



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA



NUMÉRO 014



1^{re} SESSION



41^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mercredi 16 novembre 2011

Présidente

Mme Joy Smith

Comité permanent de la santé

Le mercredi 16 novembre 2011

• (1530)

[Traduction]

La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)): Je demanderais aux membres du comité de bien vouloir prendre place.

Je m'appelle Joy Smith, et je suis la présidente du comité. Je voudrais vous souhaiter la bienvenue à notre réunion. Je suis heureuse que vous ayez pu vous joindre à nous de nouveau, car la dernière fois que vous étiez ici, la sonnerie s'est fait entendre, ce qui arrive de temps en temps.

Comme vous le savez, conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, nous poursuivons notre étude sur les maladies chroniques liées au vieillissement. Nous avons parmi nous Mme Lynn Cooper de la Coalition canadienne contre la douleur. Nous nous souvenons de votre excellent exposé, madame Cooper, et nous vous en remercions.

Nous avons aussi Mme Kimberly Wilson, de la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, qui était, bien sûr, également présente à notre dernière réunion.

Nous avons entendu M. Jeffrey Turnbull, membre du Conseil d'administration de l'Associated Medical Services Inc. Nous avons vraiment beaucoup apprécié votre exposé.

Nous allons reprendre là où nous nous sommes arrêtés à notre dernier exposé de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec.

Pardon, docteur Carrie?

M. Colin Carrie (Oshawa, PCC): Madame la présidente, pourrais-je présenter une motion au comité avant de commencer? Ce sera très bref.

La présidente: Bien sûr.

M. Colin Carrie: Le comité a demandé que la ministre se présente devant lui aussitôt que possible. La greffière a distribué la motion. J'aimerais la lire à haute voix.

Salut. Oui?

M. Dany Morin (Chicoutimi—Le Fjord, NPD): Je ne l'ai pas.

La présidente: Veuillez attendre un moment, pendant que nous nous occupons de vous fournir une copie, docteur Morin.

Est-ce que tout le monde a une copie de la motion maintenant? Docteur Sellah?

Docteur Carrie, voulez-vous continuer?

M. Colin Carrie: Oui, je propose que:

Le comité invite l'honorable Leona Aglukag, C.P., députée, ministre de la Santé, à comparaître devant le Comité au sujet du Budget supplémentaire des dépenses (B), le 21 novembre 2011, de 15 h 30 à 16 h 30.

La présidente: Y a-t-il des commentaires?

Docteur Morin.

M. Dany Morin: Je ne pense pas qu'une période d'une heure suffise si nous avons beaucoup de questions à lui poser. Serait-il possible d'avoir 30 minutes de plus de façon à disposer d'une heure et demie au total?

La présidente: Docteur Carrie.

M. Colin Carrie: La ministre a un autre engagement après la réunion. Dans le passé, elle est restée aussi longtemps qu'elle le pouvait et je sais qu'elle peut venir à l'heure dite.

La présidente: Madame Quach, vous avez levé la main.

[Français]

Mme Anne Minh-Thu Quach (Beauharnois—Salaberry, NPD): En fait, je voulais dire un peu la même chose que Dany. Si elle peut rester un peu plus longtemps, pourrait-on prévoir une heure et demie, simplement pour s'assurer qu'on lui accorde suffisamment de temps?

[Traduction]

La présidente: Comme l'a dit le Dr Carrie, la ministre a déjà un rendez-vous prévu et elle s'est engagée à être ici de 15 h 30 à 16 h 30. Vous savez ce qu'est l'emploi du temps d'une ministre... cependant elle se présente toujours lorsque nous le lui demandons.

Docteur Sellah.

[Français]

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

Je suis d'accord sur la motion de mon collègue M. Carrie, mais je voulais être certaine que durant cette heure, les questions seront toutes adressées à la ministre et non, éventuellement, à des administrateurs qui l'accompagneraient.

Nous avons beaucoup de questions à lui poser. J'aimerais préciser que ce serait uniquement pour la ministre.

[Traduction]

La présidente: Permettez-moi d'ajouter que toutes les questions sont posées directement à la ministre. Des collaborateurs l'accompagneront au cas où elle devrait vérifier quelque chose. La ministre s'est toujours présentée, elle a toujours fait des exposés et effectué un excellent travail par ailleurs.

Oui, docteur Carrie.

M. Colin Carrie: Je pense que ses collaborateurs seront présents l'heure suivante pour répondre aux questions que les membres du comité voudront leur poser.

La présidente: Tout d'abord, occupons-nous de la motion.

M. Dany Morin: J'ai une petite question. Étant donné que nous avons de nombreuses questions à poser, pourrions-nous savoir combien de séries de sept ou cinq minutes aura le NPD de façon que nous puissions préparer nos questions?

La présidente: Ce sera comme d'habitude.

M. Dany Morin: Ce sera donc un premier tour de sept minutes, puis nous aurons tous les quatre cinq minutes pour poser nos questions à la ministre...

La présidente: Non.

M. Dany Morin: Non? C'est pourquoi je voulais des éclaircissements.

La présidente: C'est exact.

•(1535)

La présidente: Occupons-nous de la motion. Êtes-vous tous d'accord pour que la ministre se présente ici le 21 novembre, de 15 h 30 à 16 h 30?

M. Dany Morin: Pourrais-je avoir la réponse à ma question d'abord?

La présidente: J'y ai déjà répondu: j'ai dit que ce serait exactement comme d'habitude.

M. Dany Morin: Ce sera donc sept minutes, puis chacun d'entre nous aura cinq minutes.

La présidente: Oui.

M. Dany Morin: Merci.

La présidente: De rien, docteur Morin.

Docteur Sellah.

[Français]

Mme Djaouida Sellah: Madame la présidente, j'abonde dans le sens de mon collègue M. Morin. Si je calcule bien, selon la procédure habituelle, cela prend deux heures pour que tout le monde puisse avoir la chance de poser une question à la ministre. Cependant, la ministre va être ici seulement pour une heure. Donc, je présume que ce n'est pas tout le monde qui aura l'occasion et le privilège de lui poser une question.

[Traduction]

La présidente: Étant donné que vous êtes membre du Comité permanent de la santé pour la première fois, je voudrais vous donner quelques précisions sur le déroulement de nos réunions: lorsque nous aurons réglé la question de la motion, nous vous annoncerons que les représentants du ministère pourront rester pour la seconde heure. Vous aurez donc beaucoup de temps pour poser toutes les questions que vous pourriez avoir. La ministre sera présente pendant la première heure et ses collaborateurs, pendant la seconde. Le minutage est le minutage habituel, prévu dans les règles et conforme à ce qu'il a toujours été depuis que vous êtes membre du comité. La ministre fait un exposé de 10 à 15 minutes, puis vous avez sept minutes pour le premier tour et cinq pour le second.

Docteur Carrie.

M. Colin Carrie: Très souvent, si vous vous rencontrez avant l'arrivée de la ministre, vous pouvez vous entendre pour partager entre vous le temps alloué de façon que tout le monde ait une chance de s'exprimer au premier tour. C'est à vous, bien sûr, de décider comment gérer votre temps.

La présidente: Absolument. Vous êtes libres d'utiliser votre temps comme bon vous semble. Je serais très heureuse de permettre à tout le monde de s'exprimer.

(La motion est adoptée.)

La présidente : Pour le second tour, nous ferons intervenir les collaborateurs de la ministre, aussi vous aurez plus de temps pour poser d'autres questions.

Avez-vous une autre question, docteur Sellah?

[Français]

Mme Djaouida Sellah: En ce qui a trait au budget des dépenses, vous avez mentionné une heure. Ne s'agit-il pas plutôt de deux heures?

[Traduction]

La présidente: C'est le jour prévu pour le budget des dépenses. Il y aura une heure pour la ministre et une heure pour ses collaborateurs. La ministre ne peut être ici que pour une heure.

[Français]

Mme Djaouida Sellah: Ne peut-on pas les avoir tous les deux pour une heure et une heure?

[Traduction]

La présidente: C'est ce que nous faisons habituellement dans notre comité. Il n'y a pas de changements.

Bonnes questions.

Est-ce que nous sommes prêts à commencer maintenant? Avez-vous d'autres questions? D'accord, je pense que nous pouvons commencer.

Nous allons écouter un exposé de la présidente de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, Mme Régine Laurent. J'ai demandé à la greffière de m'aider à corriger ma prononciation du français. Quel beau nom! Ce sera bientôt à vous.

Mme Lucie Mercier, conseillère syndicale, l'accompagne.

Vous avez 10 minutes pour votre exposé.

[Français]

Mme Régine Laurent (présidente, Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec): Merci, madame la présidente.

Honorables députés, bonjour.

La Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec regroupe 60 000 membres, soit des infirmières, infirmières auxiliaires et inhalothérapeutes qui oeuvrent sur tout le territoire québécois. Nous sommes, de par nos professions, préoccupés par la santé et les maladies, en l'occurrence les maladies chroniques.

Pour nous, le vieillissement de la population est bien réel, mais contrairement à ce qu'on voudrait nous faire croire, il n'est pas la fatalité qu'on nous présente. Le vieillissement de la population est associé à une augmentation de 1 p. 100 seulement des coûts en services de santé. Pour nous, il est important de ne pas mêler l'effet de l'âge et du décès au coût des services de santé. Par ailleurs, il faut toujours tenir compte, quand on parle de vieillissement de la population, du fait que la situation financière des aînés n'est pas nécessairement enviable. C'est d'autant plus vrai quand il s'agit des aînées femmes.

Pour ce qui est des maladies chroniques, on s'est arrêté principalement à la définition du commissaire à la santé et au bien-être, qui nous dit que les maladies chroniques, par définition, sont constituées d'une grande quantité d'affections: cancer, diabète, maladies musculo-squelettiques et ainsi de suite. Il ne faut donc pas s'étonner que ça draine des ressources du système de santé. En effet, 5 p. 100 de la population consommerait près de 50 p. 100 des soins de courte durée.

Par ailleurs, nous savons très bien que vous voulez nous entendre parler des maladies chroniques chez les personnes âgées, mais dans une optique plus globale de la santé, nous tenons compte aussi des données qui concernent les personnes de 12 ans et plus victimes de maladies chroniques. On parle ici de 52,6 p. 100 de la population québécoise. Pour nous, les maladies chroniques ne sont donc pas l'apanage exclusif des personnes âgées. Ces maladies peuvent malheureusement affecter des personnes de tout âge.

En ce qui concerne les services de santé requis par les personnes atteintes de maladies chroniques, ils se classent en diverses catégories. Certains sont importants pour nous: le dépistage, le diagnostic, le traitement, le soutien, la réadaptation, mais aussi les soins palliatifs. Notre organisation est intervenue en commission parlementaire au Québec il y a quelques semaines. Selon nous, les soins palliatifs sont extrêmement déficients.

Les établissements de santé ne représentent pas toujours le meilleur choix lorsque vient le moment de traiter une personne aux prises avec une maladie chronique. En ce sens, la littérature regorge de modèles intégrés destinés à la prise en charge de personnes atteintes de maladies chroniques. Il y a, entre autres, ce qu'on appelle le *Chronic Care Model*, un modèle clinique retenu également par le commissaire à la santé et au bien-être, ainsi que le modèle élargi de prise en charge des maladies chroniques, qui englobe les aspects préventif, communautaire et populationnel, ce qui permet d'avoir un impact plus grand sur les déterminants de la santé.

À propos de développement communautaire et de modèles cliniques, il y a le modèle SIPA. Ce modèle clinique, qu'on utilise chez nous également, repose sur la gestion de cas impliquant la responsabilité clinique de l'ensemble des services.

Quand on parle de maladies chroniques, il faut également tenir compte des soins à domicile. En ce sens, les soins à domicile devraient être considérés comme médicalement requis au sens de la Loi canadienne sur la santé et, en conséquence, devraient être couverts par les systèmes publics de santé. Il faut à tout prix éviter que le niveau de revenu des personnes atteintes d'une maladie chronique, quelque soit leur âge, détermine les soins auxquelles elles auront accès. Ce principe, qui est à la base du système canadien d'assurance-maladie, fait toujours consensus au Canada. Malheureusement, les soins à domicile ne représentent actuellement qu'une faible proportion des dépenses en santé au Québec et au Canada. Nous souhaiterions vivement les voir augmenter.

L'accès aux médicaments est un autre aspect qui nous préoccupe. Dans bien des cas, les traitements pharmacologiques assortis d'un suivi approprié peuvent remplacer l'hospitalisation. C'est pourquoi il s'avère de toute première importance que les médicaments soient accessibles à un coût raisonnable. Nous sommes préoccupés par les négociations en cours dans le cadre de l'Accord économique et commercial global Canada-Union européenne, plus précisément les dispositions sur la protection de la propriété intellectuelle. Ça risque fort de faire augmenter les coûts des médicaments, qui sont déjà très élevés. À ce sujet, je vous renvoie au début de ma présentation. Je parlais alors du taux de pauvreté chez les personnes âgées. Celles-ci sont donc pénalisées encore davantage.

• (1540)

Pour nous, les soins palliatifs, donc les soins de fin de vie, doivent également être inclus dans le panier des services assurés et non pas faire l'objet d'un désengagement étatique comme c'est le cas actuellement, alors que les lits qui étaient réservés sont maintenant fermés et que la communauté doit faire des levées de fonds pour financer les maisons de soins palliatifs.

Le dernier point que j'aimerais soulever concerne les aidants naturels. Il est indéniable que les aidants naturels, en très grande majorité des femmes, contribuent grandement aux mieux-être des personnes atteintes d'une maladie chronique. D'ailleurs, le commissaire à la santé et au bien-être évalue que 25 p. 100 des aidants naturels ont eu un diagnostic de dépression. Or, il existe pour nous des façons de soutenir les aidantes naturelles pour qu'elles puissent — celles qui le désirent — continuer à prendre soin de leurs proches. Elles devraient pouvoir bénéficier de conditions facilitant leur présence auprès de ces personnes en perte d'autonomie. C'est la raison pour laquelle nous avançons la notion de prestations de compassion.

Nous savons très bien que pour nous, au Québec, la santé est de compétence provinciale. Nous avons tenu à être parmi vous aujourd'hui, parce que nous sommes préoccupés par ce qui va arriver après 2014, puisque l'accord sur la santé est sûrement en train d'être rediscuté avec les provinces. Ce volet est important pour nous. Comme je vous l'ai expliqué, l'ensemble des membres de la fédération travaillent auprès des personnes en prévention — elles aimeraient en faire plus —, mais aussi auprès des personnes âgées atteintes de maladies chroniques.

Je vous remercie.

Ai-je dépassé ma limite de temps, madame la présidente?

• (1545)

[Traduction]

La présidente: Non, certainement pas, et je voudrais vous remercier pour vos remarques intéressantes.

Nous allons maintenant passer à notre série de questions de sept minutes, en commençant avec Mme Quach.

[Français]

Mme Anne Minh-Thu Quach: Merci beaucoup, madame la présidente.

Madame Laurent, je vous remercie de votre exposé. Vous avez mentionné des choses intéressantes, surtout en ce qui concerne l'accès aux médicaments, qui est de plus en plus difficile. En effet, les personnes âgées ont des moyens assez limités et elles ont de la difficulté à se procurer des médicaments. Pour elles, les conditions ne font qu'empirer.

Vous avez parlé de votre inquiétude au sujet de l'accord économique, commercial et global concernant le coût des médicaments. Pourriez-vous expliquer davantage l'impact négatif que cela pourrait avoir sur l'augmentation des coûts des médicaments, ainsi que sur les patients?

Mme Régine Laurent: Je vais répondre à votre question concernant les médicaments, et ma collègue, qui a vraiment fouillé le dossier de l'accord, pourra ensuite vous répondre.

Notre préoccupation concernant les médicaments est la suivante. Dès que les gens ne sont plus en milieu hospitalier, donc dès qu'ils sont au sein de la communauté, chez eux, ils doivent assumer le coût des médicaments. Malheureusement, compte tenu du taux de pauvreté que l'on connaît et qui touche particulièrement les femmes, nous voyons dans notre profession, de façon régulière, des personnes âgées qui font le choix entre bien se nourrir et acheter des médicaments.

Pour nous, professionnels de la santé, tout cela est lié. Il est important pour nous que les gens se nourrissent bien et qu'ils n'aient pas à faire le choix entre nourriture saine et médicaments. En ce sens, nous sommes très préoccupés parce que, pour nous, quelqu'un qui se nourrit mal, mais qui achète des médicaments, va connaître d'autres problèmes de santé à un moment donné. C'est vraiment global.

Je parlais de modèles cliniques. Je pense qu'ils peuvent nous aider, puisqu'on fait de la prévention. L'ensemble des services sont concernés, pas seulement l'alimentation. Il faut aussi s'assurer que la personne fasse de l'exercice, s'assurer que sa santé mentale soit adéquate et s'assurer aussi qu'elle puisse avoir les moyens de se procurer des médicaments.

Mme Lucie Mercier (conseillère syndicale, Secteur sociopolitique, Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec): En ce qui a trait à l'accord économique qui est présentement en négociation, l'information que nous avons pu obtenir indique que le chapitre sur la copropriété intellectuelle aurait pour effet d'augmenter la durée de protection des brevets. La durée des brevets n'est pas augmentée en soi, mais à cause de trois éléments, dont la protection des données pour les études cliniques, cela aurait le même effet.

Cela a été évalué dans le cadre d'une étude réalisée par des gens en pharmacologie, je crois, de l'Université de Toronto. En ce qui a trait au Québec seulement, une augmentation de la durée de la protection des brevets éventuelle coûterait environ 278 millions de dollars. De là notre inquiétude, parce que les médicaments sont déjà très chers et la protection des brevets au Canada est parmi la plus longue au monde, comme on le sait.

[Traduction]

La présidente: Il vous reste du temps.

[Français]

Mme Anne Minh-Thu Quach: D'accord. Merci.

J'ai une autre question au sujet des maladies chroniques. Vous dites que les établissements de santé ne sont pas nécessairement l'endroit le mieux adapté pour répondre aux besoins des gens qui sont aux prises avec des maladies chroniques, et qu'il existe plusieurs modèles intégrés.

Vous avez expliqué aussi la gestion des cas et la responsabilité clinique dans le modèle SIPA. Pourriez-vous l'expliquer davantage? Y a-t-il au Québec un modèle qui n'existe pas ailleurs au Canada, ou vice versa, duquel on pourrait s'inspirer pour améliorer le sort des gens?

• (1550)

Mme Régine Laurent: En effet, quand on pose la question aux personnes âgées atteintes d'une maladie chronique, elles souhaitent toutes, comme nous tous, être à la maison. Alors, on pense qu'il y a un moyen de mettre en place dans la communauté un modèle, peu importe lequel on choisira. L'idée est de s'assurer qu'on pourra répondre aux besoins de la personne en matière de soins à domicile et de tous les autres services qui peuvent être dispensés dans la communauté.

En ce qui a trait aux modèles, j'ai commencé à semer tranquillement ce nouveau modèle au Québec. Je vous donne un exemple. Pourquoi ne pourrait-il pas y avoir des cliniques *nursing* dans les quartiers? Je prends comme exemple le quartier où j'habite et que je connais bien, Hochelaga-Maisonneuve, où il y a une forte population de personnes âgées. Quand on est atteint d'une maladie chronique, souvent c'est le suivi des médicaments qui est important et non pas un suivi forcément médical. Donc, avec des cliniques *nursing*, qui seraient dans la communauté, on pourrait faire un suivi

de la médication. La personne âgée développe un lien de confiance avec les gens qui sont proches, dans la communauté. Cela pourrait permettre de maintenir chez elles, dans la communauté, plus de personnes âgées, et ce, à un coût très acceptable. À ma connaissance, cela n'existe pas ailleurs encore.

Il y a un modèle semblable en Ontario. C'est pour cette raison que nous sommes beaucoup en lien avec nos collègues de l'Ontario, car nous aimerions voir comment on pourrait adapter ce modèle au Québec. Par contre, je n'ai pas beaucoup d'écoute encore au Québec.

Mme Anne Minh-Thu Quach: D'accord.

Vous avez parlé aussi du prochain accord, celui de 2014, et de vos inquiétudes par rapport aux compétences provinciales. Y a-t-il une voix du gouvernement fédéral qui, tout en respectant les compétences provinciales, pourrait aider la fédération à améliorer les soins? Avez-vous des idées que vous pourriez proposer?

Mme Régine Laurent: Selon moi, ce qui est important, de façon générale, c'est de laisser la latitude au Québec et à la population du Québec de voir comment elle distribuera les soins de santé.

Je vais être plus claire au sujet de mes craintes. Dans certains endroits, on a vu qu'il y a des budgets dédiés. Nous ne souhaitons pas voir cela arriver dans le domaine de la santé, parce qu'il faut tenir compte, en matière de santé, de la population de chacune des provinces. Nous craignons qu'on puisse nous forcer à avoir des budgets dédiés, au gouvernement du Québec, et qu'on ne puisse pas faire certains projets qui seraient intéressants et qui répondraient aux besoins de la population du Québec. Or, on ne pourrait pas les faire, puisque certains budgets seraient dédiés.

[Traduction]

La présidente: Merci beaucoup, madame Laurent.

Nous allons maintenant céder la parole à M. Strahl.

M. Mark Strahl (Chilliwack—Fraser Canyon, PCC): Merci beaucoup, madame la présidente. Je tiens aussi à remercier les témoins qui sont de nouveau avec nous aujourd'hui.

Je voudrais poser des questions à Mme Wilson. Je suis heureux de vous voir.

Au cours de cette étude, nous avons entendu beaucoup de témoins dire que les personnes âgées atteintes de maladies chroniques souffrent également souvent de dépression ou d'une autre maladie mentale. Je me demandais si nous avions d'autres statistiques ou renseignements sur le type de problème auquel nous avons affaire ici. Quel est le pourcentage de personnes âgées souffrant d'une maladie mentale au Canada?

Mme Kimberley Wilson (directrice exécutive, Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées): Merci pour votre question.

Nous pensons parfois que les données que nous avons ne sont pas toujours aussi exactes que nous le voudrions. Les outils dont nous disposons ne permettent pas toujours de repérer les différentes façons dont la maladie mentale se manifeste chez les personnes âgées. Si vous considérez la dépression, par exemple, certaines de nos données montrent que, pour les échantillons de personnes vivant dans la collectivité, les taux de dépression sont similaires pour tous les âges, se situant entre 12 à 15 p. 100. Nous pensons qu'il existe probablement beaucoup d'ânés qui ne sont pas comptabilisés dans ces statistiques.

Cependant, si vous prenez en considération les résidents des établissements de soins de longue durée, le nombre de personnes souffrant de dépression augmente de façon importante: on observe des symptômes de dépression chez presque la moitié de tous les résidents de ces établissements. Certaines études parlent de 80 à 90 p. 100 des résidents.

Je pense que l'on doit essentiellement retenir que les chiffres ne changent pas lorsque les personnes vieillissent. En fait, nous remarquons une augmentation. Si nous disons qu'un Canadien sur cinq souffre d'une maladie mentale, cela est probablement vrai également pour les personnes âgées, certains groupes courant un risque plus important.

M. Mark Strahl: A-t-on trouvé des précurseurs communs chez les personnes âgées aux prises avec une dépression? Est-ce qu'une maladie chronique en est un? Pouvez-vous en nommer d'autres?

• (1555)

Mme Kimberley Wilson: Souffrir d'une maladie chronique est certainement l'un des facteurs de risque. En particulier, c'est l'un des facteurs de risque de suicide.

Il existe beaucoup de maladies physiques dont les gens souffrent quand ils sont plus vieux, mais il y a aussi des facteurs psychosociaux, tels que le deuil après la perte d'un conjoint et d'amis et la perte de l'autonomie et de l'indépendance. Beaucoup de ces transitions qui arrivent plus tard au cours de la vie sont, selon nous, des facteurs de risque de dépression, qui s'ajoutent aux facteurs de risque biologiques que nous avons à tout âge.

M. Mark Strahl: C'est exact et peut-être que vous pourriez nous rappeler comment votre organisation aide les personnes âgées qui souffrent de maladie mentale ou de dépression.

Mme Kimberley Wilson: En ce moment, nous travaillons essentiellement avec des fournisseurs de soins de santé à qui nous donnons des outils d'application des connaissances et certains des meilleurs éléments d'information dont nous disposons en matière d'évaluation, de traitement, de prévention et de gestion. Nous travaillons avec les fournisseurs de soins de santé en espérant les amener à changer de pratiques.

Nous avons également fait un peu de travail directement avec les personnes âgées en créant des brochures et des dépliants faciles à consulter sur la dépression et les maladies mentales les plus communes pour lutter contre la stigmatisation et amener les gens à reconnaître certains symptômes qu'ils peuvent avoir, à consulter leur médecin de famille et à demander de l'aide.

M. Mark Strahl: Dans le système — provincial et fédéral — arrivons-nous à joindre les personnes âgées et à leur faire savoir qu'elles risquent d'être confrontées à ce genre de problème? Et communiquons-nous avec leurs enfants, qui sont souvent responsables de leur santé? Réussissons-nous dans l'ensemble à sensibiliser les personnes âgées à cette éventualité et à les informer sur les façons d'atténuer les conséquences possibles?

Mme Kimberley Wilson: C'est un domaine où nous pourrions nous améliorer. Il y a certainement des personnes qui sont des champions dans les communautés locales du pays et qui font un excellent travail, mais je ne pense pas que nous réussissions encore très bien.

Je pense qu'il est réellement important aussi de distinguer les deux groupes dont nous parlons: notre cohorte actuelle de personnes âgées, qui ont vraiment vieilli avec une plus grande stigmatisation associée à la maladie mentale que celle qui affectera peut-être la prochaine cohorte, puis la cohorte des enfants de l'après-guerre

(baby-boomers), une génération très différente, celle dont il est question lorsque nous parlons de ce « boom » ou du tsunami qui pourrait survenir.

Je pense qu'on pourrait améliorer les programmes d'études. À l'heure actuelle, on sait que les étudiants en médecine, par exemple, reçoivent très peu d'information sur la maladie mentale en général et la maladie mentale survenant plus tard au cours de la vie en particulier. Pour l'instant, nous n'avons pas beaucoup de moyens pour joindre les professionnels qui pratiquent et leur présenter certains des nouveaux outils d'évaluation, certains des facteurs de risque et les traitements possibles en fin de vie.

M. Mark Strahl: Notre gouvernement a investi des sommes importantes dans la recherche sur les maladies mentales, il a déjà accordé 130 millions de dollars, et il a renouvelé ce financement. Utilisez-vous des résultats de recherches que nous avons intégrés à la stratégie nationale en maladie mentale? Est-ce que vous pensez que cela profite aux Canadiens âgés?

Mme Kimberley Wilson: Oui, absolument. J'ai la chance de faire partie du Comité consultatif des aînés à la Commission de la santé mentale du Canada, aussi je suis très au courant du travail accompli par la Commission et j'en suis très fière.

Comme contribution, nous avons notamment élaboré des lignes directrices concernant la prestation de services de santé mentale complets pour les aînés qui, nous l'espérons, entraîneront des changements de politiques et de pratiques. Cette initiative a été financée par la Commission de la santé mentale. La stratégie à venir sera en partie fondée sur ces lignes directrices, qui seront publiées en 2012. Alors oui, cela aide assurément, mais je pense que nous pouvons encore améliorer cette contribution.

M. Mark Strahl: Merci.

La présidente: Merci beaucoup, monsieur Strahl.

Nous allons maintenant passer à M. Casey.

M. Sean Casey (Charlottetown, Lib.): Merci, madame la présidente.

Tout d'abord, j'aimerais vous demander de bien vouloir me pardonner, car c'est Hedy Fry qui siège habituellement au comité pour le compte des libéraux. Je la remplace aujourd'hui, parce qu'elle est à l'extérieur de la ville. Je n'ai pas eu l'occasion d'entendre vos déclarations préliminaires, à l'exception de celles d'aujourd'hui. J'ignore certains aspects du sujet dont je vais parler. Je vous prie de m'en excuser à l'avance.

Je siège habituellement au Comité des anciens combattants. J'ai écouté avec une certaine satisfaction vos exposés, mesdames Laurent et Mercier, car ils recourent un peu les travaux de mon comité. Mes questions s'inscrivent dans cette thématique, compte tenu de vos propos sur les soins palliatifs et sur les préoccupations des infirmières et des infirmiers à l'égard des soins dispensés aux personnes âgées. Vous savez probablement que d'importantes négociations sont en cours dans la province du Québec sur le transfert de l'hôpital Sainte-Anne-de-Bellevue du gouvernement fédéral au gouvernement provincial. J'aimerais beaucoup connaître votre point de vue et celui de votre organisation sur les questions qui devraient être examinées par les deux parties à la négociation. J'aimerais également connaître votre appréciation des répercussions potentielles de ce transfert sur votre profession, sur les soins de santé dans votre province et sur les patients.

• (1600)

La présidente: Allez-y, madame Laurent.

[Français]

Mme Régine Laurent: Merci.

Tout d'abord, nous ne sommes pas impliqués dans les négociations. Je vais donc vous donner mon point de vue selon les informations que nous possédons. Cela s'est fait avec les fonctionnaires du gouvernement.

Nous partageons la préoccupation de nos consoeurs de Sainte-Anne-de-Bellevue: il faut des soins particuliers pour des clientèles particulières. Par exemple, je parlais tout à l'heure des personnes âgées qui ont des besoins particuliers. Ainsi, nous pensons que pour prendre soin des anciens combattants, il faut aussi tenir compte de certaines particularités.

J'ai noté que nos consoeurs revendiquaient qu'on tienne compte de leur organisation actuelle des soins, ce sur quoi je suis d'accord. Selon elles — et je les crois —, cette organisation convient aux patients qui ont des besoins particuliers. Elles craignent de voir leur organisation des soins changée une fois qu'elle sera intégrée à celle du Centre de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île, ce que je crains aussi. Voilà pourquoi elles ont demandé de garder un conseil d'administration distinct pour l'Hôpital Sainte-Anne.

À ma connaissance, le gouvernement du Québec n'a pas donné son accord pour qu'elles obtiennent un conseil d'administration distinct. Cependant, dans la mesure où nous le pourrons, nous les appuierons pour que l'organisation actuelle des soins, qui répond aux besoins des anciens combattants, demeure. Nous ne croyons pas que, parce que nous faisons partie d'un centre de santé et de services sociaux, il faille toujours tout uniformiser, et ce, que ce soit pour les anciens combattants ou les autres clientèles.

M. Sean Casey: Merci.

Je sais qu'il y a un autre hôpital dans la province, peut-être quelques autres hôpitaux, où il y a une organisation pour l'hôpital même qui n'est pas gouvernée par des directeurs régionaux. Par exemple, l'Hôpital Shriners en est un modèle. Si vous pouviez donner votre avis au gouvernement fédéral, diriez-vous qu'il est important qu'on insiste pour avoir une organisation distincte uniquement pour cet hôpital?

Mme Régine Laurent: Je comprends très bien vos préoccupations et je les partage. Selon ce que j'ai compris, à moins que les pressions ne soient suffisamment fortes, elles demandent à avoir un conseil d'administration distinct pour l'Hôpital Sainte-Anne. Je pense que ce serait la meilleure garantie que l'organisation des soins demeurera la même.

Or, il semble que, fidèle à sa vision, le gouvernement du Québec ne veuille pas leur accorder l'autorisation d'avoir un conseil d'administration distinct. Cependant, je pense qu'elles peuvent s'appuyer sur nous. En ce sens, nous sommes prêts à les aider et à les soutenir.

Vous avez raison, il y a d'autres établissements au Québec qui ne fonctionnent pas comme les autres. Prenons un exemple qui se situe à l'autre extrême, l'Hôpital Shriners. Il fonctionne de façon différente. Je pense qu'il faut répondre aux différentes clientèles visées de façon différente.

En ce sens, nous allons les soutenir dans la lutte qu'elles veulent mener pour conserver l'organisation actuelle des soins. Toutefois, pour ce qui est du conseil d'administration distinct, je ne pense pas que le gouvernement du Québec le leur accordera.

● (1605)

M. Sean Casey: Est-ce vrai que l'organisation régionale éprouve des difficultés financières actuellement?

Mme Régine Laurent: À mon humble avis, les difficultés financières ne sont qu'un prétexte. À ma connaissance, l'organisation des soins à l'Hôpital Sainte-Anne ne coûte pas plus cher que celle à l'Hôpital Shriners ou celle au Centre universitaire de santé McGill. On organise les soins et on met l'argent pour répondre aux besoins.

Ah, je comprends. Vous me parlez de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Cette agence reçoit l'argent du ministère de la Santé pour l'ensemble de la région. Normalement, elle est responsable des soins de l'ensemble de la population sur le territoire. Ainsi, on ne devrait pas, normalement, diminuer les soins qui sont donnés en ce moment aux anciens combattants à Sainte-Anne-de-Bellevue.

[Traduction]

La présidente: Merci, madame Laurent.

Nous cédon maintenant la parole à M. Brown.

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

Et merci à tous de vos témoignages.

Monsieur Turnbull, il y a quelques années, vous nous avez entretenus des moyens de contrôler les coûts dans le système des soins de santé. Vous avez indiqué que le coût d'une place à l'hôpital était dix fois plus élevé que celui d'une place dans un établissement de soins de longue durée. C'est pourquoi la discussion sur les soins à domicile est intéressante. En raison des pressions qui s'exercent sur les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée au Canada, il devient de toute évidence important pour le pays d'améliorer les soins de santé à domicile afin de permettre à un plus grand nombre de personnes âgées de continuer à vivre chez elles.

Pouvez-vous nous citer des exemples d'initiatives menées à l'étranger dont le Canada pourrait s'inspirer? Pouvez-vous penser à des mesures tangibles que nous pourrions mettre en œuvre à l'échelle fédérale pour aider les personnes âgées à demeurer chez elles plus longtemps?

Dr Jeffrey Turnbull (membre, Conseil d'administration, Associated Medical Services Inc.): Sur le plan international, il existe plusieurs initiatives importantes que nous pourrions examiner, en particulier en Scandinavie. Nous devons comprendre que nous sommes confrontés à l'enjeu de la mise sur pied d'un système de gestion des maladies chroniques qui repose sur nos établissements de soins de courte durée. Nous disposons d'un très bon système de soins de courte durée, mais nous n'avons pas mis sur pied de système ni pris de mesures pour répondre aux besoins d'une population vieillissante atteinte de maladies chroniques. Par conséquent, nous devons faire évoluer le système en tenant compte de cette réalité.

D'autres pays, en Scandinavie et ailleurs, ont été en mesure de relever ce défi. Ils fournissent des services, comme nous l'avons entendu, au moyen de différentes approches, telles que les soins extrahospitaliers axés sur le travail d'équipe, dont les soins à domicile. Les soins, plus centrés sur les patients, sont transférés dans la communauté de manière à éviter le recours à l'hôpital. À titre d'exemple, des unités de soins sont aménagées dans des centres communautaires, des maisons de soins infirmiers ou des établissements de soins de longue durée qui permettent d'éviter le recours systématique aux hôpitaux et qui constituent, de ce fait, une solution de rechange lorsque le système de gestion des maladies chroniques ne peut suffire à la tâche. Ainsi, il existe de nombreuses possibilités pour travailler autrement.

Mais je dois dire qu'il s'agit d'un changement majeur dans notre façon de pratiquer la médecine. Notre réussite future dépendra de la capacité d'adaptation dont nous ferons preuve. Le modèle actuel, en dépit de tous les efforts que nous déployons pour l'adapter, ne pourra jamais nous permettre de gérer les maladies chroniques chez les personnes âgées. Ce sont donc des changements de fond qu'il nous faut envisager et non pas des changements mineurs.

En ce qui concerne votre dernier point sur la place du gouvernement fédéral, je crois que celui-ci pourrait, en effet, jouer un rôle considérable et très utile dans l'établissement d'une stratégie de soins à domicile de longue durée dans l'ensemble du pays. Des éléments du système des paiements de transfert pourraient être mis à profit pour faciliter l'apport des changements, que nous savons indispensables, au moyen d'une sorte de fonds d'innovation. Ce changement permettrait d'ouvrir la voie à une nouvelle ère dans la prestation des services de santé et de fournir les soins nécessaires aux personnes âgées.

M. Patrick Brown: Je pense à mon grand-père qui a vécu dans sa maison jusqu'à la dernière année de sa vie. C'est en partie grâce à l'accès aux soins dans la communauté que cela lui a été possible. Les visites régulières qu'il a reçues l'ont aidé à conserver son autonomie.

Il y a quelques semaines à Barrie, je m'entretenais avec une infirmière chargée de l'accès aux soins dans la communauté qui m'a informé que son service était, en fait, en train de procéder à des compressions et qu'il ne leur serait plus possible de joindre autant de patients. Cette nouvelle m'a étonné, car il me semble que ce service doit être très précieux.

À votre avis, ce genre de service fait-il partie intégrante du maintien à domicile des personnes âgées?

• (1610)

Dr Jeffrey Turnbull: Absolument. Trop souvent, on entend le même son de cloche à propos de l'accès aux soins dans la collectivité, de la nécessité d'envoyer des intervenants à domicile avec tous les systèmes de soutien nécessaires, qu'il s'agisse d'aidants naturels... On fait valoir qu'il est important de donner du soutien et d'assurer l'approvisionnement en médicaments pour la gestion des maladies chroniques et que les visites à domicile des intervenants, des médecins et du personnel infirmier sont nécessaires. Tout cela est beaucoup plus économique, mais malheureusement, à cause de la structure des soins de santé actuelle, ce travail revient au secteur des soins de courte durée.

Comme vous le savez, je suis chef du personnel dans l'hôpital qui vient au quatrième rang des plus grands hôpitaux du pays, et nous disposons d'un budget qui dépasse le milliard de dollars. Toutefois, nous dépensons aujourd'hui environ 60 000 \$ — au cours d'une seule journée dans un seul hôpital — pour des soins qui pourraient être beaucoup mieux assurés dans la communauté. Des systèmes

doivent être mis en place pour nous permettre de transférer ces sommes dépensées actuellement dans les hôpitaux aux soins donnés à domicile. Si nous voulons réussir demain, c'est ce que nous devons faire aujourd'hui. Nous ne pouvons pas nous en remettre continuellement à notre secteur des soins de courte durée pour pallier un système de gestion des maladies chroniques défaillant.

M. Patrick Brown: D'accord. Merci.

La présidente: Merci beaucoup, monsieur Brown. Il vous reste une minute si vous souhaitez poursuivre.

M. Patrick Brown: Je suis simplement préoccupé par les statistiques. En 2036, les personnes âgées représenteront 25 p. 100 de la population, et nous ne sommes pas adéquatement préparés pour faire face à cette réalité. Je sais qu'en Ontario, on entend dire qu'aucun nouvel apport de fonds important ne sera consenti aux soins de santé, qu'il s'agisse des hôpitaux ou de l'accès aux soins dans la communauté. À l'hôpital Royal Victoria, on dit que cela pourrait représenter une hausse de 1 p. 100 ou un gel pour notre établissement local, ce qui pourrait provoquer un gel de l'accès aux soins dans la communauté. Si la chose devait se produire, compte tenu des conventions collectives, on pourrait se retrouver dans l'impossibilité de servir la même population. C'est donc très inquiétant.

Savez-vous si la situation est la même dans toutes les provinces ou si elle est unique à la province dans laquelle je réside?

Dr Jeffrey Turnbull: Elle n'est certainement pas unique à votre province; c'est la même situation dans tout le pays. Les budgets provinciaux étant soumis à des contraintes ou à des restrictions, nous anticipons en Ontario notamment, où je travaille, une augmentation d'environ 1 p. 100. Or, un coup d'œil au taux d'inflation nous montre que celui-ci est supérieur à ce chiffre. Cette augmentation de 1 p. 100 représente, en fait, une réduction dans les services. Ainsi, pour essayer de surmonter nos difficultés financières, nous procédons à des compressions dans tous les secteurs.

Je crains que cette réduction de services et ces restrictions budgétaires ne soient pas trop bien planifiées. Comme je l'ai indiqué, nous pourrions soutenir ces diminutions et faire des économies si nous étions en mesure de réduire le nombre de transferts vers les hôpitaux. Toutefois, cela n'est pas possible, parce que les choses se font en vase clos, que les systèmes de santé ne sont pas intégrés et qu'il n'y a pas de planification au niveau régional. Il ne fait nul doute que les dirigeants de notre hôpital, qui est rempli, seraient très favorables au transfert de ses 140 places de soins de longue durée dans la communauté.

La présidente: Merci, monsieur Turnbull.

Nous passons maintenant à notre deuxième série de questions et de réponses de cinq minutes.

Nous commencerons par madame Sellah. Allez-y, je vous prie.

[Français]

Mme Djaouida Sellah: Merci, madame la présidente. Ma première question s'adresse à Mme Régine Laurent.

Dans votre présentation, vous avez parlé de la condition des femmes. Est-ce que, dans le contexte du vieillissement de la population, les différentes maladies chroniques vont affecter surtout les femmes, puisqu'elles vivent longtemps, qu'elles sont plus susceptibles de vivre dans la pauvreté, et qu'elles sont plus nombreuses à être des aidantes naturelles?

Mme Régine Laurent: Merci de votre question.

Effectivement, au cours de toute leur vie, les femmes sont moins bien payées que les hommes, du moins jusqu'à maintenant. Elles gagnent 70 p. 100, au mieux 75 p. 100, du salaire des hommes. Ainsi, une fois à la retraite, leur revenu est plus bas. En même temps, elles vivent plus longtemps et ce sont elles les aidantes naturelles.

Or, on sait très bien que la pauvreté est un facteur de risque. Du moins, nous le voyons ainsi. Le risque augmente, pour les femmes, d'être atteinte d'une maladie chronique. En même temps, celles qui sont aux prises avec une situation financière et familiale difficile n'ont pas les outils pour s'en sortir. Personnellement, je suis persuadée que le fait d'être une femme vieillissante atteinte d'une maladie chronique n'est vraiment pas un sort enviable.

•(1615)

Mme Djaouida Sellah: Merci de la réponse.

J'aurais aussi une question pour le Dr Turnbull.

Le comité a entendu beaucoup de témoins parler de la prévention comme outil efficace pour lutter contre les maladies chroniques. Comment voyez-vous le rôle des professionnels de la santé à cet égard?

[Traduction]

La présidente: Je vous prie de m'excuser, madame Sellah, mais je vais devoir suspendre la séance. Je suis désolée, mais la sonnerie se fait entendre. Elle retentira pendant une demi-heure, et nous reprendrons 10 minutes après la tenue du vote.

Monsieur Morin.

[Français]

M. Dany Morin: Considérant qu'on est très proche de la Chambre, peut-on prendre 10 minutes additionnelles? Cela nous laisserait 20 minutes pour nous rendre de l'autre côté?

[Traduction]

La présidente: Si nous avons le consentement unanime du comité, nous le pouvons.

Les membres consentent-ils à l'unanimité à poursuivre les travaux encore cinq minutes?

Il n'y a pas de consentement unanime, nous devons donc reprendre plus tard.

Monsieur Morin.

[Français]

M. Dany Morin: Pourrais-je demander la tenue d'un vote par appel nominal sur la question?

[Traduction]

La présidente: Il n'y a pas de vote par appel nominal. Il vous faut un consentement unanime.

[Français]

M. Dany Morin: D'accord. Puis-je tout de même demander un vote par appel nominal?

[Traduction]

La présidente: Tant que nous n'avons pas le consentement unanime...

Avez-vous demandé un vote par appel nominal?

[Français]

M. Dany Morin: Oui, pour savoir si...

[Traduction]

La présidente: Il n'y a pas de vote.

Nous allons suspendre la séance et revenir dans une demi-heure. Nous reprendrons 10 minutes après la tenue du vote.

Toutes mes excuses aux témoins. C'est la deuxième fois que cela se produit. Je n'ai aucun contrôle sur la sonnerie, mais je vous serais reconnaissante de bien vouloir faire preuve de patience. Nous serons de retour.

Merci.

•(1615)

_____ (Pause) _____

•(1700)

La présidente: Je vous demanderais de regagner vos places, car nous disposons de peu de temps.

Je remercie infiniment les témoins de leur indulgence. C'est très aimable de votre part.

J'aimerais seulement confirmer aux membres du comité qu'il a été précisé qu'il n'y a pas de vote par appel nominal lorsque la séance est suspendue.

Merci, monsieur Morin.

M. Dany Morin: Merci, mais j'aimerais simplement souligner, aux fins du compte-rendu, que tous les membres du comité représentant le NPD souhaitaient seulement donner cinq minutes aux témoins.

La présidente: Pouvons-nous maintenant consacrer le temps qu'il reste à nos questions, afin de faire quelque chose d'utile? Merci.

Madame Sellah, comme nous avons interrompu à 2 h 9, je vous accorde trois minutes.

[Français]

Mme Djaouida Sellah: Dois-je répéter ma question au Dr Turnbull?

Le comité a entendu beaucoup de témoins qui ont parlé de la prévention comme un outil efficace pour lutter contre les maladies chroniques. Comment voyez-vous le rôle des professionnels de la santé à cet égard?

•(1705)

[Traduction]

Dr Jeffrey Turnbull: Merci beaucoup. Je serai aussi bref que possible.

Les professionnels de la santé ont un rôle essentiel et fondamental à jouer dans la promotion d'un mode de vie sain, en particulier, auprès des personnes âgées en amenant ces personnes à prévenir les chutes, à mieux s'alimenter, à renforcer leurs os, etc., et ce, pour leur plus grand avantage. Ainsi, les professionnels de la santé peuvent jouer un rôle important.

Toutefois, je dois également dire qu'il nous faut créer des structures qui permettent aux professionnels de la santé de favoriser des habitudes de vie saines chez notre population âgée. Nous savons qu'il y a des pauvres, nous devons donc veiller à ce que ces personnes aient un accès satisfaisant à une alimentation correcte. Nous savons que les moyens appropriés pour faire de la sensibilisation font défaut, nous devons donc mettre en place des systèmes pour communiquer avec les personnes âgées et les aider à rester en santé.

Nous avons beaucoup à faire sur le plan structurel. Mais, assurément, les professionnels de la santé de tous horizons ont un rôle primordial à jouer dans la promotion de la santé auprès de la population âgée du pays.

La présidente: Vous avez encore quelques minutes.

[Français]

Mme Djaouida Sellah: Ma prochaine question s'adresse à Mme Wilson.

Les maladies mentales, en particulier la dépression, sont-elles inévitables pour nos aînés qui reçoivent des soins de longue durée, à cause du type d'établissement? Autrement dit, la perte d'autonomie et le fait de quitter une maison où on a habité pendant de nombreuses années ne sont-ils pas des changements importants qui mèneraient n'importe qui à la dépression?

[Traduction]

Mme Kimberley Wilson: Merci.

Non. Ce sont certes des facteurs de risque de la dépression, mais l'un des plus importants messages que nous transmettons est que la dépression n'est pas une conséquence automatique du vieillissement. La dépression n'est pas inévitable et, à mon avis, ce qui est tout aussi important, il existe des traitements très efficaces pour traiter les personnes souffrant de dépression qui réunissent beaucoup de ces facteurs de risque. C'est particulièrement vrai chez l'adulte plus âgé dont les traitements — y compris les médicaments et les interventions psychosociales — peuvent tous être assurés dans un établissement de soins de longue durée. Malheureusement, nous ne disposons pas toujours à l'heure actuelle des meilleures structures pour soutenir les personnes atteintes de maladies mentales placées dans les établissements de soins de longue durée.

[Français]

Mme Djaouida Sellah: Il y a donc moyen d'investir dans des structures.

[Traduction]

La présidente: Nous passons maintenant à M. Gill.

M. Parm Gill (Brampton—Springdale, PCC): En fait, je vais céder mon temps de parole à Mme Block.

La présidente: Madame Block.

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

J'aimerais également remercier nos témoins d'être venus nous rencontrer de nouveau aujourd'hui. Je leur suis reconnaissante d'accorder de l'importance aux travaux que nous poursuivons. Nous sommes également convaincus de leur utilité.

J'aimerais adresser quelques-unes de mes questions et consacrer du temps qui m'est alloué à Mme Cooper. Lors de votre comparution précédente, vous avez parlé un peu de votre parcours personnel — vous souffrez de douleurs chroniques depuis un accident de travail survenu, je crois, au milieu des années 1980. J'aimerais vous donner l'occasion de raviver un peu notre mémoire en nous parlant de nouveau de votre expérience de vie et, si vous le voulez bien, j'aimerais que vous nous donniez un aperçu général de la Coalition canadienne contre la douleur.

Mme Lynn Cooper (présidente, Coalition canadienne contre la douleur): Merci beaucoup.

Mon histoire est comme tant d'autres: il y a 25 ans, je me suis blessée et j'ai eu affaire au système de soins de santé de l'Ontario, qui n'était pas prêt à m'aider — ou à aider les professionnels de la santé qui se sont occupés de moi — avec la gestion appropriée des soins actifs, ce qui aurait pu empêcher la situation de dégénérer en douleur chronique — mais certainement pas dans le traitement de la douleur chronique.

Vingt-cinq ans se sont écoulés et nous avons un peu progressé, mais pas beaucoup. Nous savons que le modèle d'excellence, si l'on peut dire, de la gestion de la douleur chronique repose sur une approche multidisciplinaire, ce qui signifie prendre des médicaments en collaboration avec le médecin ou être suivi par un physiothérapeute, un ergothérapeute ou une personne qui peut vous aider à vivre avec la douleur — par exemple, un psychologue utilisant la thérapie cognitivo-comportementale.

En plus du traitement fourni par le système médical, nous devons faire participer activement à la gestion de leur douleur les personnes qui souffrent. Nous ne pouvons plus nous contenter d'être passifs.

Une partie du problème, c'est que la plupart des Canadiens ne comprennent pas la différence entre la douleur aiguë et la douleur chronique. La douleur aiguë est temporaire et signale un problème qui pourrait nous obliger à obtenir une aide médicale. La douleur chronique, par contre, ne sert absolument à rien; c'est ce qui engendre la souffrance.

Tout le monde doit participer à ce modèle. Il s'agit des modifications que je suis parvenue à apporter à mes habitudes de vie, y compris faire de l'exercice, suivre un régime et trouver une façon de vivre avec ma douleur tout en demeurant productive. J'ai découvert la Coalition canadienne contre la douleur, un organisme formidable qui, dès le début, s'est battu pour faire participer les gens à la solution, pour donner la parole à ceux qui souffrent. Par exemple, vous ne pouvez pas savoir si je souffre seulement en me regardant. Toutefois, si je devais donner une note à ma douleur sur une échelle de zéro à dix — dix représentant la pire douleur que j'ai ressentie —, je lui donnerais maintenant une note de sept, à cause du voyage que je viens d'effectuer.

Grâce à la Société canadienne pour le traitement de la douleur, la coalition a créé une stratégie nationale pour le traitement de la douleur au Canada. Nous y mettrons la dernière main au début du mois de janvier et nous la lancerons le 24 avril 2012 au Sommet canadien de la douleur, qui se tiendra à quelques pas d'ici, au Château Laurier.

La stratégie a été créée pour produire un document de politique visant à informer toutes les provinces au sujet des modifications qui doivent être apportées au système de soins de santé, afin d'appuyer nos fournisseurs de soins de santé et tous les gens qui ressentent de la douleur. Nous espérons que tous les Canadiens appuieront cette initiative au début janvier.

• (1710)

La présidente: Merci beaucoup.

Votre temps est écoulé, madame Block.

Nous allons maintenant passer à M. Morin.

[Français]

M. Dany Morin: Merci.

J'ai seulement cinq minutes et beaucoup de questions à poser. Je demanderais aux témoins d'être brefs dans leurs réponses. Ma première question s'adresse à Mme Laurent.

Dans votre discours, vous avez parlé des soins à domicile, du *home care*. Avec l'expertise que vous avez, croyez-vous que dans le prochain accord de 2014 entre le gouvernement fédéral et les provinces, les progrès attendus et les objectifs à l'égard des soins à domicile devraient être inclus pour tenir les provinces responsables de faire des investissements et ainsi faire évoluer les services de soins à domicile?

Mme Régine Laurent: Pour nous, il est clair qu'au Québec, les soins à domicile sont déficients. Avec le vieillissement de la population, on ne peut pas faire autrement que de vouloir investir encore plus dans les soins à domicile — je dis « soins », mais je devrais plutôt dire « maintien à domicile ». Je m'excuse.

Il est vrai qu'il faut accroître le budget pour le maintien à domicile. Par contre, il faut aussi déterminer les besoins qui existent pour le territoire québécois. Je ne suis pas contre votre idée, mais je crains qu'on établisse qu'un montant doit être alloué pour le maintien à domicile, un autre pour la prévention.

Ce n'est pas ce que vous dites?

M. Dany Morin: Je parle simplement des critères. On sait que l'accord de 2004 incluait des objectifs pour les provinces sur l'amélioration des temps d'attente en chirurgie. Je parlais de quelque chose de similaire pour les soins à domicile.

Mme Régine Laurent: D'accord. Maintenant, je vous suis très bien.

Effectivement, nous aurions besoin de cela au Québec. Il faudrait que ce soit élargi, c'est-à-dire qu'il faudrait y inclure la prévention et aussi tout ce qu'on peut faire dans la communauté pour le maintien des gens à domicile. J'entends ici le maintien avec une qualité de vie qui soit acceptable. Ce serait très intéressant pour nous. J'insiste depuis tantôt sur le volet prévention, parce que j'y crois beaucoup. Nous y croyons en tant que professionnels. La prévention fait l'objet d'une grande lacune dans l'ensemble des services de soins et c'est encore plus le cas pour les personnes âgées, surtout concernant les médicaments.

• (1715)

M. Dany Morin: Merci.

Ma prochaine question s'adresse encore à vous. Vous avez parlé des aidants naturels et des prestations de compassion. Présentement, le gouvernement du Canada donne des prestations que je ne trouve pas assez généreuses. J'aimerais connaître votre avis à ce sujet. Trouvez-vous qu'elles ne sont pas assez généreuses et que le gouvernement devrait en donner plus?

Mme Régine Laurent: Oui, je crois sincèrement que le gouvernement devrait en donner plus. Considérant que le groupe d'aidants naturels est majoritairement composé de femmes, la lecture que nous faisons des faits nous amène à croire que les prestations seraient beaucoup plus généreuses s'il était majoritairement composé d'hommes.

[Traduction]

M. Dany Morin: Madame Wilson, croyez-vous que le gouvernement fédéral devrait lancer une stratégie nationale sur la santé mentale? Je sais qu'il s'agit d'une question délicate.

Mme Kimberley Wilson: En 2012, la Commission de la santé mentale du Canada lancera sa stratégie nationale. Je pense qu'il s'agit d'un important point de départ. Le rôle du gouvernement fédéral dans la mise en oeuvre de la stratégie sera encore plus important, car la commission n'a pas la capacité d'exercer des pressions et de défendre cette cause. Il sera très important que le gouvernement fédéral s'engage à mettre en oeuvre la stratégie dans les provinces, et aussi dans les champs de compétence fédérale.

M. Dany Morin: Merci.

Docteur Turnbull, croyez-vous que le gouvernement fédéral devrait appuyer davantage les centres de santé communautaire?

Dr Jeffrey Turnbull: Le gouvernement fédéral peut certainement jouer un rôle essentiel en créant des normes et des structures

nationales et en favorisant l'innovation. Les centres de santé communautaire sont un élément fondamental de la nouvelle stratégie sur les soins prolongés à domicile dans le cadre de la gestion des maladies chroniques. Je dois dire que d'après nos sondages, la population s'y attend aussi.

[Français]

M. Dany Morin: Est-ce que j'ai encore un peu de temps? Il me reste environ une minute?

[Traduction]

La présidente: Il vous reste 30 secondes.

[Français]

M. Dany Morin: D'accord. Ma dernière question s'adresse à Mme Laurent.

Vous avez parlé des soins palliatifs. On sait que présentement, le suicide assisté est un sujet d'actualité chaud. Quelle est votre opinion par rapport au suicide assisté? Ce sujet sera abordé bientôt au Parlement et j'aimerais entendre votre avis tout de suite.

Mme Régine Laurent: Nous avons fait des commentaires à ce sujet l'année dernière devant la commission parlementaire au Québec. Notre position est la suivante: d'abord, nous voulons un débat de société. Ensuite, nous avons pris soin d'expliquer qu'en ce moment, il n'y a pas réellement de soins palliatifs pour les personnes âgées particulièrement. Alors, avant d'aller plus loin sur la question du suicide assisté et autres, peut-on donner dès maintenant des soins palliatifs réels aux personnes âgées. On tient pour acquis que, parce que les gens sont âgés de 84 ou 85 ans, ils vont mourir. Ce n'est pas vrai. Il y a des gens qui ont besoin de soins palliatifs. Nous avons demandé qu'il y ait des soins palliatifs pour les personnes âgées.

Nous avons demandé avec encore plus d'insistance qu'il y ait des soins palliatifs pour les enfants aussi. Nous pensons que c'est important. D'ailleurs, il y a quelqu'un au CHU à Sainte-Justine qui fait un travail extraordinaire pour expliquer à quel point les soins palliatifs sont importants. Les soins palliatifs pour les enfants sont différents.

Nous voulons donc que soient renforcés les soins palliatifs actuels, pour répondre aux besoins. De plus, nous voulons qu'il y ait un débat de société pour savoir ce que cela veut dire. Par exemple, qu'est-ce qu'une vie acceptable?

[Traduction]

La présidente: Merci. Nous allons maintenant passer à Mme Block.

Mme Kelly Block: Merci, et j'aimerais remercier mes collègues de me donner la chance de poser quelques questions.

Je vais les poser à Mme Cooper. J'aimerais parler de vos observations sur ce que vous avez vécu ces 25 dernières années. Le gouvernement fédéral a, je crois, joué un rôle de premier plan en travaillant avec les provinces et les territoires à la promotion du système de soins de santé et aux innovations qui s'ensuivent. En fait, à la suite de consultations avec les parties intéressées, les Instituts de recherche en santé du Canada ont fait de la douleur, de la déficience et des maladies chroniques une priorité de la recherche stratégique. Depuis l'an 2000, ils ont investi plus de 96,7 millions de dollars dans le financement de la recherche sur la douleur, y compris la douleur chronique.

Vous avez mentionné le lancement, en avril 2012, d'une stratégie nationale qui sollicitera la participation de toutes les provinces. Pendant que vous élaboriez cette stratégie, avez-vous relevé, dans les provinces, des pratiques exemplaires qui entreraient dans la composition de votre stratégie sur la douleur chronique?

• (1720)

Mme Lynn Cooper: La stratégie que nous avons mise au point renseignera les provinces et les aidera à créer leurs propres stratégies sur la douleur au sein de leur système de soins de santé. Actuellement, la Colombie-Britannique s'est dotée d'une stratégie active et le Québec progresse dans ses travaux en ce sens. Toutefois, un grand nombre de provinces ne reconnaissent toujours pas la douleur chronique comme étant une maladie chronique et c'est pourquoi elles ne mettent pas en oeuvre les stratégies nécessaires. La stratégie sera un document de niveau plus élevé; nous devons ensuite l'approfondir afin de créer les stratégies nécessaires.

Mme Kelly Block: En résumé, votre stratégie soulignera d'abord qu'on a besoin d'une stratégie et encouragera ensuite les provinces à en mettre une au point? Votre organisme communiquera-t-il aux provinces certaines des pratiques exemplaires que vous avez rassemblées?

Mme Lynn Cooper: Oui, la meilleure approche demeure l'approche multidisciplinaire. Nous avons, un peu partout au Canada, quelques cliniques multidisciplinaires spécialisées dans le traitement de la douleur. Toutefois, leur liste d'attente peut atteindre de trois à cinq ans et on n'y sert pas assez de clients. Nous visons donc à faire participer la collectivité et à offrir des services de gestion et de traitement multidisciplinaire de la douleur chronique, au lieu de restreindre ces services aux cliniques antidouleur — bien qu'elles soient aussi nécessaires.

Mme Kelly Block: J'aimerais poursuivre avec quelques renseignements au sujet de la question sur le suicide assisté posée par mon collègue d'en face.

Il y a un an et demi, on a mis sur pied le Comité parlementaire sur les soins palliatifs et soins de compassion, un comité constitué de représentants de tous les partis. Nous nous sommes penchés sur quatre domaines et le rapport sera publié dans quelques jours. J'espère que la plupart d'entre vous le liront. Si vous ne réussissez pas à en obtenir un exemplaire, vous pouvez consulter le site Web. Je pense que le rapport contribuera à enrichir le débat qui doit être tenu à ce sujet et examinera certaines des questions que vous avez soulevées.

La présidente: Y a-t-il des commentaires? C'est bien.

Bienvenue, madame Mathysen. C'est votre tour.

Mme Irene Mathysen (London—Fanshawe, NPD): Merci beaucoup, madame la présidente.

J'aimerais remercier les témoins d'avoir comparu aujourd'hui; c'était très informatif. Je suis certaine que vos témoignages nous aideront à progresser de façon importante. Je suis aussi heureuse de vous entendre dire que le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer, car nous avons tendance à penser que les soins de santé sont l'affaire des provinces. Je crois aussi que les parlementaires à ce niveau de gouvernement peuvent jouer un rôle de premier plan.

Je suis la porte-parole du NPD pour les questions relatives aux aînés et nous nous sommes penchés sur la sécurité économique des personnes âgées. Les dernières statistiques que nous avons compilées révèlent que 250 000 personnes âgées vivent sous le seuil de la pauvreté, et qu'au moins 154 000 d'entre elles sont des femmes. J'ai bien peur que ces nombres ne fassent que monter en

flèche. Ces statistiques nous poussent à poser des questions au sujet du manque de logements abordables et supervisés pour les personnes âgées, car cela concerne l'appui qu'on leur fournit et aussi leur sécurité. En effet, les personnes âgées sont forcées de quitter leurs maisons. Il n'y a pas suffisamment d'établissements de soins prolongés et y habiter coûte très cher. Cela engendre un vrai dilemme.

Appuieriez-vous — en plus des renseignements que vous avez fournis dans un grand nombre de domaines — une stratégie nationale du logement qui se pencherait sur les besoins des habitants de nos collectivités qui n'ont tout simplement pas accès à un logement approprié?

• (1725)

La présidente: Qui aimerait répondre?

Madame Laurent.

[Français]

Mme Régine Laurent: Merci, madame la présidente.

Nous sommes plusieurs organisations au Québec à militer pour la construction de logements sociaux. Nous désirons des logements sociaux qui répondent mieux aux besoins des personnes âgées, c'est-à-dire qui offrent un minimum de soins. Il faut que ces logements aient une capacité de soutenir les personnes âgées au quotidien. C'est pour ce type de logements que nous militons.

Je crois qu'il s'agit d'un investissement qui va rapporter rapidement parce que c'est beaucoup moins cher que de garder des personnes âgées dans des institutions. Au moins, dans ce type de logement, elles sont chez elles.

Je fais le lien avec madame, qui a si bien parlé de santé mentale. Quand les personnes vivent dans une communauté et qu'elles ne sont pas isolées, c'est extraordinaire pour la santé mentale. Ces personnes sont encore socialisées et n'ont pas le sentiment d'être parquées quelque part.

Je pense que de militer en faveur des logements sociaux est extraordinaire. Il y a eu des expériences ailleurs où les gens qui habitent ce type de logement font la préparation des repas en commun. Il y a différentes façons dont les personnes âgées peuvent socialiser dans de tels milieux. Ça maintient une qualité de vie extraordinaire pour elles et ce n'est pas coûteux pour le système de soins de santé.

[Traduction]

Mme Irene Mathysen: Les possibilités sont très intéressantes. Nous avons beaucoup parlé de prévention, c'est-à-dire veiller à ce que les gens demeurent en santé en consommant de bons aliments, en suivant un régime et en faisant de l'exercice. À cet égard — et vous en avez parlé un peu —, j'envisage certainement la possibilité d'avoir un carrefour de services au sein de la collectivité afin que les personnes âgées puissent avoir accès aux services qui les aideraient à adopter un mode de vie plus sain. Pourriez-vous me dire ce que vous en pensez?

[Français]

Mme Régine Laurent: On pourrait, par exemple, rapprocher davantage les infirmières de la communauté. On sait qu'il y a, dans tous les quartiers, des centres communautaires. Pourquoi ne pourrait-il pas y avoir un suivi pour les personnes âgées à l'intérieur même des centres communautaires?

On sait que cette relation de confiance est importante. Nous le savons puisque les professionnels que nous sommes gérons les maladies chroniques à l'intérieur des établissements de santé. Pourquoi ne pas faire le suivi de façon systématique dans la communauté? Ce serait une manière de faire de la prévention.

Quand on peut suivre la personne, on s'assure que la médication pour la tension artérielle et les bêtabloquants sont pris correctement. Il faut vérifier où en est l'INR pour les personnes qui prennent du Coumadin. Donc, c'est une question de prévention. Ça permet à une personne, même âgée, de prendre en charge sa santé, parce qu'elle est capable de le faire. Quand on prend le temps d'enseigner et de faire un suivi...

[Traduction]

La présidente: Merci beaucoup.

Il nous reste deux minutes.

Monsieur Williamson, je vous les donne.

M. John Williamson (Nouveau-Brunswick-Sud-Ouest, PCC): Je serai bref; je vais donc laisser tomber mon introduction.

Docteur Turnbull, vous avez dit, plus tôt, quelque chose qui ressemblait à un moment V8. Vous avez dit que vous aimeriez économiser en éliminant quelques lits afin de mieux servir les patients.

Trop souvent, dans notre pays, nous tentons de régler les problèmes du système de soins de santé en y injectant plus d'argent, ce qui en a fait le deuxième plus coûteux au monde. Nous faisons très bien certaines choses et nous en ratons d'autres. Comment encourageons-nous l'innovation? Comment le gouvernement fédéral veille-t-il à ce que les choix des provinces et des autorités en matière

de santé fassent en sorte que l'argent est dépensé judicieusement et sert à régler certains de ces problèmes?

Si vous attendez qu'un bureaucrate d'Ottawa sorte ces lits, je pense que vous allez attendre longtemps.

Dr Jeffrey Turnbull: Je pense que l'entente de 2014 représente une occasion unique. En effet, lorsque les transferts seront engagés, on pourra veiller à ce qu'ils soient assortis de conditions et mettre en place un cadre de responsabilisation afin de s'assurer qu'ils engendrent vraiment des changements importants. Je crois que cette entente devrait représenter le commencement de la transformation du système de soins de santé. Tous les investissements effectués dans le cadre de ces transferts devraient être accompagnés de l'obligation de rendre des comptes.

L'obligation de rendre des comptes ne devrait pas seulement être des provinces ou territoires envers le gouvernement fédéral; elle devrait être aussi des provinces et territoires envers leurs citoyens. Nous devrions insister pour que cette innovation — ce changement que nous espérons voir découler des transferts — s'opère de façon transparente et responsable et qu'elle repose sur des normes nationales. Je pense qu'il s'agit d'une occasion à saisir.

● (1730)

La présidente: Merci, docteur Turnbull.

J'aimerais remercier, encore une fois, les témoins de leur patience et de leurs témoignages éclairés.

Merci aux membres du comité d'avoir fait preuve d'indulgence et d'être revenus à temps.

La séance est levée.

POSTE  MAIL

Société canadienne des postes / Canada Post Corporation

Port payé

Postage paid

Poste-lettre

Lettermail

**1782711
Ottawa**

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

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

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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

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