



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA



NUMÉRO 017



1^{re} SESSION



41^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le lundi 28 novembre 2011

Présidente

Mme Joy Smith

Comité permanent de la santé

Le lundi 28 novembre 2011

• (1530)

[Traduction]

La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)): Je souhaite la bienvenue à tout le monde à notre comité.

Je m'appelle Joy Smith. Je suis la présidente. Bienvenue à tous nos invités d'aujourd'hui.

Je veux dire aux membres du comité que je suis conscient que nombre d'entre vous sont arrivés par avion aujourd'hui. Certains me disent qu'ils aimeraient qu'il y ait des fruits et d'autres choses à la prochaine séance. Je vous informe qu'il y aura de la nourriture à votre disposition lors de nos prochaines séances. Si vous êtes d'accord, veuillez lever la main. Bien.

Nous allons maintenant débiter nos travaux: conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, une étude des maladies chroniques liées au vieillissement.

Nous sommes très ravis aujourd'hui de recevoir nos témoins. De Baycrest, nous recevons William Reichman, président et chef de la direction. Merci docteur Reichman d'être ici. C'est un plaisir de vous voir.

Des Directeurs des services médicaux d'urgence du Canada, nous recevons M. Michael Nolan, le président. Merci d'être avec nous aujourd'hui pour nous présenter votre point de vue utile.

À titre personnel, nous recevons le professeur François Béland, du Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal. Merci d'être ici. Et bien sûr, M. Mark Rosenberg, professeur au Département de géographie et Département de santé communautaire et d'épidémiologie de l'Université Queen's.

Nous allons débiter par des exposés de 10 minutes et nous allons commencer par le Dr William Reichman, s'il vous plaît.

Dr William Reichman (président et chef de la direction, Baycrest): Merci beaucoup de m'avoir invité, au nom de mon organisation, Baycrest, pour vous faire part de mon point de vue. C'est un honneur pour nous d'être représentés ici.

Baycrest offre toute une gamme de services de soins de la santé à 2 500 Canadiens par jour, tels que des services à domicile, des hôpitaux, des centres d'hébergement et toute une série de programmes communautaires, et nous hébergeons l'Institut de recherche Rotman, qui est l'un des meilleurs instituts de neuroscience cognitive au monde.

Je veux débiter en vous félicitant de vous pencher sur les défis présentés par le vieillissement de notre société et la croissance prévue de la prévalence des maladies chroniques dues à une plus longue espérance de vie. Comme David Crane l'a dit dans le *Toronto Star* en 2007:

Plutôt que de se tordre les mains de désespoir, nous devrions reconnaître que les changements d'une société vieillissante sont relativement gérables si nous prenons maintenant les mesures nécessaires, et célébrer le fait que les Canadiens vivent plus longtemps et sont plus en santé.

Je vais maintenant vous expliquer comment les défis d'une population vieillissante et le fardeau que la maladie chronique amènera seront accompagnés d'occasions importantes d'apporter des changements transformateurs au Canada dans la façon dont nous gardons les gens en santé et dont nous fournissons les services de soins de santé.

Je vais commencer par vous poser les questions suivantes, et je demanderais à tout le monde d'y réfléchir.

Premièrement, est-il inévitable que tant de Canadiens souffrant de maladies chroniques comme le diabète, de maladie du cœur, d'infirmité musculo-squelettique, de maladie pulmonaire obstructive chronique, d'hypertension et de démence soient traités dans un hôpital de soins actifs, en arrivant par l'urgence parce que nous n'avons pas les capacités communautaires de les garder dans une bonne condition stable?

Je vais poser une autre question à laquelle il faut réfléchir. Pourquoi est-ce que près de 40 p. 100 des personnes âgées, surtout les plus âgées, doivent passer en moyenne les deux dernières années de leur vie en institution, comme un centre de soins de longue durée ou un centre d'hébergement, loin de leur famille et de leurs autres soutiens? C'est parce que nous n'avons pas la capacité communautaire de les garder chez eux ou chez les membres de leur famille.

Je vous demanderais de vous poser cette question. Est-ce qu'un centre d'hébergement, même un aussi spécial que Baycrest, qui est de renommée mondiale et que j'ai le privilège de diriger — est si fantastique que nous choisirions d'y vivre plutôt que de vivre chez nous? Si la réponse est non, et que nous préférions vivre chez nous, alors je demanderais que nous prenions les mesures nécessaires pour que cela puisse se produire.

Les baby-boomers vieillissants — ou comme on le dit au Canada, les zoomers — s'attendent à ce que la société offre à nos parents toujours en vie plus que ce que la société a jamais offert à nos grands-parents. Et franchement, nous sommes une cohorte assez égoïste pour que nous nous attendions à ce que la société nous en donne plus qu'elle aura donné à nos parents. Et nous espérons certainement que la société offrira à nos enfants plus qu'elle nous aura offert pour nous garder en santé, en prenant le meilleur soin possible de nous dans le meilleur endroit possible et de la façon la plus économique possible.

Je pense qu'il est important pour nous de déterminer des objectifs qui sont atteignables, concrets et durables et qui ressemblent à ce qui suit. Si jamais nous avons besoin de nous retrouver en centre d'hébergement, ayons comme objectif que cela soit en moyenne pour les deux derniers mois de notre vie, et non pas les deux dernières années. Pour atteindre ce type d'objectif, de même que les autres dont nous allons certainement parler aujourd'hui, nous avons besoin de changements transformateurs délibérés. Pas de petit rafistolage, pas de petites initiatives désespérées, mais une transformation qui profitera aux Canadiens où qu'ils vivent dans notre grand pays.

À ce sujet, mes observations d'aujourd'hui seront fondées sur trois principes qui aideront le Canada à améliorer le parcours du vieillissement et feront de notre pays, s'il le désire, un chef de file mondial en innovations qui répondent aux besoins d'une population vieillissante.

Quels sont ces principes? Premièrement, nous devons être prêts à prendre des risques dans le cadre d'expériences et d'innovation en promotion de la santé, en prestation des soins de santé et en remboursement des services de soins de santé. Nous devons être prêts à prendre des risques, ce qui signifie que bien que nous célébrerons des réussites, nous devons être prêts à tolérer les échecs inévitables. Pour en arriver à une transformation et une innovation réelles, nous devons passer par des échecs, et nous devons les tolérer et en tirer des leçons.

• (1535)

Il faut comprendre que le bien-être ne se résume pas à de bons soins de santé. Il faut qu'on mette en place des incitatifs économiques à l'intention des entreprises et des organisations pour qu'elles fassent la promotion des modes de vie sains. Il y aura sûrement des exemples tangibles qui seront donnés cet après-midi. Il faut qu'on offre des incitatifs fiscaux, des dégrèvements et des crédits à ceux qui adoptent des modes de vie sains, qui suivent adéquatement leurs traitements médicaux et qui participent à des programmes de prévention.

D'autre part, il est critique qu'il y ait des incitatifs à l'intention des familles et des autres prestataires de soins informels comme les bénévoles. Il y a 2 000 aînés qui travaillent bénévolement pour Baycrest, et j'espère qu'on aura l'occasion d'en parler un petit peu plus plus tard. Ces bénévoles passent le gros de leur temps à s'occuper d'autres personnes âgées qui sont plus frêles et nécessiteux qu'eux. Dans le cadre de nos expérimentations et innovations, il faudra tester de nouveaux modèles de soins intégrés assortis de mesures de remboursement qui permettent d'aller bien plus loin que de rentrer dans ses frais, et qui prennent en compte les résultats, pas tout simplement les intrants.

À l'heure actuelle, l'attention portée sur les temps d'attente dans les urgences de certaines provinces, comme l'Ontario, et sur les niveaux de soins parallèles, témoigne d'une vision trop étriquée de la question. En effet, il faut adopter une approche globale. Par exemple, à l'échelle nationale, des provinces Maritimes à la Colombie-Britannique, il existe des organisations offrant des soins aux personnes âgées et gérant diverses maladies chroniques qui n'ont rien à envier aux organismes d'Europe de l'Ouest et d'ailleurs en matière d'innovation. Notre problème, ce n'est pas le manque de créativité au sein de notre secteur de soins de santé et ailleurs, mais plutôt la difficulté que nous avons à appliquer à l'échelle du Canada les pratiques exemplaires qui sont le résultat de cette créativité. Par contre, si nous avions de bonnes structures en place et les incitatifs dont nous avons besoin, il nous serait alors possible de tirer des enseignements de ce qui se passe en Saskatchewan, au Québec et à Toronto pour ensuite mettre en oeuvre des pratiques nationales.

Permettez-moi de vous donner des exemples d'innovation qui marchent vraiment, et pas seulement dans un petit endroit comme le nord de Toronto sous les auspices d'une organisation comme Baycrest. Baycrest est l'organisation nord-américaine qui a inventé le concept des soins ambulatoires pour les personnes âgées et les personnes souffrant de démence, et ce, dans les années 1950. Baycrest est également la première organisation en Amérique du Nord à avoir démontré que les investissements faits pour mettre en place un système de dossiers médicaux électroniques et pour informatiser les prescriptions des médecins sont défrayés par la réduction d'erreurs médicales administratives dans les institutions de soins de longue durée.

Baycrest a également été la première institution à démontrer qu'il était possible de créer des unités dans un hôpital ou dans une maison de repos pour alléger le fardeau des urgences dans les hôpitaux de soins de courte durée. À l'heure actuelle, une personne qui tombe malade et qui va consulter son médecin de famille se fait dire d'aller aux urgences. Eh bien, si un résident d'une maison de repos se sent mal au milieu de la nuit, le premier réflexe, c'est d'appeler une ambulance. Le patient est alors transporté jusqu'aux urgences, et pourtant, ce n'est vraiment pas ce qu'on souhaiterait pour nos parents ou nos grands-parents s'ils étaient pris de problèmes médicaux au beau milieu de la nuit. Baycrest, comme d'autres organismes à l'échelle du pays, ont élaboré des programmes sensationnels, dont les coûts ne sont pas exorbitants, qui permettent aux personnes âgées de ne pas toujours avoir recours aux hôpitaux de soins de courte durée et qui permettent d'écourter leur séjour quand ils sont obligés de fréquenter ces institutions.

Le problème ne se situe pas au niveau de la pénurie d'idées; c'est plutôt que les méthodologies de remboursement dont nous avons besoin n'existent que dans certains endroits, méthodologies qui servent d'incitatifs pour que ce genre de programme soit mis en place. Les méthodologies qui nous permettraient d'appliquer de bonnes pratiques qui existent dans une province X à une province Y n'existent tout simplement pas.

Comme je l'ai dit plus tôt, le problème ne se résume pas à la mise en place d'un système de soins de santé novateur. Nous devrions offrir des incitatifs économiques aux entreprises qui font la promotion des modes de vie sains. C'est un aspect primordial pour permettre aux gens de bien vieillir. Que cela veut-il dire? Plus de choix santé dans les restaurants et dans les supermarchés, l'amélioration des programmes de bien-être dans les milieux de travail, l'amélioration des programmes d'éducation physique dans les écoles et de meilleurs déjeuners offerts dans les écoles et au travail.

Quand on pense à ce qu'on peut faire pour mitiger les impacts des maladies chroniques chez les personnes âgées, on a tendance à mettre l'accent sur la destination finale c'est-à-dire l'âge mûr, au lieu de prendre conscience du fait que le vieillissement est déterminé par notre mode de vie quand on était adolescent, jeune adulte, adulte âgé. Ainsi, la meilleure façon de diminuer la prévalence de maladies du coeur chez les octogénaires, c'est de faire chuter les taux d'obésité chez les enfants.

D'autre part, dans le cadre de ce dialogue, nous nous devons de prendre en compte d'autres notions transformationnelles de modes de vie.

• (1540)

Comme je l'ai mentionné auparavant, nous pouvons, et nous devrions, fournir...

La présidente: Docteur Reichman, pouvez-vous commencer à penser à conclure? C'est très intéressant, mais je sais que les membres de notre comité attendent avec impatience de pouvoir vous poser des questions.

Dr William Reichman: D'accord.

Je mentionnerai quelques points pour terminer, puis je conclurai.

La présidente: Il vous reste environ cinq secondes.

Dr William Reichman: D'accord. Je ne mentionnerai pas quelques points.

Je vous demanderai simplement de vous demander si le Canada peut vraiment être un leader mondial dans le cadre de cet effort. Aucun pays seul ne peut s'approprier cette question. C'est un défi qui touche le monde entier. Notre pays compte suffisamment de force, alors mettons-la à profit.

La présidente: Merci, docteur Reichman.

Vous nous avez amené des documents très intéressants. Merci.

Passons maintenant à M. Nolan, des Directeurs des services médicaux d'urgence du Canada, s'il vous plaît.

M. Michael Nolan (président, Directeurs des services médicaux d'urgence du Canada): Merci, madame la présidente.

Bonjour. Je m'appelle Michael Nolan et je suis président des Directeurs des services médicaux d'urgence du Canada. Je suis ici aujourd'hui pour vous parler de la façon dont les paramédics peuvent contribuer au système de santé et, plus précisément, de la façon dont les paramédics communautaires peuvent renforcer la résistance des Canadiens et appuyer l'autogestion des maladies chroniques.

[Français]

Bonjour. Je m'appelle Michael Nolan et je suis le président des Directeurs des services médicaux d'urgence du Canada. Je suis heureux d'être ici aujourd'hui afin de vous parler de la façon dont les ambulanciers paramédicaux peuvent contribuer davantage au système de santé canadien.

• (1545)

[Traduction]

Les Directeurs des services médicaux d'urgence du Canada représentent plus de 30 000 paramédics et directeurs d'un océan à l'autre. Les paramédics constituent le troisième groupe de fournisseurs de soins de services en importance au Canada. Les paramédics sont en première ligne des services de santé dans chaque collectivité au pays et fournissent des soins de santé essentiels. Nous constituons une force fiable et constante, que ce soit dans les collectivités les plus rurales et éloignées ou dans les plus grandes villes.

Madame la présidente, je suis heureux de vous informer, de même que les autres membres du comité, au sujet de la contribution importante des paramédics dans nos collectivités et, plus particulièrement, de partager des exemples de la façon dont les paramédics travaillent aujourd'hui pour aider les Canadiens à devenir plus résistants grâce à l'appui offert à l'autogestion des maladies chroniques et en fournissant des possibilités novatrices aux patients qui souhaitent recevoir des soins à domicile et dans leur collectivité.

Les services paramédicaux communautaires ne sont pas un nouveau concept. Ces programmes existent au Canada depuis de nombreuses années. Toutefois, ce n'est que récemment, en raison de la transformation démographique et de l'adoption des soins de santé désinstitutionnalisés, que les programmes de services paramédicaux communautaires ont commencé à devenir populaires au Canada et ailleurs dans le monde. Les paramédics communautaires sont des

professionnels de la santé qui axent leur pratique sur la prestation de soins de prévention et de réadaptation.

S'il est vrai que dans certains cas il faut une pratique élargie pour appliquer des compétences spécialisées, en général, c'est un paramédic qui travaille avec une population ciblée, comme ceux qui souffrent d'une maladie chronique, pour améliorer leur qualité de vie et réduire leur dépendance à l'égard de notre système de santé institutionnel en général.

Nous savons que tous les aînés frêles qui démontrent des comorbidités multiples reçoivent des soins qui tourment généralement autour des interactions avec les paramédics et les hôpitaux de soins de courte durée. Par la suite, leur état fonctionnel se détériore pendant leur séjour à l'hôpital, alors qu'ils attendent d'être placés de façon permanente dans un établissement de soins de longue durée. On estime que 37 p. 100 des patients qui attendent en Ontario dans les hôpitaux d'être placés dans un établissement de soins de longue durée ont des besoins qui ne sont ni plus urgents ni plus complexes que ceux des individus qui reçoivent des soins à domicile.

On estime qu'une refonte du système est essentielle pour transformer le système de soins de santé afin de répondre aux besoins de nos aînés fragiles, dont la majorité souhaite vivre à la maison — et devrait pouvoir le faire — et pour pouvoir dépendre du soutien communautaire pour les aider à satisfaire leurs besoins sociaux et de santé. On retrouve ici même, dans la vallée de l'Outaouais, un excellent exemple de programme paramédical communautaire qui répond à ce besoin. Le programme « aging-at-home » de Deep River aide les patients atteints de maladies chroniques à demeurer chez eux. Tous ces patients figurent actuellement sur la liste d'attente des établissements de soins de longue durée et ont reçu un diagnostic, au moins, de maladie chronique.

Les paramédics communautaires agissent à la fois comme défenseurs des patients et comme membres d'une équipe interprofessionnelle, de sorte que le programme a permis de détourner 88 p. 100 des appels aux services d'urgence et, ce qui est tout aussi important, une diminution de plus de 66 p. 100 des hospitalisations et des visites aux urgences. Madame la présidente, il importe de souligner que ces gains ont été réalisés dans ce groupe client qui est aussi depuis longtemps parmi les principaux utilisateurs des services paramédicaux et des hôpitaux dans la collectivité.

Le paysage des soins à domicile et dans un environnement communautaire est sans aucun doute difficile. Les obstacles sont encore plus importants lorsqu'on tente d'avoir accès à des services pour un individu ayant des besoins complexes et souvent insatisfaits, ce qui mène invariablement à un besoin élevé en ce qui concerne les ressources coûteuses dans le domaine des soins de courte durée.

Même si cela ne résulte pas toujours directement du manque de soins dans la collectivité, de nombreux patients atteints de maladies chroniques visitent souvent les urgences, ce qui engendre souvent un cercle vicieux de réadmission. En Ontario, 15 p. 100 des patients ayant reçu leur congé de l'hôpital sont réadmis dans les 30 jours. Je répète: 15 p. 100. On a indiqué qu'en mettant davantage l'accent sur des soins de transition efficaces, on peut contribuer à la réduction de ce fardeau. Les paramédics communautaires sont un moyen efficace de réduire le nombre de réhospitalisations.

Dans Long Island et à l'île Brier, en Nouvelle-Écosse, les paramédics communautaires travaillent avec une infirmière praticienne et un médecin à distance, et ils aident les patients à gérer efficacement leurs maladies chroniques. Grâce à ces efforts fournis dans les cliniques paramédicales communautaires, on a constaté une diminution de 23 p. 100 des visites aux urgences faites par les insulaires à Digby depuis que ce modèle de prestation de soins a été créé, en 2002.

Il existe d'autres programmes paramédicaux communautaires novateurs en Nouvelle-Écosse, y compris un à Halifax, dans le cadre duquel les patients vivant dans des établissements de soins de longue durée reçoivent maintenant des soins au besoin par les paramédics communautaires. Ainsi, le taux de traitement et de congé atteint 73 p. 100, ce qui signifie que le paramédic communautaire peut traiter les patients à domicile. Il y a aussi eu un taux de transfert facilité de 27 p. 100. Cela signifie que les autres patients consultent des paramédics communautaires, qui prévoient ensuite leur traitement de diagnostic et, si possible, les traitent à domicile. Par exemple, le patient va directement au département de radiographie et revient ensuite à la maison de soins infirmiers. Il ne se retrouve pas dans un autre lit ailleurs, ni aux urgences.

• (1550)

Le programme a permis d'aider plus de 600 patients à Halifax seulement depuis février. Les hôpitaux de Parrsboro, en Nouvelle-Écosse, et de Spirit River, en Alberta, emploient maintenant des paramédics toute la nuit, de sorte que les salles d'urgence dans ces petites collectivités demeurent ouvertes et qu'on préserve les médecins, dont le nombre est limité, pour travailler dans les cliniques de jour le lendemain.

À Saskatoon, dans le cadre d'un programme novateur appelé Health Bus, des paramédics et une infirmière praticienne se déplacent d'un quartier à l'autre dans un véhicule qui ressemble à un VR. Ils reçoivent plus de 3 000 patients par année à Saskatoon. Le tiers des patients qu'ils reçoivent sont des enfants.

À Toronto, le programme des services paramédicaux communautaires cible les patients qui utilisent généralement beaucoup les services paramédicaux, ceux qui sont en quelque sorte nos « voyageurs fréquents ». Ce programme a permis de réduire de 81 p. 100 la demande de ce groupe en veillant à ce que ces membres reçoivent un soutien communautaire adéquat. De ces références, 66,4 p. 100 s'adressaient à de nouveaux clients dans le centre d'accès aux soins communautaires. Nous nous adressons donc aux gens plus tôt dans le processus, ce qui est un avantage pour eux et pour le système de santé en général.

À l'échelle nationale, madame la présidente, environ 60 p. 100 des interventions des paramédics concernent des patients de plus de 60 ans, alors que les patients de plus de 80 ans représentent 27 p. 100 de toutes les demandes d'aide transmises aux services d'urgence.

Les paramédics peuvent être utilisés, et devraient l'être, pour alléger la pression accrue exercée sur le système de santé. Les paramédics font des évaluations, fournissent des soins post-chirurgicaux à domicile, effectuent une surveillance des maladies chroniques, assurent l'éducation en matière de santé, administrent des antibiotiques et assurent d'autres fonctions de soins primaires. Les services paramédicaux sont précieux dans nos collectivités. Les paramédics sont d'importants fournisseurs de soins de santé qui aident à répondre aux besoins croissants des aînés et des autres populations vulnérables.

Il existe d'autres avantages à l'augmentation du rôle joué par les paramédics dans le domaine des soins de santé: les économies

importantes grâce à une diminution des appels aux services d'urgence, des visites aux urgences, des hospitalisations et des délais de décharge, à une amélioration de la disponibilité des lits à d'autres niveaux, à une réduction de la demande de lits dans des établissements de soins de longue durée et, au bout du compte, à une diminution des taux de morbidité et de mortalité au Canada. Les paramédics sont bien placés pour alléger cette série de problèmes dans l'ensemble de notre système de santé.

Madame la présidente, membres du comité, j'apprécie sincèrement le fait d'avoir la possibilité de discuter du rôle que peuvent jouer les paramédics communautaires en vue de renforcer la résistance des Canadiens et d'appuyer les principes de l'autogestion des maladies chroniques.

Toutefois, il est important de répéter que l'objectif des programmes paramédicaux communautaires n'est pas d'augmenter les services existants, mais plutôt d'améliorer la qualité de vie. Les paramédics voient constamment des patients atteints de maladies chroniques dont les besoins vont du simple réconfort et des conseils sur l'autogestion aux interventions cliniques. Les paramédics communautaires sont dans nos collectivités pour fournir des services aux Canadiens.

Directeurs des services médicaux d'urgence du Canada demande au comité de reconnaître le rôle des paramédics dans l'avenir de la gestion des maladies chroniques.

Merci de votre attention. Je serai heureux de répondre à toutes vos questions, madame la présidente.

La présidente: Merci beaucoup. Je suis très heureuse que vous soyez ici aujourd'hui. Votre témoignage était très frappant.

Passons maintenant à M. François Béland, professeur au département d'administration de la santé.

[Français]

M. François Béland (professeur, Département d'administration de la santé, Université de Montréal, à titre personnel): Bonjour. Je vais m'exprimer en français.

Je remercie le comité de m'avoir invité à témoigner devant lui sur un sujet qui m'intéresse depuis un bon nombre d'années.

Essentiellement, je vais tenter en dix minutes d'aborder trois points et, dans chaque cas, je vais donner des exemples qui pourront faire l'objet de questions par la suite. Je vais d'abord parler très rapidement des coûts, entre autres des coûts du vieillissement pour les services de santé; deuxièmement — et à ce propos, je suis d'accord avec M. Reichman —, je vais parler de la nécessité d'intégrer les services de santé pour les personnes âgées, et finalement, je vais présenter quelques orientations pour une éventuelle politique, en particulier celle qui pourrait être développée par le gouvernement fédéral.

Vous avez mes notes entre les mains. Il y a des tableaux et des chiffres. Le premier tableau porte sur les dépenses en santé au Canada. Il est important de faire une distinction que l'on ne fait pas habituellement lorsqu'on parle des coûts des services de santé: il faut absolument séparer ce qui est compris dans les services couverts par la Loi canadienne sur la santé, qui sont essentiellement les services médicaux et hospitaliers, et l'ensemble des autres services, du moins en matière de financement. Ce n'est que lorsqu'on fait cette distinction qu'on commence à comprendre ce qui se passe.

Il y a aussi un autre aspect très important, et, à ce sujet, j'ai suivi les conseils de François Vaillancourt, un collègue économiste du Département de sciences économiques de l'Université de Montréal. Il est d'avis que, du point de vue du citoyen, ce qui est important, ce n'est pas ce que chacun dépense, mais ce que dépensent les administrations publiques. Ce qui me préoccupe et m'intéresse, en tant que citoyen, c'est donc ce que les administrations publiques dépensent en services de santé. Au Canada, quoique la santé soit de compétence provinciale, le fédéral y consacre de l'argent. Il est important de prendre en considération l'ensemble des dépenses des administrations publiques, qu'elles soient fédérale ou provinciales.

Dans le premier graphique, on peut voir l'évolution des dépenses en santé. Regardez la courbe du milieu, entre 1989 et 2008. Il s'agit de la proportion des dépenses allouées aux médecins et aux hôpitaux de l'ensemble des administrations publiques du Canada. Ça comprend donc le budget fédéral et les budgets provinciaux. On constate qu'en 1989, les dépenses allouées aux médecins et aux hôpitaux couverts par le régime représentaient 12 p. 100 des dépenses de l'ensemble des administrations. Or, en 2007, cette proportion était encore de 12 p. 100. Il n'y a eu strictement aucune évolution en ce qui concerne ces aspects.

Quand on regarde ce qui n'est pas couvert par la Loi canadienne sur la santé, on voit qu'il y a une augmentation constante au fil du temps. En fait, c'est précisément dans ce secteur qu'il y a des tickets modérateurs, des frais et des couvertures qui ne sont ni publics ni universels et qui sont appliqués là où les gouvernements provinciaux, surtout, investissent pour combler ce que ne couvre pas le système privé. Or c'est précisément ce secteur qui explique l'augmentation du fardeau dans les provinces et, dans la mesure où le fédéral finance les services de santé, dans l'administration publique fédérale. Il y a donc une augmentation du fardeau et non des sommes allouées.

Enfin, on dit bien des choses sur les dépenses en santé liées aux personnes âgées. Voyons le deuxième graphique. Il y a au moins deux composantes dans toute dépense en santé, quand on parle d'une population. Il y a d'abord l'augmentation de la population ou celle des différentes couches d'âge. Vous voyez alors les dépenses en santé s'accroître parce que la population canadienne augmente et, concurrentement, parce qu'il y a plus de personnes âgées. C'est représenté par les barres droites que vous voyez ici. Ce que vous voyez, c'est l'augmentation des dépenses en santé au Canada liées au vieillissement et à l'augmentation de la population. Vous constatez ici une augmentation importante entre 1989 et 2007 au Québec.

• (1555)

La courbe illustre l'accroissement de l'intensité. Au Québec, de 1989 à 2007, l'intensité des services fournis aux personnes âgées a diminué. Ainsi, vous devez considérer à la fois la démographie et l'intensité des services qui sont donnés aux personnes âgées. Au Québec et à peu près partout au Canada, il y a une augmentation de la proportion des personnes âgées dans la population. Par contre, l'intensité des services offerts à chacun n'a pas augmenté au même rythme. De plus, cette intensité a augmenté davantage pour les 55 ans et plus, ou plutôt, pour les 45 à 64 ans, que pour les 64 à 75 ans.

Arrêtons-nous maintenant à l'augmentation globale des dépenses de santé. Il y a la croissance moyenne de ces dépenses pour l'ensemble des couches d'âge au Québec, et il y a l'augmentation de ces dépenses pour les différentes couches d'âge. Surprise! les personnes âgées de 75 ans et plus ont vu augmenter leurs dépenses en santé au cours des dix dernières années, et ce, exactement au même rythme que l'ensemble de la population. Pourtant, c'est plutôt

la population des baby-boomers, les 45 à 64 ans, qui a augmenté. Ainsi, quand on dit que les personnes âgées sont responsables de l'augmentation farouche des services de santé, on se trompe, et on ne sait pas analyser les données. Souvent, on fait une utilisation extrêmement opportuniste de l'ensemble des données.

Comme le Dr Reichman et M. Nolan on fait remarquer, d'une part, les personnes âgées qui ont besoin de services intensifs sont relativement peu nombreuses et, d'autre part, elles ont réellement besoin de ces services intensifs. On sait depuis longtemps ce qui se passe. Je citerai les paroles, que j'ai traduites en français, d'un observateur américain qui disait déjà ceci, en 1975: « [...] environ 1 personne sur 5 âgées de 65 ans et plus nécessitera une combinaison de services sociaux et de santé intensifs à large spectre [...] ». Depuis au moins 1975, on sait ce qui nous attend. En fait, ça fait à peu près 36 ans qu'on le sait.

• (1600)

[Traduction]

La présidente: Je veux simplement vous dire qu'il vous reste trois minutes. Je sais que vous n'avez couvert qu'un seul sujet. C'est à titre d'information seulement.

[Français]

M. François Béland: On va passer outre les chiffres. À tout le moins, il est important de comprendre qu'il y a une proportion infime de personnes âgées. On peut considérer qu'il y a environ de 5 à 8 p. 100 des personnes âgées qui vivent dans des ménages privés ou dans la communauté et qui ont un besoin de services intensifs. Il faut faire, pour ces personnes, l'intégration de l'ensemble des systèmes de santé.

On sait comment faire, n'est-ce pas? Il y a des exemples canadiens, comme le projet de démonstration SIPA. J'ai distribué un article sur ce sujet. Il y en a un autre qui aurait pu faire office d'exemple canadien, si le ministère des Anciens Combattants du Canada avait mis en application le rapport du Conseil consultatif de gérontologie remis à Anciens Combattants Canada en 2006. Ce rapport proposait un système intégré qui aurait permis au gouvernement fédéral de mettre sur pied un système témoin pour l'intégration des services aux personnes âgées, dans ce cas-ci, aux vétérans âgés.

En conclusion, le gouvernement fédéral a, je crois, trois rôles à jouer qui sont extrêmement importants. Premièrement, il doit développer un secteur témoin dont une certaine portion de la population relèverait, entre autres les anciens combattants et, bien sûr, les Premières nations, et qui serait de compétence fédérale. Le gouvernement aurait ainsi l'occasion de tester certaines choses et d'implanter des politiques qui pourraient être bénéfiques à l'ensemble des Canadiens.

Deuxièmement, le financement est aussi important. Il y a d'autres chiffres dans les articles que je vous ai donnés et dont j'ai parlé. En ce qui concerne les personnes âgées, il est impossible de séparer les services de santé des services sociaux. Leur expérience est unique. Le financement doit donc être approprié à ce modèle. Il est important que le financement soit approprié à la catégorie de personnes et qu'il couvre l'ensemble des systèmes de santé. Pour cela, il faut dépasser les prémisses de la Loi canadienne sur la santé.

Finalement, comme le disait le Dr Reichman, l'innovation, l'innovation, l'innovation. Il faudra que le gouvernement fédéral investisse dans l'innovation. Il l'a déjà fait, mais il a oublié, en cours de route, de s'y remettre.

[Traduction]

La présidente: Merci beaucoup.

Passons maintenant à M. Mark Rosenberg, s'il vous plaît.

M. Mark Rosenberg (professeur, Département de géographie et département de santé communautaire et d'épidémiologie, Université Queen's, à titre personnel): Merci. Madame la présidente, honorables députés, merci de me permettre de vous parler aujourd'hui de la population âgée du Canada et des maladies chroniques.

Vous vous demandez peut-être pourquoi un professeur de géographie, qui a aussi été nommé professeur en santé communautaire et en épidémiologie, vous parle, tout simplement.

La présidente: Je me posais la question.

M. Mark Rosenberg: Je vous réponds tout de suite.

En 1989, mes collègues de l'Université Queen's et moi avons produit le premier atlas de la population âgée, financé par Santé et Bien-être Canada dans le cadre de son examen de la démographie et de ses incidences sur les politiques économiques et sociales, que vous connaissez peut-être mieux sous le nom d'étude démographique.

Cet atlas a permis de sensibiliser les décideurs et les universitaires au fait que la population âgée du Canada doit être comprise, pas seulement au niveau national ou provincial, mais aussi à l'échelle locale, lorsque nous tentons de réfléchir aux services requis pour traiter les maladies chroniques et à l'accès à ces services dont ont besoin les aînés pour gérer leurs problèmes de santé chronique. J'ai lu bon nombre des mémoires que vous avez déjà reçus, et j'ai l'impression qu'il faut mettre l'accent sur ce point, autant qu'en 1989.

Le Canada constitue un milieu géographique complexe de collectivités, où les besoins des individus atteints de maladies chroniques et les services requis doivent être considérés dans un contexte local, peu importe si l'on pense à la population âgée de votre circonscription, madame la présidente, ou de la circonscription de chacun des autres membres du comité.

Mes étudiants des deuxième et troisième cycles et moi en sommes maintenant aux dernières étapes d'un projet financé par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada. Notre projet vise à déterminer si nous nous rapprochons de nos prévisions, faites en 1989, en ce qui concerne l'image de la population âgée pendant la première décennie du XXI^e siècle.

Nos prévisions de 1989 se sont avérées assez exactes en ce qui concerne les géographies locales de la population âgée. Toutefois, ce que nous n'avions pas prévu — et je n'ai pratiquement rien vu dans les témoignages précédents qui tient compte de ce fait —, c'est que la population âgée au Canada aujourd'hui est beaucoup plus diversifiée du point de vue ethnique qu'elle l'était en 1989.

Pourquoi est-il essentiel de tenir compte de ce fait? Si on en tient compte avec mon premier point, la diversité ethnique de la population âgée est un phénomène qui se retrouve beaucoup plus dans nos grandes villes, mais moins dans les petites villes et dans les régions rurales du Canada. Bien qu'il y ait eu très peu d'études publiées sur les défis auxquels font face les sino-Canadiens et les Canadiens sud-asiatiques âgés lorsqu'ils ont accès aux services liés à leurs problèmes de santé chronique, nous ne comprenons que très

peu la façon dont les expériences de vie des aînés peut affecter leur façon de comprendre et de gérer leurs maladies chroniques. J'ajouterai que nous avons peu d'exemples de modèles de prestations de services adaptés aux différentes cultures qui fonctionnent.

Vous constaterez peut-être aussi que j'établis une distinction entre les plus grandes villes du Canada et les petites villes en milieu rural au pays. Dans d'autres recherches que mon groupe, entre autres, effectuées, nous avons constaté qu'il existe des défis uniques pour ceux qui vivent avec des maladies chroniques dans les petites villes et les milieux ruraux au Canada. Selon les recherches, on trouve dans les petites villes et les zones rurales les pourcentages les plus élevés de populations âgées au Canada. Dans bon nombre de ces collectivités, le pourcentage de la population âgée dépasse de beaucoup les 25 p. 100 au total, et ces pourcentages continueront d'augmenter à l'avenir.

Autrement dit, lorsqu'on dit que 25 p. 100 de la population sera âgée de plus de 65 ans entre 2031 et 2036, on ne tient pas compte du fait que dans bon nombre de petites villes et de zones rurales, le pourcentage de la population âgée de plus de 65 ans sera beaucoup plus élevé. En termes absolus, les chiffres sont et seront peu élevés, et les distances que les personnes âgées ou les fournisseurs de services devront parcourir dans les petites zones rurales sont grandes et, en moyenne, seront beaucoup plus grandes que dans les zones urbaines. Les conséquences sur la prestation des services, que ce soit pour le traitement ou la gestion des maladies chroniques, seront liées au fait que les modèles qui peuvent fonctionner dans les grandes régions urbaines, en fonction d'un nombre élevé de personnes âgées et, en termes relatifs, les courtes distances de déplacement et les délais courts, pourraient ne pas être pertinents dans les petites villes et les zones urbaines au Canada.

Je souligne en passant qu'il existe déjà des preuves indirectes voulant que le secteur privé ne soit pas prêt ni préparé à fournir les services dans des petites villes et les zones urbaines, pour les mêmes raisons. Même le secteur bénévole est confronté à ces questions dans les petites villes et les zones rurales.

Les témoins précédents devant votre comité ont soulevé des questions auxquelles j'aimerais ajouter mes commentaires et, peut-être, mes opinions.

La recherche effectuée sur les défis particuliers liés à la prestation des services en vue de traiter et de gérer les maladies chroniques dans les petites villes et les régions urbaines met généralement l'accent, comme je l'ai fait, sur le nombre peu élevé de personnes âgées et les distances qui doivent être parcourues par les personnes âgées et les fournisseurs de services. Cette recherche met l'accent sur l'aspect « demande » de l'équation.

•(1605)

D'autres témoins représentant des associations professionnelles et des organismes de défense des consommateurs nous ont parlé du besoin d'augmenter le nombre de professionnels de la gériatrie et de la gérontologie. Aucun gouvernement provincial n'a trouvé de moyens efficaces pour régler le manque de professionnels de la gériatrie et de la gérontologie dans les petites villes et les régions rurales. En fait, la pénurie de professionnels dans les petites villes et les régions rurales est beaucoup plus criante que dans le secteur de soins primaires, secondaires, tertiaires, chroniques et à domicile. Si nous ne nous attaquons pas d'abord au problème de personnel, nous sommes susceptibles de ne pas être en mesure de trouver des façons d'encourager les professionnels à se lancer dans le secteur des soins et de l'atténuation des maladies chroniques. Nous n'avons pas su trouver de tels moyens par le passé et, présentement, nous manquons à nos engagements envers les Canadiens habitant les petites villes et les régions éloignées.

Comme je travaille dans le milieu universitaire, j'aimerais dire que les gouvernements fédéral et provinciaux devront s'attaquer ensemble aux problèmes structurels des universités et collèges canadiens afin de régler les problèmes de manque de personnel. Les établissements scolaires forment les jeunes pour occuper des emplois qui se concentrent sur les jeunes plutôt que sur les personnes âgées. J'aimerais vous donner un exemple.

En Ontario seulement, 13 facultés d'éducation remettent annuellement des diplômes en enseignement à des milliers d'étudiants. Selon un site Web national reconnu par l'Ordre des enseignantes et des enseignants de l'Ontario, il n'y avait que 26 postes en enseignement à combler la semaine dernière dans tout le pays. Je ne mets pas en question la qualité du travail de mes collègues des facultés d'éducation, ni la formation qu'ils offrent ou leur engagement. Mais, sauf tout le respect que je leur dois, nous ne nous attaquerons pas au manque de personnel en gériatrie et en gérontologie si nous continuons de former des jeunes pour des emplois qui n'existent pas et qui n'existeront pas à l'avenir, alors même que nous prétendons qu'il y a une pénurie de ressources pour former les jeunes Canadiens dans des domaines en demande comme les services et l'atténuation des maladies chroniques chez la population âgée.

L'autre point que j'aimerais aborder est la nécessité de tenir compte des personnes âgées autochtones. La plupart des chercheurs en santé qui s'intéressent aux populations autochtones étudient toujours le problème de santé grave qui touche les jeunes Autochtones. Seul un petit groupe de chercheurs s'intéressent aux personnes âgées autochtones. Même si celles-ci forment le groupe connaissant la croissance la plus rapide chez les Autochtones. D'ici le milieu du siècle, les personnes âgées autochtones représenteront au moins 10 p. 100 de la population autochtone. Les personnes âgées autochtones connaîtront la plupart des mêmes problèmes de service et d'atténuation que la population non autochtone. De plus, elles seront aux prises avec des problèmes de service et d'atténuation liés aux maladies chroniques bien particuliers étant donné leurs parcours de vie et les régions qu'elles habitent. Nous devons nous préparer dès maintenant et éviter de faire l'erreur d'attendre et de rattraper notre retard plus tard; c'est ce genre d'erreur qui nous réunit ici aujourd'hui pour discuter de la population vieillissante et des maladies chroniques.

J'ai passé plus de 30 ans à mener des recherches sur l'accessibilité des soins de santé, surtout dans une perspective fondée sur les personnes âgées du Canada, et j'aimerais donc parler de deux questions qui méritent qu'on leur consacre plus d'attention. Tout

d'abord, la plupart de nos recherches sont limitées par notre incapacité à déterminer des niveaux de gravité d'état de santé et à concevoir des modèles de prestations de services qui font une distinction entre les patients souffrant de maladies chroniques et résidant à domicile et les patients qui requièrent des modes intensifs de traitements et d'atténuation de leurs maladies chroniques.

Deuxièmement, nous comprenons mal — et je suis optimiste — la transition de la vie à domicile lorsqu'on est atteint de maladies chroniques à la vie en foyer d'hébergement. En d'autres mots, quel est le moment optimal pour quitter son domicile pour un foyer d'hébergement? Pour répondre à cette question, l'IRSC en général et l'Institut du vieillissement de l'IRSC en particulier, a besoin de plus de ressources ainsi que de l'assurance que les investissements en recherche à long terme, comme l'étude longitudinale canadienne sur le vieillissement, seront appuyés au moment où nous nous parlons, mais aussi au cours des 20 prochaines années.

En résumé, j'aimerais inviter le comité à mettre l'accent, dans son rapport final, sur l'importance des régions géographiques locales complexes du Canada, la diversité des personnes âgées et l'augmentation du nombre de personnes âgées autochtones. Nous devons faire preuve de leadership pour changer la structure des universités et collèges canadiens afin d'allouer des ressources pour former les jeunes dans des domaines permettant d'aborder les besoins des personnes âgées atteintes de maladies chroniques. On doit accroître et maintenir l'appui en recherche sur les personnes âgées atteintes de maladies chroniques.

Merci de m'avoir donné l'occasion de vous parler.

•(1610)

La présidente: Ça tombe à point nommé. Mon dieu, votre exposé était fascinant. Vous aviez tous des déclarations passionnantes.

Nous allons entamer notre période de questions.

Nous allons commencer par Mme Quach.

[Français]

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

Merci à tous les témoins qui sont venus nous donner de l'information. Malgré le fait que nous ayons eu près d'une dizaine de rencontres, il y a toujours de l'information nouvelle qui arrive. C'est donc intéressant.

Ma première question s'adresse à M. François Béland.

Vous avez brièvement parlé du fait que les services donnés aux personnes âgées ont diminué de 1989 à 2007. Y a-t-il une raison qui explique cette diminution? La demande est toujours présente et je présume grandissante. Qu'est-ce qui explique que les soins aient diminué?

•(1615)

M. François Béland: Non, les soins n'ont pas diminué. Ce qui s'est passé c'est que la croissance de l'intensité elle, a diminué. C'est le taux de croissance qui a diminué, ce ne sont pas les soins qui ont diminué.

Quand on fait des prédictions, on utilise les taux de croissance. Prenons l'hypothèse que les soins aux personnes âgées se font de façon de plus en plus intensive en général, et ce, en invoquant l'acharnement thérapeutique ainsi que toutes sortes d'arguments de cette nature. Cela semble vouloir dire que l'intensité des soins aux personnes âgées augmente de façon systématique.

Or si l'intensité des soins augmente, elle le fait à un taux moins élevé que les soins relatifs aux autres classes d'âge. Autrement dit, les taux d'accroissement pour le futur augmentent beaucoup plus pour la tranche d'âge, entre autres, de 45 à 64 ans que pour la tranche d'âge de 65 ans et plus.

Ce n'est donc pas la même chose de dire que les taux d'accroissement sont moins rapides, que de dire qu'il y a moins de soins. Ce sont les taux d'accroissement qui sont moins rapides et ce n'est pas qu'il y ait moins de soins.

Mme Anne Minh-Thu Quach: Vous avez également parlé du programme de 2006 destiné aux Anciens combattants, qui n'a pas fonctionné et qui pourrait être un programme positif, selon vous. Qu'est-ce qui n'a pas fonctionné, qu'est-ce que l'on aurait dû améliorer?

M. François Béland: Vous avez le document que j'ai distribué. C'était le Conseil consultatif de gérontologie, créé par Anciens Combattants Canada, qui n'existe plus maintenant. Je crois qu'il n'existe plus depuis environ deux ans. J'ai siégé à ce conseil tout au début et jusqu'à la fin, c'est-à-dire pendant une dizaine d'années. Ce comité a travaillé étroitement avec le ministère des Anciens Combattants. Les conseils du comité ont été suivis de façon très intéressante. D'ailleurs, tous les membres du comité, en particulier les universitaires, ont vécu une expérience extrêmement positive en travaillant de concert avec ce ministère pour améliorer l'ensemble des services offerts aux anciens combattants.

Vers 2005, nous nous sommes dit qu'il serait intéressant de revoir l'ensemble des services offerts aux anciens combattants, surtout qu'il y avait alors au Québec deux projets dont le projet SIPA et le programme de recherche PRISMA, pour les services intégrées aux personnes âgées. Nous avons donc proposé aux représentants d'Anciens Combattants Canada de suivre cette direction.

Il y avait trois grandes orientations. Premièrement, une orientation pour la promotion de la santé. Cela visait alors à aider les anciens combattants qui, malgré leur âge, avaient une très bonne santé à maintenir cette bonne santé. La majeure partie des personnes âgées ont une très bonne santé.

La deuxième composante était ce que l'on appelait des accompagnateurs. Certains les appelaient des navigateurs. Ils permettaient à des personnes qui commençaient à avoir des incapacités fonctionnelles et une ou deux maladies chroniques, mais qui étaient dans une situation stable, de bénéficier de services adéquats. Il s'agit d'environ 25 à 30 p. 100 des personnes âgées.

Finalement, il y avait précisément ce groupe qui, chez les anciens combattants, était plus nombreux. Dans la population âgée en général, ce groupe représente environ 8, 10 ou 12 p. 100 de la population. Or la troisième orientation consistait en un véritable système intégré suivant les modèles PRISMA et SIPA, de telle sorte que les anciens combattants qui sont dans une situation très complexe puissent avoir l'ensemble des services, à la fois des services sociaux et les services en santé nécessaires à leur maintien, et à avoir une fin de vie de la plus haute qualité possible. Cela n'a pas été adopté par Anciens Combattants Canada. Cela a d'ailleurs été la seule mesure que le conseil consultatif a proposée qui n'a pas été acceptée par Anciens Combattants Canada.

Mme Anne Minh-Thu Quach: Vous avez parlé, au début de votre présentation, des coûts reliés aux soins qui n'étaient pas couverts. Vous avez dit qu'ils ont rapidement augmenté et que cela a alourdi le fardeau des provinces.

Avez-vous une proposition ou des commentaires qui expliqueraient pourquoi il y a eu une telle augmentation de coûts? Compte

tenu de l'évolution de la population, faudrait-il intégrer des soins au régime actuel?

● (1620)

M. François Béland: Il y a plusieurs façons de voir cela. Vous posez une question difficile. Quand j'étais jeune, on parlait d'une question à 64 000 dollars, aujourd'hui c'est sûrement une question à 64 millions de dollars ou 64 milliards de dollars. Il est très difficile de donner une réponse toute faite en ce qui concerne cet aspect. Je dirais que la Loi canadienne sur la santé est extrêmement restrictive parce qu'elle ne couvre que les services médicaux, hospitaliers et de diagnostics.

Cependant, plus les gens vieillissent, plus il y a une augmentation des services hospitaliers et médicaux, mais ce n'est pas vraiment là que cela se joue. En fait, la croissance des services médicaux et hospitaliers est beaucoup plus associée aux dernières années de vie — entre autres un ou deux ans —, de telle sorte que l'augmentation des services de santé, médicaux et hospitaliers est liée non pas au vieillissement, mais à l'âge du décès. D'ailleurs, si vous mourez à 65 ans, habituellement, vous coûtez beaucoup plus cher en matière de services médicaux hospitaliers que si vous mourez à 85 ans.

Cependant, en ce qui a trait aux autres services, et en particulier à ce qu'on appelle les services de longue durée, il y a une augmentation avec l'âge. L'intégration de ces deux sortes de financement est l'important.

[Traduction]

La présidente: Merci beaucoup, monsieur Béland.

Nous allons maintenant passer à M. Carrie.

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

J'aimerais remercier tous les témoins de s'être déplacés aujourd'hui. Il s'agit d'un formidable groupe d'experts. Je ne sais pas par où commencer parce que j'ai de nombreuses questions, mais je pourrais commencer par M. Nolan.

J'aime votre idée d'avoir un modèle communautaire pour permettre aux gens de rester à domicile. Je crois que la Grande-Bretagne a fait l'essai de ce modèle pour les patients qui reçoivent leur congé d'hôpital. Ils sont renvoyés chez eux.

Comme vous l'avez dit, le taux de réadmission en moins d'un mois est fort élevé, c'est-à-dire de 15 p. 100. J'aimerais savoir à combien s'élèvent les économies en coûts avec ce modèle? Vous nous avez dit que vous avez réacheminé 88 p. 100 des cas — vous avez parlé des réacheminements de l'urgence ou de l'hôpital — et que les visites à l'urgence avaient diminué de 23 p. 100; avez-vous calculé les économies en coûts pour le système?

M. Michael Nolan: Pour ce qui est du calcul, je n'ai pas de chiffres avec moi aujourd'hui. Par contre, un des objectifs des programmes communautaires paramédicaux — des services paramédicaux partout au pays, bien entendu — est d'essayer de contrecarrer l'augmentation de la demande.

Que nous pensions au groupe âgé de 40 à 60 ans ou à celui de 60 ans et plus, nous éprouvons beaucoup de difficulté à répondre à la demande étant donné les énormes besoins en soins de la santé et la population de baby-boomer. Nos mesures constituent un point de départ pour tenter de calmer le tsunami ou la vague de vieillissement qui se pointe à l'horizon et pour ralentir l'augmentation exponentielle de volume d'appels que nous avons connue au cours des 10 dernières années.

J'aimerais pouvoir fournir au comité des chiffres exacts pour les estimations d'économies de coûts. Mais quand on sait qu'un patient qui est réacheminé de l'urgence parce qu'il n'a pas appelé le 911 et a plutôt reçu des soins à domicile — ce qui a permis d'éviter une chute qui se serait soldée par une hanche fracturée —, nous savons que les Canadiens économisent beaucoup d'argent puisque les taux d'utilisation des services diminuent de 60 à 88 p. 100.

Nous savons aussi que ce groupe de patients constitue notre groupe présentant le risque le plus élevé. Nous suivons leur situation de près. Ce sont eux qui pourraient venir à bout du système de santé en général.

La présidente: Monsieur Nolan, avant que je ne l'oublie — et je vais vous redonner du temps — M. Carrie a soulevé une question très importante. Si vous pouvez remettre cette estimation au bureau de la greffière, nous allons nous assurer que l'information soit distribuée à tous les députés de la Chambre.

M. Michael Nolan: Merveilleux. Merci, madame la présidente. Je serais heureux de vous remettre cette information.

M. Colin Carrie: J'aimerais vous poser quelques questions en vitesse. Je suis curieux de savoir combien de temps il faut pour former un ambulancier paramédical au Canada?

M. Michael Nolan: Il faut deux ans pour un ambulancier paramédical de soins primaires, c'est-à-dire le premier niveau en Ontario. Dans la plupart des régions du Canada, ça prend un an. Puis, il faut ajouter une année pour les paramédics de soins avancés.

Les cliniciens entraînent d'importantes économies en coûts... et bien entendu les salaires d'ambulanciers paramédicaux sont inférieurs à ceux de la plupart des professionnels de la santé que nous avons comparés en termes de compétences et de services fournis.

M. Colin Carrie: Je m'apprêtais à poser une question indiscreète, mais je ne vous demanderai pas quel est votre salaire annuel.

Combien le système de santé ontarien défraie-t-il chaque année pour un ambulancier paramédical moyen?

• (1625)

M. Michael Nolan: De 50 000 à 70 000 \$ par année.

M. Colin Carrie: Vous avez parlé des questions de portée et d'élargissement de la portée. Pratiquement toutes les associations nous ont dit que nous devrions tirer profit de tout le champ de pratiques de nos professionnels. Quels sont les obstacles selon vous qui nous empêchent d'élargir la portée de votre travail ou de tirer profit de toutes vos compétences?

J'ai écouté le Dr Reichman qui disait que nous devons avoir un peu de cran et être novateurs. Il a demandé si les professionnels devraient se concentrer sur les soins de courte durée. C'était une excellente question. Vous savez quoi? Je vais vous poser cette même question.

M. Michael Nolan: Formidable. Notre objectif est de ne pas garder les gens dans des lits de soins à courte durée. Bien entendu, la plupart des régions du Canada sont rurales et éloignées. Notre système de santé repose sur des patients se déplaçant pour obtenir des soins; ils ne reçoivent pas ces soins à domicile.

Dans les cas de Long Island et de Brier Island, par exemple, les ambulanciers font des prises et des analyses de sang à domicile afin de pouvoir poser un diagnostic assez tôt pour ajuster le régime de traitement du patient.

Pour ce qui est d'autres diagnostics et services à Halifax, les ambulanciers qui se rendent dans les foyers d'hébergement font

maintenant des points de suture sur place. Plutôt que d'amener aux points de services, nous apportons les services aux patients. Les ambulanciers font des visites à domicile quotidiennement et les qualités personnelles qu'ils possèdent et qui leur permettent de si bien prendre soin des Canadiens ne devraient pas être entravées par de la réglementation. Ils devraient pouvoir offrir leurs services dans des endroits appropriés et en temps opportun.

M. Colin Carrie: C'est là un des défis.

Je viens d'Oshawa. J'avais une clinique de mieux-être. Je suis chiropraticien et je travaille avec des médecins. Je sais que mon collègue à l'autre bout est aussi chiropraticien. Auparavant, on nous disait toujours que les coûts associés à une journée dans un lit de soins de courte durée correspondent à une année de soins en chiropratique.

Je trouve vraiment étonnant que nous ne soyons toujours pas en mesure d'orienter les patients en temps opportun vers les professionnels appropriés.

Monsieur Rosenberg, je suis très heureux qu'un professeur en géographie participe à la discussion parce que nous avons reçu de nombreux témoins qui étaient des professionnels de la santé et des gens que, disons, nous nous attendons à voir à ce comité.

J'ai aimé ce que vous avez dit. Dans votre parcours vous avez mentionné que vous avez l'intention de faire plus de recherche sur le bénévolat. Vous avez aussi fait la distinction entre les petites villes et les centres urbains. De nombreux Canadiens habitent des petites villes. En quoi cela a-t-il trait au bénévolat? Comment pouvons-nous mieux tirer profit des bénévoles?

M. Mark Rosenberg: Je suis certain que les autres témoins pourraient vous donner autant d'exemples que moi. Le travail que nous avons fait sur les bénévoles comporte à la fois une bonne et une mauvaise nouvelle. La bonne nouvelle, c'est que, particulièrement chez la population âgée, les personnes âgées sont probablement les bénévoles les plus dévoués auprès des autres personnes âgées de leurs communautés. Dans les petites villes et les communautés rurales en particulier, elles sont aussi très vulnérables.

Bien souvent, quand les personnes âgées bénévoles commencent à avoir leurs propres problèmes de santé, le réseau de bénévolat commence à être défaillant. Je crois que nous sommes confrontés à la fragilité de ces systèmes dans de nombreux villages et régions rurales — et nous faisons beaucoup de recherche dans les villages et les régions rurales. Habituellement, ces systèmes fonctionnent de la même façon que dans les grands centres urbains, mais ils ont tendance à être beaucoup plus fragiles parce que moins de personnes y participent. Quand les personnes les plus impliquées ne peuvent plus être bénévoles ou s'épuisent, ce fut une de nos conclusions, ces réseaux de bénévoles se décomposent.

C'est pourquoi nous constatons aussi à quel point il est difficile dans ces communautés, pour les bénévoles, de jouer un rôle là où le secteur privé n'est pas prêt à intervenir.

La présidente: Merci, monsieur Rosenberg.

J'aimerais souhaiter la bienvenue à ce comité à M. Eyking. Monsieur Eyking, vous avez la parole.

L'hon. Mark Eyking (Sydney—Victoria, Lib.): Merci, madame la présidente.

C'est la première fois que je siège au Comité de la santé et je suis content d'être ici alors que vos imminents témoins parviennent à nous expliquer les défis auxquels nous sommes confrontés dans le système de soins de santé. Je viens d'un petit village rural du Canada. En regardant ses voisins, on voit les défis auxquels ils sont confrontés. Très souvent, les soi-disant enfants, devenus adultes, ne vivent plus dans la communauté et bien souvent, les aînés ne peuvent plus vivre à la maison parce que personne ne peut s'occuper d'eux. Comme vous l'avez dit, parfois ils passent deux ou trois ans à l'hôpital.

Monsieur Nolan, vous avez parlé de Brier Island et des moyens créatifs qu'ils ont mis sur pied pour offrir des soins à domicile. Je crois qu'il devrait y avoir plus d'incitatifs pour ce genre d'initiative. Les Australiens prennent beaucoup plus de mesures pour s'assurer que les intervenants en santé ruraux demeurent dans les communautés rurales: on les aide en leur octroyant des prêts ou en donnant des incitatifs aux médecins. Je crois que c'est une façon de faire. Une autre idée qu'on a lancée, c'est que si quelqu'un prend soin d'un proche à la maison, cette personne pourrait être couverte par l'assurance-emploi. Si on regarde le rendement net que cela rapporterait — en gardant un aîné ou une personne malade à domicile dans une communauté rurale, on économise des milliers de dollars. Et, dans l'effet, ça correspond à un an d'assurance-emploi pour aider cette personne.

J'aimerais qu'on parle davantage des incitatifs et de ce que le gouvernement peut faire pour que ces personnes puissent continuer à vivre à la maison. Un de mes voisins avait 85 ans. Il était toujours autonome, mais avait besoin de la visite d'une infirmière. Il voulait rester chez lui jusqu'à sa mort, et c'est ce qui s'est produit, mais ils ont dû le hisser de sa maison parce que l'accès à sa demeure n'était pas dégagé — il y a de petits détails de la sorte. Si on avait dégagé l'accès, quelqu'un aurait pu jeter un oeil sur son état de santé. C'est la réalité. Nous n'avons pas de moyen créatif pour permettre aux gens des communautés rurales de rester à la maison.

Devrions-nous prendre plus de mesures à cet égard? Devrions-nous offrir plus de services dans les régions rurales du Canada pour aider les aidants naturels qui s'occupent de leur mère, de leur père ou même d'un enfant malade atteint de cancer à domicile? Comment pouvons-nous les aider davantage?

• (1630)

La présidente: Qui aimerait répondre à cette question?

Monsieur Nolan.

M. Michael Nolan: Madame la présidente, j'aimerais répondre à la question. Merci.

Sur le plan individuel, le programme de Deep River est un bel exemple dans lequel les ambulanciers sont souvent surnommés « les enfants aînés de la famille ». Comme vous l'avez dit, ils ont déménagé. Ils sont devenus, en quelque sorte, les gardiens de phare de la communauté. Ils font des visites à domicile. Ils tiennent des mains quand ces mains ont besoin d'être tenues. On installe des appareils de surveillance à la maison et on oriente les gens vers les services appropriés.

En tant que chefs des SMU du Canada, nous travaillons avec ce gouvernement pour que les ambulanciers puissent participer au programme de remise de dette afin de pouvoir augmenter le nombre de paramédics de soins avancés dans les collectivités rurales du Canada. Les paramédics de soins avancés d'urgence peuvent intuber un patient, le connecter à un stimulateur cardiaque, etc. Mais du côté des soins de santé primaires, ils peuvent se rendre chez le patient et le réhydrater avec une intraveineuse. Ils peuvent aussi fournir les

antibiotiques nécessaires au patient pour éviter qu'il n'ait à se déplacer à quelques reprises chaque jour s'il souffre d'une sepsie ou d'une infection grave.

Nous aimerions renforcer notre présence et multiplier les services offerts dans la communauté, et nous aimerions obtenir l'aide du gouvernement fédéral. Mais je crois aussi qu'il y a des possibilités du côté de l'auto-traitement des maladies chroniques; il faut travailler avec le patient et sa famille pour qu'ils aient réponse à leurs questions quand viendra le temps de s'occuper d'un de leurs proches. Au bout du compte, c'est ce que nous voulons tous quand nous nous occupons de nos parents.

L'hon. Mark Eyking: Ma deuxième question a trait à la communauté autochtone. Il s'agit de la communauté qui affiche la croissance la plus rapide au Canada. Lorsque vous parlez des ressources dont nous aurons besoin — nous aurons besoin de plus d'infirmières, de plus de médecins — on penserait que puisqu'il s'agit de la communauté dont la population augmente le plus rapidement, on devrait être en mesure de former des gens de cette communauté. Mais la triste réalité, c'est qu'il s'agit de la communauté la moins en santé du pays. La plus grande communauté autochtone du Canada atlantique se trouve dans ma circonscription. C'est terrible. Je connais les conducteurs de camion qui apportent des chargements de Pepsi et de cola en semi-remorque; deux litres de boisson gazeuse coûtent moins cher qu'un litre de lait.

On est témoin de ce genre de chose et des problèmes de santé, et on voit le grand potentiel que pourrait receler la communauté autochtone. Comment allez-vous mettre fin au cycle de mauvaise santé de la communauté autochtone, et comment pouvons-nous les encourager à faire partie de notre solution quant à la pénurie de main-d'oeuvre?

La présidente: Monsieur Rosenberg, voulez-vous répondre à cette question?

M. Mark Rosenberg: J'ai quelques commentaires brefs.

Comme un de mes collègues l'a dit — je pense que c'était le Dr Reichman — le problème d'obésité dans ce pays ou le problème de la mauvaise alimentation ne s'observe pas seulement chez la population autochtone. Je pense qu'il s'agit vraiment d'une crise qui touche tous les groupes. Franchement, je pense que les chercheurs, les gouvernements et les collectivités doivent mettre au point une stratégie beaucoup plus cohérente et réussie si nous voulons changer les comportements en matière de santé.

Il y a aussi le fait que bon nombre de documents portant sur la santé de la population nous disent qu'en général, lorsque la prospérité économique d'une population s'améliore, sa santé s'améliore aussi. Donc à certains égards, dans le cas des populations autochtones, c'est une question de santé; cela devient une question de bien-être économique et social et de politiques visant à faire accroître la prospérité économique et sociale des populations autochtones. Alors que cette situation s'améliore, certains des problèmes de santé que nous constatons maintenant ne disparaîtront pas nécessairement, mais sur le plan de la santé, la population autochtone plus âgée ressemblera de plus en plus à la population non autochtone.

• (1635)

L'hon. Mark Eyking: Puis-je en poser une autre?

La présidente: Je suis désolée, monsieur Eyking, mais votre temps est écoulé, mais il s'agissait d'excellentes questions. Merci.

Nous allons maintenant accorder la parole à M. Brown.

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

J'apprécie les commentaires intéressants que j'ai entendus jusqu'à maintenant. Je suis bien heureux de voir Baycrest parmi nous aujourd'hui. Évidemment, vous avez une excellente réputation pour ce que vous faites dans les domaines de l'Alzheimer et de la démence. Ma circonscription est à Barrie, en Ontario, j'entends donc beaucoup parler de Baycrest. Nous avons également un groupe de joueurs de hockey qui jouent dans votre tournoi de l'Alzheimer qui se déroule à Barrie.

J'aimerais savoir s'il y a des mesures dans votre modèle à Baycrest qui selon vous pourraient être adoptées dans les communautés à l'échelle canadienne. À Barrie, les programmes de jour pour les patients souffrant de démence et d'autres problèmes reliés à l'Alzheimer aident énormément, je pense, à retarder le déclenchement de la maladie, mais il manque clairement de place et il est très difficile d'y être admis. Y a-t-il des programmes à Baycrest qui ont plus que les programmes de jour typiques disponibles dans les résidences pour personnes âgées des petites villes?

Dr William Reichman: Ce dont les gens atteints de démence ont besoin, c'est de l'aide pour le patient ainsi que pour l'aidant. Des programmes comme les services de garde pour les personnes atteintes de démence apportent de l'aide aux deux. Le patient se retrouve donc dans un cadre collaboratif où l'on prend soin de sa santé, et où d'autres gens, comme du personnel, sont là pour comprendre leurs besoins spéciaux. Cependant, pendant que le patient bénéficie du programme de garde pour personnes atteintes de démence, l'aidant bénéficie de répit afin de répondre à ses propres besoins et d'effectuer les tâches ménagères. Les soins pour personnes atteintes de démence constituent un service extrêmement précieux et qui peut être élargi; on doit donc accroître la capacité des collectivités dans l'ensemble du pays à offrir des services de garde pour personnes atteintes de démence.

Mais on peut aussi mettre à profit la technologie. Par exemple, il y a des aidants qui n'ont pas les moyens d'inscrire leurs proches dans des programmes de garde pour personnes atteintes de démence car ils n'en ont pas les moyens et qui préféreraient recevoir de l'aide pour dispenser des soins à domicile. Ce que nous faisons, c'est que nous mettons à profit la technologie. Par exemple, si vous êtes un aidant et que vous avez besoin d'aide, vous n'êtes pas tenu d'aller à une réunion pour obtenir de l'aide et vous n'avez pas non plus à recevoir la visite de quelqu'un à domicile. Grâce à Internet, vous pouvez participer à des groupes de soutien pour aidants; vous pouvez ainsi bénéficier d'un accès instantané à un professionnel qui pourra vous expliquer comment gérer un problème difficile auquel vous êtes confronté à domicile. Il s'agit là d'une solution peu coûteuse et facile à mettre en oeuvre fondée sur la technologie.

L'autre chose, c'est que l'un des fardeaux auxquels se heurtent les gens qui s'occupent d'un proche atteint d'Alzheimer ou d'autres types de démence se fait sentir lorsque le patient n'est plus lui-même ou elle-même, lorsqu'il ou elle se comporte de manière méconnaissable pour son conjoint ou sa conjointe. Ces problèmes comportementaux constituent bien souvent le point de bascule qui motive un placement en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Ce que nous pouvons faire maintenant, et ce que font Baycrest et d'autres dans l'ensemble du Canada, est d'envoyer des professionnels au domicile des patients afin d'évaluer ces comportements perturbés et d'aider l'aidant à mieux composer avec ceux-ci.

Parallèlement, certains patients présentent un comportement tellement perturbé que les soins ne peuvent être dispensés efficacement à domicile. C'est la raison pour laquelle il existe maintenant en Ontario quelques unités de soins spéciaux — et cela fait l'objet de projets pilotes ailleurs au Canada — où les patients

peuvent être admis pour un séjour limité pendant lequel les problèmes de comportement sont examinés et l'aidant reçoit de la formation. À l'issue du séjour, le patient retourne à la maison.

Il existe toute une gamme de ces programmes qui ont fait l'objet de projets pilotes ici au Canada, ainsi que dans l'ensemble de l'Amérique du Nord, en Europe occidentale et ailleurs.

• (1640)

M. Patrick Brown: Je sais que Baycrest fait aussi de la recherche.

Dr William Reichman: En effet, nous faisons beaucoup de recherche.

M. Patrick Brown: On a pu entendre, pendant notre Sous-comité sur les maladies neurologiques, que l'activité physique et mentale permettait de retarder l'apparition de ce type de maladie. Cela nous a été présenté de manière assez large, sans faire allusion à des études particulières. Vos travaux de recherche ont-ils confirmé la théorie selon laquelle l'activité physique permet de retarder efficacement l'apparition de ces maladies?

Dr William Reichman: Oui.

De toutes les choses que nous pourrions faire pour réduire les risques de problème cognitif à un âge plus avancé, que ce soit carrément la démence — dont l'Alzheimer est la cause principale — où que ce soit moins grave, comme une déficience cognitive légère, les données indiquent clairement que l'exercice physique dans la deuxième moitié de la vie est la meilleure protection. Et c'est quelque chose que nous contrôlons.

Il n'est pas clair si cela réduit le risque que l'on souffre un jour d'Alzheimer. Mais les données indiquent qu'une bonne alimentation et l'exercice physique sont la meilleure façon de maintenir sa santé cognitive et cardiovasculaire.

Le message qu'il faut retenir, c'est que si l'on demande aux baby-boomers ce dont ils ont le plus peur avec l'âge, c'est de perdre leur autonomie, car on n'accepte pas la fragilité physique et la dépendance qui en découlent. Quand perdons-nous notre autonomie? Nous la perdons lorsque nous ne pouvons plus prendre de décision par nous-mêmes, et c'est dû à la fragilité cognitive, et non pas physique.

À Baycrest, comme dans d'autres endroits au Canada, il y a des programmes de recherche en développement qui examinent comment garder le cerveau en santé, comment garder une bonne santé cognitive. N'attendons pas que quelqu'un souffre de démence pour commencer à examiner comment rétablir sa santé cognitive. Nous n'attendons pas que quelqu'un souffre d'une insuffisance cardiaque congestive avancée avant de penser à améliorer ou maintenir la santé cardiovasculaire de la population, alors pourquoi le ferions-nous avec la santé cérébrale, alors que c'est ce que nous avons fait au cours des 30 dernières années? Les temps changent, et une grande partie de nos recherches cherchent à comprendre comment les gens d'âge moyen peuvent garder leur cerveau en aussi bonne santé que le reste de leur corps.

M. Patrick Brown: Je sais que le programme Nouveaux Horizons finance des choses comme des laboratoires informatiques dans les foyers pour personnes âgées, et des programmes d'art...

Dr William Reichman: Oui.

M. Patrick Brown: ... mais il serait intéressant de savoir si nous pourrions également financer des programmes d'activité physique, que ce soit un gymnase dans un foyer pour personnes âgées... J'imagine que s'il s'agit d'une résidence de soins de longue durée, il est déjà trop tard, et il est difficile de changer des habitudes. Quels conseils donneriez-vous au gouvernement pour favoriser l'activité physique chez une population vieillissante?

Dr William Reichman: Je pense que la première chose que le gouvernement fédéral peut faire, en collaboration avec des organisations de défense des droits comme CARP, est de déboulonner certains mythes concernant ce que les personnes âgées veulent ou ne veulent pas faire.

Pour chacun d'entre nous dans cette salle — ceux qui sont d'âge moyen et les autres qui sont plus jeunes — ce qui nous donne un but dans notre vie, qui nous apporte une satisfaction, qui nous donne une raison de se lever le matin, ces choses qui sont importantes pour nous sont également importantes pour les personnes âgées: avoir des loisirs et une vie sociale; faire face à des défis intellectuels et garder son corps en forme. C'est un mythe de penser que les gens n'ont plus ces besoins lorsqu'ils vieillissent. C'est un mythe.

La présidente: Merci.

Sur cette note, je vous remercie. C'est encore meilleur qu'au début. La santé du cerveau, excellent — j'espère que je suis meilleure de ce côté-là que du côté de la santé physique.

Nous allons maintenant passer à la série de questions de cinq minutes.

Nous allons débiter par Mme Davies, s'il vous plaît.

Mme Libby Davies (Vancouver-Est, NPD): Merci beaucoup, et merci à nos témoins d'être ici aujourd'hui.

J'ai l'impression que vous nous avez répété ces vérités universelles qu'on entend souvent, et je trouve étonnant que nous ne trouvions pas de solution. L'une de ces vérités, c'est qu'il y a trop de gens aux soins actifs, et qu'ils sont forcés de se diriger vers ces soins parce qu'ils n'ont pas d'autres choix. Bien sûr, c'est ce qui coûte le plus cher et qui est le moins efficace. Nous le savons tous, et nous savons qu'il faut orienter les gens vers les soins communautaires.

Je pense que vous avez également fait une observation très intéressante aujourd'hui au sujet d'un mythe qui veut que les personnes âgées sont en train d'étouffer le système. Je pense que chacun d'entre vous à sa façon a réfuté ce mythe. La plupart des personnes âgées sont en bonne santé, et celles qui ont une maladie chronique... si nous pouvions seulement les gérer différemment, nous ferions un meilleur travail. Nous entendons constamment que les baby-boomers et les personnes âgées vont tout prendre et que nous ne pourrions pas conserver notre régime d'assurance-maladie et de soins de santé. Alors je crois que vous avez répondu en partie à cela.

Pourquoi ne sommes-nous pas en mesure de transformer le système? Je ne le sais pas. Où commencer? Apparemment, les accords sur la santé devaient s'en occuper.

Devons-nous nous demander qui est aux urgences? Le savons-nous? Qui y va et quels symptômes sont surreprésentés aux urgences? Si vous avez ou connaissez des recherches à ce sujet, je crois qu'elles seraient utiles pour notre comité.

Quant à orienter les gens vers un système de soins communautaires plus souple et vers d'autres solutions semblables, il me semble que des centres intégrés de soins de première ligne... Vous avez parlé des paramédics, vous avez parlé de vos programmes de jour, par exemple, mais pourquoi y a-t-il si peu de centres intégrés de soins de

première ligne, ou ce que l'on appelle généralement des centres communautaires de soins de la santé? Ne devrions-nous pas aller dans cette direction, vers une approche communautaire, peut-être même gérée par la communauté et intégrée? Il y aurait une diversité de services. Pour moi, c'est évident, mais on ne semble pas être en mesure d'y arriver.

Que ceux qui aimeraient répondre à ces deux questions prennent la parole.

• (1645)

Dr William Reichman: La bonne nouvelle est que nous n'avons pas à inventer quelque chose qui n'a pas encore été éprouvé. Il y a des programmes dans différentes régions du Canada, et je serais ravi de vous transmettre ces renseignements, qui démontrent que si l'on associe les soins de première ligne aux autres disciplines, que ce soit un pharmacien, un ergothérapeute, un physiothérapeute, ou peut-être même un paramedic... en rassemblant ces soins de première ligne pour qu'il y ait plus d'interdisciplinarité, on obtient de meilleurs résultats et un meilleur accès pour les patients car ils peuvent voir un autre professionnel au même endroit. Il n'y a pas qu'un médecin qui peut les aider avec les problèmes de santé qui les amènent dans ce bureau.

Mme Libby Davies: Pourrions-nous seulement ajouter des infirmières praticiennes?

La présidente: Pourrais-je vous interrompre une minute, parce que le professeur Béland et M. Nolan aimeraient répondre à votre question.

Mme Libby Davies: Bien.

La présidente: S'il vous plaît, professeur Béland.

[Français]

M. François Béland: Les systèmes de santé et les provinces, mais surtout le Québec, ont essayé essentiellement deux choses jusqu'à maintenant.

Premièrement, on a joué avec les structures, on les a changées. On a fusionné les hôpitaux, on les a défusionnés, on a refusionné. On a fait des régions, on a enlevé des régions, on a mis des régions, on a agrandi les régions, on a changé le ministère. Bon, vous saisissez le portrait.

La deuxième chose, c'est qu'on a joué avec les sous. Cependant, lorsqu'on joue avec le financement, à peu près toutes les provinces en viennent à le percevoir essentiellement comme un moyen de contrôler les établissements et les praticiens plutôt que comme un moyen de mobiliser des ressources.

Comme l'a si bien noté le Dr Reichman, là où il faut du courage et où il faut réellement changer les choses, c'est dans les pratiques cliniques et les pratiques professionnelles. Nous sommes rendu à ce point, mais ce sera la chose la plus difficile à faire. Il faut changer les pratiques cliniques et les pratiques professionnelles. Il faut toutefois le faire afin que ces pratiques cliniques et ces professionnelles s'alignent sur les besoins des gens.

Pour apporter ces changements, il faut aussi que l'organisation s'aligne sur les exigences d'une pratique clinique pour des personnes âgées vieillissantes qui ont de multiples maladies chroniques. Il faut aussi que ce soit accompagné de financement.

Par exemple, M. le député parlait de la neige plus tôt. Dans le projet SIPA que nous avons mené, ...

[Traduction]

La présidente: Je suis désolée, il ne reste plus de temps. Nous en sommes à des questions de cinq minutes.

Je vais maintenant passer à M. Williamson.

M. John Williamson (Nouveau-Brunswick-Sud-Ouest, PCC): Merci, madame la présidente. Je vais poser quelques questions.

Michael Nolan, vous avez parlé de la Nouvelle-Écosse et de la façon dont les ressources y sont réparties plus efficacement. Comment en êtes-vous arrivé là?

M. Michael Nolan: Les services paramédicaux du gouvernement de la Nouvelle-Écosse sont bien intégrés. Tout d'abord, ils sont en contrôle, en quelque sorte. Bien entendu, ils ont pu maximiser le rôle des paramédics dans l'ensemble du système. Un peu comme c'est le cas dans bon nombre d'autres provinces canadiennes, il y a eu pendant longtemps une pénurie d'infirmières et de médecins. Le gouvernement néo-écossais a reconnu rapidement que les paramédics pouvaient jouer un rôle beaucoup plus important dans le domaine des soins de santé primaires et il leur a donné les outils, les compétences et le soutien stratégique nécessaires pour le faire. Nous constatons, tout comme dans l'exemple de Parrsboro que je vous ai donné, que sept autres salles d'urgence doivent être dotées par des paramédics la nuit afin d'alléger la pression causée par la pénurie de médecins.

Long Island et l'île Brier sont des collectivités rurales et plutôt éloignées. Il faut prendre deux traversiers pour s'y rendre. Ils disent qu'ils ont une ressource. La seule ressource qui reste dans la collectivité, c'est les paramédics. De quoi ont-ils besoin pour pouvoir mieux desservir cette population? Ils ont pris des mesures il y a plus de 10 ans, et ça a été une grande réussite.

• (1650)

M. John Williamson: Très rapidement, savez-vous ce que le fait de libérer des ressources pour les utiliser ailleurs dans le système de soins de santé a permis d'économiser?

M. Michael Nolan: À quelles ressources faites-vous allusion?

M. John Williamson: Quel est le montant d'argent que cela a changé? Vous en avez peut-être parlé avant et, si c'est le cas, veuillez m'excuser.

M. Michael Nolan: Non, ça va. Un peu plus tôt, M. Carrie m'a posé des questions sur les économies globales en santé. On peut certainement en parler du point de vue de ce que signifie une diminution des appels au service d'urgence pour le système. Nous envisageons la situation de façon plus globale, du point de vue de l'économie en santé dans son ensemble. C'est tout à fait important, tant du côté de la réponse que des ressources. Un paramédic touche 25 \$ l'heure, plus ou moins 5 \$, ce qui nous place dans cette fourchette de 50 000 \$ à 70 000 \$, comme je l'ai dit. En première ligne, il y a des économies. Dans bon nombre de régions du Canada, des paramédics sont sans emploi. Nous ne sommes pas dans la même situation que bon nombre de nos collègues. Nous avons une importante disponibilité qui est là pour tous les Canadiens.

M. John Williamson: Merci.

[Français]

J'adresserai ma prochaine question à M. Béland.

À la page 3 de votre présentation, on parle des

[Traduction]

coûts liés aux médecins, aux hôpitaux et aux autres services de santé.

[Français]

La courbe supérieure du graphique présente... Je vais le dire en anglais.

[Traduction]

Ce sont les dépenses totales en santé.

[Français]

Est-ce notre transfert fédéral, le *cash transfer*, seulement?

M. François Béland: Non. C'est l'ensemble des dépenses en santé au Canada.

Ces dépenses incluent ce qui est compris dans Medicare ou encore tout ce que dépensent les provinces. Cette courbe présente uniquement les dépenses publiques en santé. Cette courbe comprend tout ce que l'Institut canadien d'information sur la santé — ICIS — considère comme dépenses publiques en santé. Par exemple, ça va comprendre les médicaments, les services d'hébergement, les services à domicile, et ainsi de suite.

Bref, la courbe inclut toutes les dépenses publiques en santé, qu'elles aient été effectuées par les provinces ou par le gouvernement fédéral. Le gouvernement fédéral offre entre autres les services en santé aux forces armées, aux anciens combattants et aux Premières nations.

M. John Williamson: Sauf erreur, ce sont des dépenses publiques.

M. François Béland: Oui. C'est l'ensemble des dépenses publiques en santé.

M. John Williamson: Présentement, elles sont de 22 p. 100.

M. François Béland: C'est ça. Prenons l'ensemble des administrations publiques, celles-ci étant définies ici comme le fait Statistique Canada. Je peux vous donner la définition.

M. John Williamson: Cette courbe comprend-elle...?

[Traduction]

Si on prend ces deux lignes et qu'on les additionne...

[Français]

ça nous donne celle du haut?

M. François Béland: Oui, ça devrait donner celle du haut.

M. John Williamson: Ça a du bon sens, maintenant. Merci beaucoup.

[Traduction]

Docteur Reichman, vous semblez être un grand défenseur des 10 laboratoires d'innovation du Canada. Vous dites que les provinces devraient simplement agir, pour que nous déterminions ce qui fonctionne le mieux et que les autres provinces fassent la même chose. Les processus qui fonctionnent moins bien ne seront manifestement pas reproduits. Comment cela fonctionnerait-il? Que peut faire le gouvernement du Canada pour favoriser une telle façon de procéder, plutôt qu'une autre?

La présidente: Docteur Reichman, si c'est possible, pouvez-vous répondre brièvement. Je sais que nous n'avons plus de temps, mais nous voulons tout de même entendre votre réponse.

Dr William Reichman: Je pense que toutes les provinces au pays font preuve d'une grande créativité, et il y a aussi des provinces qui se tournent vers l'extérieur du Canada et qui examinent les modèles étrangers. Bon nombre de ces modèles pourraient fonctionner au Canada, mais plusieurs pourraient ne pas fonctionner, et nous ne le saurons pas avant d'avoir essayé.

Baycrest estime nécessaire de tirer profit de tout le talent au pays en créant un centre canadien pour l'innovation dans le domaine du vieillissement afin de réunir toutes les pratiques exemplaires qui se sont avérées efficaces dans les différentes provinces au pays, en vue de distribuer ces résultats là où ils sont le plus nécessaires. On peut distribuer non seulement les pratiques exemplaires de l'efficacité prouvée au Canada, mais aussi les pratiques exemplaires qui se sont avérées utiles dans d'autres gouvernements. À l'heure actuelle, notre approche à cet égard est très fragmentée au pays.

• (1655)

La présidente: Merci, docteur Reichman.

Monsieur Morin.

[Français]

M. Dany Morin (Chicoutimi—Le Fjord, NPD): Ma question s'adresse à M. Béland. Vous avez brièvement parlé des populations autochtones. Vous avez aussi dit que le gouvernement du Canada devait innover lorsqu'il est le plein maître de la santé de certaines populations, comme dans le cas des anciens combattants.

Pourriez-vous nous dire un peu plus ce que vous aviez en tête lorsque vous parliez d'une expérience éprouvée en ce qui a trait à la population autochtone?

M. François Béland: Les Autochtones ne constituent vraiment pas ma spécialité. Je disais que, souvent, le gouvernement fédéral va prétendre que le domaine de la santé n'est pas de sa compétence, mais il y a des populations pour lesquelles il a une responsabilité. Je mentionnais les Autochtones, puisque le gouvernement fédéral a bel et bien une responsabilité dans ce domaine.

En ce qui concerne les Autochtones en particulier, certaines approches doivent être prises. À mon avis, elles sont assez différentes de celles qui doivent être prises relativement à d'autres groupes de la population. À ce sujet, je suis d'accord avec le Dr Rosenberg. Cependant, puisqu'on parle ici de personnes âgées et de maladies chroniques, dans toutes ces approches, il doit y avoir une vision de promotion de la santé, comme l'a mentionné le Dr Rosenberg.

Par contre, il y a dans les communautés autochtones, tout comme chez les anciens combattants ou d'autres parties de la population canadienne, des personnes âgées qui ont des incapacités graves doublées de multiples maladies chroniques, de problèmes de dépression et de déficit cognitif. Cette population va habituellement mobiliser des ressources extrêmement onéreuses.

De quelle façon peut-on approcher ces populations autochtones? Évidemment, il faudra les approcher de façon très différente de la façon dont on approche les anciens combattants, par exemple. Il est nécessaire de mobiliser l'ensemble des communautés. C'est une responsabilité du gouvernement fédéral. Le gouvernement a là l'occasion de montrer aux provinces ce qu'il fait et de leur dire qu'il s'agit d'un terrain pour lequel il peut innover.

Les Drs Reichman et Rosenberg ont absolument raison. Ce n'est pas un manque de solution. Le Programme de recherche sur les services intégrés pour les personnes âgées, ou SIPA, PRISMA et d'autres projets au Canada ont démontré comment il est possible d'avoir des systèmes de santé et de services sociaux qui répondent aux besoins des personnes âgées. On sait ce qu'il faut. La question est maintenant de savoir comment mobiliser les forces de telle sorte que cela se fasse.

M. Dany Morin: S'agit-il d'un manque de leadership de la part du gouvernement fédéral, dans ce cas?

M. François Béland: Je ne voudrais pas pointer du doigt un gouvernement en particulier, mais comme je l'ai dit plus tôt, je crois qu'on est à un moment crucial pour l'ensemble du système de santé. Je ne crois pas qu'en jouant avec les structures et des éléments de financement on va réussir à trouver des solutions. Il s'agit de savoir comment organiser les soins autour de la personne.

Jusqu'à présent, on a parlé d'intégration des structures. Il faut commencer à parler d'intégration des services autour des personnes qui en ont besoin. À compter de ce moment, on pourra dire que les personnes ont besoin d'un ensemble de services. Par exemple, les personnes âgées souffrant d'une grande incapacité ont besoin de voir qu'on dégage la neige devant chez eux. Il faut que le financement permette ce genre de choses. Il faut que le financement s'aligne sur les besoins des gens. Il faut que l'organisation s'aligne sur les besoins des gens et non pas que les patients s'alignent sur les besoins des organisations et sur les exigences du financement des services en santé. Il faut donc inverser la logique.

M. Dany Morin: Dans ce cas, la solution actuelle du gouvernement, qui vise à augmenter le transfert aux provinces de 6 p. 100, est-elle la bonne solution pour faire une mise à jour de notre système de santé canadien? Faut-il aller plus loin?

M. François Béland: Toute la question du financement du renouvellement des accords demanderait une réflexion à part. Une chose est certaine: le financement n'est pas suffisant, mais il est essentiel.

D'autre part, il doit y avoir des innovations, et on sait comment procéder.

• (1700)

[Traduction]

La présidente: Merci beaucoup. Merci, monsieur Morin.

Passons maintenant à M. Strahl.

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

J'aimerais commencer à souligner que, selon moi, une augmentation de 30 p. 100 du financement est préférable à l'autre solution. Trois d'entre vous avez parlé d'innovation et du fait qu'essentiellement, nous n'allons pas tolérer le statu quo pour nos parents. Nous nous attendons certainement à mieux pour nous-mêmes et nous espérons mieux pour nos enfants.

Nous avons entendu de nombreuses reprises, comme l'a dit Mme Davies, parler d'innovation, du fait que les soins de courte durée sont encombrés. Est-ce à cause de la loi, est-ce à cause des politiciens? Qu'est-ce qui empêche cette innovation de s'enraciner et de passer au niveau suivant, où nous verrons des résultats réels dans toutes les provinces?

Monsieur Reichman, voulez-vous commencer?

Dr William Reichman: Tout d'abord, je pense qu'il est essentiel d'établir un objectif concret que nous tentons d'atteindre grâce à l'innovation, ce qui permettra aux gens de se rallier à cet objectif. Je pense qu'il s'agit du bon rôle à jouer pour le gouvernement fédéral; déterminer les objectifs que les Canadiens ont le droit d'atteindre. Et les moyens d'atteindre ces objectifs, la majeure partie de cette responsabilité, avec le bon niveau de soutien du gouvernement fédéral, existent au niveau provincial.

Par exemple, au tout début de ma déclaration, j'ai mentionné un objectif très précis. J'ai dit que plutôt que de passer les deux dernières années de notre vie dans un établissement de soins de longue durée, nous y passerons maintenant les deux derniers mois de notre vie. C'est un objectif très précis. Pour l'atteindre, il faudra déployer toute une gamme d'efforts, y compris un bien meilleur appui au sein des collectivités pour y garder les gens qui passeraient autrement d'un centre d'hébergement à un centre d'hébergement.

Je pense donc qu'il est important d'énoncer des objectifs très précis. Tous les Canadiens qui souhaitent mourir à la maison plutôt que de se rendre dans un hôpital de soins de courte durée mourront à la maison.

Parlons maintenant de ce qu'il faudra pour nous permettre d'atteindre cet objectif. Tous les Canadiens qui ont besoin d'un médecin de premier recours auront un médecin de premier recours. Parlons de la raison pour laquelle nous n'en sommes pas encore là. Quels sont les obstacles? Allons-y. Si on peut envoyer un homme sur la lune et le ramener sur terre en toute sécurité, nous pouvons certainement atteindre ces objectifs.

M. Mark Strahl: Monsieur Nolan, avez-vous quelque chose à ajouter? Vous avez aussi parlé d'innovation, une partie importante des objectifs de votre organisation.

M. Michael Nolan: Je pense que nous devons prendre des risques avec le système. Nous devons prendre des risques au niveau des professionnels qui fournissent les services et chercher des occasions de travailler ensemble, comme jamais auparavant.

On a parlé plus tôt du fait de tendre la main aux populations d'aînés et de leur donner des possibilités de faire de l'exercice physique. À Ottawa, l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa s'est doté d'un programme d'exercices « Corps à cœur » pour tout l'est de l'Ontario et même la région du Grand Toronto. Nous donnons, par l'intermédiaire des programmes paramédicaux communautaires, des instructions facultatives afin que les gens dans les établissements de soins de longue durée puissent sortir et assurer leur autogestion en marchant dans les couloirs de ces maisons de soins infirmiers de façon à améliorer leur santé de manière prévisible.

Je pense qu'en général, d'une province à l'autre, nous avons constaté des variations en ce qui concerne les soins. L'une de nos demandes au Canada consiste à définir une norme de soins dans la pratique paramédicale. Nous estimons que les soins paramédicaux communautaires sont essentiels pour y arriver. Nous pensons qu'en examinant les pratiques exemplaires, en s'assurant que le gouvernement fédéral agisse comme leader, en éliminant les cloisonnements professionnels, en fournissant des services dans les collectivités, en arrêtant d'investir dans les infrastructures et en investissant dans les foyers afin que les gens puissent gérer leurs propres soins, tout cela permet d'économiser beaucoup d'argent et d'habiliter les gens qui veulent réellement continuer à prendre soin d'eux-mêmes; cela a été prouvé.

La présidente: Il vous reste une minute.

M. Mark Strahl: D'accord. Ma dernière question est la suivante. Les provinces partagent-elles les innovations qui se produisent chez elles avec les autres provinces? Sont-elles réticentes à le faire? Et si oui, pourquoi?

L'un des témoins peut-il me répondre?

[Français]

M. François Béland: Au cours de ma propre expérience, j'ai vu que le gouvernement du Québec encourageait les échanges, particulièrement entre le Québec et l'Ontario, en ce qui a trait à la

performance, aux mesures de la performance, à la façon d'utiliser les indicateurs de performance.

Il y a aussi des informations qui circulent. Par exemple, la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé joue maintenant beaucoup plus un rôle d'échange de connaissances. Le Canada est l'un des endroits où on pousse l'échange, le transfert des connaissances, à un point qui est assez remarquable.

Il y a aussi des initiatives que les provinces encouragent. Par exemple, au Québec et dans l'ensemble du Canada, il y a un mouvement d'adaptation des hôpitaux qui cible les personnes âgées et les malades chroniques. Ça se fait, et il y a des programmes concrets à cet égard. Il y a une foule d'exemples de cette sorte.

• (1705)

[Traduction]

La présidente: Merci, monsieur Béland.

Passons maintenant à Mme Sellah.

[Français]

Mme Djaouida Sellah (Saint-Bruno—Saint-Hubert, NPD): Depuis tout à l'heure, on parle de la croissance démographique par rapport aux personnes âgées.

Le comité a appris que la population va grimper de 14 p. 100 à 25 p. 100 d'ici à 2036. Cette évolution démographique se reflétera également chez les professionnels de la santé. Je suis vraiment étonnée de savoir qu'il n'y aurait actuellement que 200 gériatres au Canada.

Votre organisme s'est-il penché, que ce soit pour 2036 ou maintenant, sur ce que sera l'impact dans la population active, par rapport à cette croissance démographique?

On parle de pénurie, que ce soit pour les paramédicaux ou pour le personnel médical. J'étais contente d'entendre le Dr Reichman dire que nous sommes arrivés à pouvoir envoyer des gens à l'extérieur de la Terre, mais que nous ne sommes pas encore arrivés à offrir un médecin de famille à toutes les familles canadiennes. Cela me trouble beaucoup.

[Traduction]

La présidente: Qui veut répondre à cette question?

Commençons par M. Nolan et passons ensuite à M. Rosenberg.

Allez-y.

M. Michael Nolan: Merci, madame la présidente.

Les paramédics constituent les troisièmes fournisseurs de soins de santé en importance au Canada pour ce qui est de la taille de notre groupe, mais nous ne figurons pas à l'horizon de la planification des ressources humaines en santé. À l'heure actuelle, le gouvernement fédéral ne tient pas compte de nous lorsqu'il examine toutes les ressources dont il dispose. Toutefois, l'âge moyen de notre groupe est beaucoup moins élevé que celui des médecins et des infirmières grâce à la venue, en quelque sorte, des paramédics ces 40 dernières années partout au Canada; nous sommes maintenant beaucoup plus jeunes et avons une meilleure capacité à favoriser les transformations culturelles et géographiques, grâce à notre présence dans les collectivités rurales et éloignées de partout au Canada.

En ce qui concerne les données démographiques des patients, en quelque sorte, nous faisons face à des défis importants, cela ne fait aucun doute. Pour répéter ce que j'ai dit plus tôt, je souligne que 60 p. 100 de nos réponses se font dans les cas de patients qui ont plus de 60 ans et 27 p. 100 pour les patients de plus de 80 — c'est près du tiers de nos réponses qui s'adressent aux gens de plus de 80 ans. Comme M. Béland l'a dit plus tôt, il ne s'agit pas du plus grand groupe de personnes au sein de la population, mais ils utilisent nos services beaucoup plus que les groupes d'âge plus jeunes et, par conséquent, nous pouvons faire face à cette situation avec un effectif plus jeune.

[Français]

Mme Djaouida Sellah: C'est bien.

[Traduction]

La présidente: Excusez-moi...

Monsieur Rosenberg, allez-y, s'il vous plaît.

M. Mark Rosenberg: Je tiens à faire seulement une observation rapide; le nombre de professionnels de la santé dépend réellement des décisions prises par les gouvernements provinciaux en ce qui concerne les ressources qu'ils souhaitent dépenser dans les universités et les systèmes collégiaux. Il importe également de souligner que les universités et les collèges réagissent essentiellement à ces décisions prises par les gouvernements provinciaux et jusqu'à ce que les gouvernements provinciaux, en quelque sorte, incitent les universités à transférer davantage de ressources dans la formation de professionnels de la santé, la pénurie continuera de se faire sentir.

Je pense que nous nous méprenons lorsque nous parlons de pénurie de médecins, d'infirmières, de chiropraticiens et d'autres professionnels de la santé au pays si nous pensons qu'il y a une solution autre que le transfert de ressources vers la formation, et toutes ces autres discussions — avec tout le respect que je vous dois — sont réellement, en quelque sorte, de la fumisterie. C'est purement fonction des politiques établies par les gouvernements provinciaux pour les universités, et de la réponse des collèges et des universités.

• (1710)

La présidente: Merci beaucoup.

Passons maintenant à Mme Block, s'il vous plaît.

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

J'aimerais aussi vous remercier tous d'être ici aujourd'hui. Jusqu'à maintenant, la discussion a été très utile. Je sais que nous avons parlé d'attentes, des attentes actuelles et de celles des générations à venir. Nous avons également beaucoup parlé d'innovation, et même d'incitatifs.

J'ai eu la chance de vivre en milieu urbain et rural au Canada, environ la moitié de ma vie dans chaque milieu, et j'ai aussi travaillé dans des conseils de santé ruraux et pour le plus important conseil de santé de la Saskatchewan. J'ai l'impression que ces questions ne datent pas d'hier, qu'elles perdurent depuis très longtemps.

J'aimerais revenir sur quelque chose que vous avez dit, monsieur Nolan. Lorsque je présidais un conseil de santé, nous avions des techniciens d'urgence médicale. Vous avez parlé d'autres niveaux de paramédics qui sont probablement nouveaux depuis. Je sais que dans les régions rurales de la Saskatchewan, nous avions besoin de paramédics, mais que nous n'en avions pas; je comprends donc le

type de soins qui devaient être fournis dans les petites villes des régions rurales du Canada et qui ne l'étaient parfois pas.

De plus, je dois mentionner le « health bus », à Saskatoon. C'est de là que je viens. J'ai eu la chance d'assister au lancement de ce bus santé, il y a environ quatre ans, je pense. Je sais qu'un nouveau bus sera lancé vendredi. Vous avez parlé d'un autre bus qui était un VR modifié. Celui dont je parle est en fait un bus qui a été construit pour fournir des services à la collectivité, et c'est très motivant.

Ma question est la suivante: comment les nouvelles technologies ont-elles aidé les professionnels des services médicaux d'urgence à répondre aux demandes de la population?

M. Michael Nolan: Nous apprécions certainement votre reconnaissance de l'innovation en Saskatchewan et, plus particulièrement, du bus santé. À titre d'exemple, du point de vue du transport, nous amenons littéralement le bus dans des zones où la population est mal desservie. À Saskatoon, nous nous arrêtons dans des quartiers où les membres des Premières nations sont très nombreux et nous allons directement chercher dans les poches de la société des ressources généralement sous-utilisées au moment adéquat, sinon, il est trop tard. Nous avons également pu ouvrir nos portes aux populations d'immigrants, par exemple, et avons pu leur tendre la main sans avoir des murs autour de nous, comme dans un hôpital. Pour eux, cela devient plus invitant, parce que nous sommes sur le pas de leurs portes.

L'innovation nous a aussi aidés à fournir des technologies à la communauté. Par exemple, auparavant, il fallait aller à l'hôpital pour passer un ECG. Les paramédics sont maintenant en mesure de dispenser des endocardiogrammes complets, à 12 dérivations plutôt qu'à 3 dérivations, à la maison; cet ECG peut être interprété dans le VR, ou le bus santé dans notre exemple, à l'arrière de l'ambulance, ou dans votre salon. On peut maintenant détecter les maladies plus rapidement, grâce aux avancées technologiques. Nous sommes également en mesure de faire d'autres tests à la maison et dans la collectivité alors qu'auparavant, il fallait attendre que le laboratoire fournisse les résultats. Les tests simples comme la surveillance de la glycémie, par exemple, et d'autres diagnostics peuvent se faire à la maison avec une simple piqûre du doigt. Les paramédics peuvent maintenant établir ce diagnostic et travailler avec d'autres professionnels de la santé pour veiller à ce que vous ayez accès aux services en temps opportun.

Mme Kelly Block: J'aimerais poursuivre en parlant des changements qui ont été faits au cours des 15 à 20 dernières années pour fournir un niveau égal de services dans les petites villes et les milieux ruraux du Canada. Je sais que nous nous plaignions auparavant d'un temps de réponse de huit minutes en ville, alors qu'en milieu rural, c'était 30 minutes; nous avons également parlé de l'heure critique, qui concerne la rapidité à laquelle on peut se rendre à certains endroits des régions rurales de la Saskatchewan ou des autres provinces.

Vous avez de nouvelles désignations. Que se passe-t-il dans les régions rurales du Canada pour régler les problèmes dans ces collectivités?

•(1715)

M. Michael Nolan: Il ne fait aucun doute que Ressources humaines et Développement des compétences Canada, il y a plus de 10 ans, a aidé l'Association des paramédics à déterminer le profil de compétences nationales, de sorte que les établissements d'enseignement ont maintenant une norme pour déterminer ce qu'est un paramédic. Un paramédic de soins primaires est ce qu'on appelle un technicien d'urgence médicale et un paramédic de soins avancés est comme un paramédic technicien d'urgence médicale, comme vous l'avez peut-être remarqué chez vous. Toutefois, les provinces n'ont pas à déterminer de références en ce qui concerne les services ambulanciers ou les services médicaux d'urgence ou les services paramédicaux. Ce sont les établissements d'enseignement qui déterminent ces différents niveaux de diplômés, puis c'est à la province de déterminer le nombre de fournisseurs de soins disponibles de chaque type.

La présidente: Merci, monsieur Nolan.

Je vous prie de m'en excuser, mais j'ai maintenant le rare privilège de poser une question, parce que mon nom a été placé sur la liste, ce qui est très gentil. Merci, chers collègues. Je compte le temps, n'est-ce pas?

La discussion d'aujourd'hui a été très intéressante. Vous savez, selon ce que nous entendons, il faut trouver de nouvelles façons de procéder. Nous discutons des questions touchant les soins de fin de vie et les aînés, qui demeurent chez eux. Nous parlons des paramédics qui peuvent faire certaines choses afin que les aînés n'aient pas à se rendre au cabinet du médecin et attendre en ligne. Ils prennent la pression sanguine, administrent des intraveineuses et font toutes sortes de choses importantes.

M. Rosenberg a formulé un point très important, voulant que bon nombre de nos citoyens plus âgés viennent de différentes communautés ethniques — les Polonais, les Ukrainiens, les Chinois, etc. Dans cinq ans, il y aura plus d'aînés que de jeunes dans notre pays. Il faut penser différemment.

J'aimerais maintenant qu'un ou deux d'entre vous fassiez quelques observations, puisque vous avez constaté cette myriade de paradigmes qui ont touché tout notre pays. Nous pensions auparavant en termes d'hôpitaux, de médecins et d'infirmières. Aujourd'hui, nous tenons compte des chiropraticiens et des paramédics. Nous pensons à toute une communauté qui, dans son ensemble, peut apporter une contribution majeure.

J'aimerais savoir si, selon vous, il serait utile d'examiner les innovations partout au pays et de s'en servir pour dresser une liste des pratiques exemplaires. Nous entendons toutes sortes de témoignages différents. Nous constatons qu'il y a beaucoup de questions différentes, des questions qui vont de la grippe H1N1 à la sclérose en plaques. Si ça possède un nom, nous en entendons parler dans notre comité. Je peux entendre tous les membres du comité dire à l'unisson qu'il faut penser créativité, de façon plus novatrice, et qu'il faut examiner les pratiques exemplaires et toutes les inclure comme composantes importantes des soins de santé.

Il y a aussi le facteur éducation. Monsieur Rosenberg, vous aviez tout à fait raison lorsque vous avez dit que des milliers d'enseignants obtiennent leurs diplômes mais qu'il n'y a pas suffisamment d'emplois pour des centaines d'entre eux. Est-ce exact? Je sais que ma propre fille étudie dans ce domaine à l'heure actuelle et qu'il y a des emplois partout. Il s'agit simplement de trouver ce qui nous convient.

Pouvez-vous formuler des observations sur ce que je viens de dire à ce sujet?

Monsieur Nolan.

M. Michael Nolan: Merci, madame la présidente.

Nous serions heureux de voir que votre comité et le gouvernement examinent les pratiques exemplaires du Canada. Nous croyons fermement que les solutions interdisciplinaires sont la voie de l'avenir. Nous estimons que les paramédics ont un rôle important à jouer. Nous pensons également que, grâce aux accords sur la santé, la valeur de l'argent change, ainsi que les données de la population en matière de santé. Tenir compte des exigences importantes en ce qui concerne le financement fait avancer l'innovation grâce aux résultats. Nous serions heureux de voir votre participation à ces efforts.

La présidente: Merci.

Qu'en pensez-vous, docteur Reichman?

Dr William Reichman: Je vous mettrais simplement en garde de ne pas simplement regarder rapidement les pratiques exemplaires pour ensuite nous asseoir sur nos lauriers. Le domaine change constamment; des innovations arrivent chaque jour. Je demanderais qu'un effort fédéral institutionnalisé soit déployé afin de suivre les innovations dans le domaine du vieillissement, tant au pays qu'à l'étranger, et pour trouver des façons de travailler en partenariat avec les provinces pour inciter les fournisseurs de soins de santé canadiens et les représentants en milieu universitaire à tester de nouveaux modèles et à démontrer pourquoi ils représentent des avancées par rapport au passé.

•(1720)

La présidente: Passons à M. Rosenberg.

M. Mark Rosenberg: Je pense que la valeur ajoutée sur laquelle nous devons travailler consiste à convaincre les provinces d'accepter ces modèles de pratiques exemplaires et de les diffuser dans tous leurs systèmes. Je pense qu'un effort considérable est actuellement en cours de la part d'organisations comme les IRSC afin de disséminer les conclusions des recherches, mais je crois que les gouvernements provinciaux agissent lentement lorsque vient le temps d'utiliser ces modèles dans leurs systèmes.

La présidente: Merci beaucoup.

Je n'ai plus de temps. Très brièvement, monsieur Béland.

[Français]

M. François Béland: En fait, une de mes propositions était de suggérer que le gouvernement fédéral reprenne l'expérience des fonds d'innovation en santé. En effet, des travaux ont déjà été faits au sujet des meilleures pratiques. Entre autres, des rapports ont été déposés au ministère de la Santé, soit les travaux de Hollander, les travaux de Chappell, nos travaux et ceux d'autres collègues québécois, comme Réjean Hébert. Déjà les meilleures pratiques sont...

[Traduction]

La présidente: Merci. Je suis désolée, mais je dois vous interrompre; je serais très heureuse de vous parler un peu plus tard.

Nous avons maintenant M. LeBlanc. Bienvenue à notre comité.

L'hon. Dominic LeBlanc (Beauséjour, Lib.): Merci.

La présidente: Il nous reste du temps pour une question. Madame Davies, avez-vous une question? Vous avez le temps.

L'hon. Dominic LeBlanc: Je suis heureux que Mme Davies ait des questions.

[Français]

S'il y a d'autres collègues...

[Traduction]

La présidente: C'est une question pour l'opposition.

Mme Libby Davies: En fait, j'aimerais donner aux autres témoins la possibilité de répondre à mes questions parce que je pense qu'il s'agit réellement de transformer le système.

J'aimerais beaucoup savoir si... J'ai l'impression que nous avons besoin de prendre des mesures très importantes et larges qui ont beaucoup d'impact; il doit y avoir une transition vers les soins communautaires. Cela pourrait se faire dans des milliers de directions différentes et nous ne saurions pas ce que seraient les incidences.

Si nous établissons un lien entre la question des ressources humaines dont M. Rosenberg a parlé et le besoin de créer des centres de soins primaires intégrés qui se centrent davantage sur la collectivité et sont plus près des gens, selon vous, pourrait-il s'agir du type de changement dramatique qu'il faut apporter pour améliorer les soins et utiliser notre système de façon beaucoup plus efficace?

Si nous devons maîtriser des mesures à la fois importantes et larges qui nous permettraient de produire ce type de — certains parleraient de « transformation » — changement systémique dans notre système de soins de santé. Nous manquons continuellement notre coup.

Je vous donne donc la possibilité de répondre à cette question.

[Français]

M. François Béland: Très rapidement, je dirai qu'il y a...

[Traduction]

Mme Libby Davies: En fait, si cela ne vous dérange pas, c'est M. Béland qui a répondu à ma question la dernière fois, et je ne suis pas certaine si les autres ont eu la possibilité —, veuillez m'excuser.

La présidente: De qui souhaitez-vous obtenir une réponse?

Mme Libby Davies: M. Rosenberg, M. Reichman et M. Nolan, sans aucun doute.

La présidente: Très bien. Allez-y, monsieur Rosenberg.

M. Mark Rosenberg: Je pense que les centres de santé communautaire ont certainement un rôle plus important à jouer, en particulier dans les provinces où leur adoption a été lente.

Je me dois de revenir à cette question fondamentale: on peut construire un édifice dans une collectivité et lui donner le nom de centre de santé communautaire, mais si on ne peut pas trouver suffisamment d'employés, on ne réussira pas à apporter les transformations demandées. Je suis désolé d'avoir à le dire, mais je pense que nous avons réellement besoin du gouvernement fédéral — étant donné que les provinces sont réticentes — pour examiner les questions touchant les ressources humaines de façon beaucoup plus sérieuse, et pour transférer des ressources en formation dans tous les domaines.

• (1725)

Mme Libby Davies: Si vous me le permettez, je vous interromps pour revenir à ce que j'ai dit plus tôt. S'il y avait une grande transition vers, disons, les infirmières praticiennes, qui semblent avoir un rôle

beaucoup plus important à jouer dans le système... Par exemple, en Colombie-Britannique, il y a très peu d'infirmières praticiennes. En Ontario, la situation est bien meilleure. Je ne sais pas si les infirmières praticiennes ont un rôle important à jouer au Québec.

Mais même si nous le faisons, serions-nous en mesure d'apporter des changements en ce qui concerne les entrées des ressources humaines?

M. Mark Rosenberg: Je ferai un bref commentaire.

Le gouvernement de l'Ontario a accordé des ressources à la création de postes d'infirmières praticiennes. La plupart de ces infirmières praticiennes, qui devaient aller dans les collectivités rurales et les petites villes, sont demeurées dans les grandes zones urbaines et, en général, exercent dans les cabinets de pratique en groupe dans ces grands centres urbains.

Mais cela va réellement au-delà des infirmières praticiennes. Il faut des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des travailleurs des foyers pour aînés... Si nous voulons avoir des centres communautaires en santé vraiment intégrés, tous ces domaines... Et nous n'avons presque rien dit, mais j'ai remarqué qu'on en a parlé dans d'autres réunions du comité, au sujet des types de travailleurs de la santé mentale qui sont requis pour travailler avec les aînés, de même que dans ces centres.

La présidente: Monsieur Béland, je sais que vous aviez quelque chose à dire.

[Français]

M. François Béland: Très rapidement, je vous dirais de vous méfier des big bangs. Quand les provinces ont organisé la plupart des big bangs, il y a eu des changements de structure. Aujourd'hui, on a besoin de changements de pratiques. Dans certaines provinces, il y a effectivement des changements de pratiques. Je ne suis pas tout à fait d'accord avec ce qu'a dit le Dr Rosenberg.

Au Québec, on a mis sur pied, et on continue à mettre sur pied, des groupes de médecine familiale qui sont situés dans les communautés. Des efforts sont faits dans les hôpitaux, comme je l'ai dit tout à l'heure, pour les adapter aux personnes âgées. Il y a donc à la fois des petits gestes qui sont extrêmement importants et très difficiles à poser, et d'autres orientations à déterminer qui font partie d'un enjeu plus grand.

Vous savez, quand on parle de big bangs, on parle de lendemains qui chantent. On parle précisément du jour qui suit. Habituellement, on chante le lendemain, mais le surlendemain, on commence sérieusement à penser à ce qu'on a fait.

[Traduction]

La présidente: J'ai laissé tout le monde parler un peu plus longtemps parce que c'était un sujet très important. Vous avez fait du travail remarquable et vous avez touché de nombreux aspects différents de ce sujet important. Je veux vous remercier d'avoir été ici aujourd'hui. Nous recevrons avec joie tout autre renseignement que vous ferez parvenir à mon bureau. Si vous le faites, je m'assurerai de transférer l'information à la greffière, ou à son bureau, de sorte que nous puissions la faire parvenir aux membres du comité.

Merci beaucoup d'avoir été avec nous.

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>