



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

MALADIES CHRONIQUES LIÉES AU VIEILLISSEMENT ET PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION DES MALADIES

Rapport du Comité permanent de la santé

**La présidente
Joy Smith, députée**

MAI 2012

41^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

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>

**MALADIES CHRONIQUES LIÉES AU
VIEILLISSEMENT ET PROMOTION DE LA
SANTÉ ET PRÉVENTION DES MALADIES**

**Rapport du Comité permanent
de la santé**

**La présidente
Joy Smith, députée**

MAI 2012

41^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

PRÉSIDENTE

Joy Smith

VICE-PRÉSIDENTES

Libby Davies

L'hon. Hedy Fry

MEMBRES

Kelly Block

Patrick Brown

Colin Carrie

Parm Gill

Matthew Kellway

Wladyslaw Lizon

Dany Morin

Djaouida Sellah

Mark Strahl

AUTRES DÉPUTÉS AYANT PARTICIPÉ

Ruth Ellen Brosseau

Rod Bruinooge

Ron Cannan

Sean Casey

Joe Daniel

Kirsty Duncan

L'hon. Mark Eyking

Randy Hoback

Ed Holder

Carol Hughes

Roxanne James

Jinny Jogindera Sims

L'hon. Dominic LeBlanc

Ryan Leef

Pierre Lemieux

L'hon. Lawrence MacAulay

Irene Mathyssen

Larry Miller

James Lunney

Christine Moore

Ted Opitz

Anne Minh-Thu Quach

L'hon. Judy Sgro

Francine Raynault

Robert Sopuck

Mike Sullivan

John Williamson

GREFFIÈRE DU COMITÉ

Mariane Beaudin

BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Service d'information et de recherche parlementaires

Raphaëlle Deraspe

Sonya Norris

LE COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

a l'honneur de présenter son

HUITIÈME RAPPORT

Conformément au mandat que lui confère l'article 108(2) du Règlement, le Comité a étudié les maladies chroniques liées au vieillissement et la promotion de la santé et la prévention des maladies et a convenu de faire rapport de ce qui suit :

TABLE DES MATIÈRES

MALADIES CHRONIQUES LIÉES AU VIEILLISSEMENT ET PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION DES MALADIES	1
INTRODUCTION	1
CE QUE LE COMITÉ A ENTENDU	1
A. Quelques statistiques	1
1. Espérance de vie et état de santé	1
2. Régime alimentaire sain, obésité et niveau d'activité physique.....	2
3. Le vieillissement de la population	2
4. Le fardeau des maladies chroniques.....	2
B. Aperçu des initiatives publiques	3
1. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux collaborent à la promotion de modes de vie sains et à la prévention des maladies chroniques	4
2. Initiatives en matière de prévention et de prise en charge des maladies chroniques	7
3. Initiatives de promotion de la santé	8
a) Alimentation saine et poids santé	8
b) Activité physique et prévention des blessures	8
4. Investissements fédéraux dans la recherche	9
C. Questions relevant des maladies chroniques liées au vieillissement	10
1. Rôle du gouvernement provincial dans la formation, la rémunération et le champ d'activité des professionnels de la santé.....	10
2. Nécessité de tenir compte des besoins linguistiques, ethniques et culturels	12
3. Prise en charge des patients atteints de maladies chroniques.....	12
4. Prise en compte accrue de la santé mentale.....	15
5. Responsabilité individuelle et prise en charge autonome de la maladie	17
6. Soins en milieu communautaire	18
7. Déterminants sociaux de la santé	19
8. Une approche intégrée et multisectorielle en matière de soins de santé.....	20

D. Questions relevant de la prévention des maladies chroniques grâce à la promotion de la santé.....	22
1. Nutrition saine et poids santé chez les enfants	22
2. Activité physique et blessures chez les jeunes.....	23
3. Investissements dans la promotion de la santé et la prévention des maladies	24
E. Rôles possibles du gouvernement fédéral	25
1. Législation	25
2. Réglementation	25
3. Accord sur la santé et transferts des responsabilités en matière de santé.....	26
4. Recherche	26
5. Stratégies nationales	27
6. Échange de renseignements et pratiques exemplaires	27
7. Modèle de soins intégrés des populations relevant de la compétence du gouvernement fédéral	28
8. Stratégie en matière de modes de vie sains destinée aux collectivités des Premières nations.....	28
OBSERVATIONS ET RECOMMANDATIONS DU COMITÉ	29
CONCLUSION	31
LISTE DES RECOMMANDATIONS.....	41
ANNEXE A : MALADIES CHRONIQUES LIÉES AU VIEILLISSEMENT	
LISTE DES TÉMOINS	43
ANNEXE B : PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION DES MALADIES	
LISTE DES TÉMOINS	47
ANNEXE C : MALADIES CHRONIQUES LIÉES AU VIEILLISSEMENT	
LISTE DES MÉMOIRES.....	51
ANNEXE D : PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION DES MALADIES	
LISTE DES MÉMOIRES.....	53
DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT	55
RAPPORT MINORITAIRE DU NOUVEAU PARTI DÉMOCRATIQUE	
DU CANADA	57
RAPPORT DISSIDENT DU PARTI LIBÉRAL DU CANADA	63

MALADIES CHRONIQUES LIÉES AU VIEILLISSEMENT ET PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION DES MALADIES

INTRODUCTION

D'octobre 2011 à février 2012, le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes a entendu des témoins sur les questions des maladies chroniques liées au vieillissement, ainsi que de la promotion de la santé et de la prévention des maladies. Au cours des 17 audiences qui ont été tenues, le Comité a entendu les témoignages des fonctionnaires, ainsi que des témoins représentant des professionnels de la santé, des patients, des personnes âgées, des défenseurs des patients, des chercheurs, des assureurs privés et des organisations caritatives.

Dans le cadre de son étude, le Comité a reconnu que l'administration et la prestation de services de soins de santé relèvent des provinces et territoires. Tenus de respecter les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*, les provinces et territoires financent ces services avec l'aide du gouvernement fédéral dans le cadre de transferts fiscaux. Les services de soins de santé incluent les soins de santé primaires assurés, comme les services des médecins et autres professionnels de la santé, les soins hospitaliers, les soins à domicile et le champ d'activité.

CE QUE LE COMITÉ A ENTENDU

A. Quelques statistiques

1. Espérance de vie et état de santé

Selon des témoins qui ont cité des données de Statistique Canada¹, l'espérance de vie s'établit à 80,9 ans. De plus, près de 90 % des Canadiens se disent en bonne, en très bonne ou en excellente santé². En ce qui a trait à l'espérance de vie, depuis le début des années 1900, la durée de vie moyenne des Canadiens s'est accrue de plus de 30 ans, 25 de ces années étant attribuables aux progrès réalisés en matière de santé publique³. Toutefois, si le nombre d'années de vie en bonne santé a atteint un sommet en 1996, il est en déclin depuis⁴.

* Pour les fins des présentes, veuillez noter que le genre masculin inclut également le genre féminin.

2. Régime alimentaire sain, obésité et niveau d'activité physique

Le fardeau des maladies chroniques est lié aux habitudes alimentaires, aux taux de surpoids et d'obésité et au niveau d'activité physique des Canadiens. En effet, un régime alimentaire sain réduit le risque de maladies chroniques. Les saines habitudes alimentaires, l'exercice régulier et l'abstention de fumer permettraient d'éviter 90 % des cas de diabète de type 2, 80 % des cas de coronaropathies et le tiers des cas de cancer⁵. Au Canada, jusqu'à 48 000 décès par année sont liés à une mauvaise nutrition⁶.

Le taux d'obésité est en croissance. En effet, depuis 1980, le taux d'obésité dans plusieurs pays a doublé, voire triplé⁷. En 2007-2008, près d'un Canadien adulte sur quatre était obèse, et le quart des adolescents canadiens était obèse ou en surpoids⁸. Chez les enfants, le taux d'obésité a presque quadruplé en 30 ans⁹, et ce taux est nettement plus élevé chez les enfants autochtones que chez les autres enfants canadiens¹⁰. Au chapitre des coûts en santé, en 2008, les coûts associés aux maladies chroniques le plus souvent liées à l'obésité se chiffraient à 4,6 milliards de dollars, comparativement à 3,9 milliards en 2000¹¹.

Un niveau d'activité physique réduit est également lié à une moins bonne santé. En effet, moins de la moitié de l'ensemble des Canadiens sont suffisamment actifs, et seulement 7 % des enfants répondent aux normes d'activité quotidienne¹². La situation est encore pire chez les adolescents. En outre, jusqu'à 25 maladies chroniques sont directement liées à l'inactivité physique, et on estime que, comparativement à une personne active, une personne inactive passera 38 % plus de temps à l'hôpital, consultera son médecin de famille et une infirmière respectivement 5,5 % et 12 % plus souvent, et utilisera des services spécialisés 13 % plus fréquemment¹³.

3. Le vieillissement de la population

Les premiers Canadiens de la génération du baby boom ont eu 65 ans en 2011, année qui marque le début du changement démographique prévu qui entraînera une augmentation de la proportion des 65 ans et plus. Aujourd'hui, 14 % des Canadiens appartiennent à ce groupe d'âge, et leur nombre atteindra 6,7 millions en 2021¹⁴, puis 10 millions en 2036, constituant alors 25 % de la population canadienne¹⁵. Ce changement démographique s'est déjà opéré dans beaucoup de régions peu peuplées, c'est-à-dire le Canada rural¹⁶. Qui plus est, en 2041, 4 % de la population, soit environ 1,6 million de Canadiens, auront plus de 85 ans¹⁷.

4. Le fardeau des maladies chroniques

Plusieurs témoins ont évoqué la prévalence des maladies chroniques, particulièrement chez les personnes âgées, soulignant que ces affections constituent la principale cause de décès dans ce groupe d'âge. Parmi les maladies chroniques les plus

fréquentes figurent les affections cardiovasculaires (cardiopathies et AVC), le cancer, le diabète et les troubles respiratoires ainsi que, dans une moindre mesure, l'arthrite, la douleur chronique et les troubles mentaux comme la démence et la dépression. De 74 à 90 %¹⁸ des personnes âgées sont atteintes d'au moins une maladie chronique, et environ le quart en présente plus d'une¹⁹. Au chapitre de la médication, 74 % des personnes âgées prennent au moins un médicament²⁰ et 15 % en prennent cinq ou plus²¹.

Au Canada, le coût annuel des maladies chroniques s'établit à 190 milliards de dollars²². De cette somme, 90 milliards de dollars sont affectés aux traitements et le reste sert à compenser le manque de productivité²³. Le traitement des maladies chroniques représente 67 % de tous les coûts directs des soins de santé²⁴. De plus, d'après de nombreux témoins, il faudrait mettre davantage l'accent sur la prévention ainsi que sur l'amélioration du diagnostic et de la prise en charge des maladies chroniques, étant donné que le Canada s'appête à composer avec le vieillissement de sa population au cours des prochaines années²⁵.

B. Aperçu des initiatives publiques²⁶

Le gouvernement du Canada investit dans des partenariats afin de favoriser le vieillissement en santé. Ces partenariats misent sur l'inclusion sociale, l'autonomie, la qualité de vie et la prévention des maladies chroniques en gardant les personnes âgées en contact avec leur milieu de vie²⁷.

Le Comité a entendu le témoignage de représentants de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Ces derniers ont brossé un tableau des initiatives fédérales en matière de maladies chroniques associées au vieillissement, de promotion de la santé et de prévention des maladies en général. Ainsi, ils ont parlé de diverses initiatives qui sont adaptées aux divers stades de la vie, font la promotion du vieillissement en santé et s'attaquent au fardeau des maladies chroniques chez les personnes âgées. Dans bien des cas, ces initiatives nécessitent l'établissement de partenariats avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, des organisations non gouvernementales et avec le secteur privé. Les représentants de l'ASPC ont fait valoir l'importance d'une approche multisectorielle, ou qui met à contribution l'ensemble de la société, au lieu de ne compter que sur le seul secteur de la santé. Cette approche s'inscrit dans la foulée de la réunion tenue sous l'égide des Nations Unies en septembre 2001, réunion au cours de laquelle le Canada a reconnu la nécessité de tabler sur tous les secteurs pour élaborer des stratégies de prévention des maladies chroniques.

1. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux collaborent à la promotion de modes de vie sains et à la prévention des maladies chroniques

En 2005, le gouvernement fédéral a investi 300 millions de dollars sur cinq ans pour mettre en œuvre la Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques. En septembre 2010, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (F/T/P) ont endossé deux initiatives, une décision marquant le renouvellement des efforts. Il s'agit de :

- a) La *Déclaration fédérale, provinciale et territoriale sur la prévention et la promotion*[†] — En 2010, le gouvernement fédéral a annoncé qu'il affecterait 74,4 millions de dollars annuellement aux fins de la Déclaration, un document qui avait reçu l'appui de tous les ministres de la Santé, de la Promotion de la santé et du Mode de vie sain. Les signataires de la Déclaration ont comme vision commune que la promotion de la santé et la prévention des maladies, des incapacités et des blessures sont prioritaires et nécessaires à la viabilité du système de santé. Dans la Déclaration, ils reconnaissent que bien des mesures nécessaires ne sont pas du ressort du secteur de la santé en raison de la nature même de bon nombre des déterminants de la santé, qui ne relèvent pas de ce secteur. De plus, les signataires prennent acte du fardeau des maladies chroniques associées à un mode de vie malsain;
- b) *Freiner l'obésité juvénile : Cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé*[‡], un document qui présente trois stratégies intégrées fondées sur les travaux de la Stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains et de la *Déclaration fédérale, provinciale et territoriale sur la prévention et la promotion*, à savoir :
 - i. Faire du surpoids et de l'obésité juvéniles une priorité collective d'intervention pour les ministres F/P/T de la Santé, de la Promotion de la santé et du Mode de vie sain, qui encourageront les ministères et les autres secteurs de la société canadienne à faire preuve de leadership partagé et à prendre des mesures communes ou complémentaires en ce sens.

† Pour lire la Déclaration sur la prévention et la promotion de septembre 2010, <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/declaration/pdf/dpp-fra.pdf>.

‡ Agence de la santé publique du Canada, *Freiner l'obésité juvénile : Cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé*, 2011, <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/framework-cadre/index-fra.php>.

- ii. Coordonner les efforts liés aux trois priorités stratégiques essentielles, soit :
 - des environnements favorables : s'assurer que les environnements sociaux et physiques où les enfants vivent, apprennent et s'amuse soutiennent davantage l'activité physique et la bonne alimentation;
 - des mesures précoces : reconnaître le risque de surpoids et d'obésité chez les enfants et s'y attaquer rapidement;
 - des aliments nutritifs : chercher des moyens d'augmenter la disponibilité des aliments nutritifs et l'accès à ces aliments, et de diminuer la commercialisation d'aliments et de boissons à teneur élevée en gras, en sucre ou en sodium visant les enfants.
- iii. Mesurer les progrès collectifs et rendre compte des résultats quant à la réduction du surpoids et de l'obésité juvéniles, tirer des leçons des initiatives qui ont connu du succès et modifier les approches au besoin.

Cette approche collaborative nécessite l'établissement de partenariats entre les gouvernements F/T/P. Les représentants de l'ASPC ont expliqué que la création de l'Agence reposait sur le principe que de tels partenariats sont essentiels à l'efficacité des stratégies en matière de santé publique. Le Réseau pancanadien de santé publique (RPSP) a donc été établi; il est dirigé par un conseil d'administration composé de 17 membres issus des gouvernements F/P/T. Son mandat consiste notamment à communiquer l'information; à donner des conseils d'ordre stratégique et technique aux sous-ministres de la Santé F/P/T; et à appuyer les pouvoirs publics en cas d'urgence en santé publique.

L'approche collaborative des gouvernements F/T/P comprend des programmes axés sur les trois thèmes de son mandat : promotion de la santé, prévention des maladies chroniques et soutien du dépistage précoce et de la prise en charge des maladies chroniques. Santé Canada et ses organismes appuient ces programmes qui proposent notamment des stratégies et des cadres propres à certaines maladies qui ont été élaborés dans la foulée des partenariats entre les gouvernements et les organismes non gouvernementaux. Ceux-ci incluent : la Stratégie canadienne de santé cardiovasculaire; la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer, qui relève du Partenariat canadien contre le cancer; la Stratégie canadienne du diabète; le Cadre de santé pulmonaire pour le Canada; et enfin, le Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada. Il a été question également du Programme pour la surveillance accrue des maladies chroniques. Les représentants de l'Agence ont insisté sur la nécessité d'améliorer la surveillance à cet égard.

La surveillance constitue l'un des thèmes du mandat de l'ASPC, qui gère plusieurs bases de données sur les maladies transmissibles et non transmissibles. Initialement, le Programme pour la surveillance accrue des maladies chroniques permettait de communiquer des données sur la surveillance de l'hypertension artérielle et du diabète grâce au Système national de surveillance des maladies chroniques. Dans le cadre du Programme, un montant de 15 millions de dollars, octroyé sur une période de quatre ans, a permis de mener une étude nationale de la santé des populations relative aux maladies neurologiques, étude qui contribuera à améliorer la qualité des données de surveillance des affections, notamment la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, l'épilepsie et les maladies neuromusculaires. Les données sur la prévalence, l'incidence, la morbidité et la mortalité des maladies chroniques comme le cancer, les maladies cardiovasculaires, les troubles neurologiques, l'arthrite, les troubles mentaux, le diabète et les affections respiratoires sont accessibles dans l'Infobase sur les maladies chroniques de l'ASPC à mesure qu'elles sont disponibles.

Les investissements consentis par le gouvernement fédéral visent à améliorer la prise de décisions en matière de politiques et de programmes grâce à un accès aux données probantes les plus valables sur la prévention des maladies chroniques et sur les pratiques en matière de promotion de la santé. Ces investissements concernent notamment le Portail canadien des pratiques exemplaires ainsi que des outils favorisant le développement et l'échange des connaissances et vérifiant la mise en œuvre des pratiques exemplaires. Le Portail est un recueil d'interventions communautaires liées à la prévention des maladies chroniques et à la promotion de la santé, interventions qui ont été évaluées, se sont avérées efficaces et peuvent être adaptées et reproduites par d'autres professionnels de la santé²⁸.

Sur la question de la promotion de la santé mentale, le gouvernement fédéral a versé des fonds à la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC), qui a élaboré un cadre de travail à cette fin, et à la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA), qui a établi le guide de pratique clinique des praticiens.

La coopération internationale constitue également l'un des volets de l'approche intégrée de l'Agence en matière de prévention des maladies chroniques. Sur cette question, les représentants de l'ASPC ont expliqué la collaboration de l'Agence avec l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en vue de renforcer la capacité de surveillance dans les pays en voie de développement. L'ASPC collabore également avec d'autres pays des Amériques, grâce au réseau CARMEN, pour élaborer et échanger des études de cas sur les stratégies de prévention, particulièrement en ce qui concerne l'obésité. Par son travail, le réseau permet également de faire avancer la prévention et de faciliter la modification des stratégies. Enfin, l'ASPC a signalé qu'elle travaillait en étroite collaboration avec l'Organisation panaméricaine de la santé sur la question de la réduction du sodium dans les aliments.

Finalement, les représentants de l'ASPC ont parlé du rapport *Mesures de suivi et orientations futures 2011* qui a été adopté à la réunion des ministres de la Santé en

novembre 2011. Le rapport présente certaines des mesures prises pour appuyer le Cadre depuis septembre 2010 et propose des recommandations et des interventions à l'intention des ministres de la Santé et de leur gouvernement respectif, ainsi que d'autres secteurs, le cas échéant, jusqu'à l'automne 2012 et par la suite.

2. Initiatives en matière de prévention et de prise en charge des maladies chroniques

Les représentants de l'ASPC ont également parlé des initiatives propres aux personnes âgées. Créé en 2007, le Conseil national des aînés a pour mandat de conseiller le gouvernement, par l'entremise du ministre des Ressources humaines et du Développement des compétences et du ministre de la Santé, sur les possibilités et les nouveaux enjeux liés à la qualité de vie et au mieux-être des personnes âgées. Le Canada participe également au Projet mondial des Villes-amies des aînés de l'OMS, un programme par l'entremise duquel l'ASPC assure le leadership des collectivités dans un effort visant à améliorer l'environnement bâti des collectivités (notamment l'éclairage des rues ainsi que la largeur et l'accessibilité des trottoirs) afin d'aider les personnes âgées à mener une vie saine et active. Plus de 560 collectivités canadiennes participent à ce programme, et la majorité d'entre elles, soit 316, se trouvent au Québec²⁹.

Le projet des Villes-amies des aînés permet aux Canadiens âgés de participer à la planification et à la conception de leur propre collectivité afin de créer un environnement sain, sûr et favorable où ils peuvent vivre et s'épanouir. Ce projet a rendu plusieurs collectivités plus sécuritaires et plus accessibles aux personnes âgées, en plaçant les Canadiens âgés au cœur des discussions sur la conception des villes-amies des aînés.

Les représentants de l'ASPC ont précisé également que la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits est responsable de la mise en œuvre non seulement de la Stratégie canadienne du diabète, mais aussi de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones. Tout comme la Stratégie, l'Initiative met l'accent sur les stratégies de prévention et l'amélioration de la prise en charge du diabète, mais elle est adaptée pour répondre efficacement aux besoins de la population autochtone canadienne.

Finalement, l'ASPC a élaboré un questionnaire d'évaluation pour les Canadiens, CANRISK, qui permet de mieux déceler les personnes susceptibles d'être atteintes du diabète et de tirer profit des stratégies de prévention pour retarder ou prévenir l'apparition de la maladie.

3. Initiatives de promotion de la santé

a) Alimentation saine et poids santé

Des témoins ont parlé du *Guide alimentaire canadien*, publié pour la première fois en 1942 et récemment mis à jour en 2007. Le guide alimentaire de Santé Canada, intitulé *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien*, repose sur des politiques nutritionnelles fondées sur des données probantes et vise à aider les Canadiens à faire des choix alimentaires sains qui répondent à leurs besoins nutritionnels, favorisent la santé et préviennent les carences nutritionnelles.

Au chapitre des initiatives de financement visant à promouvoir l'alimentation saine et le poids santé, l'ASPC investit annuellement plus de 112 millions de dollars pour aider les enfants vulnérables et leur famille grâce à divers programmes, dont le Programme d'action communautaire pour les enfants, le Programme canadien de nutrition prénatale et le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les centres urbains et les agglomérations du Nord. Le Programme canadien de nutrition prénatale a été présenté comme un programme communautaire assuré par l'ASPC pour aider les collectivités à promouvoir la santé publique et à offrir les appuis nécessaires pour améliorer la santé et le bien-être des femmes enceintes, des nouvelles mères et des bébés qui traversent des circonstances difficiles. Les témoins ont également parlé des *Recommandations canadiennes relatives au gain de poids durant la grossesse* que le gouvernement a formulées pour aider les professionnels de la santé et les femmes enceintes à gérer le gain de poids durant la grossesse. Finalement, la *Trousse éducative Mangez bien et soyez actif*, publiée par Santé Canada, vise à faciliter l'enseignement de la saine alimentation et de l'activité physique à des groupes d'enfants et d'adultes. Enfin, pour que les Canadiens vivant dans des collectivités isolées du Nord puissent avoir accès à des aliments nutritifs et périssables, le gouvernement fédéral investit annuellement 60 millions de dollars dans le *Programme Nutrition Nord Canada*³⁰.

b) Activité physique et prévention des blessures

L'activité physique et la vie active sont des éléments essentiels au maintien d'une bonne santé. De 1998 à 2002, le gouvernement fédéral et la Société canadienne de physiologie de l'exercice (SCPE) ont élaboré des guides d'activité physique destinés aux adultes, aux adultes plus âgés, aux enfants et aux adolescents. Des versions révisées des quatre guides ont été publiées en janvier 2011 par la SCPE.

En mars 2011, le gouvernement fédéral a annoncé qu'il investirait 5 millions de dollars sur deux ans dans la prévention des blessures sportives et récréatives, en collaboration avec des organismes non gouvernementaux, notamment dans le but de prévenir les blessures graves comme les commotions cérébrales, les noyades et les fractures dans des activités très populaires comme le hockey, les sports d'hiver, le cyclisme et les sports nautiques.

4. Investissements fédéraux dans la recherche³¹

Dans le cadre des audiences, le Comité a été mis au courant des projets de recherche appuyés par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Dotés d'un budget annuel d'environ un milliard de dollars, les IRSC, qui regroupent 13 instituts virtuels, constituent l'organisme subventionnaire fédéral pour tous les domaines de la recherche en santé : recherches biomédicales, recherches cliniques et recherches sur la prestation des soins de santé notamment. Plusieurs d'entre eux font de la recherche sur la promotion de la santé ainsi que sur la prévention et le traitement des maladies chroniques.

Les IRSC sont l'un des membres fondateurs de l'Alliance mondiale contre les maladies chroniques, une organisation formée en juin 2009 qui se compose de six organismes de recherche sur la santé issus de différentes régions du monde. Ces organismes se sont fixés comme priorité de mener une recherche coordonnée sur les maladies chroniques. Pour ce faire, le plan stratégique des IRSC de 2009-2010 à 2013-2014 donne notamment la priorité à la recherche stratégique sur le fardeau des maladies chroniques et des troubles mentaux. À cette fin, les IRSC évoquent la nécessité d'axer davantage les soins sur le patient et d'alléger les pressions exercées sur le système de santé en raison du vieillissement de la population et des taux accrus de maladies chroniques, et soulignent l'importance de mobiliser les ressources en collaborant avec divers ministères et organismes publics, ainsi qu'avec des organisations non gouvernementales pour répondre aux besoins en matière de recherche.

Par l'intermédiaire de l'Institut du vieillissement des IRSC, le gouvernement fédéral a affecté 122 millions de dollars à la recherche sur le vieillissement en 2009-2010. De cette somme, 44 millions de dollars ont été versés en 2010 pour appuyer la recherche sur le diabète, et d'autres fonds ont été versés pour appuyer la recherche sur le cancer, les cardiopathies et les AVC³². Plusieurs témoins ont parlé de l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ELCV), l'une des initiatives stratégiques des IRSC. L'ELCV permettra de suivre une cohorte de Canadiens de 45 ans et plus pendant une période de 25 ans et aidera à comprendre l'évolution des maladies, de la psychologie, des fonctions, des incapacités et des processus psychosociaux qui accompagnent le vieillissement. Jusqu'à ce jour, 38 millions de dollars ont été investis par l'intermédiaire des IRSC, montant qui vient s'ajouter aux 15 millions de dollars consentis par les gouvernements provinciaux et d'autres partenaires.

Les IRSC ont fait beaucoup pour mettre de l'avant la recherche dans les secteurs de la promotion de la santé et de la prévention des maladies. En plus des investissements en cours dans la recherche sur l'obésité, les IRSC financent la recherche sur la prévention des maladies par l'entremise de ses divers instituts, de même que la promotion de la santé en général et, indirectement, de la recherche alimentaire et nutritionnelle. En novembre 2010, l'Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète (INMD) des IRSC a tenu un atelier intitulé « Priorités de recherche sur l'alimentation et la santé » dont l'objectif était de cerner les lacunes en matière de recherche.

Afin d'accroître la capacité des collectivités autochtones à prendre part à la conception, à la surveillance et à l'application de recherches visant à réduire les disparités sur le plan de la santé chez les Autochtones, les IRSC ont mis sur pied l'initiative « Voies de l'équité en santé pour les Autochtones ».

Il existe également l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), administrée par Statistique Canada, qui collige des données liées à l'état de santé, à l'utilisation des services de santé et aux déterminants de la santé de la population canadienne. En 2004, l'enquête était axée sur la nutrition; ce thème sera repris en 2015.

Finalement, en juillet 2010, le gouvernement fédéral a annoncé qu'il investirait 8,2 millions de dollars sur cinq ans dans les Équipes stratégiques des IRSC en recherche appliquée sur les blessures. Ainsi, cinq équipes de recherche sur les blessures sont financées grâce à cette initiative, et leurs recherches porteront sur les blessures chez les enfants.

Des témoins ont exposé divers problèmes et proposé plusieurs solutions au Comité durant les audiences. Ces questions sont abordées ci-après.

C. Questions relevant des maladies chroniques liées au vieillissement

1. Rôle du gouvernement provincial dans la formation, la rémunération et le champ d'activité des professionnels de la santé

Certains témoins ont formulé de vives inquiétudes sur les lacunes dans la formation des professionnels de la santé quant au diagnostic, au traitement et à la prise en charge des maladies chroniques chez les personnes âgées. Selon eux, non seulement nous manquons de gériatres – les médecins se spécialisant en soins pour les aînés, mais les omnipraticiens ne reçoivent pas la formation nécessaire pour soigner les aînés. Notamment, le Canada ne compte que 200 gériatres alors qu'il en faudrait actuellement de 500 à 600 et qu'il en faudra davantage au fur et à mesure que la population vieillit³³. Dans la même veine, d'ici 2020, il y aura une pénurie de spécialistes des troubles respiratoires de l'ordre de 35 %³⁴. À ce chapitre, il a d'ailleurs été proposé que la formation des médecins soit moins axée sur les spécialités liées aux soins actifs³⁵. Le fait que les gériatres reçoivent un salaire (contrairement à la plupart des autres médecins qui sont rémunérés à l'acte), représente un effet dissuasif sur les étudiants en médecine³⁶. Cependant, la rémunération à l'acte ne favorise pas l'interdisciplinarité des soins ni ne garantit que les soins seront meilleurs³⁷. Selon certains témoins, la formation et le perfectionnement des médecins et des autres professionnels de la santé ne sont pas suffisamment axés sur le vieillissement³⁸.

Une initiative quinquennale ontarienne, le projet Phoenix : *A Call to Caring*, des Associated Medical Services, a permis d'améliorer la formation des professionnels de la santé, particulièrement en ce qui concerne la prestation de soins aux personnes âgées. Ce projet met l'accent sur la nécessité de conjuguer compassion et maîtrise technique dans la prestation de soins axés sur le patient³⁹. En matière de promotion de la santé et de prévention des maladies, l'Association des facultés de médecine du Canada préconise une telle approche dans la formation des futurs médecins, compte tenu du fardeau de plus en plus lourd que constituent le vieillissement de la population et les maladies chroniques. Certains témoins ont également abordé la question de l'accès aux soins primaires, signalant que le Canada manquait non seulement de gériatres mais également d'omnipraticiens. En effet, jusqu'à 6 % des Canadiens atteints d'au moins une maladie chronique liée au vieillissement n'ont pas accès à un médecin de premier recours⁴⁰.

Le champ d'activité est de compétence provinciale, mais les représentants des pharmaciens et du personnel paramédical ont fait valoir qu'ils offrent un moyen de mieux utiliser les ressources en santé. Les pharmaciens ont été présentés comme des fournisseurs de services de santé accessibles dans la collectivité. Selon certains témoins, les pharmaciens sont bien placés pour fournir un service de gestion des médicaments et, de ce fait, pour participer à la prise en charge des maladies chroniques. Ils peuvent donner de l'information complète sur les médicaments, assurer le suivi auprès des patients pour contrer les effets indésirables des médicaments, se pencher sur les problèmes de conformité en matière de pharmacothérapie et communiquer avec les fournisseurs de soins de santé lorsqu'ils relèvent des problèmes. Ils peuvent aussi proposer d'autres thérapies. Des témoins ont également mentionné que l'inclusion des pharmaciens dans un modèle de soins de santé collaboratif, qui sera examiné plus avant, pourrait permettre de réduire les coûts du système de soins de santé. Aussi, les programmes de dépistage dans les pharmacies, comme celui en place en Ontario pour le dépistage de l'hypertension artérielle, peuvent réduire le nombre d'hospitalisations⁴¹.

Des témoins ont affirmé que le personnel paramédical constitue le troisième groupe de fournisseurs de soins de santé en importance au Canada. Les services paramédicaux communautaires, dont il faudrait dans certains cas élargir le champ d'activité, permettent de fournir des soins de prévention et de réadaptation dans des contextes autres que les urgences. Des témoins ont fait valoir que le personnel paramédical peut fournir des soins de transition efficaces aux patients qui ont obtenu leur congé de l'hôpital et une telle approche pourrait contribuer à réduire le nombre de réadmissions à l'hôpital qui se situe actuellement à 15 % dans les 30 jours de la sortie de l'hôpital. Dans le même ordre d'idées, des témoins ont présenté les services paramédicaux communautaires comme un moyen efficace d'éviter des appels au 911, de réduire les visites aux services d'urgence et de garder les patients âgés chez eux plutôt que de les hospitaliser lorsqu'ils attendent une place dans un établissement de soins de longue durée⁴².

2. Nécessité de tenir compte des besoins linguistiques, ethniques et culturels

La question des caractéristiques ethniques et culturelles des patients ainsi que de la nécessité de leur fournir des services dans leur langue a été soulevée, ainsi que celle de l'obligation, au Canada, de fournir des soins de santé et des services sociaux dans les deux langues officielles. Dans les cas de démence, une maladie qui touche une personne âgée sur onze⁴³, c'est la capacité de parler une langue seconde qui se perd en premier⁴⁴. En outre, ce sont les membres de la famille et d'autres fournisseurs de soins qui doivent intervenir lorsque la langue devient un obstacle⁴⁵.

Pour ce qui est de la composition ethnique au Canada, des témoins ont affirmé que, au cours des deux dernières décennies, la population urbaine est progressivement devenue plus diversifiée et que cette tendance devrait se poursuivre⁴⁶. La communauté chinoise est l'une des plus nombreuses communautés ethniques et, de ce fait, elle a été la première pour laquelle on a élaboré des modèles de prestation de service adaptés à la réalité culturelle. Des témoins ont expliqué que ce ne sont pas tant les besoins d'un groupe ethnique en matière de soins de santé qui sont uniques, mais plutôt la manière dont le groupe réagit à une stratégie particulière⁴⁷.

Enfin, la reconnaissance des titres de compétence étrangers des professionnels de la santé qui immigreront au Canada est une occasion d'élargir la base de professionnels de la santé du Canada; ces nouveaux venus peuvent également apporter une contribution nécessaire sur les plans linguistique et culturel⁴⁸.

3. Prise en charge des patients atteints de maladies chroniques

Plusieurs témoins ont fait état de la complexité de la prise en charge des patients âgés atteints de maladies chroniques. Comme il a été indiqué précédemment, la majorité des personnes âgées souffrent au moins d'une maladie chronique et prennent au moins un médicament sur ordonnance; toutefois, une proportion considérable d'entre elles souffrent de plusieurs maladies chroniques et prennent donc plusieurs médicaments d'ordonnance.

Certains témoins ont parlé du fardeau de diverses maladies chroniques. Il existe clairement un lien entre le vieillissement et le diabète de type 2, et le fait d'avoir 40 ans ou plus constitue un facteur de risque d'apparition de cette maladie; il en va de même du surpoids et d'un mode de vie sédentaire. La prévalence du diabète est en hausse. Cette maladie affecte actuellement 7,6 % de la population et on prévoit que, d'ici 2020, 11 % des Canadiens en seront atteints. Si l'on tient compte des personnes à risque d'être atteintes du diabète, cela signifie que, à l'heure actuelle, un Canadien sur quatre est atteint de cette maladie et que cette proportion devrait passer à un Canadien sur trois d'ici 2020. Parallèlement, le diabète entraîne des coûts considérables pour le système de soins de santé, des coûts qui se chiffrent actuellement à 11,7 milliards de dollars par année et qui passeront vraisemblablement à 16 milliards de dollars par année, compte tenu de

l'augmentation prévue du nombre de personnes atteintes. Il est important de noter que 80 % de ces coûts sont attribuables à des complications associées au diabète, notamment les crises cardiaques, les AVC, les néphropathies, la cécité, les amputations et la dépression⁴⁹. Cependant, le vieillissement de la population ne représente que 1 % des coûts des services de soins de santé⁵⁰.

Santé Canada et l'ASPC subventionnent la Coalition d'une vie active pour les aîné(e)s pour qu'elle conçoive des ressources documentaires permettant aux adultes plus âgés de comprendre que les maladies chroniques, dont le diabète, sont souvent associées au mode de vie. La Coalition fournit aux dirigeants des collectivités et aux personnes âgées des renseignements sur la façon dont elles peuvent modifier leur mode de vie⁵¹.

Le cancer, maintenant considéré comme une maladie chronique à cause de l'amélioration des traitements et de sa prise en charge, est également lié à l'âge et sa prévalence est en hausse. On prévoit que, pour la période de 2007 à 2031, le nombre de cas de cancer augmentera de 71 %. Environ 30 % des décès sont attribuables au cancer⁵². Le financement du Partenariat canadien contre le cancer, créé en 2007 par le gouvernement du Canada, a été reconduit pour cinq ans, soit de 2012 à 2017. Parmi les patients atteints de cancer, 50 % en mourront. Cependant, les patients et leur famille ne sont souvent pas préparés à prendre des décisions sur la fin de vie et à en discuter. Le Partenariat canadien contre le cancer collabore avec la Coalition pour des soins de fin de vie de qualité au Canada, dans le cadre de son plan d'action, pour améliorer les soins palliatifs au pays⁵³.

Quoique les crises cardiaques et les AVC, ou maladies cardiovasculaires, soient la cause d'un peu moins de 30 % des décès, il s'agit de la principale cause de décès et d'invalidité chez les Canadiens de 65 ans et plus. L'âge est la plus importante variable explicative des cas d'AVC; la probabilité de ce genre d'accident augmente à partir de 55 ans et double à tous les 10 ans par la suite. En outre, s'il est vrai que 50 000 Canadiens sont hospitalisés chaque année à cause d'un AVC, il semble que de cinq à dix fois plus de personnes subissent des AVC moins graves, pour lesquels ils n'obtiennent pas de soins médicaux, mais ils entraînent néanmoins un certain niveau d'invalidité. La prévalence croissante de l'obésité et du diabète, combinée au vieillissement de la population, contribuera à une augmentation des maladies cardiovasculaires dans les années à venir⁵⁴.

Il appert également que les maladies respiratoires sont nettement plus fréquentes chez les personnes âgées. Certaines statistiques présentées au Comité révèlent notamment que 80 % des personnes atteintes de cancer du poumon ont plus de 60 ans; que le taux de prévalence de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC, auparavant nommée emphysème) chez les gens âgés de 65 à 74 ans est presque trois fois plus élevé que chez les gens de 35 à 44 ans; qu'à l'heure actuelle, les maladies pulmonaires coûtent 15 milliards de dollars par année et que, d'ici 2020, elles pourraient coûter 27 milliards de dollars par année; que la MPOC est un facteur de comorbidité dans 50 % des décès attribués à la grippe, et que la prévalence des maladies pulmonaires augmentera de 33 à 41 % au cours des 30 prochaines années⁵⁵. Pour arriver à des

mesures coordonnées et concertées, le gouvernement fédéral s'est associé à la communauté de la santé pulmonaire pour créer un cadre de travail national sur la santé pulmonaire. Un plan d'action, axé particulièrement sur la prévention, le dépistage et les soins, a été élaboré pour améliorer la santé pulmonaire. Après avoir évalué à quel point les Canadiens sont sensibilisés aux maladies pulmonaires, il faut prendre des mesures précises qui réduiront considérablement le nombre de personnes atteintes⁵⁶.

Des témoins ont également fait état du fardeau des maladies musculosquelettiques, notamment l'arthrite et l'ostéoporose. L'arthrite est apparemment la cause la plus fréquente d'invalidité dans la population; elle affecte un Canadien sur six, soit 4,5 millions de personnes. Environ 1,7 million d'aînés en souffrent. Les maladies musculosquelettiques sont également liées à d'autres maladies chroniques. Elles peuvent avoir une incidence directe sur la capacité d'une personne de pratiquer des activités physiques, ce qui nuit à la condition physique globale, entraîne la prise de poids et le diabète et affecte la santé mentale⁵⁷. Par surcroît, les maladies musculosquelettiques ne nuisent pas seulement aux gens qui en sont atteints, mais elles ont également une incidence considérable sur l'ensemble de la main-d'œuvre. Comme ces maladies diminuent la capacité de pratiquer des activités physiques et constituent un risque pour la santé mentale, elles entraînent une baisse de la productivité et une diminution de la participation au marché du travail. Par conséquent, les maladies musculosquelettiques figurent parmi les problèmes de santé qui coûtent le plus cher au Canada⁵⁸.

Dans le cadre de la présente étude, la douleur chronique a été présentée comme un problème qui devrait être inclus dans la catégorie des maladies chroniques liées au vieillissement. En effet, un Canadien sur cinq vit avec une douleur chronique, et cette prévalence augmente avec l'âge. La douleur chronique est souvent mal diagnostiquée et mal soignée. À l'instar des maladies musculosquelettiques, la douleur chronique a une incidence sur de nombreux aspects de la vie quotidienne, car elle réduit l'activité physique et nuit aux interactions sociales. Par conséquent, elle entraîne une détérioration de la condition physique et une prise de poids, et elle augmente l'incidence du diabète, des maladies cardiaques, des AVC et de la dépression⁵⁹.

Plusieurs témoins ont souligné la complexité de la prise en charge des patients atteints de plusieurs maladies chroniques. Une personne âgée sur quatre de 65 à 79 ans est atteinte d'au moins quatre maladies chroniques et la proportion passe d'une personne sur trois après 80 ans⁶⁰. Les combinaisons de maladies sont liées au mode de vie plus qu'à l'âge. En effet, le manque d'activité physique et l'excès de poids accroissent les risques de souffrir de maladies chroniques, notamment la cardiopathie, le diabète et certains cancers⁶¹. Divers facteurs compliquent la prise en charge efficace de ces patients : au fur et à mesure que les gens avancent en âge⁶², on note une diminution de la capacité à tolérer les médicaments et de bien y réagir⁶³, une augmentation de la probabilité de réaction indésirable aux médicaments⁶⁴ et d'effet néfaste d'un médicament sur un autre, une augmentation des cas de consommation abusive de médicaments, une diminution de la capacité du patient de décrire ses symptômes et d'exprimer d'autres préoccupations lorsque des problèmes de santé mentale sont présents, la difficulté de connaître la situation globale de soins lorsque plusieurs fournisseurs de soins

interviennent. Ce qui est encore plus difficile lorsqu'il n'y a pas de dossiers médicaux informatisés, et une diminution du respect du régime de traitement attribuable à des contraintes financières et à une mobilité limitée. Il faut suivre une formation appropriée pour faire la distinction entre les symptômes des maladies physiques et les manifestations somatiques des maladies mentales. Par conséquent, il arrive souvent que des maladies traitables ne soient pas diagnostiquées et traitées⁶⁵. Les contraintes financières réduisent non seulement la capacité des patients d'assumer les coûts de leur traitement médical et des soins dont ils ont besoin à long terme, mais également leur capacité d'acheter des aliments nutritifs, de participer à des événements communautaires et de rester physiquement actifs⁶⁶.

Au chapitre du défi que posent les effets indésirables des médicaments, il existe l'initiative e-Therapeutics+ de l'Association des pharmaciens du Canada. Dans le cadre de cette initiative, tous les avis de Santé Canada sont publiés dans le but d'informer les professionnels de la santé⁶⁷. Il existe également d'autres initiatives qui remédient aux problèmes liés à l'inactivité physique et au manque de participation sociale des Canadiens du troisième âge, dont il est question plus loin à la rubrique *Déterminants sociaux de la santé*.

4. Prise en compte accrue de la santé mentale

Dans le cadre de la présente étude, des préoccupations au sujet de la santé mentale des aînés du Canada ont été fréquemment exprimées. Des témoins ont souligné la nécessité de tenir compte de la santé mentale des personnes âgées dans le cadre de l'étude sur les maladies chroniques⁶⁸. En effet, une personne souffrant de problèmes de santé mentale s'intéresse généralement peu à ses autres problèmes de santé. Autrement dit, si on n'apprend pas dès le départ comment aborder les problèmes de santé mentale, il ne sert pas à grand-chose d'élaborer des stratégies pour traiter les problèmes de santé⁶⁹.

La démence, dont la maladie d'Alzheimer et les pathologies associées, est considérée comme la matriarche des maladies chroniques. En effet, la démence, sous ses diverses formes, est la maladie chronique la plus lourde de conséquences sur le plan des soins de santé, et elle a des répercussions encore plus considérables sur les autres niveaux de soins⁷⁰. Des témoins ont affirmé que, à l'heure actuelle, 500 000 personnes âgées souffrent de démence; on prévoit que, d'ici 2038, le nombre de personnes atteintes passera à 1,1 million. Sous l'angle de la prévalence, cela représente une augmentation de 1,5 à 2,8 % pour l'ensemble de la population, quoique la démence soit surtout diagnostiquée chez les personnes âgées⁷¹. Plusieurs témoins ont souligné que le fait de mesurer la prévalence de la démence ne permet pas d'évaluer son incidence de façon précise, parce que cette maladie constitue un fardeau considérable pour les aidants naturels, qui sont souvent stressés, déprimés et épuisés⁷².

La démence est la raison la plus courante pour transférer des patients d'un hôpital de soins actifs à un établissement offrant un autre niveau de soins. Des témoins ont

expliqué que les personnes âgées sont généralement capables de prendre en charge leurs maladies chroniques tant qu'elles ne souffrent pas de démence. Toutefois, dès que la démence apparaît, il leur devient difficile de gérer elles-mêmes leurs maladies, et c'est à ce moment que commence un cycle d'hospitalisation, de stabilisation, de retour à la maison, de mauvaise autogestion de la maladie, de détérioration de l'état de santé et de réadmission à l'hôpital. Ce cycle se répète malheureusement trop souvent parce que les professionnels de la santé ne détectent pas toujours la présence d'un problème de santé mentale⁷³. Par conséquent, bon nombre de provinces ont leur propre stratégie en matière d'Alzheimer, certaines l'intégrant dans une stratégie ciblant les aînés. Beaucoup de mesures sont prises, partout au pays, d'une part pour s'occuper des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et, d'autre part, pour maintenir les aînés en bonne santé et stimuler leur esprit⁷⁴.

De nombreux témoins ont présenté la dépression comme un problème sérieux de santé mentale chez les personnes âgées. En effet, jusqu'à 15 % d'entre elles qui vivent dans la collectivité souffrent de dépression⁷⁵. Cependant, cette proportion peut aller jusqu'à 80 ou 90 % dans les établissements de soins de longue durée. D'après les statistiques de l'OMS, d'ici 2020, la dépression sera la deuxième cause de perte d'années de vie productive et de vies raccourcies par une mort prématurée. Des témoins ont parlé du suicide, la complication la plus tragique de la dépression. Il a été établi que le taux de suicide chez les hommes de 90 ans et plus se situe à 33,1 sur 100 000 habitants, ce qui est presque le double de la moyenne pour tous les groupes d'âge⁷⁶. Les maladies chroniques dont il a été question précédemment figurent parmi les facteurs susceptibles de mener au suicide.

Un peu de travail a été fait auprès des personnes âgées en créant des brochures et des dépliants faciles à consulter sur la dépression et les maladies mentales les plus communes. Ce travail aidera à lutter contre la stigmatisation, amènera les aînés à reconnaître les symptômes et les incitera à consulter leur médecin et à demander de l'aide⁷⁷.

Le Comité a appris l'existence du Comité consultatif sur les aînés de la Commission de la santé mentale du Canada et de sa contribution à l'élaboration d'une stratégie sur la santé mentale, stratégie qui a été publiée le 8 mai 2012. Le Comité consultatif a élaboré des lignes directrices concernant la prestation de services complets de santé mentale pour les personnes âgées⁷⁸. Dans le cadre de la recherche sur la prestation des services de santé, l'accent a notamment été mis sur la santé mentale. La recherche a également porté sur le rôle de l'activité physique et de la participation sociale et leurs effets positifs sur la santé mentale⁷⁹.

5. Responsabilité individuelle et prise en charge autonome de la maladie

Plusieurs témoins ont mentionné que les maladies chroniques ne constituent pas une conséquence inévitable du vieillissement⁸⁰. Un mode de vie sain, notamment une alimentation nutritive, une vie active et l'évitement de comportements malsains ou à risque contribuent dans une grande mesure à prévenir ou à retarder l'apparition des maladies chroniques. Des témoins ont indiqué que la majorité des personnes âgées peuvent rester chez elles et conserver un certain niveau d'indépendance pendant la plus grande partie de leur vie. Cette indépendance comprend notamment la prise en charge autonome de leurs soins de santé et des traitements nécessaires, en consultation avec les fournisseurs de soins de santé⁸¹.

Le Comité a entendu parler d'initiatives qui encouragent les Canadiens du troisième âge à continuer de mener une vie active, tant sur le plan physique que social. Comme il a été mentionné précédemment, le Canada participe à l'initiative des Villes-amies des aînés de l'OMS. Cette initiative, particulièrement présente au Québec, assure le leadership des collectivités pour leur permettre de mieux répondre aux besoins des Canadiens du troisième âge et les aider à mener une vie saine et active. La participation sociale constitue un élément central de cette initiative. Elle a été présentée comme un facteur essentiel au développement d'un sentiment d'appartenance et de contribution à la société, qui, à son tour, a un effet positif sur la santé physique globale, réduit la dépression et aide à ralentir le déclin des capacités cognitives⁸². Le fait que la stimulation cognitive pouvait, dans certains cas, donner de meilleurs résultats que les médicaments, a également été avancé⁸³. Le Partenariat canadien contre le cancer a également conçu le projet COALITION (Connaissances et actions liées pour une meilleure prévention), qui vise l'amélioration de la santé des collectivités⁸⁴. Dans le même ordre d'idées, la CVAA, ou Coalition d'une vie active pour les aîné(e)s, fait la promotion, auprès des personnes âgées, d'une vie active comme moyen de contribuer au bien-être global. La coalition travaille en partenariat avec des organisations nationales, provinciales et municipales. Elle s'emploie à sensibiliser davantage la population aux bienfaits d'une vie active, elle offre des ressources et des mesures sociales pour inciter les aînés à adopter des habitudes de vie saines et elle établit, soutient et fait connaître les priorités en matière de recherche⁸⁵. Enfin, la représentante de l'Association chiropratique canadienne a parlé de la campagne « Bon pied, bon œil » qui cible précisément les personnes âgées et qui propose des stratégies pour prévenir les chutes, améliorer l'équilibre et augmenter la force musculaire⁸⁶.

En plus de la responsabilité personnelle d'adopter un mode de vie sain et actif pour prévenir et retarder l'apparition des maladies chroniques, des témoins ont souligné la nécessité de promouvoir la prise en charge autonome des problèmes de santé. Cette dernière a été présentée comme un moyen de donner aux personnes âgées et à leurs fournisseurs de soins la capacité de collaborer activement à la prise en charge de la maladie⁸⁷. On a suggéré des campagnes de sensibilisation et de promotion de la prise en charge autonome de la santé, pour inciter les Canadiens et les collectivités à prendre en charge leur santé, ainsi que l'élaboration de lignes directrices nationales portant sur la prise en charge autonome des diverses maladies chroniques⁸⁸.

Outre le fait qu'il incombe à chacun d'adopter des habitudes de vie saines pour prévenir ou retarder l'apparition de maladies chroniques et d'assumer la responsabilité de ses problèmes de santé, des représentants du secteur de l'assurance ont par ailleurs indiqué que les Canadiens devraient eux-mêmes prendre en charge le coût de leurs soins de longue durée. Ils ont affirmé que les Canadiens étaient responsables de planifier une telle éventualité, soit en faisant des économies ou en souscrivant une assurance privée au titre de soins de santé de longue durée⁸⁹.

6. Soins en milieu communautaire

La majorité des Canadiens âgés vivent en autonomie chez eux et veulent y rester. Seulement 7 % des Canadiens de plus de 65 ans résident dans des établissements de santé⁹⁰, et entre 20 et 30 % des résidents en soins de longue durée n'ont pas vraiment besoin d'être dans ces établissements. Souvent, ils y sont parce qu'ils ne peuvent pas effectuer les activités normales de la vie quotidienne et qu'ils ne peuvent pas bénéficier d'une aide à la vie autonome dans un foyer pour personnes âgées⁹¹. En fait, sous l'angle des soins de santé, il n'y a souvent aucune raison valable d'envoyer les personnes âgées dans un établissement de soins de longue durée⁹². En vue de réduire le nombre de visites à l'hôpital et aux salles d'urgence et d'offrir aux personnes âgées la possibilité de rester chez elles et de vivre en autonomie le plus longtemps possible, des témoins ont demandé que soient améliorés les services de soins communautaires, notamment les soins à domicile⁹³.

Au sujet des soins communautaires, il faudrait renforcer le système en améliorant l'intégration des services et l'utilisation des champs d'activité de tous les professionnels de la santé et des fournisseurs de soins de santé à domicile⁹⁴. Des témoins ont suggéré que les services de santé communautaires pourraient comprendre des cliniques mobiles, un service après les heures normales de travail, des visites à domicile, des programmes d'approches communautaires, des soins paramédicaux pour les cas non urgents, la gestion des médicaments assurée par les pharmaciens et des équipes d'infirmières mobiles pour répondre aux appels non urgents⁹⁵. Des témoins ont aussi parlé des modèles scandinaves en matière de soins communautaires dont pourrait s'inspirer le Canada⁹⁶.

Selon plusieurs témoins, la prestation de soins à domicile en tant que composante des soins communautaires devrait être améliorée. Ils ont mentionné que le rapport de la Commission royale sur l'avenir des soins de santé, intitulé *Guidés par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada*⁹⁷, et le rapport du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, intitulé *Le vieillissement de la population, un phénomène à valoriser*⁹⁸, avaient déjà souligné que les services de soins devraient être subventionnés par l'État. Des témoins ont fait remarquer que l'Accord de 2004 sur la santé mettait l'accent sur les soins à domicile tout en indiquant que ces soins n'avaient pas encore été traités adéquatement⁹⁹.

Sous leur forme actuelle, les services de soins à domicile sont plus centrés sur le rétablissement après un séjour à l'hôpital que sur la prise en charge des maladies chroniques¹⁰⁰. Le système de soins de santé est axé sur les soins de courte durée et n'englobe ni les soins continus, ni l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques¹⁰¹.

Pour y remédier, il a été suggéré qu'il faut non seulement assurer la participation des professionnels de la santé, mais aussi un meilleur soutien pour les aidants naturels. Certains témoins ont salué la mise en œuvre des récents incitatifs fédéraux, notamment le crédit d'impôt non remboursable et le prolongement des prestations de compassion de l'assurance-emploi versées aux personnes qui s'occupent d'un malade. D'autres ont demandé que les aidants naturels reçoivent un soutien accru, par exemple en ayant accès à de la formation, ce qui relève de la compétence des provinces¹⁰². Une telle formation pourrait les aider à utiliser le système de santé et à traiter des questions liées aux soins fournis aux patients¹⁰³. Comme il a été mentionné précédemment, le stress, la fatigue et l'épuisement professionnel des aidants naturels sont de nouvelles préoccupations sur le plan des soins aux personnes en phase terminale ou atteintes de maladies chroniques. Selon les témoins, les prestations prolongées versées aux aidants naturels devraient couvrir le soutien sur le plan de la santé mentale et des soins de relève, ce qui relève aussi de la compétence des provinces¹⁰⁴.

Compte tenu du vieillissement de la population, le besoin de lits de soins de longue durée ira en grandissant. Comme il a déjà été mentionné, l'optimisation des ressources des soins à domicile et en milieu communautaire serait un moyen d'atténuer cette tendance, car elle permettrait d'assurer que les lits sont occupés par les patients qui en ont vraiment besoin. Selon certains témoins, une telle approche permettrait de raccourcir le séjour des patients dans les établissements de soins de longue durée. On a d'ailleurs constaté des améliorations dans ce domaine. En effet, les personnes âgées qui sont transférées dans des établissements de soins de longue durée y passent la dernière année ou les deux dernières années de leur vie¹⁰⁵. Ce séjour est plus court que celui observé au cours des dernières décennies, où la moyenne se situait alors entre huit et dix ans. Néanmoins, des témoins ont souligné que l'optimisation des soins communautaires pourrait réduire encore plus la durée du séjour dans les établissements et les centres d'hébergement de soins de longue durée¹⁰⁶ qui, en définitive, ne devrait être que de quelques mois¹⁰⁷. Toutefois, du fait que le secteur des soins de longue durée est, de tous les secteurs des soins de santé, celui qui est le moins financé, qui intéresse le moins les chercheurs et qui enregistre les plus bas niveaux de financement pour la recherche, les progrès pour atteindre cet objectif sont très lents¹⁰⁸.

7. Déterminants sociaux de la santé

Outre les habitudes de vie malsaines qui favorisent l'apparition de maladies chroniques, il existe un lien entre ces maladies et le patrimoine génétique et biologique, ainsi qu'avec l'environnement social du patient. L'environnement social comprend les

déterminants sociaux de la santé, notamment le niveau de revenu, le niveau d'éducation, le logement et l'isolement social¹⁰⁹. Des témoins ont souligné le rôle important que jouent le logement et le revenu en tant que déterminants de la santé et le fardeau que constituent pour beaucoup de personnes âgées les dépenses liées aux soins et au traitement des maladies chroniques¹¹⁰. Ils ont également fait valoir que l'investissement dans le logement social aurait une incidence directe sur la santé¹¹¹. Dans un contexte plus large, des témoins ont parlé d'une étude en cours sur le lien entre la santé des personnes âgées et les inégalités sociales. La recherche montre que les inégalités s'accroissent avec l'âge, et que les personnes les moins favorisées sur le plan des déterminants sociaux de la santé sont davantage exposées à des conséquences plus néfastes que prévu pour la santé, qu'on appelle « désavantages accumulés¹¹² ». Il est impossible, dans le cas des soins aux personnes âgées atteintes d'affections chroniques, de séparer la santé des services sociaux¹¹³.

8. Une approche intégrée et multisectorielle en matière de soins de santé

Plusieurs témoins ont attiré l'attention sur la nécessité de transformer le modèle actuel de prestation des soins actifs en un modèle qui répond mieux aux besoins des personnes souffrant de maladies chroniques, particulièrement les personnes âgées. Des témoins ont aussi parlé de la nécessité d'étendre la palette des soins primaires au-delà de la simple médecine de famille¹¹⁴. Pour effectuer un tel changement de politique, il faudrait, ont-ils expliqué, passer de la priorité accordée aux maladies aiguës à la reconnaissance du rôle essentiel des maladies chroniques et, par conséquent, passer des soins en établissement à un réseau de soins de santé¹¹⁵. Ils ont décrit l'intégration d'une variété de services fournis par tout un éventail de secteurs de la société¹¹⁶. Des témoins ont instamment demandé l'élimination des cloisonnements qui existent dans le secteur de la santé afin que tous les professionnels de la santé puissent donner ensemble, dans l'intérêt des patients, les soins complexes indispensables à la prise en charge efficace des affections chroniques¹¹⁷. Dans le contexte de l'intégration des autres secteurs, des témoins ont mentionné les besoins particuliers des personnes âgées atteintes de maladies chroniques et ont vivement recommandé le maintien de la prestation des services de soins de santé qui peuvent ne pas être considérés médicalement nécessaires à l'heure actuelle¹¹⁸.

Pour certains témoins, un modèle de soins interdisciplinaire comprenant l'intégration des services d'un éventail de professionnels de la santé est essentiel à la prestation des soins complexes dont ont besoin les personnes âgées atteintes d'affections chroniques. Ce modèle conviendrait le mieux pour aider les patients à prendre en charge leurs propres besoins en matière de santé et à maintenir une bonne qualité de vie¹¹⁹. Selon les témoignages, un tel modèle fondé sur le travail d'équipe devrait être axé sur le patient et mis en place uniformément dans la collectivité, les centres de soins de santé, les foyers pour personnes âgées et les établissements de soins de longue durée¹²⁰.

Des modèles de soins intégrés pour personnes âgées ont été élaborés et mis en œuvre au Canada et à l'étranger. Deux programmes de recherche menés au Québec, SIPA (Services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie)¹²¹ et PRISMA (Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien en autonomie)¹²² ont été portés à l'attention du Comité. Le modèle SIPA intègre les soins en établissement et les soins en milieu communautaire, et il a été démontré qu'il accroît la satisfaction des patients. Le modèle PRISMA fait lui aussi appel à des équipes interdisciplinaires et des gestionnaires de cas et vise à ce que les gens restent plus longtemps chez eux. Sur le plan des modèles conçus spécialement pour les soins aux malades chroniques, il existe le modèle des soins aux malades chroniques de Wagner¹²³. Selon ce modèle, la prise en charge des maladies chroniques est une composante du système de prestations de soins de santé et de services sociaux. Dans ce modèle, les soins de santé sont entièrement intégrés dans les services communautaires et on essaie de donner aux patients les moyens de prendre eux-mêmes des décisions et d'être autonomes. Des témoins ont évoqué les soins axés sur les patients et ont suggéré que ces soins pourraient inclure un modèle de financement rattaché au patient¹²⁴. Ils ont également fait valoir que de 5 à 8 % des personnes âgées vivant dans des résidences privées et dans les collectivités auraient besoin d'une telle approche intégrée des soins de santé¹²⁵.

Des témoins ont suggéré qu'un système intégré efficace permettrait aux professionnels de la santé d'exercer dans toute l'étendue de leur champ de pratique¹²⁶. De plus, les services de soins paramédicaux non urgents ou communautaires pourraient atténuer la pression qui pèse sur le système de prestation de soins de courte durée¹²⁷. Le personnel paramédical pourrait être intégré dans un modèle de soins aux malades chroniques pour fournir des soins à domicile aux personnes ayant subi une intervention chirurgicale, surveiller les patients atteints d'affections chroniques, donner une éducation sanitaire afin que les patients puissent se prendre en charge plus facilement et faire des évaluations de routine. L'intégration des pharmaciens dans un modèle de soins aux malades chroniques a été présentée comme étant un ajout important pour contrôler les effets indésirables de médicaments et offrir aux patients des services de gestion de la pharmacothérapie et des renseignements sur la santé et les médicaments¹²⁸.

Plusieurs témoins ont indiqué que, pour être véritables, les soins interdisciplinaires nécessitent l'élaboration et la mise en œuvre de systèmes d'information, ce qui comprend les systèmes des dossiers de santé électroniques et d'ordonnances électroniques¹²⁹. Les fournisseurs de soins devraient avoir accès à tous les renseignements dont ils ont besoin relativement à un état de santé ou à un patient qu'ils traitent¹³⁰. Ces éléments sont jugés essentiels pour améliorer l'efficacité du système de soins de santé et la continuité des soins¹³¹.

Le modèle multisectoriel intègre l'approche interdisciplinaire, ou les soins axés sur le travail d'équipe, dans une approche plus vaste qui englobe « l'ensemble de la société » et qui fait intervenir une gamme de services non liés à la santé. Des témoins ont déclaré que beaucoup de personnes âgées ont besoin des services sociaux pour prendre en charge leurs problèmes de santé et vivre en autonomie. Le ménage, la préparation des repas, le transport, l'infrastructure qui les encourage à mener une vie active ont été donnés

comme exemples. Des témoins estiment que tout changement au niveau de la prestation des services de santé et des services sociaux ne devrait pas pénaliser les personnes âgées à faible revenu¹³².

Le Comité a appris que 5 % de la population – principalement des personnes âgées atteintes d'affections chroniques¹³³ – utilise actuellement 50 % des ressources des soins de santé, que le coût des soins à domicile est inférieur de 40 à 75 % au coût des soins en établissement¹³⁴, et que les soins de santé sont de meilleure qualité quand les fournisseurs de soins sont intégrés et qu'ils exercent dans toute l'étendue de leur champ de pratique. De plus, les recherches laissent entendre que la mise en place d'un tel système n'exigerait aucun financement supplémentaire¹³⁵. Le modèle actuel ne répond pas aux besoins des personnes âgées, peu importe le nombre de fois qu'il est ou sera remanié ou ajusté. En fait, pour répondre aux besoins de la population vieillissante du Canada, un changement fondamental des pratiques cliniques et professionnelles s'avère nécessaire¹³⁶.

Le Comité a appris l'existence du Translating Research in Elder Care Program (TREC), ou programme de concrétisation de la recherche dans les soins aux aînés. Il s'agit d'une étude quinquennale de 5 millions de dollars subventionnée par les IRSC afin d'examiner la situation des centres d'hébergement et de soins de longue durée de trois provinces, soit l'Alberta, la Saskatchewan et le Manitoba. Le programme TREC analyse les facteurs ayant une incidence sur l'utilisation des pratiques exemplaires et établit de quelle manière leur utilisation influe sur les résidents et les résultats du système. En ce qui concerne les résidents, il s'agit de la qualité de vie quotidienne, d'une fin de vie de qualité et de la sécurité. Quant au système, il s'agit de soutien à la famille et aux fournisseurs de soins, de meilleures pratiques en matière de soins et de l'établissement de stratégies visant à mobiliser les employés de première ligne pour qu'ils améliorent leurs pratiques¹³⁷.

D. Questions relevant de la prévention des maladies chroniques grâce à la promotion de la santé

1. Nutrition saine et poids santé chez les enfants

Des témoins ont parlé des effets nuisibles du sodium et des gras trans dans les aliments. Il a notamment été question du Groupe d'étude sur les graisses trans, que coprésidaient Santé Canada et la Fondation des maladies du cœur du Canada¹³⁸. Ce groupe multiintervenant, mis sur pied en 2005, avait pour mandat d'élaborer, à l'intention de la ministre de la Santé, des recommandations et des stratégies pour éliminer ou réduire les gras trans dans les aliments prêts-à-servir. Son rapport, « TRANSformer l'approvisionnement alimentaire », présenté au ministre en juin 2006, formule plusieurs recommandations sur le plan réglementaire, des incitatifs et de la recherche.

Des témoins ont indiqué que plus de 80 % des aliments et boissons destinés aux enfants sont mauvais pour la santé et ont une teneur élevée en gras, en sucre et en sodium ou contiennent peu d'éléments nutritifs¹³⁹. Il a également été question de l'*Initiative canadienne pour la publicité sur les aliments et les boissons destinée aux enfants*. L'initiative¹⁴⁰, lancée en 2007 et endossée par 19 entreprises de l'industrie alimentaire et des boissons, vise à encourager la promotion de choix alimentaires sains et à décourager la promotion de choix alimentaires malsains auprès des enfants de moins de 12 ans. Des témoins ont aussi parlé de l'initiative *Vive les enfants*, des Annonceurs responsables en publicité pour enfants, qui vise à outiller les enfants pour les amener à adopter un mode de vie sain, à être plus actifs et à mieux connaître les médias qui les entourent.

La *Loi sur la protection du consommateur* du Québec est la seule loi canadienne qui interdit la publicité commerciale destinée aux enfants¹⁴¹. Le Québec se classe parmi les provinces canadiennes où la consommation de boissons gazeuses et le taux d'obésité chez les enfants de 6 à 11 ans sont les plus bas¹⁴². À ce chapitre, certains témoins ont recommandé qu'une interdiction similaire soit adoptée¹⁴³ et qu'elle vise non seulement la télévision, mais aussi d'autres médias comme Internet¹⁴⁴. Quelques-uns étaient d'avis qu'il est nécessaire d'adopter une approche concertée et de mettre en place des mesures intensifiées et soutenues pour promouvoir le poids santé chez les enfants et les adolescents¹⁴⁵.

2. Activité physique et blessures chez les jeunes

Plusieurs témoins ont parlé du besoin de promouvoir l'activité physique et ont présenté quelques initiatives qu'ont entreprises diverses organisations à cet égard. ParticipACTION a décrit son initiative *Journée du sport*, une activité d'envergure nationale qui s'est tenue en septembre 2011 pour célébrer tant les sports populaires que de compétition. L'organisation a également parlé de son programme *Sogo Active*, un mouvement national visant à accroître le niveau d'activité physique des jeunes Canadiens de 13 à 19 ans. De son côté, l'Association canadienne des ergothérapeutes a décrit le guide sur le mode de vie actif qu'elle prépare actuellement en collaboration avec des chercheurs universitaires.

Dans le but de remédier au problème de l'inactivité après l'école, Éducation physique et santé Canada, en partenariat avec la GoodLife Kids Foundation, a créé des ressources et des mesures de soutien pour aider les écoles et les communautés à concevoir et à offrir des programmes parascolaires axés sur l'activité physique. En collaboration avec des enseignants et des professionnels du milieu, Éducation physique et santé Canada élabore des ressources, des outils et des initiatives pour que tous les enfants canadiens développent les connaissances, les compétences et les habiletés nécessaires pour être actifs. Éducation physique et santé Canada travaille également à un projet pilote sur la littératie des enfants et des adolescents par le biais de ressources et d'outils d'évaluation à l'intention des enseignants. Finalement, ParticipACTION, en association avec Éducation physique et santé Canada

et d'autres intervenants, a lancé Canada actif 20/20, une stratégie nationale pour accroître l'activité physique¹⁴⁶.

Sur le plan des stratégies provinciales, il a été question de l'initiative *Québec en Forme*, lancée en 2002 par la Fondation Lucie et André Chagnon et le gouvernement du Québec pour promouvoir les modes de vie sains chez les enfants défavorisés de 4 à 12 ans. Finalement, il a également été question de la *Charte de Toronto pour l'activité physique : Pour un engagement en faveur de la santé*¹⁴⁷. La *Charte* est un appel à l'action et un instrument de plaidoyer pour implanter durablement des conditions favorisant un mode de vie actif pour tous. Elle vise quatre domaines fondamentaux : implanter une politique nationale avec son plan d'action; proposer des politiques qui soutiennent l'activité physique; revoir l'offre de services et le financement pour prioriser l'activité physique; et établir des partenariats pour passer à l'action.

Certains témoins se sont dits préoccupés par les blessures chez les jeunes et ont demandé que le gouvernement fédéral joue un rôle plus actif dans ce dossier. Même s'ils voient d'un bon œil l'édiction récente de la *Loi canadienne sur la sécurité des produits de consommation*, ils ont néanmoins proposé la création d'une stratégie nationale sur les blessures chez les enfants et les adolescents et sur les blessures au cours de la vie¹⁴⁸. Une telle stratégie reposerait sur la recherche, la sensibilisation publique et la politique. Toutefois, les ressources et les fonds alloués à la recherche sur les blessures sont minces par rapport au fardeau économique et social qu'elles représentent¹⁴⁹. Qui plus est, les retombées des investissements dans des stratégies efficaces de prévention des traumatismes pourraient être considérables, notamment sur le plan des pertes de vie évitées et la réduction des coûts des soins de santé¹⁵⁰.

3. Investissements dans la promotion de la santé et la prévention des maladies

Selon les statistiques, les gouvernements de tous les ordres ont consacré, en 2011-2012, 0,9 % des dépenses publiques totales en soins de santé à la promotion de la santé, à l'activité physique et aux sports¹⁵¹. De plus, la hausse de 5 % du financement accordé aux initiatives de prévention permettra au système de soins de santé de réaliser des économies à moyen terme¹⁵². À cet égard, selon une étude réalisée récemment aux États-Unis, d'ici 25 ans, les investissements dans la prévention devraient permettre de prévenir les décès prématurés attribuables aux maladies chroniques et de réduire les coûts des soins de santé¹⁵³. Le gouvernement fédéral devrait adopter une vision de la promotion de la santé et de la prévention des maladies qui incite la population et les communautés à prendre part à des activités de vie saine et qui fait preuve de leadership¹⁵⁴.

La persuasion technologique sur les appareils mobiles constitue une nouvelle approche prometteuse de promotion de la santé et de prévention des maladies¹⁵⁵. Le but est de concevoir une technologie pour modifier les attitudes et les comportements humains de manière non coercitive et sans chercher à tromper. Une telle technologie pourrait

joindre une vaste proportion de la population, si l'on se fie au taux de pénétration des appareils mobiles au Canada, qui atteignait environ 70 % en 2010¹⁵⁶.

E. Rôles possibles du gouvernement fédéral

Plusieurs témoins ont reconnu que la prestation de services de santé et de services sociaux relève essentiellement des provinces et des territoires. Toutefois, ils ont formulé des suggestions quant aux mesures que pourrait prendre le gouvernement fédéral relativement à la promotion de la santé, à la prévention des maladies chroniques et à la prise en charge des maladies. Ces rôles sont décrits ci-dessous.

1. Législation

Selon certains témoins, la *Loi canadienne sur la santé* est trop restrictive¹⁵⁷. À leur avis, il ne suffit pas de se limiter aux soins de courte durée, et il faut considérer les soins à domicile comme étant médicalement nécessaires au vu de la *Loi*¹⁵⁸. De plus, il faudrait une loi sur la continuité des soins, une *Loi sur les soins de longue durée*, qui viserait les soins en établissement et en milieu communautaire et qui comporterait des principes similaires à ceux de la *Loi canadienne sur la santé*^{§159}. L'affectation de ressources aux initiatives de soins à domicile permettrait aux Canadiens de recevoir des soins à domicile, ce qui de ce fait, réduirait la dépendance aux services de soins de courte durée coûteux¹⁶⁰. Un modèle subventionné par l'État et prescrit par la législation fédérale pourrait donner de meilleurs résultats dans le domaine de la santé qu'un modèle du secteur privé à but lucratif ou qu'un modèle hybride subventionné par l'État sans but lucratif/privé et à prestation de services de santé à but lucratif¹⁶¹.

2. Réglementation

Il serait possible de mieux encourager l'adoption d'habitudes alimentaires saines si la réglementation sur l'étiquetage alimentaire était modifiée. À ce chapitre, des témoins ont indiqué qu'il pourrait s'avérer nécessaire d'apposer l'étiquetage nutritionnel sur le devant de l'emballage. Ce type d'étiquetage a été décrit comme un moyen d'aider les Canadiens à faire des choix éclairés. L'actuel « tableau de la valeur nutritive » affiché sur les aliments préemballés a été décrit comme inutilement compliqué. Il serait possible de présenter des données concises sur le devant de l'emballage, comme c'est déjà le cas ailleurs. Un tel étiquetage permettrait aux consommateurs de rapidement consulter l'information

§ Les cinq principes de la *Loi canadienne sur la santé* sont décrits aux articles 8 à 12. Il s'agit de la gestion publique, de l'universalité, de l'intégralité, de la transférabilité et de l'accessibilité.

nutritionnelle, pour savoir par exemple si le contenu en sel ou en gras est considéré comme faible, moyen ou élevé¹⁶².

3. Accord sur la santé et transferts des responsabilités en matière de santé

Plusieurs témoins ont attiré l'attention sur les discussions qui se tiendront concernant le renouvellement de l'Accord de 2014 sur la santé en tant que stratégie de prévention des maladies chroniques liées à l'âge. Certains témoins ont suggéré que le renouvellement de l'Accord est une occasion pour le gouvernement fédéral d'investir dans les transferts relatifs à la santé¹⁶³, particulièrement dans des secteurs prioritaires clés tels que les soins à domicile, l'assurance-médicaments et la continuité des soins¹⁶⁴. Bien que des témoins aient suggéré d'utiliser l'Accord pour promouvoir la responsabilité, les normes pancanadiennes et la coordination plurigouvernementale, ils ont aussi décrit comment il pourrait atténuer les répercussions des maladies chroniques liées au vieillissement. Par exemple, l'Accord pourrait ouvrir la voie à diverses réformes telles que : des services de santé intégrés qui utilisent différentes catégories de fournisseurs de soins¹⁶⁵; des avancées technologiques comme les dossiers de santé électroniques, afin de favoriser la collaboration entre les professionnels de la santé¹⁶⁶; une réforme des soins primaires visant l'intégration des services de soins à domicile et en milieu communautaire¹⁶⁷; des stratégies coordonnées de prévention des maladies et de promotion de la santé à l'échelle nationale¹⁶⁸; et un fonds de stimulation des pratiques exemplaires, de l'innovation et de la recherche¹⁶⁹.

Des témoins ont soutenu que ces changements rendraient le présent système de santé plus attentif aux besoins changeants des Canadiens et qu'ils amélioreraient l'utilisation des services de santé disponibles¹⁷⁰. En conséquence, le système de santé deviendrait plus responsable, plus efficace et plus rentable¹⁷¹.

4. Recherche

Le Comité a entendu les témoignages de plusieurs représentants du milieu de la recherche. Ces témoignages ont fait état des recherches importantes en cours ainsi que des lacunes qui doivent être comblées. Il a notamment été question de l'Institut du vieillissement des IRSC qui a adopté une approche intégrée parce que les décisions concernant les politiques relatives à la restructuration de la prestation des services de santé doivent être fondées sur des données probantes¹⁷². On a aussi parlé d'un certain nombre de domaines qui nécessitent un peu plus de recherches, par exemple, les stratégies visant à prolonger la durée de vie en autonomie des personnes âgées¹⁷³, la prestation de soins de longue durée¹⁷⁴, l'utilisation des professionnels de la santé dans toute l'étendue de leur champ de pratique¹⁷⁵ et l'intégration des services de santé et des services sociaux pour les personnes âgées¹⁷⁶. Au chapitre de la promotion de la santé et

de la prévention des maladies, des témoins ont parlé du besoin d'intensifier la recherche sur la façon d'inciter les gens à adopter des habitudes de vie plus saines¹⁷⁷.

5. Stratégies nationales

Plusieurs témoins ont décrit les stratégies nationales visant expressément certaines maladies et qui ont été mises en œuvre, telles que la Stratégie canadienne de prévention des accidents cérébrovasculaires¹⁷⁸, le Cadre de travail national sur la santé pulmonaire¹⁷⁹, la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer lancée par le biais du Partenariat canadien contre le cancer¹⁸⁰, la Stratégie canadienne sur le diabète¹⁸¹ et la Stratégie canadienne de santé cardiovasculaire¹⁸². La mise en œuvre de la Stratégie nationale de lutte contre la douleur devrait être annoncée bientôt¹⁸³. Quant à la Stratégie nationale en matière de santé mentale¹⁸⁴ (y compris une stratégie de prévention des affections neurologiques), elle a été mise en œuvre. Bien que plusieurs de ces stratégies soient financées dans le cadre de l'approche collaborative des gouvernements F/T/P en matière de maladies chroniques et de modes de vie sains, des témoins ont souligné que, pour les personnes atteintes de multiples affections chroniques, particulièrement les personnes âgées, la prise en charge des maladies chroniques est plus complexe que la somme de ses composantes. Ainsi, il faudrait élaborer une stratégie nationale de promotion du vieillissement en bonne santé. Une telle stratégie devrait comporter des mesures visant à : favoriser la promotion de la santé et la détection précoce des maladies; promouvoir les stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies, notamment par l'adoption d'un mode de vie sain; soutenir les soignants professionnels et non professionnels; aborder la question des déterminants de la santé; améliorer l'accès aux services de santé, ce qui comprend les soins en fin de vie et les soins continus appropriés; et enfin, œuvrer pour que les gens restent plus longtemps chez eux¹⁸⁵.

Pour ce qui est de l'adoption d'un mode de vie sain, plusieurs témoins ont suggéré des secteurs où le gouvernement fédéral pourrait accroître sa participation, notamment l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie alimentaire et nutritionnelle pour un approvisionnement en vivres sains et sans danger, ce qui comprend la sécurité des aliments pour tous les Canadiens¹⁸⁶.

6. Échange de renseignements et pratiques exemplaires

Au cours des audiences, il a été question de la transmission du savoir, soit la mise en pratique des résultats des recherches. Plusieurs témoins ont dit que le gouvernement fédéral se doit de faciliter la transmission du savoir par la mise en place d'un mécanisme national d'échange de renseignements, notamment des résultats de recherche, et de mise en commun des pratiques exemplaires et des innovations des différentes sphères de compétence¹⁸⁷. L'établissement de partenariats et de stratégies nationales a beaucoup aidé à promouvoir la mise en commun des pratiques exemplaires¹⁸⁸. Des témoins ont évoqué plusieurs projets régionaux réussis et ont suggéré la mise en place d'un

mécanisme solide pour faire connaître ces réussites dans tout le Canada¹⁸⁹. Les provinces éprouvent des difficultés à modifier les politiques requises pour inclure les soins aux malades chroniques dans le système de soins de santé, mais un meilleur échange de renseignements et des pratiques exemplaires faciliteraient un tel changement de politiques. En outre, l'Institut du vieillissement des IRSC a lancé récemment un programme appelé « Meilleurs cerveaux ». Ce programme permet à des chercheurs et à des décideurs de présenter à des responsables politiques des résultats de recherche pertinents¹⁹⁰. Enfin, la création d'un centre d'innovation sur le vieillissement a été décrite comme étant un moyen de faciliter l'échange de renseignements et la mise en commun de pratiques exemplaires, non seulement entre les régions du Canada, mais aussi avec d'autres pays¹⁹¹.

7. Modèle de soins intégrés des populations relevant de la compétence du gouvernement fédéral

Le gouvernement fédéral est responsable de la prestation des services de santé de certains groupes qui ont été cités par plusieurs témoins. Selon ces derniers, le gouvernement devrait montrer l'exemple et apporter les changements nécessaires pour passer du modèle actuel de soins de courte durée à un modèle qui répond mieux aux besoins des personnes atteintes d'affections chroniques¹⁹². Par exemple, les anciens combattants, les Autochtones qui vivent dans les réserves, les membres de la Gendarmerie royale du Canada et les membres des Forces canadiennes devraient recevoir le continuum de soins complets, y compris la prestation de services intégrés, dans le but de prévenir davantage les affections chroniques et de mieux les prendre en charge¹⁹³.

Le Comité a entendu que les Autochtones sont beaucoup plus susceptibles d'être atteints du diabète, de maladies respiratoires chroniques et d'autres affections, et qu'il serait utile d'adopter une approche intégrée de prestation des services de soins de santé¹⁹⁴. Cependant, cette approche doit être adaptée à la population et tenir compte des différences culturelles¹⁹⁵.

8. Stratégie en matière de modes de vie sains destinée aux collectivités des Premières nations

À propos des groupes relevant du gouvernement fédéral, il a été suggéré que ce dernier augmente et maintienne ses investissements liés aux modes de vie sains pour les collectivités des Premières nations, en accordant une attention spéciale aux collectivités du Nord et en région éloignée parce qu'elles sont les plus touchées par la maladie. De plus, il a été question du besoin de créer un mécanisme coordonné pour rassembler, évaluer et analyser les données concrètes émergeant des initiatives d'inspiration communautaire menées dans les collectivités autochtones¹⁹⁶.

OBSERVATIONS ET RECOMMANDATIONS DU COMITÉ

Le Comité convient que la promotion de la santé devrait débuter tôt dans la vie et se poursuivre toute la vie durant afin de réduire le risque de maladies chroniques à long terme. Le Comité comprend aussi que, même à un âge avancé, il est possible d'améliorer sa santé en troquant de vieilles habitudes contre des choix de vie plus sains. Toutefois, changer ses habitudes n'est pas une chose simple. De l'avis du Comité, une approche à volets multiples est nécessaire. Certes, le gouvernement fédéral a son rôle à jouer, mais la contribution des autres paliers de gouvernement, des professionnels de la santé, des organisations pour la vie active, des industries alimentaire et de la condition physique et des particuliers est tout aussi importante.

Le Comité reconnaît que, même si un mode de vie sain implique nécessairement des choix dont nous seuls avons la responsabilité, les circonstances personnelles peuvent souvent nous empêcher de faire ces bons choix. C'est pourquoi le Comité applaudit l'appui de l'ASPC à des projets qui visent à réduire les inégalités en matière de santé découlant d'un désavantage sur le plan des déterminants sociaux de la santé.

Le Comité comprend les préoccupations liées aux besoins en matière de santé des personnes atteintes d'une maladie chronique, en particulier les personnes âgées. Le Comité s'inquiète de la prévalence des problèmes de santé mentale et appuie les efforts de la Commission de la santé mentale du Canada. Le Comité est impatient d'examiner plus en détail la toute nouvelle Stratégie en matière de santé mentale et encourage les provinces et les territoires à collaborer étroitement avec la Commission de la santé mentale pour mettre en œuvre la Stratégie.

Le Comité convient que la prise en charge des personnes âgées atteintes d'une ou de plusieurs maladies chroniques est un exercice parfois complexe qui, pour être optimal, peut nécessiter l'adoption d'une approche interdisciplinaire. Une telle approche comprend la réforme de la prestation des soins primaires aux personnes atteintes d'une maladie chronique, en particulier les personnes âgées. Cette réforme nécessite la création d'équipes de soins et l'élargissement du champ d'activité de certains professionnels de la santé en vue d'améliorer l'utilisation des ressources existantes. Souvent, l'approche des soins qui met l'ensemble de la société à contribution va au-delà de la définition habituelle de « services de soins de santé » pour inclure les tâches ménagères, l'aide à la préparation des repas, le transport et la transformation de l'infrastructure communautaire de façon à favoriser et à faciliter la vie active. Les aidants naturels jouent un rôle important à cet égard, et le Comité appuie les demandes d'appuis supplémentaires en matière de formation, d'éducation, de soutien en santé mentale et de soins de répit.

Bien que le Comité appuie ces approches, il tient en revanche à souligner que le gouvernement fédéral devrait se concentrer sur son rôle de mobilisateur et de collaborateur afin de faciliter et d'encourager les provinces et territoires à adopter des pratiques exemplaires dans la mesure du possible. À cet égard, le Comité se réjouit de la création récente du groupe de travail sur l'innovation en soins de santé, un projet provincial

et territorial. Le Comité convient que le gouvernement fédéral joue un rôle clé pour inciter au partage des renseignements et à la mise en commun des pratiques exemplaires. Au sujet des groupes relevant du gouvernement fédéral en matière de soins de santé, le Comité soutient les préoccupations des témoins qui ont suggéré la mise en œuvre d'une approche intégrée de prestation des soins de santé.

Par conséquent, le Comité recommande :

Que la ministre de la Santé continue d'engager un dialogue avec les ministres de la Santé, de la Promotion de la santé et du Mode de vie sain des provinces et des territoires sur la nécessité d'adapter les soins de santé en fonction d'un modèle davantage interdisciplinaire et multisectoriel;

Que la ministre de la Santé continue de tendre la main aux provinces et territoires pour mettre en commun les pratiques exemplaires sur :

- **le champ d'activité des professionnels de la santé;**
- **le recours possible à des équipes soignantes;**
- **les approches de soins multisectorielles qui incluent non seulement les services de santé classiques, mais aussi les services sociaux nécessaires pour maintenir une bonne qualité de vie et prendre en charge les conditions de santé;**

Que le gouvernement du Canada continue de recourir à des approches intégrées et multisectorielles de soins lorsque cela s'avère nécessaire et pertinent.

Une grande attention a été apportée aux travaux de recherche menés actuellement au Canada concernant la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prise en charge des maladies chroniques. Même si de nombreux témoins se sont réjouis du volume de travail entrepris à l'Institut canadien d'information sur la santé et aux IRSC, d'autres ont parlé des lacunes qu'il reste à combler et ont demandé que le gouvernement fédéral se charge de remédier à la situation. À ce chapitre, le Comité est heureux de constater les efforts que déploient les IRSC pour cibler les priorités en matière de recherche stratégique. De plus, il félicite les IRSC d'encourager la recherche qui améliorera les soins axés sur le patient, déterminera les pressions que le vieillissement de la population et les taux en croissance de maladies chroniques exercent sur le système de soins de santé, et abordera la question de l'importance de tirer parti des ressources au moyen de la collaboration avec d'autres ministères, organismes gouvernementaux et organisations sans but lucratif. Le Comité suggère que la recherche s'étende également aux ressources humaines de la santé, compte tenu de l'importance, soulignée par certains témoins, d'augmenter le

nombre de personnes formées dans certaines spécialités. Finalement, des témoins ont parlé de l'importance de rendre concrets les résultats de recherche. Le Comité convient que les résultats de recherche doivent être accessibles et s'avérer utiles aux intervenants.

Par conséquent, le Comité recommande :

Que les Instituts de recherche en santé du Canada continuent d'appuyer la recherche sur les maladies chroniques;

Que Santé Canada continue à collaborer avec l'industrie compétente afin de l'inciter à offrir volontairement des choix santé aux Canadiens;

Que Santé Canada continue à faire la promotion de choix de modes de vie sains pour tous les Canadiens afin de rendre ces choix plus faciles.

Conclusion

Au cours de l'étude du Comité, divers témoins ont déclaré que les modes de vie sains, même lorsqu'ils sont adoptés tardivement, ont une incidence fortement positive sur la santé et peuvent contribuer à réduire la prévalence des maladies chroniques. Afin d'inciter les Canadiens à améliorer leur état de santé, des fonctionnaires et des intervenants nationaux et régionaux ont présenté des projets visant à appuyer les modes de vie sains, et à en faire la promotion, ainsi qu'à réduire le nombre de personnes atteintes de maladies chroniques. La réduction du fardeau de ces maladies grâce à l'adoption d'un mode de vie sain passe d'abord par la participation de la population. Cependant, les initiatives des gouvernements sont essentielles à la promotion de saines habitudes. En outre, des représentants des IRSC et des chercheurs universitaires ont fait part de leurs conclusions sur les moyens à prendre pour alléger ce fardeau et pour aider les gens à adopter des habitudes plus saines. Le Comité soutient ceux qui mènent des recherches sur les maladies chroniques et la promotion de la santé et attend avec impatience d'en voir les effets concrets sur l'amélioration des soins de santé. Enfin, le Comité est sûr que le gouvernement fédéral continuera de faire preuve de leadership et incitera les provinces et territoires à optimiser leur approche de la promotion de modes de vie sains et de la gestion des soins des Canadiens atteints de maladies chroniques.

-
- 1 Agence de la santé publique du Canada (ASPC), *Témoignages*, 5 octobre 2011.
 - 2 ASPC, *Témoignages*, 5 décembre 2011.
 - 3 Association canadienne de santé publique (ACSP), *Témoignages*, 7 décembre 2011.
 - 4 YMCA Canada, *Témoignages*, 12 décembre 2011.

-
- 5 *Ibid.*
- 6 Centre pour la science dans l'intérêt public (CSIP), *Témoignages*, 2 février 2012.
- 7 ParticipACTION, *Témoignages*, 12 décembre 2011; Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), *Témoignages*, 5 décembre 2011.
- 8 Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), *Témoignages*, 5 décembre 2011.
- 9 YMCA Canada, *Témoignages*, 12 décembre 2011.
- 10 Martin Cooke, Université de Waterloo, *Témoignages*, 9 février 2012.
- 11 Éducation physique et santé Canada, *Témoignages*, 12 décembre 2011.
- 12 ParticipACTION, *Témoignages*, 12 décembre 2011.
- 13 *Ibid.*
- 14 Association des pharmaciens du Canada (APhC), *Témoignages*, 31 octobre 2011.
- 15 ASPC, *Témoignages*, 5 octobre 2011.
- 16 Mark Rosenberg, Université Queen's, *Témoignages*, 28 novembre 2011.
- 17 Margaret McGregor, University of British Columbia, *Témoignages*, 30 novembre 2011.
- 18 Association médicale canadienne (AMC), *Témoignages*, 17 octobre 2011; Initiative nationale pour le soin des personnes âgées, *Témoignages*, 31 octobre 2011; ASPC, 5 octobre 2011.
- 19 ASPC, *Témoignages*, 5 octobre 2011.
- 20 APhC, *Témoignages*, 31 octobre 2011.
- 21 AMC, *Témoignages*, 17 octobre 2011.
- 22 ASPC, *Témoignages*, 5 octobre 2011.
- 23 Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), *Témoignages*, 17 octobre 2011.
- 24 *Ibid.*
- 25 Association chiropratique canadienne (ACC) et AIIC, *Témoignages*, 17 octobre 2011; Association canadienne du diabète (ACD), Partenariat canadien contre le cancer, Fondation des maladies du cœur (FMC) et APC, *Témoignages*, 19 octobre 2011; Coalition d'une vie active pour les aînées, *Témoignages*, 24 octobre 2011; Elizabeth Badley, *Témoignages*, 2 novembre 2011.
- 26 ASPC, *Témoignages*, 5 octobre 2011.
- 27 *Ibid.*
- 28 *Ibid.*
- 29 ASPC, *Témoignages*, 5 octobre 2011, Suzanne Garon, *Témoignages*, 31 octobre 2011.

-
- 30 ASPC, *Témoignages*, 5 octobre 2011.
- 31 IRSC, *Témoignages*, 24 octobre 2011.
- 32 IRSC, *Témoignages*, 5 décembre 2011.
- 33 Société canadienne de gériatrie (SCG), *Témoignages*, 17 octobre 2011.
- 34 APC, *Témoignages*, 19 octobre 2011.
- 35 AMC, *Témoignages*, 17 octobre 2011.
- 36 SCG, *Témoignages*, 17 octobre 2011.
- 37 Dorothy Pringle, *Témoignages*, 31 octobre 2011.
- 38 Sylvie Belleville, *Témoignages*, 30 novembre 2011, IRSC-Institut du vieillissement, *Témoignages*, 24 octobre 2011.
- 39 Associated Medical Services, *Témoignages*, 26 octobre 2011.
- 40 Association canadienne des individus retraités, *Témoignages*, 24 octobre 2011.
- 41 APhC, *Témoignages*, 31 octobre 2011.
- 42 Directeurs des services médicaux d'urgence, *Témoignages*, 28 novembre 2011.
- 43 SCG, *Témoignages*, 17 octobre 2011.
- 44 Fédération des aînées et aînés francophones du Canada, *Témoignages*, 24 octobre 2011.
- 45 APhC, *Témoignages*, 31 octobre 2011.
- 46 Mark Rosenberg, *Témoignages*, 28 octobre 2011.
- 47 Initiative nationale pour le soin des personnes âgées, *Témoignages*, 31 octobre 2011.
- 48 Association canadienne des individus retraités, *Témoignages*, 24 octobre 2011.
- 49 ACD, *Témoignages*, 19 octobre 2011.
- 50 Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec et Associated Medical Services, *Témoignages*, 16 novembre 2011.
- 51 Coalition d'une vie active pour les aîné(e)s, *Témoignages*, 24 octobre 2011.
- 52 Partenariat canadien contre le cancer, *Témoignages*, 19 octobre 2011.
- 53 *Ibid.*
- 54 FMC, *Témoignages*, 19 octobre 2011.
- 55 APC, *Témoignages*, 19 octobre 2011.
- 56 *Ibid.*

-
- 57 Elizabeth Badley, *Témoignages*, 2 novembre 2011.
- 58 Abbott (mémoire).
- 59 Coalition canadienne contre la douleur, *Témoignages*, 26 octobre 2011.
- 60 Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, *Témoignages*, 26 octobre 2011.
- 61 Elizabeth Badley, *Témoignages*, 2 novembre 2011.
- 62 APhC, *Témoignages*, 31 octobre 2011.
- 63 *Ibid.*
- 64 Initiative nationale pour le soin des personnes âgées, *Témoignages*, 31 octobre 2011.
- 65 Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, *Témoignages*, 26 octobre 2011.
- 66 ACD, *Témoignages*, 19 octobre 2011; Elizabeth Badley, *Témoignages*, 2 novembre 2011; FMC, *Témoignages*, 19 octobre 2011.
- 67 APhC, *Témoignages*, 31 octobre 2011.
- 68 AMC et SCG, *Témoignages*, 17 octobre 2011; Coalition d'une vie active pour les aîné(e)s et IRSC-Institut du vieillissement, *Témoignages*, 24 octobre 2011; Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées et Coalition canadienne contre la douleur, *Témoignages*, 26 octobre 2011; Initiative nationale pour le soin des personnes âgées, *Témoignages*, 31 octobre 2011; Elizabeth Badley, 2 novembre; Sylvie Belleville, *Témoignages*, 30 novembre 2011.
- 69 Coalition d'une vie active pour les aîné(e)s, *Témoignages*, 24 octobre 2011.
- 70 SCG, *Témoignages*, 17 octobre 2011.
- 71 SCG, *Témoignages*, 17 octobre 2011; Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, *Témoignages*, 26 octobre 2011.
- 72 SCG et AMC, *Témoignages*, 17 octobre 2011; Association canadienne des individus retraités, *Témoignages*, 24 octobre 2011; Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, *Témoignages*, 26 octobre 2011; Initiative nationale pour le soin des personnes âgées, *Témoignages*, 31 octobre 2011; Sylvie Belleville, *Témoignages*, 30 novembre 2011.
- 73 SCG, *Témoignages*, 17 octobre 2011.
- 74 ASPC, *Témoignages*, 5 octobre 2011.
- 75 Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, *Témoignages*, 26 octobre 2011; Initiative nationale pour le soin des personnes âgées, *Témoignages*, 31 octobre 2011.
- 76 Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, *Témoignages*, 26 octobre 2011.
- 77 Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, *Témoignages*, 16 novembre 2011.
- 78 Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, *Témoignages*, 2 novembre 2011.

-
- 79 IRSC-Institut du vieillissement et Coalition d'une vie active pour les aîné(e)s, *Témoignages*, 24 octobre 2011; Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, *Témoignages*, 26 octobre 2011.
- 80 AMC, *Témoignages*, 17 octobre 2011.
- 81 Initiative nationale pour le soin des personnes âgées, *Témoignages*, 31 octobre 2011.
- 82 Suzanne Garon, 31 octobre 2011; Baycrest Centre for Geriatric Care, *Témoignages*, 28 novembre 2011.
- 83 SCG, *Témoignages*, 17 octobre 2011.
- 84 Partenariat canadien contre le cancer, *Témoignages*, 19 octobre 2011.
- 85 Coalition d'une vie active pour les aîné(e)s, *Témoignages*, 24 octobre 2011.
- 86 ACC, *Témoignages*, 17 octobre 2011.
- 87 Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, *Témoignages*, 26 octobre 2011.
- 88 ACC, *Témoignages*, 17 octobre 2011.
- 89 Association canadienne des compagnies d'assurances de personne, *Témoignages*, 23 novembre 2011.
- 90 *Ibid.*
- 91 SCG, *Témoignages*, 17 octobre 2011.
- 92 Directeurs des services médicaux d'urgence, *Témoignages*, 28 novembre 2011.
- 93 Baycrest Centre for Geriatric Care et Directeurs des services médicaux d'urgence, *Témoignages*, 28 novembre 2011; AIIC, *Témoignages*, 17 octobre 2011; Coalition d'une vie active pour les aîné(e)s, *Témoignages*, 24 octobre 2011.
- 94 AIIC et SCG, *Témoignages*, 17 octobre 2011.
- 95 AIIC, *Témoignages*, 17 octobre 2011; APhC, *Témoignages*, 31 octobre 2011; Directeurs des services médicaux d'urgence, *Témoignages*, 28 novembre 2011.
- 96 Associated Medical Services, *Témoignages*, 16 novembre 2011.
- 97 Association canadienne des individus retraités, *Témoignages*, 24 octobre 2011.
- 98 Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, *Témoignages*, 26 octobre 2011.
- 99 AIIC, *Témoignages*, 17 octobre 2011; Association canadienne des individus retraités, *Témoignages*, 24 octobre 2011; APhC, *Témoignages*, 31 octobre 2011.
- 100 AIIC, *Témoignages*, 17 octobre 2011.
- 101 Association canadienne des individus retraités, *Témoignages*, 24 octobre 2011.

-
- 102 Association canadienne des individus retraités, *Témoignages*, 24 octobre 2011; Initiative nationale pour le soin des personnes âgées, *Témoignages*, 31 octobre 2011; Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, *Témoignages*, 16 novembre 2011.
- 103 Association canadienne des individus retraités, *Témoignages*, 24 octobre 2011; Initiative nationale pour le soin des personnes âgées, *Témoignages*, 31 octobre 2011.
- 104 Initiative nationale pour le soin des personnes âgées, *Témoignages*, 31 octobre 2011; Baycrest Centre for Geriatric Care, *Témoignages*, 28 novembre 2011; Michel Bédard, *Témoignages*, 30 novembre 2011; Société Parkinson Canada (mémoire).
- 105 Carole Estabrooks, *Témoignages*, 31 octobre 2011; Baycrest Centre for Geriatric Care, *Témoignages*, 28 novembre 2011.
- 106 *Ibid.*
- 107 Baycrest Centre for Geriatric Care, *Témoignages*, 28 novembre 2011.
- 108 Carole Estabrooks, *Témoignages*, 31 octobre 2011.
- 109 AMC, *Témoignages*, 17 octobre 2011.
- 110 ACD, *Témoignages*, 19 octobre 2011.
- 111 Fondation Docteur Benoît Deshaies, *Témoignages*, 23 novembre 2011.
- 112 Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, *Témoignages*, 16 novembre 2011.
- 113 François Béland, *Témoignages*, 28 novembre 2011.
- 114 Dorothy Pringle, *Témoignages*, 31 octobre 2011.
- 115 IRSC-Institut du vieillissement, *Témoignages*, 24 octobre 2011.
- 116 AIIC, ACC et SCG, *Témoignages*, 17 octobre 2011; Association canadienne des individus retraités, *Témoignages*, 24 octobre 2011; Carole Estabrooks et Dorothy Pringle, *Témoignages*, 31 octobre 2011; Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec et Associated Medical Services, *Témoignages*, 16 novembre 2011; François Béland et Mark Rosenberg, *Témoignages*, 28 novembre 2011; Margaret McGregor et Sylvie Belleville, *Témoignages*, 30 novembre 2011.
- 117 AMC, *Témoignages*, 17 octobre 2011; Coalition canadienne contre la douleur, *Témoignages*, 26 octobre 2011; APhC, *Témoignages*, 31 octobre 2011; Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et Elizabeth Badley, *Témoignages*, 2 novembre 2011.
- 118 Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, *Témoignages*, 16 novembre 2011.
- 119 Margaret McGregor, *Témoignages*, 30 novembre 2011.
- 120 Associated Medical Services, *Témoignages*, 16 novembre 2011.
- 121 IRSC-Institut du vieillissement, *Témoignages*, 24 octobre 2011; Dorothy Pringle, *Témoignages*, 31 octobre 2011; Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, *Témoignages*, 16 novembre 2011; François Béland, *Témoignages*, 28 novembre 2011.

-
- 122 Dorothy Pringle, *Témoignages*, 31 octobre 2011; François Béland, *Témoignages*, 28 novembre 2011.
- 123 ASPC, *Témoignages*, 5 octobre 2011.
- 124 IRSC-Institut du vieillissement, *Témoignages*, 24 octobre 2011.
- 125 François Béland, *Témoignages*, 28 novembre 2011.
- 126 Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, *Témoignages*, 2 novembre 2011.
- 127 Directeurs des services médicaux d'urgence, *Témoignages*, 28 novembre 2011.
- 128 APhC, *Témoignages*, 31 octobre 2011; Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, *Témoignages*, 2 novembre 2011.
- 129 AMC et AIIIC, *Témoignages*, 17 octobre 2011; APhC, *Témoignages*, 31 octobre 2011; Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, *Témoignages*, 2 novembre 2011; Baycrest Centre for Geriatric Care, *Témoignages*, 28 novembre 2011; Margaret McGregor, *Témoignages*, 30 novembre 2011.
- 130 IRSC-Institut du vieillissement, *Témoignages*, 24 octobre 2011.
- 131 Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, *Témoignages*, 2 novembre 2011.
- 132 SCG, *Témoignages*, 17 octobre 2011; Fondation Docteur Benoît Deshaies, *Témoignages*, 23 novembre 2011.
- 133 Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, *Témoignages*, 16 novembre 2011.
- 134 Association canadienne des individus retraités, *Témoignages*, 24 octobre 2011.
- 135 Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, *Témoignages*, 2 novembre 2011.
- 136 Associated Medical Services, *Témoignages*, 16 novembre 2011; François Béland, *Témoignages*, 28 novembre 2011.
- 137 Carole Estabrooks, *Témoignages*, 31 octobre 2011.
- 138 Produits alimentaires et de consommation du Canada, *Témoignages*, 2 février 2012.
- 139 Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada, *Témoignages*, 7 décembre 2011.
- 140 *Ibid.*
- 141 Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada, *Témoignages*, 7 décembre 2011; CSIP, *Témoignages*, 2 février 2012; BC Healthy Living Alliance, *Témoignages*, 9 février 2012; Les diététistes du Canada (mémoire).
- 142 Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada, *Témoignages*, 7 décembre 2011.
- 143 Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada, *Témoignages*, 7 décembre 2011; Les diététistes du Canada (mémoire).
- 144 CSIP, *Témoignages*, 2 février 2012; BC Healthy Living Alliance, *Témoignages*, février 2012.

-
- 145 Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada, *Témoignages*, 7 décembre 2011.
- 146 ParticipACTION, *Témoignages*, 12 décembre 2011.
- 147 *Ibid.*
- 148 Pensez d'Abord Canada, *Témoignages*, 7 février 2012.
- 149 SécuriJeunes Canada, *Témoignages*, 7 février 2012.
- 150 *Ibid.*
- 151 Éducation physique et santé Canada, *Témoignages*, 12 décembre 2011.
- 152 *Ibid.*
- 153 BC Healthy Living Alliance, *Témoignages*, 9 février 2012.
- 154 *Ibid.*
- 155 Rita Orji, *Témoignages*, 9 février 2012.
- 156 *Ibid.*
- 157 François Béland, *Témoignages*, 28 novembre 2011.
- 158 Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, *Témoignages*, 16 novembre 2011.
- 159 Carole Estabrooks et Dorothy Pringle, *Témoignages*, 31 octobre 2011.
- 160 Association canadienne des individus retraités, *Témoignages*, 24 octobre 2011.
- 161 Margaret McGregor, *Témoignages*, 30 novembre 2011.
- 162 CSIP, *Témoignages*, 2 février 2012; Les diététistes du Canada (mémoire).
- 163 FMC, *Témoignages*, 19 octobre 2011; Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, *Témoignages*, 2 novembre 2011.
- 164 APhC, *Témoignages*, 31 octobre 2011.
- 165 AIIC, 17 octobre 2011; Association canadienne des individus retraités, *Témoignages*, 24 octobre 2011; Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, *Témoignages*, 26 octobre 2011/ 16 novembre 2011; Margaret McGregor, *Témoignages*, 30 novembre 2011.
- 166 APhC, *Témoignages*, 31 octobre 2011.
- 167 AIIC, *Témoignages*, 17 octobre 2011; Association canadienne des individus retraités, *Témoignages*, 24 octobre 2011; Initiative nationale pour le soin des personnes âgées, *Témoignages*, 31 octobre 2011; Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, *Témoignages*, 16 novembre 2011; Margaret McGregor, *Témoignages*, 30 novembre 2011.
- 168 Association canadienne des individus retraités, *Témoignages*, 24 octobre 2011; APhC, *Témoignages*, 31 octobre 2011; Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, *Témoignages*, 16 novembre 2011.

-
- 169 AMC, *Témoignages*, 17 octobre 2011; FMC, *Témoignages*, 19 octobre 2011; Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, *Témoignages*, 26 octobre/16 novembre 2011.
- 170 AIIC, *Témoignages*, 17 octobre 2011; Association canadienne des individus retraités, *Témoignages*, 24 octobre 2011; Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, *Témoignages*, 26 octobre/16 novembre 2011.
- 171 Association canadienne des individus retraités, *Témoignages*, 24 octobre 2011; APhC, *Témoignages*, 31 octobre 2011.
- 172 IRSC-Institut du vieillissement, *Témoignages*, 24 octobre 2011.
- 173 Suzanne Garon, *Témoignages*, 31 octobre 2011.
- 174 Carole Estabrooks, *Témoignages*, 31 octobre 2011; Sylvie Belleville, *Témoignages*, 30 novembre 2011.
- 175 APhC, *Témoignages*, 31 octobre 2011; Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, *Témoignages*, 2 novembre 2011; Directeurs des services médicaux d'urgence, *Témoignages*, 28 novembre 2011.
- 176 Baycrest Centre for Geriatric Care, *Témoignages*, 28 novembre 2011.
- 177 Rita Orji, *Témoignages*, 9 février 2012.
- 178 FMC, *Témoignages*, 19 octobre 2011.
- 179 ASPC, *Témoignages*, 5 octobre 2011.
- 180 Partenariat canadien contre le cancer, *Témoignages*, 19 octobre 2011.
- 181 ACD, *Témoignages*, 19 octobre 2011.
- 182 ASPC, *Témoignages*, 5 octobre 2011.
- 183 Coalition canadienne contre la douleur, *Témoignages*, 26 octobre 2011.
- 184 Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, *Témoignages*, 26 octobre 2011; Société Parkinson Canada (mémoire).
- 185 AIIC, *Témoignages*, 17 octobre 2011; Société Parkinson Canada (mémoire).
- 186 BC Healthy Living Alliance, *Témoignages*, 9 février 2012.
- 187 AMC, *Témoignages*, 17 octobre 2011; APC, *Témoignages*, 19 octobre 2011; Association canadienne des individus retraités, *Témoignages*, 24 octobre 2011; Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, *Témoignages*, 2 novembre 2011; Baycrest Centre for Geriatric Care, Mark Rosenberg et François Béland, *Témoignages*, 28 novembre 2011; Margaret McGregor, *Témoignages*, 30 novembre 2011.
- 188 Partenariat canadien contre le cancer et Fondation des maladies du cœur, *Témoignages*, 19 octobre 2011.
- 189 AMC, *Témoignages*, 17 octobre 2011; Association canadienne des individus retraités, *Témoignages*, 24 octobre 2011; Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, *Témoignages*, 2 novembre 2011.

-
- 190 IRSC-Institut du vieillissement, *Témoignages*, 24 octobre 2011.
- 191 Baycrest Centre for Geriatric Care, *Témoignages*, 28 novembre 2011.
- 192 APC, *Témoignages*, 19 octobre 2011.
- 193 ACC, *Témoignages*, 17 octobre 2011; Fédération des aînées et aînés francophones du Canada, *Témoignages*, 24 octobre 2011; Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, *Témoignages*, 2 novembre 2011; François Béland, *Témoignages*, 28 novembre 2011.
- 194 ACD et APC, *Témoignages*, 19 octobre 2011; Coalition d'une vie active pour les aîné(e)s, *Témoignages*, 24 octobre 2011; Mark Rosenberg, *Témoignages*, 28 novembre 2011.
- 195 Partenariat canadien contre le cancer, *Témoignages*, 19 octobre 2011; François Béland, *Témoignages*, 28 novembre 2011.
- 196 Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada, *Témoignages*, 7 décembre 2011.

LISTE DES RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATION 1

QUE LA MINISTRE DE LA SANTÉ CONTINUE D'ENGAGER UN DIALOGUE AVEC LES MINISTRES DE LA SANTÉ, DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET DU MODE DE VIE SAIN DES PROVINCES ET DES TERRITOIRES SUR LA NÉCESSITÉ D'ADAPTER LES SOINS DE SANTÉ EN FONCTION D'UN MODÈLE DAVANTAGE INTERDISCIPLINAIRE ET MULTISECTORIEL 30

RECOMMANDATION 2

QUE LA MINISTRE DE LA SANTÉ CONTINUE DE TENDRE LA MAIN AUX PROVINCES ET TERRITOIRES POUR METTRE EN COMMUN LES PRATIQUES EXEMPLAIRES SUR :

- LE CHAMP D'ACTIVITÉ DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ;
- LE RECOURS POSSIBLE À DES ÉQUIPES SOIGNANTES;
- LES APPROCHES DE SOINS MULTISECTORIELLES QUI INCLUENT NON SEULEMENT LES SERVICES DE SANTÉ CLASSIQUES, MAIS AUSSI LES SERVICES SOCIAUX NÉCESSAIRES POUR MAINTENIR UNE BONNE QUALITÉ DE VIE ET PRENDRE EN CHARGE LES CONDITIONS DE SANTÉ 30

RECOMMANDATION 3

QUE LE GOUVERNEMENT DU CANADA CONTINUE DE RECOURIR À DES APPROCHES INTÉGRÉES ET MULTISECTORIELLES DE SOINS LORSQUE CELA S'AVÈRE NÉCESSAIRE ET PERTINENT. 30

RECOMMANDATION 4

QUE LES INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA CONTINUENT D'APPUYER LA RECHERCHE SUR LES MALADIES CHRONIQUES 31

RECOMMANDATION 5

QUE SANTÉ CANADA CONTINUE À COLLABORER AVEC L'INDUSTRIE COMPÉTENTE AFIN DE L'INCITER À OFFRIR VOLONTAIREMENT DES CHOIX SANTÉ AUX CANADIENS 31

RECOMMANDATION 6

QUE SANTÉ CANADA CONTINUE À FAIRE LA PROMOTION DE CHOIX DE MODES DE VIE SAINS POUR TOUS LES CANADIENS AFIN DE RENDRE CES CHOIX PLUS FACILES..... 31

ANNEXE A

MALADIES CHRONIQUES LIÉES AU VIEILLISSEMENT

LISTE DES TÉMOINS

Organisations et individus	Date	Réunion
<p>Agence de la santé publique du Canada</p> <p>Cathy Bennett, directrice par intérim, Division du vieillissement et des aînés, Centre de promotion de la santé</p> <p>Kim Elmslie, directrice générale, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques</p>	2011/10/05	7
<p>Association chiropratique canadienne</p> <p>John Tucker, directeur, Relations gouvernementales et interprofessionnelles</p> <p>Eleanor White, présidente</p>	2011/10/17	8
<p>Association des infirmières et infirmiers du Canada</p> <p>Barb Mildon, présidente désignée</p> <p>Don Wildfong, infirmier conseiller, Politique et leadership</p>		
<p>Association médicale canadienne</p> <p>John Haggie, président</p> <p>Maura Ricketts, directrice, Bureau de la santé publique</p>		
<p>Société canadienne de gériatrie</p> <p>Frank Molnar, secrétaire-trésorier, Membre de l'exécutif</p>		
<p>Association canadienne du diabète</p> <p>Aileen Leo, directrice associée, Politique publique, relations gouvernementales et affaires publiques</p>	2011/10/19	9
<p>Association pulmonaire du Canada</p> <p>Rosario Holmes, éducatrice, Domaine de l'asthme et de la maladie pulmonaire obstructive chronique, Association pulmonaire de l'Ontario</p> <p>Christopher Wilson, directeur, Affaires publiques et du plaidoyer, Bureau national</p>	2011/10/19	9

Organisations et individus	Date	Réunion
<p>Fondation des maladies du coeur du Canada</p> <p>Manuel Arango, directeur, Politique de la santé</p> <p>Mike Sharma, représentant expert</p>	2011/10/19	9
<p>Partenariat canadien contre le cancer</p> <p>Jessica Hill, présidente-directrice générale</p> <p>Leanne Kitchen Clarke, vice-présidente, Affaires publiques</p>		
<p>Association canadienne des individus retraités</p> <p>Susan Eng, vice-présidente, Défense des droits</p> <p>Michael Nicin, agent des relations gouvernementales et d'élaboration des politiques</p>	2011/10/24	10
<p>Coalition d'une vie active pour les aîné(e)s</p> <p>Patricia Clark, directrice exécutive nationale</p>		
<p>Fédération des aînées et aînés francophones du Canada</p> <p>Jean-Luc Racine, directeur général</p>		
<p>Instituts de recherche en santé du Canada</p> <p>Yves Joannette, directeur scientifique, Institut du vieillissement</p>		
<p>Associated Medical Services Inc.</p> <p>William Shragge, président-directeur général</p>	2011/10/26	11
<p>Coalition canadienne contre la douleur</p> <p>Lynn Cooper, présidente</p>		
<p>Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées</p> <p>Kimberley Wilson, directrice exécutive</p>		
<p>Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec</p> <p>Régine Laurent, présidente</p> <p>Lucie Mercier, conseillère syndicale, Secteur sociopolitique</p>	2011/10/26	11
<p>À titre personnel</p> <p>Carole Estabrooks, professeure, Faculté des sciences infirmières, Université de l'Alberta; chaire de recherche du Canada sur l'application des connaissances</p>	2011/10/31	12

Organisations et individus	Date	Réunion
<p>À titre personnel</p> <p>Suzanne Garon, chercheuse principale, Centre de recherche sur le vieillissement, Université de Sherbrooke</p> <p>Dorothy Pringle, professeure émérite, Faculté des sciences infirmières Lawrence S. Bloomberg, Université de Toronto</p> <p>Association des pharmaciens du Canada</p> <p>Phil Emberley, directeur, Innovation dans la pratique de la pharmacie</p> <p>Jeff Poston, directeur exécutif</p> <p>Initiative nationale pour le soin des personnes âgées</p> <p>Sandra Hirst, membre de l'exécutif</p>	2011/10/31	12
<p>À titre personnel</p> <p>Elizabeth Badley, professeure, Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto; scientifique principale, Toronto Western Research Institute, University Health Network</p> <p>Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé</p> <p>Maureen O'Neil, présidente</p>	2011/11/02	13
<p>Associated Medical Services Inc.</p> <p>Jeffrey Turnbull, membre, Conseil d'administration</p> <p>Coalition canadienne contre la douleur</p> <p>Lynn Cooper, présidente</p> <p>Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées</p> <p>Kimberley Wilson, directrice exécutive</p> <p>Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec</p> <p>Régine Laurent, présidente</p> <p>Lucie Mercier, conseillère syndicale, Secteur sociopolitique</p>	2011/11/16	14
<p>Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc.</p> <p>Stephen Frank, vice-président, Élaboration des politiques et Maladie</p>	2011/11/23	16

Organisations et individus	Date	Réunion
<p>Fondation Docteur Benoît Deshaies Robert Guimond, secrétaire</p>	2011/11/23	16
<p>À titre personnel François Béland, professeur, Département d'administration de la santé, Université de Montréal</p> <p>Mark Rosenberg, professeur, Département de géographie et département de santé communautaire et d'épidémiologie, Université Queen's</p>	2011/11/28	17
<p>Directeurs des services médicaux d'urgence du Canada Michael Nolan, président</p>		
<p>Baycrest William Reichman, président et chef de la direction</p>		
<p>À titre personnel Sylvie Belleville, directrice de la recherche, Centre de recherche, Institut universitaire de gériatrie de Montréal</p> <p>Margaret McGregor, professeure clinicienne agrégée, Département de médecine familiale, University of British Columbia; associée de recherche, Centre de recherche sur les services et les politiques en matière de santé et Centre d'épidémiologie et d'évaluation cliniques, Vancouver Coastal Health Centre</p>	2011/11/30	18
<p>Université Lakehead Michel Bédard, chaire de recherche du Canada sur le vieillissement et la santé, Département des sciences de la santé et du Centre de recherche sur la sécurité au volant</p>		

ANNEXE B

PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION DES MALADIES

LISTE DES TÉMOINS

Organisations et individus	Date	Réunion
<p>Agence de la santé publique du Canada</p> <p>Kim Elmslie, directrice générale, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques</p>	2011/12/05	19
<p>Instituts de recherche en santé du Canada</p> <p>Nancy Edwards, directrice scientifique, Institut de la santé publique et des populations</p> <p>Philip Sherman, directeur scientifique, Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète</p>		
<p>Ministère de la Santé</p> <p>Hasan Hutchinson, directeur général, Direction générale des produits de santé et des aliments</p> <p>Catherine MacLeod, sous-ministre adjointe déléguée, Direction générale des produits de santé et des aliments</p>		
<p>Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada</p> <p>Craig Larsen, directeur exécutif</p> <p>Ida Thomas, présidente</p>	2011/12/07	20
<p>Association canadienne de santé publique</p> <p>Ian Culbert, directeur, Communications et développement</p> <p>Debra Lynkowski, chef de la direction</p>		
<p>Regroupement canadien des associations de centres communautaires de santé</p> <p>Jane Moloney, présidente</p> <p>Scott Wolfe, coordinateur fédéral</p>		
<p>Agence de la santé et des services sociaux de Montréal</p> <p>Patrick Morency, médecin spécialiste en santé communautaire, Environnement urbain et santé, Direction de santé publique</p>	2011/12/12	21

Organisations et individus	Date	Réunion
<p>Éducation physique et santé Canada</p> <p>Andrea Grantham, directrice exécutive et présidente-directrice générale</p> <p>Chris Jones, représentant, Chef sénior, Le sport est important</p> <p>ParticipACTION</p> <p>Kelly Murumets, présidente et chef de la direction</p> <p>YMCA Canada</p> <p>Scott Haldane, président et directeur général</p>	2011/12/12	21
<p>Centre pour la science dans l'intérêt public</p> <p>Bill Jeffery, coordonnateur national</p> <p>Produits alimentaires et de consommation du Canada</p> <p>Phyllis Tanaka, vice-présidente, Affaires scientifiques et réglementaires (Politique alimentaire)</p> <p>Québec en Forme</p> <p>Diane LeMay, directrice adjointe, Partenariats, transfert de connaissances et innovation</p> <p>Manon Paquette, conseillère provinciale en nutrition, Partenariats, transfert de connaissances et innovation</p> <p>Saskatoon Health Region</p> <p>Nancy Klebaum, directrice de la santé primaire</p> <p>Donna Nelson, nutritionniste, Programme Food for Thought</p>	2012/02/02	25
<p>Pensez d'Abord Canada</p> <p>Rebecca Nesdale-Tucker, directrice exécutive</p> <p>Produits de santé consommateurs du Canada</p> <p>Gerry Harrington, directeur, Affaires publiques</p>	2012/02/07	26
<p>David Skinner, président</p> <p>SécuriJeunes Canada</p> <p>Pamela Fuselli, directrice générale</p> <p>University of British Columbia</p> <p>Paul Kershaw, professeur, Human Early Learning Partnership</p>	2012/02/07	26
<p>À titre personnel</p> <p>Rita Orji, étudiante au doctorat, Université de la Saskatchewan</p>	2012/02/09	27

Organisations et individus	Date	Réunion
Association canadienne des ergothérapeutes Mary Forhan, ergothérapeute, Liaison avec le réseau canadien obésité Claudia von Zweck, directrice générale	2012/02/09	27
BC Healthy Living Alliance Cathy Adair, représentante, Vice-présidente, Contrôle du cancer, Société canadienne du cancer, division de la Colombie-Britannique et du Yukon Mary Collins, directrice du secrétariat		
University of Western Ontario Martin Cooke, partenaire de recherche, Professeur agrégé, Université de Waterloo Piotr Wilk, professeur adjoint		

ANNEXE C

MALADIES CHRONIQUES LIÉES AU VIEILLISSEMENT

LISTE DES MÉMOIRES

Organisations et individus

Abbott Laboratories Ltd.

Associated Medical Services Inc.

Association canadienne des individus retraités

Association des infirmières et infirmiers du Canada

Directeurs des services médicaux d'urgence du Canada

Estabrooks, Carole

Société Parkinson Canada

ANNEXE D PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION DES MALADIES LISTE DES MÉMOIRES

Organisations et individus

Association canadienne des ergothérapeutes

Association canadienne des hygiénistes dentaires

Association canadienne des parcs et loisirs

Association médicale canadienne

Clubs garçons et filles du Canada

Coalition canadienne pour la santé publique au 21e siècle

Les diététistes du Canada

ParticipACTION

Produits alimentaires et de consommation du Canada

Regroupement canadien des associations de centres communautaires de santé

Saskatoon Health Region

YMCA Canada

DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT

Conformément à l'article 109 du Règlement, le Comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale au présent rapport.

Un exemplaire des procès-verbaux pertinents à l'étude sur les maladies chroniques liées au vieillissement ([réunions n^{os} 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 30, 42, 43, 44 et 45](#)) est déposé.

Un exemplaire des procès-verbaux pertinents à l'étude sur la promotion de la santé et la prévention des maladies ([réunions n^{os} 19, 20, 21, 25, 26, 27, 30, 42, 43, 44 et 45](#)) est déposé.

Respectueusement soumis,

La présidente,

Joy Smith, députée

Rapport minoritaire : Maladies chroniques liées au vieillissement et promotion de la santé et prévention des maladies

Présenté par les députés:

Libby Davies, NPD, (Vancouver-Est); Djaouida Sellah, NPD, (Saint-Bruno-Saint-Hubert); Dany Morin, NPD, (Chicoutimi-Le Fjord); Matthew Kellway, NPD, (Beaches-East York).

Introduction

Plus que jamais, le leadership du gouvernement fédéral est nécessaire afin de renouveler, soutenir financièrement et renforcer notre système de santé public. Le rapport du Comité permanent de la santé fait état d'un important corpus de recherche sur les maladies chroniques liées au vieillissement et traite des grands enjeux de promotion de la santé et de prévention des maladies. Le NPD estime cependant que d'autres recommandations s'imposent pour améliorer l'imputabilité et stimuler l'innovation du gouvernement fédéral en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies. Le NPD déplore le fait que peu de progrès aient été accomplis par le gouvernement fédéral sur des enjeux aussi cruciaux. Le gouvernement fédéral doit prendre les devants et mettre en place un plan efficace pour promouvoir la santé et la prévenir les maladies pour le plus grand bien des Canadiennes et des Canadiens de tous âges.

Sur la foi des témoignages reçus par le Comité permanent de la santé, le NPD émet des recommandations axées autour de trois importantes thématiques, soit : les accords sur la santé; les habitudes de vie saines; et vieillir en bonne santé.

Accords sur la santé

En 2004, les premiers ministres du Canada, des provinces et des territoires se sont donnés dix ans pour opérer un certain nombre de réformes visant à renforcer le système de santé canadien. Parmi ces engagements, il y avait la reconnaissance des soins à domicile et des soins primaires comme étant des méthodes économiques de prestation des soins de santé. L'accord de 2004 prévoyait aussi une stratégie relative aux produits pharmaceutiques afin que les Canadiennes et les Canadiens puissent avoir accès aux médicaments nécessaires pour leur assurer un traitement efficace.

Des modèles récents de prestation de soins de santé comme les soins à domicile et les soins palliatifs s'avèrent moins coûteux que l'hospitalisation, tout en ayant l'avantage de garder les malades dans un environnement qui leur est plus familier. Dans son rapport de 2002, Roy Romanow recommandait l'établissement d'un transfert fédéral en matière de soins à domicile pouvant servir à instaurer un programme national de services à domicile (*Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada, 2002*).

L'Accord de 2004 sur la santé comportait aussi une stratégie relative aux produits pharmaceutiques visant à réduire le coût des médicaments. Cette proposition, qui est

essentiellement de compétence fédérale, est malheureusement restée lettre morte. Un tel plan permettrait non seulement à notre système de santé de faire des économies de milliards de dollars annuellement, mais aiderait en plus les Canadiennes et les Canadiens à se procurer des médicaments plus efficaces, notamment les 23 % d'entre eux souffrant de maladies chroniques qui n'ont pas les moyens de faire remplir leurs ordonnances (Conseil canadien de la santé, *Comment les Canadiens plus malades atteints de maladies chroniques évaluent-ils le système de soins de santé?*, 2011).

En décembre 2011, le ministre des Finances, Jim Flaherty, a annoncé une réduction du Transfert canadien en matière de santé, sans consultations préalables avec les gouvernements des provinces et territoires. Le directeur parlementaire du budget a indiqué que ces coupures priveraient les provinces et territoires de plus de 30 milliards de dollars, les forçant ainsi à couper des services essentiels. Les premiers ministres des provinces et territoires ont fait front commun contre cette décision du fédéral, lui demandant de négocier avec eux un nouvel accord.

Recommandation 1 : Le NPD exhorte la ministre de la Santé et le gouvernement fédéral à collaborer avec leurs homologues provinciaux et territoriaux pour tenir les engagements des accords sur la santé de 2003-2004 en ce qui concerne notamment les soins à domicile et la couverture universelle des médicaments d'ordonnance qui comprend une stratégie globale des soins à domicile, des soins palliatifs et des soins compatissants qui permettrait de réaliser des économies à long terme tout en améliorant la santé de millions de Canadiens. Le gouvernement fédéral doit convenir avec les gouvernements provinciaux et territoriaux d'un niveau de financement adéquat afin d'atteindre des résultats mesurables en soins de santé.

Recommandation 2 : Le NPD exhorte la ministre de la Santé et le gouvernement fédéral à consacrer des fonds dédiés aux services intégrés de soins primaires en milieu communautaire comme moyen plus efficace et plus économique d'utiliser les ressources. Il s'agirait entre autres de créer des services de santé en milieu communautaire à des équipes pluridisciplinaires.

Habitudes de vie saines

Il importe d'examiner les moyens de s'attaquer au problème des maladies chroniques et d'encourager les Canadiennes et Canadiens à adopter des habitudes de vie saines tout au long de leur vie. Les mesures peuvent aller de favoriser l'accès à une alimentation à forte valeur nutritive, inciter à l'activité physique, produire des campagnes d'éducation et éliminer les obstacles socioéconomiques et culturels qui empêchent les Canadiens d'accéder aux soins. Il est important de souligner le manque de leadership du gouvernement conservateur de mettre en place des mesures législatives qui contribuerait à vivre sainement comme la réglementation du sodium, des gras trans et des sucres dans les plats cuisinés. Il est inacceptable que le Canada soit à la traîne dans les réformes fondamentales de santé publique. Ces mesures doivent obtenir un financement fédéral stable et adéquat afin qu'elles puissent être efficaces. Si le gouvernement fédéral prenait les devants en matière de prévention, les maladies

chroniques associées au vieillissement et aux habitudes de vie malsaines diminueraient.

Recommandation 1 : Le NPD invite l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada à collaborer avec leurs homologues provinciaux et territoriaux pour promouvoir la prise en compte des réalités ethniques et culturelles.

Recommandation 2 : Le NPD exhorte la ministre de la Santé et le gouvernement fédéral à mettre en œuvre une stratégie nationale contre la douleur modelée sur celle que propose la Société canadienne de la douleur. Cette stratégie comporterait entre autres la mise en place d'équipes pluridisciplinaires de traitement de la douleur; le soulagement en temps opportun de la douleur; le financement de la recherche sur la douleur; et la formation des professionnels de la santé et du grand public à la gestion de la douleur.

Recommandation 3 : Le NPD exhorte la ministre de la Santé et le gouvernement fédéral à donner suite aux recommandations du rapport de juin 2006 du *Groupe d'étude sur les graisses trans* intitulé *TRANSformer l'approvisionnement alimentaire* portant d'éliminer la quantité de gras trans dans les plats cuisinés. Nous exhortons aussi la ministre à donner suite au rapport de juillet 2010 du *Groupe d'étude sur la réduction du sodium* et notamment à sa recommandation d'une *Stratégie de réduction du sodium pour le Canada*.

Recommandation 4 : Le NPD exhorte la ministre de la Santé et le gouvernement fédéral à collaborer avec leurs homologues provinciaux et territoriaux pour faire adopter une loi semblable à la Loi sur la protection du consommateur du Québec, qui parvient à limiter l'impact de la publicité sur les enfants.

Recommandation 5 : Le NPD encourage tous les niveaux de gouvernement à s'engager à faire passer les sommes destinées à la promotion de la santé, de l'activité physique et du sport de 0,9 % en 2011-2012 à 5 % par an du total consacré à la santé publique.

Recommandation 6 : Le NPD exhorte Santé Canada à modifier le règlement sur l'étiquetage des produits alimentaires afin que l'information nutritionnelle figure sur le devant des paquets. Il faudrait que les renseignements nutritionnels importants (la teneur en sodium et en gras, par exemple) soient bien en vue.

Recommandation 7 : Le NPD recommande que le gouvernement fédéral fasse du crédit d'impôt pour la condition physique des enfants un crédit d'impôt remboursable. Nous recommandons également la création d'un crédit remboursable pour la condition physique des adultes.

Recommandation 8 : Le NPD exhorte la ministre de la Santé et le gouvernement fédéral à reconnaître que les facteurs socioéconomiques ont une incidence sur l'adoption d'habitudes de vie saines. L'accès à des aliments sains est limité dans le cas des

personnes à faible revenu ou des habitants des régions éloignées, notamment les communautés autochtones et inuites. La production de produits locaux frais subventionnés améliorerait l'accès à une alimentation saine.

Recommandation 9 : Le NPD exhorte la ministre de la Santé et le gouvernement fédéral à reconsidérer les compressions à la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme puisque le tabac est la première cause de maladies, d'incapacités et de décès évitables qui coûtent au système de santé 4 milliards de dollars par an et entraînent la mort de 37 000 personnes par an.

Recommandation 10 : Le NPD exhorte la ministre de la Santé et le gouvernement fédéral à investir davantage dans la promotion des habitudes de vie saines chez les Premières nations. Les témoins ont bien démontré que les Premières nations constituent un groupe de la population avec un risque plus élevé de faire face à des problèmes de santé que la moyenne canadienne. La santé des Premières nations est une responsabilité fédérale qui doit être prise au sérieux.

Vieillir en santé

Une stratégie nationale de promotion du vieillissement en santé est primordiale aux efforts du gouvernement fédéral de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques. Comme l'ont dit les témoins, plus les Canadiennes et les Canadiens vieillissent, plus leurs besoins en soins de santé se complexifient puisqu'ils souffrent souvent de plus d'une maladie chronique. Une stratégie nationale sur le vieillissement serait d'une envergure suffisante pour répondre aux besoins complexes en soins de santé des personnes vieillissantes à condition d'être étayée par des stratégies en matière de soins à domicile, à long terme et palliatifs.

Recommandation 1 : Le NPD exhorte la ministre de la Santé et le gouvernement fédéral à collaborer avec leurs homologues provinciaux et territoriaux à l'élaboration d'une stratégie à long terme axée sur l'application de normes de santé nationales, l'accessibilité financière et la disponibilité. Cette stratégie évaluerait le besoin de soins à long terme abordables et accessibles au Canada et consacrerait des fonds à la satisfaction de ce besoin.

Recommandation 2 : Le NPD demande au gouvernement fédéral d'accorder des subventions et des crédits d'impôt aux aidants naturels, entre autres, a) en augmentant les prestations de compassion et en modifiant les critères de manière à augmenter le nombre d'aidants naturels admissibles; b) en instituant une prestation fiscale remboursable au titre des frais médicaux engagés par les aidants naturels.

Recommandation 3 : Le NPD invite la ministre de la Santé et le gouvernement fédéral à travailler de concert avec les gouvernements provinciaux et territoriaux afin d'élaborer une stratégie nationale pour vieillir en santé. Cette stratégie mettrait l'accent sur la promotion de la santé et la prévention des maladies en favorisant l'adoption d'habitudes de vie saines; en soutenant les aidants naturels et soignants professionnels; en prenant

en considération les déterminants de la santé; en améliorant l'accès aux services de santé; et en permettant aux gens d'obtenir des soins à domicile pendant plus longtemps.

Santé mentale

Les efforts du gouvernement fédéral pour améliorer la santé des Canadiens doivent inclure des initiatives en santé mentale. À maintes reprises, des témoins ont indiqué au Comité que le maintien d'une bonne santé mentale est une composante essentielle d'un mode de vie sain, et que s'attaquer aux problèmes de santé mentale peut être déterminant pour recouvrer la santé de façon globale. La Commission de la santé mentale du Canada a publié récemment le rapport *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*; elle y présente un cadre dans lequel tous les paliers de gouvernement travailleraient de façon coordonnée pour améliorer les services de santé mentale au Canada.

Recommandation 1 : Que la ministre de la Santé et le gouvernement fédéral travaillent avec leurs homologues des provinces et territoires pour mettre en œuvre les recommandations que la Commission de la santé mentale du Canada a formulées dans son rapport *Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*, et que le fédéral accorde du financement à cette fin.

Conclusion

Le NPD est d'avis que ces recommandations répondront aux préoccupations soulevées par les experts des domaines du mode de vie sain et du vieillissement. Il est également d'avis que ce rapport vient parfaire le rapport du Comité permanent de la santé sur les maladies chroniques liées au vieillissement, la promotion de la santé et la prévention des maladies, en ce sens qu'il présente des recommandations concrètes qui renforceront les services de soins de santé partout au Canada et qui aideront les Canadiens à mener une vie plus saine, plus longtemps. Par ailleurs, ce rapport montre bien le rôle de chef de file que doit jouer le gouvernement fédéral pour créer un système de soins de santé public plus rentable et répondant davantage aux besoins des Canadiens tout au long de leur vie.

Rapport dissident par le Parti libéral du Canada

L'accroissement de la longévité et la montée en flèche de l'incidence des maladies chroniques ont eu un effet considérable sur la prestation des soins de santé au Canada et ont pour conséquence d'intensifier les pressions exercées sur les programmes d'assurance-maladie. Parallèlement, il est possible d'atténuer ce fardeau grâce à la promotion de la santé et la prévention des maladies. Le Comité a convenu des motions suivantes :

- « Que le Comité entreprenne une étude sur les maladies chroniques liées au vieillissement à compter du mercredi 5 octobre 2011, et que la présidente fasse rapport des conclusions du Comité à la Chambre des communes. »
- « Que le Comité entreprenne une étude sur la promotion de la santé et la prévention des maladies et qu'il y consacre quatre (4) réunions à compter du mercredi 16 novembre 2011. »

Pendant 17 réunions, le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes a entendu de nombreux témoignages sur ces questions. Parmi les témoins, on comptait des professionnels de la santé, des porte-parole d'organisations non gouvernementales (ONG), des défenseurs des droits des patients, des chercheurs ainsi que des fonctionnaires du milieu de la Santé.

En grande partie, les témoins s'entendaient sur la nature des problèmes et les solutions possibles, s'appuyant sur des données et des résultats de recherche solides ayant trait aux maladies chroniques, à la promotion de la santé et à la prévention des maladies.

Le Parti libéral est d'avis que le rapport et les recommandations n'illustrent pas adéquatement le témoignage des témoins.

Pour cette raison, le Parti libéral a jugé qu'il était essentiel de produire le présent Rapport dissident.

Ce que le Comité a entendu

Selon Statistique Canada, l'espérance de vie s'établit à 80,9 ans. Cette longévité s'explique en grande partie par des politiques de santé publique progressistes, l'accès aux services de soins de santé ainsi que les nouvelles technologies diagnostiques et thérapeutiques. Toutefois, cette tendance positive a commencé à fléchir. Selon certains témoins, ce déclin est attribuable au tabagisme, à une mauvaise alimentation, à un

manque d'activité physique et à l'obésité, cette dernière étant responsable de 90 % des cas de diabète de type 2, de 80 % des cas d'insuffisance coronaire et du tiers des cas de cancer. Chez les enfants, le taux d'obésité a quadruplé au cours des 30 dernières années; il est encore plus élevé parmi les enfants autochtones.

Des témoins ont indiqué que la longévité a contribué à faire augmenter l'incidence des maladies cardiovasculaires, des taux de blessures, des douleurs chroniques, de la démence et du cancer; ils ont également indiqué que de 74 à 90 % des personnes âgées sont atteintes d'au moins une affection chronique. Ils ont fait remarquer que, compte tenu de la démographie canadienne, il faudrait créer des modèles de soins chroniques qui tiennent compte des différences culturelles des immigrants et des groupes de réfugiés ainsi que des peuples autochtones.

Selon les statistiques, 80 % des personnes atteintes d'un cancer du poumon ont plus de 60 ans. Le taux de prévalence de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), causée par le tabagisme ou l'asthme, chez les gens âgés de 65 à 74 ans est presque trois fois plus élevé que chez les gens appartenant à des groupes d'âges plus jeunes. Enfin, les maladies pulmonaires coûtent 15 milliards de dollars par année au système de santé.

Des témoins ont indiqué que la douleur chronique a une incidence considérable sur la qualité de vie et la productivité, et qu'il faut l'inclure dans les études sur les maladies chroniques. En effet, un Canadien sur cinq vit avec une douleur chronique, et cette dernière est souvent mal diagnostiquée et mal soignée. L'arthrite est la cause la plus fréquente d'invalidité, et elle affecte 4,5 millions de Canadiens.

Les témoins et membres du Comité savaient que la Commission de la santé mentale du Canada était sur le point de publier son rapport, mais beaucoup ont convenu que la maladie mentale est une maladie chronique dont l'incidence est particulièrement élevée chez les personnes âgées. Chez les gens de ce groupe d'âges, la maladie mentale est directement liée à la maladie physique. En effet, 15 % des personnes âgées qui vivent dans la collectivité sont atteintes de dépression. Cependant, cette proportion peut aller jusqu'à 80 ou 90 % dans les établissements de soins de longue durée. D'après les statistiques de l'Organisation mondiale de la santé, d'ici 2020, la dépression sera la deuxième cause de perte d'années de vie productive et de vies raccourcies par une mort prématurée. Certains témoins ont parlé de la complication la plus tragique de la dépression : le suicide. Le taux de suicide chez les hommes de 90 ans et plus se situe à 33,1 sur 100 000 habitants, ce qui est presque le double de la moyenne pour tous les groupes d'âge. Les maladies chroniques figurent parmi les facteurs susceptibles de mener au suicide chez les personnes âgées.

Selon certains témoins, la démence est la raison qui motive le plus souvent le transfert des patients vers d'autres niveaux de soins, et les personnes âgées sont généralement capables de prendre en charge leurs maladies chroniques tant qu'elles ne souffrent pas de démence.

Le Comité a appris que les contraintes financières nuisent à la capacité de beaucoup de patients atteints de maladie chronique de s'acheter leurs médicaments et leur nourriture et de participer à la vie sociale de leur collectivité, une situation susceptible de mener à l'isolement.

Commentaires des témoins sur les mesures de promotion d'un mode de vie sain

Le Comité a appris que le coût annuel des maladies chroniques s'établit à 190 milliards de dollars; de cette somme, 90 milliards de dollars sont attribuables aux traitements et le reste, au manque de productivité. Par conséquent, les maladies chroniques sont non seulement une question de santé, mais aussi une question économique.

Les données montrent que bien des maladies chroniques ne sont pas nécessairement un élément naturel du vieillissement, et qu'on pourrait les prévenir, d'une part, à l'aide de stratégies efficaces de promotion de la santé et de prévention des maladies et, d'autre part, grâce à des politiques sociales visant à atténuer les déterminants négatifs de la santé, comme la pauvreté, le logement inadéquat et les modes de vie malsains.

Aperçu des soins pour les maladies chroniques au Canada

Initiatives publiques

Les représentants de l'Agence de la santé publique du Canada ont parlé d'une série d'initiatives en matière de maladies chroniques, de promotion de la santé et de prévention des maladies en général. Bon nombre de ces initiatives reposent sur des partenariats avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, des ONG et le secteur privé. Les représentants ont fait valoir l'importance d'une approche multisectorielle qui ne se limite pas au portefeuille de la santé. Le Canada a reconnu la nécessité de tableer sur tous les secteurs pour élaborer des stratégies de prévention des maladies chroniques lors d'une réunion tenue sous l'égide des Nations Unies en septembre 2011.

Il a aussi été question de nombreuses initiatives propres à l'alimentation saine et au poids santé, aux stratégies contre le diabète, aux communautés favorables aux aînés, à la nutrition chez les Autochtones, aux programmes de nutrition durant la grossesse, aux

programmes de nutrition des enfants, à l'activité physique et à la prévention des blessures.

En 2010, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont signé une déclaration consensuelle exprimant leur vision commune de donner la priorité à la promotion de la santé, à la prévention des maladies, aux incapacités et aux blessures. Dans cette entente, ils reconnaissent que bien des déterminants de la santé ne sont pas du ressort du secteur de la santé. Le Réseau pancanadien de santé publique a été créé en vue de communiquer l'information, de donner des conseils d'ordre stratégique et technique aux sous-ministres de la Santé F/P/T et d'appuyer les pouvoirs publics en cas d'urgences en santé publique.

L'Initiative canadienne sur les pratiques exemplaires répond au besoin de communiquer les données. Elle inclut le Portail canadien des pratiques exemplaires, qui sert à échanger des connaissances et à vérifier la mise en œuvre des pratiques exemplaires. Le Portail est un recueil d'interventions communautaires liées à la prévention des maladies chroniques et à la promotion de la santé et qui ont fait l'objet d'une évaluation.

Situation de la recherche au fédéral

Un bon nombre des recherches sur les maladies chroniques sont menées par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), qui participent activement à la promotion de la santé et à la prévention des maladies – en particulier le diabète, l'obésité – et à la recherche appliquée sur les blessures.

Les IRSC ont récemment créé l'Institut du vieillissement des IRSC et l'initiative les Voies de l'équité en santé pour les Autochtones pour faire avancer la recherche sur les inégalités en santé au sein de ces groupes de population.

Situation des ressources humaines de la santé qui se consacrent aux soins des maladies chroniques

Certains témoins ont formulé de vives inquiétudes au sujet des lacunes dans la formation des professionnels de la santé quant au diagnostic, au traitement et à la prise en charge des maladies chroniques chez les personnes âgées. Ces témoins ont fait valoir la nécessité d'adopter une approche intégrée relativement aux ressources humaines de la santé. Par exemple, des témoins ont déclaré que le Canada ne compte que 200 gériatres alors qu'il en faudrait actuellement de 500 à 600 et qu'il en faudra davantage au fur et à mesure que la population vieillit. Ils ont d'ailleurs prédit une pénurie de spécialistes des troubles respiratoires de l'ordre de 35 %, d'ici à 2020, pour

s'occuper des cas de MPOC. Enfin, ils ont indiqué que le Canada ne compte pas suffisamment d'omnipraticiens.

Des témoins ont recommandé qu'on accélère la reconnaissance des titres de compétence étrangers des professionnels de la santé afin d'élargir le bassin de professionnels de la santé au Canada; ces nouveaux venus peuvent également apporter une contribution nécessaire sur les plans linguistique et culturel.

La voie à suivre

Le Comité a appris que les gens sont en partie responsables d'adopter un mode de vie sain et actif pour retarder l'apparition des maladies chroniques. Il a été suggéré que les campagnes de sensibilisation du public aideraient à promouvoir la prise en charge autonome de la santé.

Des témoins ont mentionné que le modèle actuel pour composer avec les maladies chroniques n'est plus rentable ni approprié. De nombreux patients, notamment les personnes âgées, reçoivent des soins à l'hôpital et en établissement de soins de longue durée, alors qu'un modèle axé sur les soins communautaires permettrait d'améliorer la qualité de vie, les résultats pour la santé et la capacité des personnes âgées de vieillir en restant à domicile le plus longtemps possible.

Ces témoins ont indiqué qu'on obtiendrait de meilleurs résultats avec des modèles de soins primaires communautaires et axés sur le patient reposant sur des équipes multidisciplinaires, qui seraient conjugués à des services sociaux et de locatifs.

Si le gouvernement et les professionnels de la santé s'occupent de la majeure partie des soins, il reste que beaucoup de familles sont accablées par la responsabilité de fournir des soins non reconnus; ces familles sont stressées, fatiguées et épuisées. Les membres de ces familles ont besoin d'une aide financière et psychologique et de répit. Selon certains témoins, l'élargissement du programme d'assurance-emploi aux aidants naturels et la création du crédit d'impôt non remboursable ne règlent pas complètement ces problèmes; le crédit d'impôt devrait être remboursable afin de permettre aux familles à revenu faible ou modeste d'en tirer parti véritablement.

Déterminants sociaux de la santé

Des témoins ont rappelé au Comité que les principaux déterminants de la santé sont liés au logement et au niveau de revenu, et qu'il est impossible de dissocier les services sociaux et de santé dans la prestation de soins chroniques.

Vie saine

Pour certains témoins, la question de l'incidence des niveaux élevés de sodium et de gras trans dans les aliments n'a pas été abordée de façon satisfaisante; ils ont une fois de plus souligné le besoin d'améliorer l'étiquetage et la réglementation pour aider les consommateurs à faire des choix éclairés et sains lorsqu'ils achètent leurs aliments et leurs boissons. Plus de 80 % des aliments et des boissons destinés aux enfants sont mauvais pour la santé et ont une teneur élevée en gras, en sucre et en sodium ou contiennent peu d'éléments nutritifs. Des témoins ont aussi recommandé que le gouvernement fédéral réévalue les politiques de taxation des aliments en vue de promouvoir la consommation d'aliments sains et de décourager la consommation d'aliments malsains.

Ils ont parlé du grand besoin de promouvoir l'activité physique et un mode de vie actif auprès de la population en général, mais en particulier auprès des enfants et des personnes âgées. Certains témoins ont suggéré que le crédit d'impôt pour la condition physique des enfants devrait être remboursable et qu'il faudrait créer un crédit similaire pour les adultes. Non seulement l'activité physique permet de prévenir un bon nombre de maladies chroniques, mais elle permet aussi de prévenir les blessures. Les témoins ont également indiqué que les ressources affectées à la recherche en santé et aux blessures étaient insuffisantes compte tenu du coût élevé du fardeau économique et social associé aux blessures.

Finalement, le Comité a appris que, au cours de la dernière année, les gouvernements de tous les ordres ont consacré 0,9 % des dépenses publiques totales en soins de santé à la promotion de la santé, à l'activité physique et aux sports. Selon de récentes études menées aux États-Unis, d'ici 25 ans, les investissements dans la prévention devraient permettre de prévenir les décès prématurés et de réduire les coûts de soins de santé ainsi que les pertes économiques associées au manque de productivité.

Accord sur la santé et transferts des responsabilités en matière de santé

Des témoins ont insisté sur la nécessité de réformer divers aspects du système de soins de santé. Ces réformes amélioreraient les résultats pour la santé, la responsabilisation et la rentabilité, et elles tiendraient compte davantage des besoins changeants des Canadiens. Ils étaient d'avis que l'Accord sur la santé de 2004 avait mis en lumière certaines de ces innovations, et ils se sont dits impatients à l'idée du renouvellement de l'Accord, en 2014, qui viendra renforcer les transformations amorcées dans le cadre de l'Accord de 2004.

Recommandations

D'après les témoignages qu'a entendus le Comité de la part des témoins experts, des porte-paroles des ministères et des défenseurs des droits des patients au sujet de l'incidence des maladies chroniques sur la santé humaine et la productivité;

D'après les témoignages et les preuves de longue date concernant les répercussions financières du traitement des maladies chroniques sur le système de santé;

D'après les témoignages selon lesquels il est possible de prévenir bon nombre de ces maladies;

D'après les témoignages selon lesquels la prise en charge de beaucoup de maladies chroniques est plus rentable et donne de meilleurs résultats lorsqu'elle se fait à la maison, dans le cadre de modèles de soins communautaires et à l'extérieur de l'hôpital;

D'après les témoignages selon lesquels le coût élevé des médicaments contre les maladies chroniques rend les traitements onéreux et difficiles à respecter et entraîne l'intensification et l'aggravation de la maladie;

Le Parti libéral recommande :

- 1. Qu'une stratégie nationale de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques sensibles aux différences culturelles, financée à hauteur de 5 % du budget global de santé, soit mise en œuvre avec les éléments suivants :**
 - a. l'établissement d'une stratégie nationale de réduction du sodium visant à réduire l'apport quotidien (sous la barre des 2 300 mg par jour), ce qui comprend la réglementation des niveaux dans l'industrie alimentaire et la création et le financement de programmes d'éducation visant à sensibiliser davantage aux dangers d'une consommation élevée de sodium et à l'existence de produits à teneur réduite en sodium;**
 - b. la réglementation obligatoire des taux de gras trans à 2 grammes par 100 grammes d'huile ou de gras;**
 - c. la réglementation des boissons énergisantes en tant que médicament devant être vendu sous la supervision directe d'un pharmacien, comme le recommande le groupe d'experts du gouvernement fédéral, et l'interdiction de leur publicité, promotion et vente auprès des personnes âgées de moins de 18 ans;**
 - d. l'interdiction de la publicité et de la promotion d'aliments malsains auprès des enfants de moins de 12 ans, en s'inspirant du modèle québécois comme pratique exemplaire;**

- e. l'étude de la faisabilité de créer une politique de taxation des aliments à forte teneur en gras, en sodium et en sucre, en s'inspirant des modèles scandinaves comme pratique exemplaire;
 - f. l'adoption d'un système d'étiquetage progressiste pour mieux communiquer aux consommateurs le contenu nutritionnel des aliments;
 - g. l'intensification de l'activité physique quotidienne chez les jeunes et les enfants, en investissant dans les infrastructures sportives communautaires (y compris les terrains de jeux), en collaboration avec des entraîneurs qualifiés et d'autres professionnels;
 - h. le rétablissement de la totalité du financement de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme;
 - i. l'annulation des coupes et l'augmentation du financement des programmes de prévention du suicide au ministère de la Défense nationale, ce qui comprend le soutien aux personnes atteintes de trouble de stress post-traumatique;
 - j. le rétablissement de la totalité du financement de l'Organisation nationale de la santé autochtone, de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones, de l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone, de la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones et du Fonds de transition pour la santé des Autochtones.
2. Que soient intégrées dans le Portail des pratiques exemplaires des pratiques visant des modèles de soins primaires, axés sur le patient, multidisciplinaires, intégrés, communautaires et à domicile (ce qui comprend les services locatifs et sociaux), qui sont actuellement à l'état de projets pilotes dans le cadre de l'Accord sur la santé de 2004. Que soient créés et utilisés des indicateurs pour évaluer la rentabilité et les résultats de bien-être pour le patient;
3. Que le gouvernement fédéral fasse revivre et mette en œuvre les objectifs de collaboration pangouvernementaux convenus dans l'Accord sur la santé de 2004, à savoir :
- a. créer une stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques qui permettra à tous les Canadiens atteints de maladies chroniques et de maladies potentiellement mortelles d'avoir accès aux produits thérapeutiques médicalement nécessaires. Cette stratégie doit également contenir un plan d'action pour anticiper, cerner et gérer les pénuries de médicaments;

- b. créer une stratégie nationale sur les ressources humaines en santé;**
 - c. créer une stratégie nationale sur la démence, dans le cadre des réformes sur les soins à domicile et communautaires convenues dans l'Accord sur la santé de 2004.**
- 4. Que le gouvernement fédéral assume un rôle de chef de file et qu'il crée, avec les provinces, les territoires et d'autres partenaires, une stratégie nationale globale et intégrée sur la lutte contre la douleur, telle que déposée par la Coalition canadienne contre la douleur.**
- 5. Que le gouvernement fédéral mette en œuvre des modèles de prestation de services à domicile et communautaires multidisciplinaires, intégrés, sensibles aux différences culturelles et offrant la gamme complète de soins. De tels modèles permettront de prendre en charge et de prévenir les maladies chroniques au sein des groupes de population dont le gouvernement fédéral a directement la responsabilité, à savoir les anciens combattants, les Premières nations, les Inuits et les membres des Forces armées canadiennes.**