroniques, et ensuite, des raisons pour lesquelles c'est important pour le vieillissement en santé.

Avant tout, je dois parler du contexte canadien. L'arthrite est l'une des maladies chroniques les plus répandues et c'est de loin la cause la plus fréquente d'invalidité dans la population. Un Canadien sur six, soit environ 4,5 millions de personnes disent faire de l'arthrite, et c'est beaucoup. Bon nombre de ces gens ont 65 ans ou plus, ce qui représente 1,7 million d'aînés. Cela équivaut à la population des provinces du Manitoba et de Terre-Neuve. En plus, un autre million de personnes, ce qui correspond à la population de la Saskatchewan, souffrent déjà d'arthrite et seront des aînés au cours des 10 années à venir.

Je n'ai pas le temps de donner beaucoup de détails sur l'arthrite. Si vous voulez en savoir plus, je vous prie de me le demander. Il existe une excellente référence, et c'est le rapport de l'Agence de la santé publique du Canada intitulé *Vivre avec l'arthrite au Canada*. Il donne un très bon aperçu des problèmes personnels et des problèmes de santé publique que cause l'arthrite.

L'arthrite englobe beaucoup de maladies, et je ne vais parler que de l'une d'entre elles: l'arthrose. L'arthrose est le type d'arthrite le plus répandu. Au Canada, environ une personne sur huit en fait, et bon nombre de ces gens sont des aînés.

L'arthrose, comme d'autres types d'arthrite, est liée à d'autres maladies chroniques. Prenons l'exemple de l'une de mes amies, une vraie personne, que j'appellerai Marie. C'est une personne pleine de vitalité, positive, créative qui a un très bon sens de l'humour. Mon mari l'appelle la tête d'affiche. Marie n'est qu'à la fin de la soixantaine, mais elle fait de l'arthrose depuis environ 20 ans. Elle a de gros problèmes de mobilité. Marcher et monter un escalier est difficile et douloureux pour elle. Au fil des ans, j'ai vu la douleur et la raideur causées par son arthrose la rendre de moins en moins physiquement active. Elle a donc pris du poids. Plus elle prend du poids, plus l'arthrite s'aggrave, et elle est donc prise dans un cercle vicieux: elle souffre de douleurs arthritiques, est moins active et prend du poids. Parce qu'elle a pris du poids, elle a maintenant des problèmes d'hypertension artérielle et des problèmes cardiaques. En plus de tout cela, on lui a dit maintenant de faire attention à ce qu'elle mange, car elle est sur le point de faire du diabète.

Comme vous le savez déjà, Marie n'est pas la seule personne aux prises avec tous ces autres problèmes de santé. La plupart des aînés sont atteints de plus d'une maladie chronique. Selon une enquête récente de Statistique Canada portant sur le vieillissement en santé, 90 p. 100 des aînés qui font de l'arthrite souffrent d'au moins une autre maladie chronique.

Ce qui est intéressant, c'est que nous savons maintenant que ces combinaisons d'arthrite et d'autres maladies ne sont pas le fruit du hasard.

Nous savons tous que le manque d'activité physique et l'excès de poids accroissent les risques de souffrir d'une cardiopathie et de diabète et de certains cancers. Nous pouvons avancer l'hypothèse que l'invalidité et le gain de poids de Marie qu'a causés son arthrose peuvent être à l'origine de ses autres problèmes de santé.

Un effet secondaire bien connu de la prise de médicaments anti-inflammatoires contre l'arthrite, c'est l'augmentation de la tension artérielle, ce qui peut faire augmenter les risques de crise cardiaque. En fait, pour cette raison, le médecin de Marie a cessé de lui prescrire ces médicaments, ce qui veut dire qu'elle doit vivre en ayant beaucoup de douleur.

Il n'est guère surprenant que la merveilleuse et positive Marie se sente déprimée parfois. C'est inquiétant, car la dépression augmente les risques de crise cardiaque.

Il y a un autre aspect. L'arthrite est la principale cause d'inflammation, et les recherches commencent à montrer que l'inflammation pourrait causer des problèmes — maladies du cœur, diabète et un certain nombre de maladie neurologique et d'autres maladies.

• (1545)

Ces nouvelles semblent terribles, mais la bonne nouvelle, c'est que cela nous permet de comprendre comment et pourquoi différentes maladies chroniques surgissent ensemble. Connaître les liens de cause à effet et ce qui les explique peut nous amener à trouver de

nouvelles façons de prévenir les maladies chroniques. L'initiative des IRSC axée sur l'inflammation est certainement un pas dans la bonne direction.

Durant le temps qu'il me reste, permettez-moi de vous parler ce qu'on peut faire au sujet de l'arthrite.

Il existe un mythe très répandu qui influence autant les gens qui font de l'arthrite que leurs médecins: l'arthrose est un fait inévitable de la vieillesse et il n'y a rien à faire. C'est faux. Des jeunes font de l'arthrite, et je tiens à dire que les stratégies de traitement principales contre l'arthrose sont les médicaments contre la douleur et l'inflammation, le maintien d'un poids santé, l'activité physique, et pour le stade ultime de l'arthrite de la hanche et de l'arthrite carpienne, l'arthroplastie.

Marie s'est fait remplacer les deux genoux, ce qui l'a beaucoup aidée, mais l'arthrite affecte toujours ses pieds, ses mains et son dos. L'un de ses problèmes, c'est qu'elle n'a pas accès à des spécialistes dans le système de soins de santé. Bon nombre de médecins des soins primaires ne se croient pas en mesure d'intervenir pour les problèmes d'arthrite, ce qui découle probablement d'un manque de formation sur l'arthrite au cours de la formation en médecine. Bien sûr, le travail de nos chirurgiens orthopédistes consiste à faire des chirurgies, comme l'arthroplastie totale, et celui de nos rhumatologues est de s'occuper de polyarthrite rhumatoïde. Cela nous amène à nous demander où des gens comme Marie peuvent s'adresser pour avoir l'avis d'un spécialiste sur la gestion des soins thérapeutiques. N'oubliez pas qu'elle représente un très grand nombre de Canadiens qui souffrent d'arthrite.

C'est à cet égard que le genre d'innovations dans le système de soins de santé dont vous venez d'entendre parler est nécessaire. Il nous faut innover dans la façon dont nous offrons des soins aux gens qui souffrent d'arthrite pour faire en sorte que des personnes comme Marie puissent obtenir l'aide dont elles ont besoin. Il y a des débuts encourageants partout au Canada. Les IRSC ont également financé des recherches sur de nouveaux modèles de prestation de soins pour l'arthrite, dont certaines font participer des professionnels comme des physiothérapeutes et des infirmières en pratique avancée. Toutefois, il reste encore beaucoup de chemin à faire.

Et bien entendu, nous ne pouvons pas oublier que l'arthrite est liée à d'autres problèmes de santé. Comme vous le savez, c'est un problème pour notre système de soins de santé, dans lequel on ne s'occupe habituellement que d'une maladie à la fois. Marie passe beaucoup de temps à rencontrer différents spécialistes pour régler ses divers problèmes de santé. Ce problème ne se voit pas que dans le cas de l'arthrite, et je sais qu'on vous a déjà parlé du besoin d'avoir un système de soins de santé plus intégré et d'offrir des soins axés sur les patients. Toutefois, les discussions à ce sujet, et surtout au sujet de la gestion des maladies chroniques, ne portent pas toujours sur les besoins des gens qui font de l'arthrite. Compte tenu du nombre important de personnes qui souffrent de cette maladie chronique, il est essentiel de changer les choses.

Je tente d'inciter Marie à profiter des divers programmes de traitements communautaires d'exercice, d'activité physique et de perte de poids, entre autres, ainsi que des programmes d'autogestion des maladies chroniques. La bonne nouvelle, c'est que, comme vous le savez sans doute, on recommande les mêmes choses pour d'autres maladies chroniques. Toutefois, il ne faut pas oublier les besoins des gens qui font de l'arthrite. Par exemple, au Canada, on recommande présentement aux aînés de faire au moins deux heures et demie d'activité aérobie de niveau modéré à intense chaque semaine. Marie a de la difficulté à sortir de sa maison. Il nous faut des moyens d'aider les Marie de ce monde à vivre avec la douleur et la raideur de l'arthrite et à augmenter progressivement l'intensité de l'activité physique et en même temps à réduire les risques de souffrir d'autres maladies chroniques. Les physiothérapeutes et les chiropraticiens peuvent les aider pour ce qui est de l'activité physique, mais, comme on vous l'a déjà dit, il nous faut surmonter, entre autres, les obstacles financiers qui empêchent les aînés et les gens à faible revenu de profiter de leur aide.

En fait, l'exercice fonctionne. Je vais vous parler d'une autre amie à moi, Jeanette, dont l'arthrite affecte le dos, les mains et les genoux. Il y a deux ans, elle devait tenir le bras de son mari lorsqu'elle marchait à l'extérieur. Cette année, elle a commencé à rencontrer un entraîneur personnel tous les jours et à suivre un programme d'exercice et de marche. Il y a deux semaines, elle a marché 21 kilomètres au marathon de Toronto. C'est cela, plus que toutes les études scientifiques que j'ai lues, qui me convainc qu'aider les gens qui font de l'arthrite à faire de l'exercice physique peut réduire l'invalidité et peut retarder le recours à l'arthroplastie.

• (1550)

En conclusion, j'espère avoir pu vous convaincre qu'en ce qui concerne le vieillissement en santé et les maladies chroniques, nous ne pouvons et ne devons pas négliger les besoins des nombreuses personnes qui sont atteintes d'arthrite.

Il y a trois raisons de ne pas le faire. Premièrement, l'arthrite a son importance. C'est la cause la plus fréquente de douleur et d'incapacité, surtout chez les aînés. Deuxièmement, l'arthrite augmente le risque d'être atteint d'autres troubles chroniques, et on doit intégrer cette connaissance aux stratégies de prévention et de gestion des maladies chroniques. Troisièmement, nous devons reconnaître que la douleur et l'incapacité causées par l'arthrite peuvent empêcher bien des aînés de bénéficier au maximum des stratégies existantes relativement aux maladies chroniques.

Voilà un bref aperçu des enjeux les plus importants, mais il y en a bien d'autres. Si vous souhaitez en apprendre un peu plus au sujet de cette grave maladie, je suis sûre que la Société de l'arthrite et les autres membres de l'Alliance de l'arthrite du Canada se feraient un plaisir de vous aider, tout comme moi d'ailleurs.

Je vous remercie de votre attention. C'est avec plaisir que je répondrai à vos questions.

La présidente: Merci beaucoup, docteur Badley.

Nous allons maintenant entamer notre première série de questions. Chaque intervenant disposera de sept minutes pour la question et la réponse.

Je tiens aussi à vous rappeler que nous suspendrons la séance à 16 h 45 afin de traiter des questions relatives à nos travaux.

Nous allons commencer par Mme Quach.

• (1555)

[Français]

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

Je vous remercie de vous être présentées et de nous donner des informations sur vos organismes.

Ma première question s'adresse à Mme O'Neil.

Vous avez parlé de plusieurs choses intéressantes. Tout d'abord, vous avez dit que, selon un rapport, il n'est pas nécessaire de privatiser les soins pour venir en aide aux patients et qu'il y a quand même un écart entre le fonctionnement actuel et les besoins en santé des personnes âgées.

Comment le fédéral peut-il s'adapter pour intervenir et améliorer les soins offerts, surtout en ce qui a trait aux maladies chroniques?

[Traduction]

Mme Maureen O'Neil: D'abord, je veux souligner que l'Université de Toronto vient de publier une étude dont Will Falk était le responsable. Dans cette étude, il s'est penché sur tous les gains en efficacité qui pourraient être réalisés dans notre système si nous utilisions la technologie de manière plus efficace et si nous avions recours à différentes professions au maximum de leurs capacités. Cela amènerait une réorganisation des fonctions des médecins, du personnel infirmier, des physiothérapeutes, etc. Il faudrait adopter une approche différente sur le plan de l'organisation des services et mettre le patient au cœur de la prestation des services. C'est un point extrêmement important.

Il a également indiqué qu'il y a, selon lui, suffisamment d'argent dans le système pour le faire. Cela ne comprend pas, bien sûr, les questions qui ont été exclues jusqu'ici, notamment le programme d'assurance-médicaments.

Cet argument a été renforcé par l'AMC dans ses propres mémoires; un système public qui ferait l'objet d'une réorganisation avec le même montant, ou un montant majoré en fonction de la population, peut couvrir cela sans qu'on ait besoin de privatiser le paiement des services.

Cela ne veut pas dire que différentes organisations ne peuvent assurer la prestation de services, mais l'étude semble indiquer qu'il y a suffisamment de pratiques non efficaces dans la façon de faire actuelle pour que grâce à une réorganisation de ces services, on puisse répondre aux besoins.

[Français]

Pouvez-vous répéter votre deuxième question? En fait, je ne sais pas si j'ai répondu à toutes vos questions.

Mme Anne Minh-Thu Quach: En fait, oui, mais en ce qui a trait à la recherche de Toronto, serait-il possible de faire parvenir les résultats de la recherche à la greffière?

Mme Maureen O'Neil: Je crois qu'on peut la trouver sur le site du Mowat Centre for Policy Innovation à l'Université de Toronto. Je crois que c'est paru lundi de cette semaine, il y a deux jours.

Mme Anne Minh-Thu Quach: Vous avez aussi parlé de partenariats relativement aux Autochtones et du fait qu'ils ont des problèmes particuliers. Vous avez mentionné le problème d'accès au transport et au logement social. Vous avez aussi dit qu'il faudrait travailler en partenariat pour améliorer les conditions et éviter qu'il n'y ait un taux exagéré de maladies chroniques dans ce groupe en particulier.

Avez-vous une idée de stratégies à mettre en oeuvre pour que le fédéral s'implique à cet égard?

Mme Maureen O'Neil: Oui, mais, comme vous le savez, le fédéral a beaucoup de responsabilités liées à la santé des Autochtones. Toutefois, elles sont souvent partagées avec les provinces.

Je crois que le Manitoba a mis sur pied une initiative. Il y a deux semaines, on a annoncé qu'on allait utiliser les avions du gouvernement pour assurer le transport des patients au lieu d'utiliser les ambulances auxquelles, de toute façon, on ne peut pas avoir recours dans plusieurs communautés. On a fait une étude établissant qu'utiliser les petits avions du gouvernement coûtait à peu près la même chose qu'utiliser les ambulances dans le cas des patients qui sont dans les régions très éloignées de Winnipeg.

C'était une recommandation issue de nos tables rondes sur le vieillissement. Il faut souligner qu'il faut toujours penser aux populations particulières plutôt que de penser seulement de façon générale, parce que les situations sont tellement différentes.

• (1600)

Mme Anne Minh-Thu Quach: J'ai une question à laquelle vous pouvez peut-être répondre toutes les deux. Vous avez toutes deux parlé de travailler au regroupement des équipes de professionnels pour venir en aide aux personnes âgées. On apprend qu'il n'y a que 200 gériatres au Canada pour traiter les personnes âgées. On sait que, dans les prochaines années, la proportion de personnes de 65 ans et plus va augmenter de façon exponentielle.

Savez-vous si les recherches en cours nous donnent suffisamment d'informations en ce qui concerne le besoin de professionnels en santé pour l'adaptation aux changements démographiques? La formation est-elle suffisante? Faut-il l'augmenter?

Mme Maureen O'Neil: Je peux vous répondre, mais je crois que Mme Badley aura quelque chose à dire aussi.

Il est bien connu qu'il y a une pénurie de personnes formées en gérontologie. Vous allez probablement inviter à comparaître ici le directeur scientifique de l'Institut sur le vieillissement, des Instituts de recherche en santé du Canada. Il est vraiment la personne la plus haut placée sur le plan de la recherche et de l'organisation des services au Canada.

On peut dire qu'il y a une pénurie. Il faut près de 10 ans pour former un spécialiste. Cette pénurie est importante.

[Traduction]

La présidente: Docteur Badley, aimeriez-vous faire quelques observations sur cette question également?

Dre Elizabeth Badley: Merci. J'aimerais simplement revenir sur ce que vous avez dit tout à l'heure au sujet du recours à d'autres professionnels de la santé.

Beaucoup de soins de santé à l'intention des aînés dans la collectivité peuvent être offerts par des physiothérapeutes, en particulier pour les troubles musculosquelettiques, par des infirmiers, des chiropraticiens, des ergothérapeutes. Pour les besoins qui ne sont pas directement liés aux soins de santé, mais au mieux-être, nous pouvons faire appel à des travailleurs sociaux. Il existe un large éventail de professionnels. Il y a des thérapeutes en réadaptation, qui peuvent aider les gens à demeurer actifs et s'occuper de l'activité physique et des conséquences de l'obésité. Et on demande de plus en plus aux pharmaciens, par exemple, de donner des conseils aux gens sur les médicaments.

La présidente: Merci, docteur Badley.

C'est maintenant au tour de M. Brown.

M. Patrick Brown (Barrie, PCC): Merci, madame la présidente. Je remercie les témoins de leurs observations jusqu'ici.

J'aimerais connaître vos points de vue sur l'Institut du vieillissement des IRSC. On nous a déjà dit qu'on lui avait accordé un financement de 122 millions de dollars et qu'il s'agit de l'une des priorités stratégiques des IRSC.

Que pensez-vous de cet institut du vieillissement? Est-il accessible pour la recherche? Est-il utile que les IRSC mettent l'accent en particulier sur la question du vieillissement?

Dre Elizabeth Badley: En un mot: oui. Ils font de l'excellent travail. Ils envoient régulièrement des courriels aux chercheurs qui s'intéressent au domaine pour leur fournir des informations à jour au sujet de leurs appels de proposition. Je leur suis très reconnaissante, car ils viennent de m'octroyer une subvention pour une étude visant à déterminer si la santé des baby-boomers sera meilleure ou pire que celle de leurs aînés, car nous ne connaissons pas la réponse à cette question, nous ne savons pas si ce sera mieux ou pire que prévu.

Ils subventionnent de nombreux concours ciblés, qui sont très importants pour le milieu de la recherche, car ils lui permettent d'examiner la question du vieillissement de façon plus globale; on ne se penche pas seulement sur les maladies, mais aussi sur la santé.

Mme Maureen O'Neil: Ils ont été d'excellents partenaires lorsque nous avons tenu une série de six tables rondes sur le vieillissement dans toutes les régions du pays. Ils ont communiqué les résultats de la recherche fondamentale qu'ils ont accumulés au fil des ans et ils ont fait des interventions extrêmement utiles lors des tables rondes, auxquelles participaient, comme je l'ai mentionné, toutes sortes de personnes, dont des chercheurs, des gens de la collectivité et des fournisseurs de services de santé.

M. Patrick Brown: C'est ce que j'espérais entendre. Il est bon de voir que les IRSC mettent l'accent là-dessus.

Pour ce qui est des 122 millions de dollars, j'imagine qu'on offre aussi des subventions par l'entremise des fonds sur la recherche contre le cancer et des neurosciences, qui sont aussi liés à bien des égards au vieillissement.

Le comité s'intéresse à la question des neurosciences. Au sujet de l'étude sur la population, qu'espérez-vous que le financement de 15 millions de dollars offert par la ministre Aglukkaq aux organismes caritatifs neurologiques pourra démontrer en ce qui concerne la prévalence exacte des troubles neurologiques au Canada? Je sais que nous avons des estimations, mais qu'espérez-vous que cela permettra d'établir?

• (1605)

Dre Elizabeth Badley: Les troubles neurologiques ont été grandement négligés, selon moi. Ils sont peut-être l'une des causes les plus fréquentes d'incapacité grave et, évidemment, ils sont plus fréquents avec le vieillissement et lorsqu'ils sont associés à d'autres troubles. Ce sera une très bonne chose que nous obtenions des estimations quant à la prévalence et que nous en apprenions davantage sur leurs conséquences sur les personnes touchées.

Je dirais également que l'Agence de la santé publique du Canada a récemment porté son attention sur la situation des personnes ayant une maladie chronique et qu'elle a examiné plus particulièrement les problèmes d'hypertension et d'arthrite ainsi que les troubles qui y sont associés. Nous félicitons l'agence d'avoir commandé des travaux de recherche afin de faire un examen approfondi d'un certain nombre de troubles chroniques, car les services de santé dans la population générale, même s'ils sont extrêmement utiles, ne fournissent pas, bien souvent, les informations approfondies dont nous avons besoin. Donc, je pense que les travaux sur les troubles neurologiques et d'autres troubles sont extrêmement bien reçus.

M. Patrick Brown: La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, que vous dirigez, madame O'Neil, a-t-elle effectué des recherches dans le domaine des neurosciences, notamment sur la maladie d'Alzheimer et la démence?

Mme Maureen O'Neil: Non. Nous sommes une très petite agence. Vous parlez des 122 millions de dollars de l'institut et de l'agence; notre budget total dépasse à peine les 10 millions de dollars. Notre travail est davantage lié à la politique et à la prestation des services en collaboration avec les provinces, les établissements de santé, les régions, etc. Nous nous penchons sur la façon dont ils organisent leurs services; nous ne sommes pas une agence destinée à financer la recherche primaire. Ce sont les Instituts de recherche en santé du Canada qui s'en occupent. Beaucoup d'organismes caritatifs du domaine de la santé concentrent aussi leurs efforts sur la recherche primaire.

Dans bien des domaines, comme les travaux sur les troubles neurologiques, nous avons autant besoin de la recherche primaire — je dirais même que nous en avons davantage besoin — que de la recherche sur l'organisation des services pour la population. En fait, nous n'avons tout simplement pas de bonnes réponses à beaucoup de leurs questions.

M. Patrick Brown: Je pense que vous le soulignez très bien. Il y a une chose qui me laisse toujours perplexe, et c'est le peu de connaissances que nous avons en ce qui a trait aux troubles neurologiques. J'entends de bons commentaires sur les programmes gouvernementaux, comme le programme Nouveaux horizons, qui permet d'offrir des activités destinées aux personnes âgées, comme des activités artistiques ou physiques, afin de retarder l'apparition des troubles neurologiques.

En même temps, on pense à des personnes comme Ronald Reagan et Margaret Thatcher, par exemple, qui ont été atteints de troubles neurologiques et qui, pourtant, ont été des plus actifs dans leur vie. Cela rend vraiment perplexe. On se demande ce qu'on peut faire pour retarder ou empêcher l'apparition de ces horribles maladies. Avez-vous des conseils stratégiques à offrir en ce qui concerne les programmes que le gouvernement devrait envisager et qui pourraient être utiles dans ce domaine?

Mme Maureen O'Neil: Je mentionnerais évidemment la recherche, mais je crois qu'il y a autre chose. À mesure que nous utiliserons de mieux en mieux les dossiers de santé électronique et que nous mobiliserons de plus en plus les cliniciens qui reçoivent les gens au quotidien — l'un des programmes des IRSC tente de convaincre les médecins qui sont en contact tous les jours avec les patients d'utiliser les données pour leurs propres patients et de communiquer l'information —, nous aurons également une bien meilleure manière de développer les connaissances des gens qui viennent consulter leur médecin actuellement. Même si nous ignorons la cause de leur maladie, nous aurons une bien meilleure idée de la façon dont elle progresse.

Autrement dit, sans les dossiers de santé électroniques, nous avons en partie les mains liées. Nous ne pouvons pas recueillir l'information. Comparativement aux entreprises qui essaient de nous vendre des choses et à celles qui peuvent utiliser nos renseignements de crédit pour établir, par exemple, un profil de consommateur... Elles sont bien plus avancées, sur le plan de leur capacité à nous comprendre, que ne l'est notre médecin.

La présidente: Merci, madame O'Neil.

C'est au tour de Mme Fry.

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

Je vais changer un peu de sujet et parler des personnes âgées qui ont des problèmes de mobilité. Pour une raison ou pour une autre, beaucoup d'ânés ont de la difficulté à se déplacer. On pense également que si on retire ces personnes de leur domicile et qu'on les place dans un établissement de soins de longue durée, elles souffriront plus tôt de pertes de mémoire, de la maladie d'Alzheimer, de désorientation, etc.

Comment, alors, peut-on s'assurer que les personnes âgées ayant des problèmes de mobilité pourront demeurer dans leur maison, surtout si l'accès y est difficile? Quels changements pourraient être apportés sans que cela coûte trop cher? Il faudrait modifier chaque maison ou chaque appartement de chaque immeuble d'une collectivité si l'on voulait améliorer leur mobilité sans avoir à les placer dans un établissement accessible aux personnes à mobilité réduite. Comment pourrait-on le faire?

Aujourd'hui, au lunch du groupe de recherche, une femme du Royaume-Uni nous disait qu'une personne responsable du logement et un travailleur social font partie de l'équipe multidisciplinaire à laquelle ils ont recours pour gérer les soins aux malades chroniques. Quand nous parlons d'équipes multidisciplinaires, nous pensons rarement à ces deux personnes.

Pourriez-vous nous en parler et nous dire de quel modèle nous pourrions nous servir, selon vous?

• (1610)

Mme Maureen O'Neil: Cela soulève une question beaucoup plus vaste concernant la façon dont nous organisons les services de santé. À Ottawa, par exemple, il n'y a personne ici qui est responsable de toutes les initiatives qui ont une incidence sur la santé des gens.

Nous n'avons aucun centre de gestion dans notre système de santé. Ce n'est pas comme si quelqu'un avait une somme d'argent et pouvait décider qu'il serait plus logique de subventionner des rampes pour les maisons que de faire autre chose. Personne n'est responsable de la réaffectation des fonds, et c'est une partie importante du problème quant à la façon dont nous pouvons répondre aux besoins des gens.

Le travail que les commissions des droits de la personne ont accompli en matière d'invalidité n'a pas été axé sur les ânés ayant des maladies chroniques. D'un point de vue positif, l'obligation d'aménager les espaces publics est avantageuse pour eux, mais cela ne règle pas le problème de l'aménagement des espaces privés.

La question est de savoir qui va payer pour ce genre de choses. C'est bon pour la santé des ânés. Nous économisons de l'argent lorsqu'ils sont à la maison. Il faudra déterminer s'il s'agit d'une responsabilité privée ou publique pour diverses questions au cours de la prochaine décennie.

La présidente: Je crois que la Dre Badley voudrait formuler une observation.

Dre Elizabeth Badley: J'ai deux observations très brèves.

Il n'y a qu'une minorité de personnes âgées qui se déplacent en fauteuil roulant. La plupart peuvent marcher; peut-être un peu difficilement, mais elles peuvent le faire.

Il y a donc deux options: la première, comme je l'ai indiqué dans mon exposé, c'est de faire en sorte que la santé des gens cesse de se détériorer à cause de leur mauvaise condition physique. Ils sont moins en forme. Ils ont plus de difficulté à bouger.

La deuxième option consiste simplement à adapter le domicile: ajouter des rampes d'escalier, se débarrasser des tapis qui peuvent faire trébucher, disposer les meubles autrement dans la maison afin que les personnes puissent se tenir lorsqu'elles se déplacent. Ces trucs pourraient les garder actives dans leur domicile. Il est peu coûteux d'ajouter une barre d'appui dans la salle de bains, une rampe près de la toilette pour que la personne puisse se lever facilement, ou un siège de toilette surélevé.

L'hon. Hedy Fry: Je comprends, mais je crois que Mme O'Neil voudrait dire que quelqu'un doit coordonner tout cela afin que l'on sache quels sont les besoins.

Dans certaines provinces, il y a des autorités régionales de la santé qui reçoivent des sommes pour s'occuper de cela. Est-ce que c'est le groupe approprié pour s'en occuper? Ou nous faut-il quelqu'un d'autre, comme cette femme du Royaume-Uni, pour le faire ou pour être responsable d'un groupe qui s'en occuperait?

Mme Maureen O'Neil: Les autorités sanitaires du pays n'ont pas tous les mêmes rôles et responsabilités. Certaines en ont beaucoup plus que d'autres. Il ne faut pas oublier qu'au Royaume-Uni, il y a un organisme de services de santé. Nous avons des systèmes de paiement qui nous permettent d'avoir accès aux services de santé. Nos médecins peuvent travailler à leur compte. Nous avons des hôpitaux où l'on trouve des infirmières, notamment, mais nous n'avons pas de systèmes intégrés, et cela fait une énorme différence.

Il y a environ 40 ans, la vision optimiste des autorités sanitaires était qu'elles deviendraient le haut lieu de la gestion de cet ensemble de questions. Mais je pense que si on regarde ce qui se passe d'un bout à l'autre du pays, on constate que parfois, elles ont beaucoup de responsabilités, parfois non. Les autorités sanitaires pourraient être responsables, disons, de l'hôpital et des budgets liés aux soins de longue durée seulement, mais elles ne s'occuperaient peut-être pas de santé publique. Puis, ailleurs, on trouve des centres d'accès aux soins communautaires ou de l'aide au logement, mais il n'y a pas de regroupement des services.

• (1615)

L'hon. Hedy Fry: Considérez-vous qu'il s'agit d'un modèle de changements transformateurs qui pourrait être inclus dans l'accord de 2014?

Mme Maureen O'Neil: C'est une question vraiment intéressante. Oui, les provinces peuvent certainement le faire, si on fait abstraction des extraordinaires obstacles d'ordre politique. Je suppose que ce qui est intéressant, c'est la question de savoir s'il y a une façon d'améliorer la donne. En réalité, une province qui serait assez courageuse pourrait le faire dès maintenant. Après tout, c'est elle qui tient les cordons de la bourse pour les médecins et les hôpitaux. À cela s'ajoute le problème lié à ce qui n'est pas subventionné — certaines professions ne le sont pas —, mais qui serait extrêmement utile pour personnes qui ont une maladie chronique. Mais les provinces peuvent le faire. Elles le pourraient, mais ce n'est pas facile. Chaque fois qu'on apporte des changements au système de santé, beaucoup de personnes s'y opposent.

L'hon. Hedy Fry: Actuellement, notre système de santé est fondé sur la subvention des hôpitaux et des médecins. On ne peut pas subventionner les soins de longue durée et les soins communautaires. Cependant, dans l'accord de 2004, il y avait des mesures incitatives à cet égard.

La présidente: Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à Mme Block.

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

Merci aux témoins d'être ici. J'aime vraiment l'étude que nous avons entreprise. Ma première question s'adresse à Mme Badley. J'ai un grand intérêt pour le projet que vous avez mentionné et pour lequel vous avez reçu une bourse des IRSC, parce que je suis une personne née à la fin du baby-boom. Je crois sincèrement que nous devons nous attaquer à ce qui semble être, à l'horizon, une tâche monumentale — le vieillissement de la génération des baby-boomers — et en tirer parti. Il me semble que le projet pour lequel vous avez reçu du financement pourrait contribuer à le faire. Je ne sais pas si vous aimeriez nous décrire le processus que vous avez suivi pour obtenir le financement. Vous pourriez nous donner un meilleur aperçu de votre projet.

Dre Elizabeth Badley: Eh bien, très brièvement, j'ai d'abord examiné la littérature. J'ai trouvé plus de 1 000 articles où il était question des baby-boomers. On pouvait y lire des choses comme « oh, ce sera terrible, il y aura beaucoup plus de gens, nous n'avons pas de professionnels de la santé ». Après examen, j'ai constaté que seulement 20 des 1 000 articles avaient des preuves pour soutenir cette thèse.

Ce que je vais faire, c'est utiliser les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population, parce qu'il faut que je puisse comparer la situation des personnes qui ont 55 ou 65 ans aujourd'hui avec celle des personnes qui étaient dans les mêmes groupes d'âge il y a 10 ans. L'idée est d'étudier chez ces personnes les tendances par rapport à l'augmentation de l'incapacité, de l'autoévaluation de l'état de santé, du recours aux soins de santé au fil du temps. Il s'agit de savoir si la pente de la trajectoire est la même pour les différentes générations: les baby-boomers plus âgés, les plus jeunes et ceux que j'appelle les bébés de la guerre, c'est-à-dire les personnes nées entre 1935 et 1945. J'espère pouvoir vous faire part des résultats dans environ un an.

Nous avons des raisons de croire que nous sommes en meilleure santé. D'une part, nous savons que nous avons de meilleurs soins de santé, une meilleure éducation et des antibiotiques. D'autre part, nous sommes plus obèses. Un des autres problèmes, c'est que les gens vivent plus longtemps avec une maladie chronique alors que sans ces soins, ils seraient décédés. Donc, je pense qu'il y aura une répartition en deux groupes: les gens en santé qui prennent soin d'eux-mêmes — probablement ceux des classes sociales plus élevées, les plus riches et privilégiés —, d'une part, et probablement les plus pauvres, les plus obèses et les survivants, d'autre part. En somme, je pense que ce sera assez complexe, mais je pense que cela pourrait à tout le moins nous aider à mieux cibler les soins de santé de façon plus pratique. Cela pourrait aussi signifier que ce ne sera pas aussi grave qu'on aurait pu le croire.

Mme Kelly Block: Merci.

Ai-je...?

La présidente: Oui, vous avez quelques minutes.

Mme Kelly Block: Mes commentaires s'adressent à Mme O'Neil.

Premièrement, j'aimerais vous féliciter d'avoir reçu l'Ordre du Canada en juin. C'est tout un exploit.

Je viens de la Saskatchewan. Donc, je connais Stephen Lewis, et je sais qu'il est un ardent et passionné défenseur de la réforme ou de la réorganisation du système de soins de santé.

Beaucoup de professionnels de la santé ont dit au comité que le système de soins de santé devrait être progressivement transformé afin d'en faire un système plus axé sur la prévention, la gestion et la promotion de la santé que sur les soins actifs. On a dit au comité qu'au fil du temps, un modèle de ce genre permettrait de faire d'importantes économies. Je me demande si vous pourriez nous dire, en fonction du travail que vous faites, si vous avez connaissance d'études qui corroborent cette hypothèse ou qui pourraient même la réfuter.

• (1620)

Mme Maureen O'Neil: Je pense que les études à ce sujet sont semblables à celles que la Dre Badley a examinées. Quand on regarde les articles où il y a beaucoup d'hypothèses improbables, on constate qu'il n'y a pas beaucoup de preuves qui viennent les appuyer.

Je pense que la recherche qui doit être faite est le genre de recherche que nous menons en Colombie-Britannique en collaboration avec l'autorité sanitaire de Fraser et l'Institute for Health Systems Sustainability. Dans un premier temps, dans le cadre de cette recherche, nous examinons les sommes consacrées à la santé dans la région, peu importe à quoi elles servent — que ce soit pour les hôpitaux, les honoraires des médecins ou les médicaments et toutes ces choses —, afin d'en connaître le montant global. Nous savons qu'une autre étude portera sur les indicateurs de santé de la population. Ensuite, à la façon des livres pour enfants sur le corps humain, nous superposerons les différents aspects.

Nous connaissons les caractéristiques d'un système de santé fonctionnel, c'est-à-dire qu'il est intégré — tous les mots que Stephen Lewis a utilisés pour le décrire. Puis, on pose la question suivante: où en sommes-nous par rapport à cela? Étant donné la somme d'argent dont nous disposons, l'autorité sanitaire de Fraser aurait-elle les moyens d'offrir de tels services? Quels seraient les obstacles qui nous empêcheraient d'affecter des sommes à ce genre de choses? Comme Mme Fry l'a mentionné, le financement du système de santé est établi par des mécanismes précis, ce qui peut parfois nous empêcher de faire les choses que nous savons nécessaires.

Je pense que le genre d'étude qui nous permettra de répondre à la question, c'est une étude où on examine la situation dans un contexte réel, où on fait des calculs en fonction des sommes réelles versées dans le système, où on compare les résultats avec ce qui constitue un excellent système et où on s'interroge sur ce qui nous distingue de ce modèle et sur les façons d'y parvenir.

Mme Kelly Block: Merci.

Mme Maureen O'Neil: Encore une fois, dans un an, comme l'a indiqué la Dre Badley, si vous étudiez toujours la question, nous pourrions vous donner une bien meilleure réponse, parce que nous aurons examiné la question en collaboration avec les organismes et les établissements qui fournissent les soins.

La présidente: Madame Block, madame O'Neil, merci.

Nous passons maintenant à la série de questions de cinq minutes.

Nous commençons avec Mme Sellah.

[Français]

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

Je remercie Mme O'Neil et Mme Badley de venir éclairer notre lanterne.

J'ai fait ma petite recherche sur vous deux et, comme vient de le faire Mme Kelly Block qui m'a précédée, je vous félicite, madame O'Neil, d'avoir reçu l'Ordre du Canada en juin dernier.

Je sais que la mission de votre fondation est d'accélérer l'amélioration et la transformation des services de santé pour les Canadiens et Canadiennes. Je sais que votre association collabore avec des gouvernements, des responsables des politiques et des dirigeants du système de santé. Je sais aussi que vous avez au moins trois priorités. Une de ces priorités a particulièrement attiré mon attention, soit celle de favoriser le dialogue sur les politiques. Dans votre présentation, vous avez aussi mentionné que, parmi les barrières existantes, il y a le manque de collaboration entre les différents services de santé ainsi que le modèle de rémunération à l'acte.

Selon vous, quelle devrait être la meilleure façon pour le gouvernement fédéral de contribuer à la résolution de ces problèmes? Le fédéral devrait-il créer une façon de partager les pratiques exemplaires?

Mme Maureen O'Neil: C'est une très bonne question.

Je crois que l'Association médicale canadienne a déjà proposé d'investir beaucoup plus d'argent dans le partage des innovations. On est tout à fait d'accord avec l'association. En effet, les possibilités d'action du fédéral sont limitées, sauf dans le cas des populations dont il a la responsabilité, comme les Autochtones, les gens liés au ministère de la Défense nationale, etc. Dans ces cas, c'est différent.

Toutefois, si on parle des autres, c'est surtout une question de financement du domaine de la recherche, ce qui est très important. On a cité plusieurs études, aujourd'hui. Il est absolument primordial que ça continue.

De plus, il y a toujours la possibilité de créer des programmes très spécifiques. Plusieurs programmes ont été mentionnés, comme le Partenariat canadien contre le cancer et la Commission canadienne pour la santé mentale. Il s'agit là de projets pancanadiens. Je pourrais ajouter que notre organisation, aussi, a été financée par des fonds fédéraux, il y a des années. Ce sont les leviers dont dispose le fédéral.

Toutefois, il y a autre chose. Je trouve que le fédéral pourrait favoriser les échanges entre les provinces et les chercheurs, d'une part, et surtout le partage entre les provinces. Celles-ci ne sont pas organisées de façon identique, mais de façon assez semblable. Les grandes lignes sont les mêmes. Je crois qu'il est nécessaire de continuer d'avoir une conversation pancanadienne afin de tâcher de résoudre les problèmes.

On a toujours travaillé très étroitement avec le Québec. Je sais que le Québec est au courant des changements qui ont lieu dans les autres provinces. C'est la même chose pour les autres, mais, souvent, les fonctionnaires des ministères de la Santé qui travaillent sur le plan opérationnel n'ont pas la chance d'échanger avec les autres.

Pour avancer, il est primordial que la Nouvelle-Écosse partage ce qu'elle fait avec la Colombie-Britannique, par exemple. En effet, les provinces font les choses d'une façon un peu différente, et nous pouvons tous y gagner s'il y a un partage.

•(1625)

Mme Djaouida Sellah: Me reste-t-il du temps, madame la présidente?

[Traduction]

La présidente: Vous avez une minute.

[Français]

Mme Djaouida Sellah: Ma question s'adresse à Mme Badley.

Selon vous, quel devrait être le rôle du gouvernement fédéral en ce qui a trait à l'établissement des priorités et même de nouvelles frontières dans les soins? Les maladies chroniques constituent, en quelque sorte, une nouvelle frontière.

[Traduction]

Dre Elizabeth Badley: Je pense qu'il y a plusieurs choses. Un dialogue entre le fédéral et les provinces est essentiel. Nous avons besoin de la recherche parce que nous devons en apprendre plus sur la comorbidité, les questions liées aux personnes qui ont plus d'un problème de santé. Une maladie peut avoir une incidence sur une autre, ce qui peut en causer une troisième. Nous avons tendance à étudier les maladies isolément, et nous devons adopter une démarche plus globale. Il n'y a pas beaucoup de recherche dans ce domaine. Je suis chercheuse; voilà ce qu'on peut faire pour nous aider. Je pense que l'Agence de la santé publique peut aider en fournissant des renseignements à ce sujet.

La présidente: Merci, docteur Badley.

Nous passons maintenant à M. Carrie.

M. Colin Carrie (Oshawa, PCC): Merci, madame la présidente, et merci aux témoins d'être ici aujourd'hui. À mon avis, vos exposés étaient excellents et véritablement axés sur l'avenir.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, je dois dire que j'étais chiropraticien et que j'ai dirigé des centres de mieux-être. J'essayais de mettre sur pied quelque chose qui ressemblait à ce dont vous avez parlé, c'est-à-dire une équipe multidisciplinaire. Nous avons un système de santé axé sur les soins actifs, et tout le monde travaille en silo dans ce pays. Cependant, ce modèle n'est pas très adapté à la gestion des maladies chroniques. Nous devrions nous pencher sur l'économie de coûts, les résultats, la satisfaction des patients et sur un système plus souple et centré sur les patients.

C'est quelque chose qui prend forme, grâce aux témoignages que nous entendons au comité. Vous avez mentionné une étude réalisée par le Mowat Centre. On nous a dit qu'un modèle différent permettrait aux gouvernements d'économiser beaucoup d'argent au fil du temps. Je me demandais si vous aviez connaissance d'études qui permettent de confirmer ou de réfuter cette hypothèse. À l'échelle internationale, y a-t-il d'autres modèles qui ont commencé à aller en ce sens?

•(1630)

Mme Maureen O'Neil: La réalité c'est que pratiquement au moment de la création du régime d'assurance-maladie, il y a eu, au Canada, des études et des rapports sur les différentes façons d'organiser les services de soins de santé. Incidemment, quand j'étais une jeune chercheuse, j'ai participé à la préparation du livre blanc du Manitoba sur la politique en matière de santé, qui portait précisément sur ce dont nous parlons aujourd'hui. On y recommandait la création d'autorités sanitaires régionales multidisciplinaires, notamment, et le financement devait être versé en un seul montant global. La santé de la population aurait alors été le principal facteur déterminant quant à l'affectation des fonds. Nous ne sommes pas loin de cela.

Nous voyons apparaître certains éléments de ce modèle dans diverses régions du pays. C'est simplement que contrairement à d'autres pays, nous n'en avons pas fait notre façon de fonctionner.

Je suis certaine que vous savez mieux que moi que pour modifier la façon dont les diverses professions sont financées et organisées, pour inciter les professionnels à travailler ensemble, il faut d'abord avoir une vision à laquelle les gens souscrivent pendant un certain temps. Cela a été abondamment discuté, et il y a eu maints écrits à ce sujet. Actuellement, comme je l'ai dit dans mon exposé, la pression augmente peut-être, à moins que la Dre Badley ne découvre que les baby-boomers n'auront pas beaucoup de maladies chroniques. Si nous voulons assurer la pérennité d'un système de soins de santé public soutenable sur le plan financier, il sera impossible de remettre à plus tard ces changements, au sujet desquels on a beaucoup écrit depuis 40 ans.

M. Colin Carrie: À votre connaissance, y a-t-il des exemples de tels modèles ou de tels systèmes? Il semble aussi y avoir des lacunes au chapitre de la formation des professionnels. On constate que certains spécialistes ne sont pas très occupés. D'autres pourraient l'être davantage.

Si je ne me trompe pas, ma collègue a souligné qu'il n'y a que 200 gérontologues au Canada, ou quelque chose du genre. Je me souviens avoir entendu mes amis dire que pour chacun de ces patients, il fallait entre 30 à 45 minutes pour une consultation. Si vous avez un cabinet de médecin et que vous êtes rémunéré à l'acte, c'est très difficile.

Auriez-vous des recommandations sur la formation et sur le lien qu'il faut faire avec les besoins de la population?

Mme Maureen O'Neil: Il y a en fait d'autres modèles dans d'autres pays, mais il y a aussi d'autres façons de faire au Canada, même si elles ne sont pas très répandues.

L'étude de Will Falk du Mowat Centre s'est penchée sur certains de ces éléments. Mais même dans le contexte des soins actifs, les différentes professions ne sont pas utilisées à pleine capacité et la technologie n'est pas nécessairement maîtrisée. Et dans ce seul contexte, bien des changements pourraient être opérés. C'est un peu comme changer d'habitudes personnelles; il faut vraiment être inspiré pour s'y tenir. On applique dans le monde diverses approches multidisciplinaires et divers programmes de formation. Mais nous en connaissons un grand nombre.

La présidente: Merci, madame O'Neil.

Nous passons maintenant à Mme Hughes, que nous sommes heureux d'accueillir de nouveau.

Mme Carol Hughes (Algoma—Manitoulin—Kapusking, NPD): Merci beaucoup. Comme je ne m'attendais pas à intervenir, je pensais à autre chose.

Ce que nous entendons aujourd'hui ressemble à la conclusion de l'étude que nous avons faite sur les ressources humaines médicales: l'avenir est aux équipes multidisciplinaires.

La fin de semaine dernière à Hearst, j'ai entendu parler d'une femme...

[Français]

une femme sage.

Une voix: Une sage-femme.

Mme Carol Hughes: C'est une femme sage, en tout cas.

Des voix: Ah, ah!

Mme Carol Hughes: Elle travaille avec le médecin. Ils ont une bonne relation. Leur relation est vraiment unique, tout comme le fait qu'ils aient accepté de travailler ensemble. On ne voit pas ça dans l'ensemble de l'Ontario. Pendant certaines conférences, ils sont montrés en exemple.

Je crois qu'il est très important de dire qu'on a fait beaucoup d'études, et que les résultats sont toujours les mêmes. On a vraiment besoin d'un gouvernement qui agit maintenant dans cette direction. Je voudrais savoir si vous êtes du même avis.

• (1635)

Mme Maureen O'Neil: On devrait parler non pas du gouvernement, mais plutôt des gouvernements. Comme je l'ai dit tout à l'heure, les provinces ont le pouvoir d'agir, or la politique autour de cela leur rend la tâche très difficile.

Par exemple, quand le gouvernement de l'Ontario a décidé de recourir aux infirmières praticiennes, qui ont une formation avancée, bon nombre de membres de l'Ontario Medical Association étaient un peu frustrés par cette décision.

Dans le domaine de la santé, chaque fois qu'il y a une décision à prendre, par exemple celle de fermer un petit hôpital — en effet, il est un peu dangereux d'avoir de petits hôpitaux où les employés ne sont pas à la hauteur —, il y a des considérations géographiques et aussi politiques. Chaque fois qu'il y a quelque chose à faire, il y a une réaction, quelquefois presque violente.

Si on était ministre de la Santé d'une province, on devrait avoir la confiance des gens pour agir, dont celle du premier ministre. Toutefois, comme on l'a déjà souligné, les réactions face aux changements sont toujours présentes.

On peut se demander si le gouvernement fédéral peut ou non nous aider dans ce processus politique difficile. Est-ce que la responsabilité de faire des changements incombe aux provinces? Ce n'est pas une question d'argent, mais une question de politique. Il faut agir avec une grande sagesse pour organiser les changements, pour déclarer qu'il faut des changements.

Mme Carol Hughes: Je vous remercie de votre intervention sur le sujet. C'est vraiment la question que l'on se pose, et la réponse est toujours la même. On espère que quelqu'un va aller de l'avant.

J'aurais une autre question à poser, mais on risque de manquer de temps. Comme je veux m'assurer que ma collègue aura l'occasion de poser une question, je partage tout de suite mon temps de parole avec Jinny.

[Traduction]

Mme Jinny Jogindera Sims (Newton—Delta-Nord, NPD): Merci beaucoup de votre exposé. Nous sommes tous des baby-boomers jeunes ou vieillissants et nous arrivons au moment de notre vie où nous devons nous occuper de nos parents.

Vous avez parfaitement raison, ils ne souffrent pas d'un seul, mais de plusieurs maux. Lorsque mon père a eu la maladie d'Alzheimer, puis trois accidents vasculaires cérébraux et quelques autres incidents médicaux, ce qui nous a vraiment aidés en tant que famille est d'avoir pu trouver un centre où étaient offerts le type de soins intégrés dont vous parlez.

Cela a été une aide non seulement pour lui, mais aussi pour les six frères et sœurs qui devaient s'occuper de lui. Cela a réduit notre stress.

Quand je pense à l'avenir, dois-je comprendre de ce que vous dites qu'une approche intégrée aux soins offerts aux personnes âgées pourrait être adoptée dans notre système public s'il y avait une

volonté en ce sens? En l'occurrence, quel rôle pourrait jouer le gouvernement fédéral — puisque c'est la seule instance sur laquelle nous ayons un contrôle — pour faciliter, favoriser et encourager ce genre d'approche?

Dre Elizabeth Badley: Quand nous parlons de soins intégrés, je crois qu'il faut recentrer le concept et parler de soins intégrés dans la collectivité. Les hospitalisations sont quelquefois inévitables, mais il faut chercher à garder les personnes âgées chez elles. C'est une nouvelle orientation à prendre, et puis il y a le financement...

La présidente: Je suis désolée, mais le temps est presque écoulé. Si vous pouviez donc que conclure rapidement, s'il vous plaît...

Mme Maureen O'Neil: Oui, très rapidement. Je pense au gouvernement fédéral qui peut faciliter la communication des meilleures pratiques appliquées dans l'ensemble du pays, je pense aussi aux rapports de comités comme le vôtre, mais aussi aux rapports sur ce qui fonctionne et à ce qui peut faciliter la discussion parmi les représentants provinciaux qui s'occupent de ces changements. Il s'agit de faire de la sensibilisation.

• (1640)

La présidente: Merci, madame O'Neil.

Nous passons maintenant à M. Williamson.

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

Madame O'Neil, vos commentaires ont piqué ma curiosité. Vous avez dit d'une part que la privatisation n'était pas nécessaire, ce qui est légitime. Mais quelquefois, ce que l'on comprend n'est pas forcément ce qui a été dit. Et lors de la première série de questions vous avez déclaré que, dans le cadre du système actuel, la prestation des services pouvait faire l'objet de négociations et de changements. Pourriez-vous préciser votre pensée, car ces deux idées me semblent un peu contradictoires.

Mme Maureen O'Neil: Il y a une question importante à se poser: est-ce que le paiement des services est privé? C'est une question lourde de conséquences et l'étude que j'ai citée y a certainement répondu par non. On n'en est pas là. On y affirme simplement qu'il y a suffisamment d'argent dans le système public pour faire ce que nous avons à faire, à condition d'avoir le courage de procéder à la réorganisation nécessaire.

Il ne faut pas non plus oublier que, contrairement aux citoyens d'autres pays, nous payons déjà par des fonds privés environ 30 p. 100 des services de santé: médicaments, physiothérapie, psychologie, etc. Notre système n'est donc pas entièrement payé par le public.

Pour répondre à votre question sur le meilleur modèle de prestation, je pense qu'il y a de nombreuses possibilités d'expérimentation et je prendrai l'exemple — puisqu'il faut toujours en prendre un — de l'hôpital Shouldice en Ontario. C'est un hôpital privé auquel le public a accès gratuitement. C'est un concept intéressant, mais qui présente de nombreux problèmes. Il est déjà assez difficile de faire observer les normes de sécurité et de qualité. On a tous lu les articles de la presse selon lesquels, par rapport aux normes de propreté, etc., les cliniques privées d'Ottawa seraient moins réglementées que les restaurants.

Il y a une foule d'autres problèmes. C'est très facile de dire avec désinvolture: « Oui nous pouvons scinder le système et l'exploiter différemment », mais il nous faut alors un cadre réglementaire pour nous assurer qu'il soit sécuritaire. Nous avons déjà assez de mal à assurer la sécurité du système tel qu'il est. Si nous envisageons d'autres moyens de l'exploiter, ce n'est pas nécessairement mauvais, mais nous devons alors nous demander comment le gérer pour qu'il reste sécuritaire.

M. John Williamson: On dit souvent que ce n'est pas une question d'argent, mais une question de politique. N'est-ce pas une façon polie de dire qu'il s'agit de faire ce que le public ne veut pas que les politiciens fassent. Par rapport à la surveillance du gouvernement fédéral au Québec, par exemple, où des réformes plutôt novatrices font appel au système de santé privé, mais dans le strict cadre de l'assurance publique, est-ce une initiative que le gouvernement fédéral devrait applaudir ou freiner? Par cette expérience en effet, le Québec essaie de répondre à ses besoins dans le cadre de son budget.

Mme Maureen O'Neil: Je pense que le gouvernement fédéral et le Québec devraient évaluer très soigneusement — et je suis sûre qu'ils le font — si ces incursions dans la médecine privée donnent les résultats attendus. Comment les frais sont-ils répartis? Est-ce que les gens reçoivent ou non des soins de qualité? Qu'est-ce que l'on attend de cette médecine privée? Offre-t-elle les services attendus? Je pense qu'il est extrêmement important d'évaluer tous ces éléments, parce que vous avez parfaitement raison...

Depuis le verdict rendu dans l'affaire Chaoulli, beaucoup de changements s'opèrent et en bien plus grand nombre qu'on ne le pense. Mais l'élément essentiel est que ces changements sont évalués de très près. Répondent-ils vraiment aux attentes? Qui en assume le coût? Qui a accès à ces nouveaux modes de traitement? Sont-ils adéquats? Sont-ils excessifs? L'excès de bien peut nuire. De combien d'IRM les gens ont-ils besoin?

Il importe donc de suivre de très près ce qui se passe, ce qui renforce le rôle fédéral dans ce type d'évaluation.

● (1645)

M. John Williamson: Certainement, mais de la façon dont vous en parlez, on dirait que votre organisation s'oppose...

Vous faites confiance, mais vous vérifiez; vous laissez le changement s'opérer, mais vous gardez l'oeil ouvert.

Mme Maureen O'Neil: Je ne pense pas que notre organisation croit ou ne croit pas. Nous pensons que les changements à opérer dans les services de santé doivent être fondés sur des preuves. Si vous faites quelque chose, faites-en le suivi pendant cinq ans et posez-vous des questions sur la valeur que cela apporte, sur les résultats optimaux...

M. John Williamson: Vous n'êtes donc pas d'avis que la prestation des services doit nécessairement être publique. Vous êtes prête à envisager d'autres modèles et à expérimenter, à les mettre à l'essai, puis à examiner les résultats qu'ils donnent.

Mme Maureen O'Neil: Cela dépend par ailleurs de ce que l'on entend par privé. Si l'on regarde ce qui se fait dans le monde, rien ne laisse entendre qu'une prestation à grande échelle de services privés va offrir des soins de santé équitables et de haute qualité.

Le présidente: Merci beaucoup, madame O'Neil.

Nous n'avons plus de temps. Je tiens à remercier vivement les témoins de l'information importante et précieuse qu'ils nous ont communiquée. Ils nous ont donné plein d'idées nouvelles.

Comme nous allons maintenant passer aux travaux du comité, je demanderai à ceux qui ne sont pas concernés de quitter la salle.

Merci beaucoup.

[*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>