



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 018 • 1^{re} SESSION • 41^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mercredi 30 novembre 2011

Présidente

Mme Joy Smith

Comité permanent de la santé

Le mercredi 30 novembre 2011

• (1530)

[Traduction]

La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)): Bonjour, mesdames et messieurs. Bienvenue au comité.

J'aimerais commencer immédiatement afin de nous assurer de pouvoir entendre le témoignage de nos témoins.

Oui...

[Français]

M. Dany Morin (Chicoutimi—Le Fjord, NPD): Madame la présidente, j'invoque le Règlement. Je souhaite confirmer que le comité continuera de siéger après le vote.

[Traduction]

La présidente: Nous en discuterons lorsque nous saurons à quel moment la sonnerie se fera entendre. Apparemment, on ne le sait pas exactement. Je vais demander aux membres du comité ce qu'ils souhaitent faire à ce moment-là, monsieur Morin.

Nous allons maintenant commencer par entendre les exposés des témoins. À titre personnel, nous recevons par vidéoconférence la Dre Margaret McGregor, professeure clinicienne agrégée au Département de médecine familiale de l'Université de la Colombie-Britannique.

Docteur McGregor, merci beaucoup de vous joindre à nous aujourd'hui. Nous sommes très heureux que vous soyez avec nous.

À titre personnel, nous recevons Mme Sylvie Belleville. Nous sommes heureux que vous soyez ici également avec nous. Vous êtes au Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, n'est-ce pas? Ai-je bien fait cela?

Et nous avons également, Michel Bédard, de la Chaire de recherche du Canada sur le vieillissement et la santé à l'Université Lakehead.

Nous sommes très heureux que vous soyez tous ici avec nous. Vous avez 10 minutes pour nous présenter vos exposés.

Nous allons commencer par Mme Sylvie Belleville, car je crois comprendre que vous avez bientôt un train ou un avion ou un autre mode de transport à prendre.

Merci, madame.

[Français]

Mme Sylvie Belleville (directrice de la recherche, Centre de recherche, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, à titre personnel): Madame la présidente, membres du comité, je vous remercie de m'avoir invitée à échanger sur la question des maladies chroniques associées au vieillissement. En tant que chercheuse, il est important pour moi de vous faire part de la façon dont mes travaux et ceux de mes collègues pourraient nourrir votre réflexion à cet égard. Les premiers baby-boomers — vous le savez sans doute — sont nés en 1946 et ils ont eu 65 ans en 2011. Cette année inaugure donc des

changements démographiques majeurs qui vont configurer à nouveau le paysage social, économique et sociosanitaire du Canada.

Au Canada, une personne sur cinq aura plus de 65 ans d'ici à 2026. Les individus de plus de 65 ans surpasseront en nombre les moins de 15 ans en 2015. C'est déjà le cas au Québec, au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse, à Terre-Neuve-et-Labrador et en Colombie-Britannique. C'est donc dire la magnitude des changements auxquels devra faire face la société canadienne, par rapport à ces modifications démographiques. Le Canada devra faire un effort particulier pour répondre aux besoins et aux aspirations des personnes âgées qui ont forgé la société d'aujourd'hui afin qu'elles continuent d'assurer un rôle clé dans le monde de demain. Il apparaît urgent de mettre le vieillissement au cœur de nos priorités, et je vous remercie de le considérer.

Je vais aborder trois éléments dans ce mémoire. En premier lieu, il y aura l'importance de la formation, ensuite, les troubles cognitifs chroniques dans le vieillissement, en particulier ceux causés par la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, et, finalement, l'importance de la prévention dans une perspective du bien vieillir.

D'abord, j'aimerais souligner l'importance de mieux former les futurs professionnels de la santé. Les personnes qui s'occupent des aînées sont souvent mal outillées pour le faire. On aurait tendance à croire que ce n'est plus le cas et que nos institutions universitaires et collégiales forment maintenant nos étudiants à relever le défi du vieillissement, mais ce n'est probablement pas le cas dans de nombreux endroits au Canada. Une recension faite en 2011 par le comité de gériatrie du Réseau universitaire intégré de santé de l'Université de Montréal indique que le vieillissement est insuffisamment couvert dans la plupart des *curricula* de formation des futurs médecins et professionnels de la santé.

Il n'y a donc pas eu un véritable virage dans nos institutions d'enseignement. Il faut changer cela en adoptant une stratégie double. Il faut former les professionnels qui sont actuellement en place dans nos milieux — c'est la formation continue —, mais il faut aussi inclure le vieillissement dans tous les *curricula* universitaires. Ce virage doit être multidisciplinaire parce que le vieillissement s'accompagne de changements sur le plan de la santé, mais il a aussi des conséquences considérables sur les plans psychologique, social, économique et sociologique. Cela va évidemment moduler la façon dont on va prévenir et soigner les maladies chroniques. Pour se calquer sur cette complexité et cette diversité du vieillissement, nous devons favoriser une approche pluriprofessionnelle de la santé et inclure tant les médecins que les professionnels et les intervenants des sciences humaines, sociales et économiques.

Ensuite, j'aimerais discuter de l'importance des troubles de la cognition au sein des maladies chroniques du vieillissement. Une vaste étude sur les priorités de santé des Canadiennes âgées, réalisée auprès de 1 500 femmes par une chercheuse de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, qui s'appelle Cara Tannenbaum, a montré que les priorités des femmes âgées portaient davantage sur les conditions qui nuisent à leur qualité de vie que sur les maladies qui mettent leur vie en danger. Ainsi, ces femmes ont mentionné que les troubles de mémoire étaient au sommet de leurs priorités de santé. Elles accordaient également la priorité à des facteurs qui limitent leur mobilité, comme les chutes ou l'ostéoporose, ainsi qu'à des problèmes de vision. Un fait très troublant, ces femmes indiquent aussi que les professionnels de la santé ne portent pas suffisamment attention à ces conditions et, en particulier, à leurs préoccupations liées à leur mémoire et à la maladie d'Alzheimer.

Cette étude nous indique que nous devons porter une attention toute particulière sur les plans tant du soin et de la recherche que des politiques sur les maladies qui occasionneront des troubles de la mémoire ou des troubles cognitifs chez les personnes âgées.

• (1535)

Le déclin des fonctions cognitives est l'une des conséquences les plus inquiétantes du vieillissement, et ses répercussions sont nombreuses. Vous savez sans doute que si nous atteignons 65 ans, 2 personnes sur 10 ici présentes — c'est-à-dire environ 5 personnes, ici — vont souffrir de la maladie d'Alzheimer ou d'un trouble apparenté.

Aujourd'hui, un demi-million de Canadiens souffrent de la maladie d'Alzheimer, et toutes les cinq minutes une personne développe la maladie. Simplement pendant notre rencontre, il va y avoir près de 25 nouvelles personnes qui vont avoir reçu ce diagnostic au Canada. Évidemment, la maladie d'Alzheimer occasionne des troubles importants, durables, qui altèrent grandement la qualité de vie et pour lesquels nous n'avons aucun remède. La maladie affecte également les proches aidants qui sont souvent eux-mêmes âgés et qui vivent beaucoup de détresse et d'épuisement.

Présentement, les chercheurs canadiens, dont je suis, investissent leur temps et leur passion à tenter de mieux connaître cette maladie, mais il reste de nombreuses questions sans réponses. On n'en connaît pas encore les causes, ce qui fait que l'on a du mal à trouver des médicaments pour la soigner ou l'enrayer; on ne la diagnostique pas encore bien. Actuellement, il n'existe aucun marqueur certain de la maladie du vivant du patient, et les études qui ont examiné le cerveau des personnes qui ont reçu un diagnostic de la maladie d'Alzheimer indiquent que plusieurs d'entre elles avaient en fait une autre maladie. C'est un problème important quand on tente de trouver un médicament efficace, car quand on évalue l'efficacité de ces médicaments, on le fait chez des gens qui ont des maladies très différentes et qui ne souffrent pas nécessairement de la maladie d'Alzheimer. Il est donc absolument crucial de pouvoir trouver des façons de mieux diagnostiquer la maladie.

Un autre problème important tient au fait que cette maladie évolue de façon silencieuse pendant de nombreuses années et que nous donnons actuellement un diagnostic beaucoup trop tardivement alors que la maladie a déjà fait des ravages dans le cerveau des patients. Pour cette raison, plusieurs chercheurs croient qu'il faut tenter d'établir un diagnostic que l'on va appeler « préclinique », c'est-à-dire avant que la personne ait des troubles de mémoire importants. C'est très crucial parce qu'il va falloir pouvoir identifier les patients rapidement et tôt quand nous aurons trouvé le médicament.

L'écueil pour le diagnostic précoce vient de ce que nos techniques actuelles sont imparfaites. Certaines sont trop peu sensibles, d'autres font en sorte d'identifier des personnes comme étant à risque de souffrir de la maladie d'Alzheimer, alors qu'en fait elles vont vivre très longtemps et mourir sans développer la maladie. Sur le plan éthique, il va être important de nous assurer que nous ne stigmatisons pas des personnes en leur donnant un diagnostic précoce et inapproprié.

Pour ces deux problèmes de diagnostic, les travaux de mon équipe portent à croire que de combiner des tests de mémoire, des tests neuropsychologiques simples et des examens neurologiques du cerveau sera la voie la plus prometteuse pour aider à faire un bon diagnostic, mais seule la recherche nous aidera à identifier ces tests.

Il y a aussi de l'espoir dans les modes d'intervention. L'une des très grandes avancées des dernières années a été de montrer les extraordinaires capacités de plasticité et de réorganisation du cerveau humain, même vieillissant. Les chercheurs savaient déjà qu'il y avait des capacités plastiques chez l'enfant, mais des travaux ont récemment montré que cette plasticité cérébrale est aussi présente chez la personne âgée. Le vieillissement s'accompagne de pertes cellulaires, le cerveau perd des cellules, mais il y a des phénomènes de compensation parce que le cerveau va recruter d'autres régions pour réaliser les tâches cognitives qu'on lui demande. Mon équipe a montré que ces phénomènes de plasticité cérébrale, de plasticité compensatoire, étaient présents même dans les premières phases de la maladie d'Alzheimer et qu'ils pouvaient être amplifiés par des programmes de stimulation relativement simple.

Ces données ouvrent évidemment des perspectives importantes en ce qui a trait à la recherche et à la prise en charge des patients qui sont susceptibles de développer la maladie. Elles prouvent le rôle potentiel de la plasticité cérébrale dans la maladie d'Alzheimer et elles indiquent que, peut-être, des facteurs liés au style de vie pourraient contribuer à retarder les troubles cognitifs chroniques, comme ceux causés par la maladie d'Alzheimer.

• (1540)

[Traduction]

La présidente: Merci beaucoup, madame Belleville. Je suis désolée, mais votre temps est écoulé.

Mme Sylvie Belleville: J'ai terminé.

La présidente: Très bien.

Nous allons maintenant entendre la Dre Margaret McGregor. Madame McGregor, vous avez 10 minutes. Pourriez-vous nous présenter votre exposé?

Merci.

Dre 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, Vanc, à titre personnel): Merci de m'avoir invitée à m'adresser au Comité permanent de la santé au sujet des maladies chroniques liées au vieillissement. Je suis chercheuse dans le domaine des services de la santé, plus particulièrement dans le domaine des soins aux personnes âgées fragiles. Ce sont des personnes en perte considérable d'autonomie parce qu'elles sont atteintes de maladies chroniques. Je suis aussi médecin de famille au Mid-Main Community Health Centre de Vancouver, et bon nombre de mes patients sont atteints d'une maladie chronique ou plus.

Mon exposé aujourd'hui est donc éclairé à la fois par ma recherche sur les maladies chroniques chez les personnes âgées fragiles et par mon expérience pratique pour aider les patients à gérer leurs maladies chroniques à toutes les étapes de leur état et de leur vie. Je vais tenter d'aborder brièvement quatre sujets aujourd'hui. Le premier porte sur la définition de la maladie chronique. Puisque le comité est chargé d'examiner les maladies chroniques, j'aimerais souligner que notre définition de ce qui constitue une maladie chronique est en constante évolution. Prenons le diabète, par exemple. Il y a 10 ans, pour être diabétique, mes patients devaient avoir une glycémie à jeun au-dessus de huit. Aujourd'hui, ce seuil a été abaissé à sept. Lorsque le seuil a changé, tout à coup, ceux qui n'étaient pas diabétiques étaient alors considérés comme étant atteints de cette maladie.

De la même façon, nous avons élargi notre définition de ce qui constitue un cholestérol élevé, et nous diagnostiquons l'ostéoporose en nous fondant sur les résultats d'un test, tandis que par le passé, cette maladie était diagnostiquée en se fondant sur des signes cliniques et des symptômes de perte osseuse. Ces types de changements sont importants. Un chercheur a calculé que le simple fait d'abaisser le seuil de ce qui constitue un cholestérol élevé en passant de 6,2 à 5,2 aux États-Unis avait entraîné une augmentation de 82 p. 100 des personnes ayant un diagnostic d'hypercholestérolémie, soit plus de 4,3 millions de personnes.

Dans certains cas, cela peut être une bonne chose. On constate que plus tôt une maladie est détectée, plus tôt nous pouvons en prévenir la progression. Cependant, l'expansion de la définition de la maladie peut avoir également des désavantages. L'un des désavantages, c'est que lorsque nous diagnostiquons une maladie chronique à un stade aussi précoce de la maladie, il est impossible de prédire qui, parmi les personnes atteintes, finira réellement par développer des complications considérables de la condition, et nous savons que le simple fait de désigner une personne comme étant diabétique, de dire à une personne qu'elle souffre d'une maladie chronique, peut avoir des conséquences négatives pour sa santé. Une telle désignation qui n'est pas nécessaire causera des préjudices aux patients et à leurs familles, ce qui pourrait être évité.

Un autre désavantage, c'est que la simple décision d'abaisser la barre pour déterminer si une personne est diabétique a des conséquences sur les coûts du régime de soins de santé qui vont bien au-delà du simple fait qu'une personne sait dorénavant qu'elle est considérée comme étant atteinte de la maladie. Lorsque le diagnostic est plus fréquent, cela fait augmenter le nombre de tests en laboratoire et d'ordonnances qui sont prescrites, de sorte qu'en 2009 les médecins canadiens ont prescrit 80 p. 100 de plus de médicaments que 10 ans auparavant, je dis bien 80 p. 100.

Une étude récente en Colombie-Britannique révèle une augmentation de 42 p. 100 des dépenses publiques pour les tests en laboratoire au cours de la dernière décennie. Cette augmentation était plus élevée pour les personnes de plus de 75 ans, mais l'augmentation s'appliquait à tous les groupes d'âge.

Même si des changements ont été apportés à la définition de ceux qui sont atteints d'une maladie, il n'y a eu aucun débat au sujet des répercussions d'une telle décision sur la société. Est-ce que cette augmentation des tests médicaux et des prescriptions de médicaments améliore réellement la santé de notre population, et est-ce qu'on ne pourrait pas dépenser cet argent autrement?

Bien qu'on pourrait se demander si la médicalisation actuelle et incessante, semble-t-il, améliore vraiment la santé et la qualité de vie de notre population, il est vrai que si l'on ne gère pas bien des

maladies comme le diabète et les troubles cardiaques, cela entraînera des visites répétées à l'hôpital, une perte d'autonomie et une qualité de vie inférieure. La prochaine question que j'aimerais aborder est donc la suivante: quelle est la meilleure façon de traiter les personnes atteintes de maladies chroniques, selon ce que révèlent les études qui ont été faites?

Nous avons des preuves très solides selon lesquelles l'une des approches les plus efficaces consiste à aider les patients à gérer eux-mêmes leurs maladies. Pour ce faire, il faut une combinaison de personnes qui aideront les patients à avoir davantage confiance dans leur capacité à surveiller leurs conditions, à gérer leurs symptômes, à adopter des comportements sains et à vraiment participer aux décisions concernant les soins qui leur sont prodigués. Les études révèlent également que la meilleure façon de s'y prendre consiste à s'assurer que les personnes atteintes de maladies chroniques ont accès à un centre médical de soins primaires qui peut intégrer et coordonner leurs soins, assurer la continuité des soins grâce à une équipe de médecins de famille, d'infirmières et d'autres prestataires de soins de santé, de professionnels de la santé et de travailleurs de soutien qui les connaissent, comprennent leurs valeurs et sont disponibles 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, de sorte que lorsqu'il y a un problème, ils sont là pour les aider à réagir de la façon la plus appropriée.

La présence d'un dossier médical électronique est par ailleurs essentielle pour assurer des soins lorsqu'on a un tel modèle.

• (1545)

Ici au Canada, dans le cadre de l'accord de 2004 sur la santé, toutes les provinces ont commencé à chercher des façons d'améliorer les soins de santé primaires, leur objectif étant de mieux aider les patients à gérer leurs maladies chroniques. Dans bien des provinces, les bureaux de médecin ont commencé à déployer des systèmes de rappel perfectionnés pour désigner les patients atteints de diabète, de troubles cardiaques et d'autres troubles médicaux. Certaines pratiques, notamment la mienne, ont commencé à faire l'essai de visites de groupe au cours desquelles les patients diabétiques sont invités à venir au bureau en même temps. En plus de leur offrir des soins de suivi proactifs réguliers, les visites de groupe offrent également aux patients l'occasion de parler des stratégies de gestion de la maladie auxquelles nous, médecins, n'aurions jamais songé. Donc, le défi pour la prochaine décennie consistera à trouver les moyens d'améliorer ces succès pour faire en sorte que notre système de soins de santé primaires soit robuste et prêt à faire face à l'augmentation graduelle à laquelle on s'attend pour ce qui est du nombre de patients qui seront atteints d'une maladie chronique en raison du vieillissement de la population. Une partie de ce défi consistera également à intégrer nos soins de santé médicaux primaires et nos soins communautaires et à domicile. Ces deux systèmes fonctionnent à l'heure actuelle séparément. L'intégration de ces deux systèmes est très importante.

Troisièmement, j'aimerais parler des patients dont la maladie a tendance à empirer à mesure qu'ils vieillissent, malgré tous les efforts déployés par chacun. Avec l'âge, les gens accumulent souvent des troubles multiples et plus graves qui ont souvent des répercussions importantes sur leur autonomie quotidienne. Cela peut avoir des répercussions sur leur capacité à faire du magasinage, aller à la banque, faire le ménage, sans mentionner des tâches aussi simples que celles de se coucher et de se lever, ou faire sa toilette, etc. Nous, les cliniciens, parlons alors de fragilité. Les personnes âgées fragiles atteintes de maladies chroniques multiples, particulièrement celles qui sont atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé, sont mal servies par le système médical traditionnel. Nos médecins sont mal formés pour en prendre soin. Nos hôpitaux qui disposent de technologies de pointe mettent plutôt l'accent sur les soins actifs pour sauver et prolonger des vies, plutôt que sur la qualité de vie ou l'allègement de symptômes décourageants.

Les personnes âgées fragiles ont une courte espérance de vie, souvent malgré des interventions médicales de choc. Mon collègue, le Dr John Sloan, a écrit un excellent livre sur l'importance de mettre en place des modèles pour soigner les personnes âgées fragiles à l'extérieur du milieu hospitalier en utilisant un paradigme qui tente de comprendre leurs objectifs en matière de santé et de les aider à les atteindre. Certains médecins de famille et certaines infirmières font l'essai de divers modèles de soins pour tenter de faire cela. Ces modèles doivent être élargis et améliorés dans les décennies à venir.

Enfin, même si nous faisons un bon travail pour ce qui est de nous occuper des personnes âgées fragiles à l'extérieur des hôpitaux, chez eux, on aura toujours besoin de centres complets de soins à long terme avec une surveillance médicale de 24 heures sur 24 pour les plus handicapés qui ne sont plus en mesure de fonctionner seuls. On prévoit que d'ici 2041, 4 p. 100 des Canadiens, c'est-à-dire 1,6 million de personnes, seront âgés de 85 ans et plus et que toutes les provinces seront sans doute obligées d'augmenter le nombre de places dans les maisons de soins infirmiers. Dans la plupart des provinces, les soins de longue durée sont subventionnés par le secteur public, mais les services sont fournis par une combinaison d'organismes privés à but lucratif et d'organismes publics sans but lucratif ou gouvernementaux.

Dans bien des provinces, la politique en matière de santé semble se diriger vers une plus grande prestation des soins aux bénéficiaires internes dans des établissements à but lucratif. D'après mes propres recherches et l'examen des études qui ont été effectuées au Canada et aux États-Unis sur le lien entre la propriété et la qualité des soins, en confiant les soins à des établissements privés à but lucratif, cela risque de se traduire par des soins d'une qualité inférieure par rapport aux soins qui sont offerts dans des établissements publics et sans but lucratif.

Par exemple, l'une des principales façons d'évaluer la qualité des soins dans les établissements pour bénéficiaires internes ou dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée est le nombre d'employés. Toutes les études révèlent que les établissements à but lucratif comptent moins de personnel infirmier que les établissements publics sans but lucratif. D'autres indicateurs de mauvaise qualité de soins, notamment le pourcentage de plaies de pression ou de plaies de lit, sont également plus élevés chez les résidents des établissements à but lucratif. Le lien entre les établissements à but lucratif et une moins bonne qualité de soins ne signifie pas que tous les établissements à but lucratif n'offrent pas de bons soins; loin de là. Cependant, les études révèlent que dans leur ensemble, ces établissements sont moins susceptibles d'avoir un aussi bon rendement que les établissements publics ou sans but lucratif.

Pour résumer, premièrement, les règles pour déterminer qui est atteint d'une maladie chronique et qui ne l'est pas sont en train de changer, et en tant que société, nous voulons peut-être avoir davantage notre mot à dire à ce sujet. Deuxièmement, les études révèlent de plus en plus que la meilleure façon d'aider les patients qui sont atteints d'une maladie chronique consiste à les aider à gérer leur condition en leur donnant accès à des centres médicaux de soins primaires.

• (1550)

Même si les médecins de famille et d'autres fournisseurs de service dans la communauté font de petits pas pour construire ces centres, il faudra faire davantage de travail à cet égard dans les années à venir.

Troisièmement, pour ceux qui sont atteints de maladies chroniques multiples et qui ont perdu leur autonomie — il s'agit habituellement de personnes âgées fragiles — nous devons développer une nouvelle formule de soins qui consiste à comprendre les valeurs individuelles et les objectifs en matière de soins, tout en fournissant ces soins le plus possible à l'extérieur du milieu hospitalier.

La présidente: Merci beaucoup.

Nous aurons du temps pour des questions, et vous pourrez alors faire vos dernières observations. Je vous ai laissé à vous et à Mme Belleville plus de temps parce que vos exposés étaient exceptionnels. Merci beaucoup, et nous vous redonnerons la parole bientôt.

Passons maintenant au Dr Michel Bédard. Merci beaucoup. Vous avez 10 minutes.

Dr 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, Université Lakehead): Merci.

Madame la présidente et mesdames et messieurs les membres du comité, c'est un grand plaisir et un grand honneur pour moi d'être ici aujourd'hui. Je vous remercie de cette occasion. Je ferai mon exposé en anglais, mais c'est avec plaisir que je répondrai à vos questions en anglais ou en français.

Mes recherches visent à aider les adultes âgés à jouir de leur indépendance et d'une bonne qualité de vie. Les maladies chroniques sont une grave menace à l'atteinte de cet objectif.

J'aimerais aborder deux questions liées aux maladies chroniques aujourd'hui. La première est celle des soins, et la seconde est celle de la conduite automobile.

Le rôle des aidants, qui sont habituellement des membres de la famille, est de plus en plus important, car un plus grand nombre d'adultes âgés restent dans la communauté. Tous les ordres de gouvernement reconnaissent que les personnes âgées veulent vieillir à domicile. Pourtant, il est difficile d'imaginer comment des stratégies pour appuyer le vieillissement à domicile peuvent être efficaces sans un volet pour les aidants. La longévité de bon nombre d'adultes et l'augmentation potentielle du nombre de maladies chroniques et d'invalidités avec lesquelles ils se retrouveront signifie que bon nombre d'enfants devront s'occuper de parents très âgés, alors qu'eux-mêmes entameront aussi cette étape de leur vie.

C'est un fait bien établi que s'occuper d'un parent âgé met énormément de pression sur un important segment de la population, mais il est important de souligner qu'un aidant en santé constitue la meilleure ressource pour celui qui reçoit des soins. À l'heure actuelle, peu d'adultes âgés ayant besoin d'aide peuvent rester dans la communauté s'ils n'ont pas d'aidant.

Les problèmes auxquels font face les aidants et les répercussions négatives que cela a sur leur santé sont parmi les principaux facteurs qui contribuent à l'institutionnalisation de ceux qui reçoivent des soins. Cela montre bien jusqu'à quel point le secteur public dépend des aidants.

Les prestataires de soins de santé perçoivent les aidants naturels comme une importante source de contribution. Cependant, il n'est pas clair si les aidants peuvent aider davantage qu'ils ne le font déjà, ni quel rôle ils devraient jouer par rapport à l'État. Nous devons tout au moins accorder un soutien aux aidants si nous voulons nous assurer d'avoir un système de soins de santé durable et efficace. Pour donner ce soutien, il est raisonnable de proposer que l'allocation équitable des ressources en matière de programmes sociaux et de soins de santé inclut les aidants.

Toute une gamme d'interventions ont été proposées pour soutenir les aidants. Cependant, la plupart des interventions qui ont été étudiées jusqu'à présent visent les aidants qui sont dans les situations les plus difficiles, plutôt que de mettre l'accent sur une approche à l'échelle de la population. Il serait bon d'examiner la faisabilité de mettre en oeuvre des interventions à l'échelle de la communauté.

Un rapport récent du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement a proposé également des programmes nationaux, notamment un programme national de répit. Alors que nous examinons de telles interventions, il est important de ne pas oublier que des approches fondées sur la prévention de la maladie et le maintien de la bonne santé pour les aidants sont davantage susceptibles de donner de bons résultats que les approches réactives qui mettent l'accent sur le traitement des aidants en mauvaise santé.

Même s'il faudra faire beaucoup d'efforts pour soutenir les aidants, il ne faut pas oublier que prodiguer des soins ne se fait pas isolément. La prestation des soins et ses répercussions ont des ramifications pour les individus et toute la société.

L'efficacité de la prestation des soins en tant qu'activité dépend d'une série de mesures de soutien individuelles et à l'échelle du système. Par conséquent, il est de plus en plus évident qu'il y a un chevauchement important entre la situation et les besoins des aidants et ceux du système public de soins. La mesure dans laquelle le système public soutient les aidants naturels est une indication de la valeur qu'il accorde au vieillissement à domicile.

Permettez-moi maintenant d'aborder la question des maladies chroniques et de la bonne conduite automobile. En 2001, avec des collègues, j'ai publié une étude dans laquelle nous projetions une augmentation considérable du nombre de décès de passagers dans une automobile dans laquelle des gens âgés de 65 ans et plus étaient impliqués. D'autres ont également publié des scénarios tout aussi désastreux. Pourtant, malgré une augmentation considérable du nombre d'adultes âgés et leur plus grande utilisation de l'automobile, ces prévisions ne se sont pas matérialisées.

Il est vrai que si l'on tient compte de leur exposition ou du nombre de kilomètres parcourus, les conducteurs âgés ont un risque d'accident causé par leur propre faute équivalant à celui des jeunes conducteurs. Cependant, en termes absolus, les conducteurs âgés ont moins d'accidents que tout autre groupe d'âge parce qu'ils conduisent moins et qu'ils ont tendance à s'autodiscipliner.

Les conducteurs âgés ne sont pas une grande menace en tant que groupe et ne le seront pas non plus dans un avenir rapproché. Quoi qu'il en soit, nous devrions faire tout en notre possible pour les aider à être des conducteurs qui ne posent pas de danger et pour déterminer ceux qui représentent un danger.

Naturellement, cela s'applique à tout conducteur, peu importe son âge. Permettez-moi de souligner que les accidents peuvent être évités et que nous avons tous un rôle à jouer pour tenter de les éliminer, peu importe notre âge ou notre place dans la société.

Les problèmes que connaissent les personnes âgées en ce qui a trait à la conduite automobile sont typiquement liés à des changements sur le plan de la santé. Donc, dans la plupart des provinces canadiennes, les médecins doivent signaler les conducteurs qui présentent un danger pour des raisons médicales. Ils doivent le faire malgré le fait qu'ils disent ne pas avoir en milieu clinique les connaissances et les outils nécessaires pour évaluer la capacité de conduire une automobile.

Cette lacune au chapitre des connaissances ne signifie pas que nous devrions nous hâter pour mettre en place de nouveaux outils sans d'abord nous assurer de leur efficacité et étudier les pleines répercussions de leur mise en oeuvre.

● (1555)

Nous constatons qu'à l'heure actuelle au Canada, c'est ce qu'on s'apprête à faire, soit à la va-vite. La Colombie-Britannique est en train de mettre en place un nouveau test de dépistage de cinq minutes pour repérer les conducteurs qui pourraient avoir un trouble cognitif qui aurait une incidence sur leur capacité de conduire prudemment. L'adoption de l'outil se fonde sur une seule étude avec des limites méthodologiques multiples, et il y a très peu de preuves selon lesquelles l'adoption d'un tel outil constituerait un progrès important par rapport à la pratique actuelle.

Il y a cependant des preuves de préjudice éventuel. Il y a un risque réel que, en se fondant sur cet outil, certains conducteurs puissent être considérés comme dangereux et se trouvent obligés de renoncer au privilège de conduire une automobile même s'ils conduisaient assez bien pour réussir un examen pratique sur la route. De plus, certains des conducteurs considérés comme étant « de bons conducteurs » par cet outil pourraient ne pas réussir l'examen pratique. Le préjudice serait que certaines personnes risqueraient de perdre leur privilège de conduire une automobile, alors que ce sont de bons conducteurs, ou que des conducteurs puissent continuer à conduire une automobile, alors qu'ils présentent un danger considérable. Par ailleurs, après avoir fait un examen préliminaire du critère, je constate que 50 p. 100 de tous les conducteurs âgés de 70 ans et plus seraient obligés de se soumettre à d'autres tests. Nous n'accepterions pas un tel niveau d'incertitude dans le cas d'autres tests médicaux.

Bref, ce test de dépistage de cinq minutes ne répond pas aux besoins des médecins et, ce qui est peut-être encore plus important, son utilisation risque de miner la confiance que les adultes âgés ont à l'égard de leur médecin, et pourrait même décourager certains d'entre eux d'aller voir leur médecin pour des raisons de santé s'ils craignent de perdre leur privilège de conduire une automobile sans que cela ne soit justifié.

Le fardeau du processus retombe par ailleurs entièrement sur les épaules des conducteurs âgés qui risquent de perdre leur mobilité ou de subir des coûts inutiles pour prouver qu'ils sont des conducteurs prudents — une évaluation complète de la conduite automobile coûte environ 500 \$. Les conducteurs qui posent un danger ne devraient pas rester sur la route, mais l'utilisation d'un processus vicié représente un fardeau financier et social injuste pour les conducteurs âgés. Par ailleurs, nous n'avons pas la capacité de faire une évaluation globale de la conduite automobile pour la moitié de tous les conducteurs de 70 ans et plus, et une telle approche n'est pas appuyée par les données. En Colombie-Britannique, l'approche que nous privilégions pour faire une évaluation complète de la conduite automobile n'est pas de diriger le patient vers un ergothérapeute qui a une formation spéciale et qui, à mon avis, est le professionnel ayant les meilleures compétences pour évaluer les capacités de conduite automobile, mais plutôt de le diriger vers un fournisseur privé, à but lucratif. Encore une fois, il n'y a pas suffisamment d'études qui appuient l'adoption d'une telle approche.

Tout processus pour déterminer si un conducteur est à risque doit être élaboré avec soin et s'appuyer sur une méthodologie de recherche et des preuves solides. Les Instituts de recherche en santé du Canada, dans leur prévoyance, ont investi dans Candrive, un programme de recherche national qui utilise une rigueur scientifique appropriée pour répondre aux nombreux problèmes urgents liés aux conducteurs âgés. Ces problèmes comprennent, pour n'en nommer que quelques-uns, la nécessité de repérer les conducteurs dangereux, d'améliorer les aptitudes de conduite automobile et de comprendre les répercussions de la transition lorsqu'on ne peut plus conduire son automobile. Il y a plusieurs groupes de recherche dans d'autres pays qui se penchent sur les mêmes questions. Nous aurons donc sous peu des preuves de haute qualité pour appuyer l'élaboration de bonnes politiques fondées sur des données probantes.

En conclusion, permettez-moi de souligner encore une fois que les maladies chroniques constituent une menace importante à l'indépendance et à la qualité de vie des Canadiens vieillissants. Pour atténuer cette menace, il faudra adopter des politiques novatrices fondées sur les meilleures données probantes possible. Pendant que nous nous employons à acquérir ces données, nous devons résister à la tentation de mettre en oeuvre des politiques tout simplement parce qu'il y a un besoin.

Merci.

• (1600)

La présidente: Merci beaucoup.

Nous allons commencer une période de questions de sept minutes par intervenant, et c'est M. Morin qui est le premier intervenant.

[Français]

M. Dany Morin: Tout d'abord, je veux vous remercier de témoigner dans le cadre de cette vidéoconférence. C'est très apprécié.

Ma première question s'adresse à Mme Belleville.

Vous avez parlé des ressources du milieu hospitalier destinées à aider nos aînés. Croyez-vous qu'on devrait investir davantage dans les soins de longue durée et les soins à domicile?

L'accord sur la santé 2014 va bientôt être négocié. Or ça pourrait être pour le fédéral une occasion stratégique intéressante. Ça lui permettrait de recommander aux provinces de prendre cette voie pour résoudre le problème dont on traite aujourd'hui, à savoir la chronicité des maladies chez nos aînés.

Mme Sylvie Belleville: C'est un point extrêmement important. Vous me parlez des deux extrêmes, ce qui est intéressant. D'une part,

il y a les gens qui souhaitent rester à domicile plus longtemps, mais dans des conditions sécuritaires. Je pense qu'il y a vraiment un investissement important à faire en ce sens et qu'il va être bénéfique, en fin de compte, parce que si ces personnes restent à domicile, le poids sera beaucoup moins lourd sur le système de santé.

D'autre part, il y a le soin de longue durée. Je dirais que même au niveau de la recherche, c'est un grand oublié. Il faut vraiment investir des efforts, de l'énergie et de la passion afin de trouver des façons d'adapter le soin de longue durée, y ajouter de la qualité et faire en sorte que les gens qui travaillent dans ce domaine soient valorisés. À mon avis, ce travail est dévalorisé à l'heure actuelle. Les gens ont l'impression que ce qu'ils font n'est pas respecté.

Je pense qu'il y a aussi du travail à faire concernant la formation et l'encadrement des gens qui dispensent des soins de longue durée aux personnes âgées. N'oubliez pas que la grande majorité des gens qui reçoivent des soins de longue durée souffrent à un degré avancé de la maladie d'Alzheimer. Autrement dit, ce sont des gens qui souffrent essentiellement de troubles cognitifs importants.

M. Dany Morin: Vous ouvrez la porte à la question de la santé mentale et de la maladie d'Alzheimer.

Croyez-vous que le gouvernement fédéral devrait mettre sur pied un plan national en matière de santé mentale? Souvent, les témoins nous disent que la santé mentale est l'aspect de la santé qui est le plus négligé.

Mme Sylvie Belleville: Je siége au conseil consultatif de l'Institut du vieillissement. Une d'entre nous mentionnait aujourd'hui qu'elle siégeait à un comité de recherche en santé mentale et qu'il y avait très peu de recherche en santé mentale associée au vieillissement. C'est comme si on s'intéressait beaucoup à la santé mentale chez les personnes jeunes, mais quand les personnes sont âgées, soudainement, tout cela n'a pas d'importance.

Je prends l'exemple de la maladie d'Alzheimer qui va très souvent s'accompagner de problèmes dits « comportementaux » au tout début, c'est-à-dire que les gens peuvent avoir des manifestations qui ne sont pas seulement des problèmes de mémoire, mais des problèmes de comportement. Ce peut être de l'agressivité, quelqu'un qui pense soudainement que les gens sont méchants à son égard. Cela ressemble beaucoup à des problèmes de santé mentale et c'est ce qui va causer le plus de difficulté. Les gens commencent à être agressifs, les patients commencent à errer, se réveillent la nuit, disent qu'on leur a volé leurs choses. Ce sont les choses les plus dérangeantes.

Les aspects liés à la santé mentale sont donc très intégrés aux problèmes de démence et aux problèmes de la maladie d'Alzheimer. Je pense qu'on ne peut pas s'occuper de l'un sans s'occuper de l'autre.

• (1605)

[Traduction]

M. Dany Morin: Merci.

Ma prochaine question s'adresse à la docteure McGregor. Vous avez parlé de la qualité inférieure des soins dans les établissements à but lucratif. Pourriez-vous nous en dire un peu plus à ce sujet? Vous êtes en faveur, je crois, du maintien d'un système de santé gratuit, universel et complet. Pourriez-vous étoffer vos propos pour faire valoir votre point?

Dre Margaret McGregor: Certainement. Tout d'abord, nos maisons de soins infirmiers et nos centres d'hébergement et de soins de longue durée ne sont pas généralement visés par la Loi canadienne sur la santé. Chaque province finance différemment les soins de longue durée, et contrairement aux services de soins de courte durée et aux services des médecins, qui sont financés par le secteur public et habituellement, tout au moins, sont offerts dans les hôpitaux, les soins de longue durée sont habituellement une combinaison. Par exemple, au Manitoba, 20 p. 100 de toutes les maisons de soins infirmiers qui reçoivent des fonds publics sont à but lucratif et 80 p. 100 sont sans but lucratif. En Colombie-Britannique, c'est 70 et 30 p. 100. En Ontario, ce qui est intéressant, c'est plutôt l'inverse. Soixante pour cent de ces maisons sont à but lucratif et le reste sans but lucratif. Je parle ici des établissements qui reçoivent des fonds publics. Je ne parle pas du plus petit nombre d'établissements qui sont entièrement à l'extérieur de ce système et pour lesquels les gens paient un montant considérable chaque mois, et qui représentent en réalité une très petite minorité. Je parle du financement public des différents modèles de propriété.

La plupart des données probantes proviennent des États-Unis, car un pourcentage important des établissements à but lucratif là-bas reçoivent des fonds de Medicare et de Medicaid. Une très grande quantité de données probantes provenant des États-Unis révèlent que le nombre d'employés n'est pas aussi élevé, qu'il y a un pourcentage de plaies de lit plus élevé... Un certain nombre d'articles révèlent qu'il y a un pourcentage plus élevé d'hospitalisations pour ce que nous appelons des conditions liées aux soins.

Au Canada, les résultats de recherche sont beaucoup plus lents à obtenir, mais c'est là un des domaines de recherche qui m'intéresse. Nous avons examiné cette question en Colombie-Britannique pour ce qui est du nombre d'effectifs et de l'hospitalisation pour des problèmes comme la pneumonie, la déshydratation, l'anémie — des problèmes pour lesquels on suppose que si les soins étaient meilleurs, il n'y aurait pas autant d'hospitalisations. Nous avons constaté dans toutes ces études que les données sont généralement semblables à celles que l'on retrouve aux États-Unis, qu'il y a un pourcentage plus élevé d'hospitalisations dans les établissements à but lucratif et un pourcentage moins élevé tout particulièrement dans les établissements publics et sans but lucratif.

La présidente: Merci, docteur McGregor.

Nous allons maintenant donner la parole à M. Carrie.

M. Colin Carrie (Oshawa, PCC): Merci beaucoup, madame la présidente. Je partagerai mon temps avec Mme Block, si cela vous convient.

Je voudrais poser ma première question au Dr Bédard. Vous avez mentionné la conduite automobile. Avant d'être député, j'étais chiropraticien. Nous faisons beaucoup de réhabilitation. Nous travaillions beaucoup avec les personnes âgées. On pouvait voir que certains de mes patients avaient une amplitude des mouvements limitée. L'importance de la conduite automobile... Il est bon pour les personnes âgées de continuer le plus longtemps possible à garder leur indépendance et de vieillir à domicile.

Vous avez fait des études. Je me demandais si vous avez trouvé des études qui portaient sur des appareils pour aider les personnes âgées à continuer de conduire une automobile. Est-ce que la plupart des personnes âgées atteintes d'une maladie chronique continuent de conduire leur voiture? Est-ce quelque chose que la plupart d'entre elles font, ou est-ce quelque chose dont la plupart des Canadiens devraient s'inquiéter?

• (1610)

Dr Michel Bédard: Je vous remercie.

C'est une très bonne question. Je dirais d'abord que les accessoires fonctionnels s'adressent normalement aux gens qui ont des incapacités physiques graves. Par ailleurs, la plupart des gens ont une maladie chronique quelconque, et à mesure que nous vieillissons, la plupart de nous auront une maladie chronique quelconque, et les gens continuent de conduire.

Ce qui est fantastique à propos des conducteurs âgés, c'est qu'ils ont tendance à s'autodiscipliner. Ils changent leurs habitudes de conduite. Ils ne conduisent plus dans des circonstances difficiles. Ils n'ont pas tendance à conduire pendant l'heure de pointe, le soir ou dans de mauvaises conditions climatiques. Alors dans les faits, ils modifient leurs habitudes de conduite, et, encore une fois, ils conduisent moins, et c'est pourquoi, comme groupe, dans l'ensemble, le nombre d'accidents n'est pas plus élevé que pour d'autres groupes — en fait, il est inférieur à celui de tout autre groupe d'âge.

Les Canadiens n'ont pas à s'inquiéter des conducteurs âgés comme groupe. Il y a des conducteurs qui méritent une attention, et nous devons continuer de chercher des façons de trouver ceux qui ont besoin de plus d'aide, qui ont peut-être besoin d'aide à conduire ou qui devraient peut-être cesser de conduire. Mais je crois que, comme société, nous n'avons pas à nous inquiéter à leur sujet.

M. Colin Carrie: Les statistiques semblent démontrer qu'il est acceptable de circuler sur les routes plus longtemps. Mais je demandais s'il y avait des dispositifs comme des miroirs spéciaux ou autres sur le marché pour aider les personnes âgées, à reculer, par exemple.

Dr Michel Bédard: Eh bien, il y a beaucoup de produits sur le marché. Malheureusement, aucune preuve n'appuie leur utilisation. Encore une fois, je crois que ce qu'on a constaté, c'est que les gens ont tendance à modifier leur comportement s'ils ont de la difficulté, comme vous l'avez dit, à faire certains mouvements et à se tourner. Ils font une meilleure utilisation de leurs miroirs pour couvrir l'angle mort ou compenser pour toute autre difficulté qu'ils pourraient avoir. Il y a donc beaucoup d'adaptation à faire.

Je crois qu'il ne faut pas trop se préoccuper de la commercialisation de tous ces produits, qu'il s'agisse d'outils pour la voiture ou... On entend même parler de produits d'entraînement pour le cerveau, mais il y a très peu de preuves sur leurs effets. Je crois qu'il faut faire preuve de précaution et attendre d'avoir des preuves avant de recommander ces produits.

M. Colin Carrie: Oh, c'est certain.

Kelly.

Mme Kelly Block (Saskatoon—Rosetown—Biggar, PCC): Je vous remercie.

Merci beaucoup, madame la présidente.

Je remercie les invités d'être ici également. Je vais poser quelques questions à Mme Sylvie Belleville, si vous n'avez pas d'objection.

Je suis très intéressée par le travail que vous faites pour ce qui est d'étudier et de surveiller les capacités cognitives des gens qui ont tendance à être atteints de la maladie d'Alzheimer. Je crois comprendre que vous avez mis sur pied des tests, y compris des tests de mémoire, d'attention et de perception qui permettent de prédire de façon fiable si une personne sera atteinte de la maladie.

Quand vous apprenez qu'une personne risque d'être atteinte de la maladie, que faites-vous avec cette information? Quels conseils donnez-vous à la personne et que faites-vous comme surveillance?

Mme Sylvie Belleville: En fait, maintenant, nous qualifions les gens que... Nous utilisons un terme, « trouble cognitif léger »...

La présidente: Je m'excuse, madame Belleville, le timbre sonne, alors nous allons devoir mettre fin aux discussions. Mais je vous remercie d'avoir été là. Nous vous en sommes reconnaissants.

Il s'agit d'un timbre d'une demi-heure, n'est-ce pas? Oui. Le temps que nous nous rendions à la Chambre des communes, il sera 16 h 45, puis nous devons voter. Ce qui nous mènera à 17 heures ou un peu plus tard. Oh, le vote est à 16 h 40.

Que désire faire le comité? Devrions-nous reprendre, pour discuter des travaux du comité?

Monsieur Brown.

M. Patrick Brown (Barrie, PCC): Le timbre est d'une durée de 30 minutes en raison de la distance, alors on n'est pas censés reprendre avant une demi-heure après le vote. Si le vote se termine à 17 heures ou à 16 h 50, nous serions de retour à 17 h 20. À quoi bon revenir pour 5 ou 10 minutes tout au plus.

La présidente: Oui. C'était mon raisonnement également, puisque nous sommes à une distance considérable de la Colline du Parlement.

Quelqu'un a quelque chose d'autre à ajouter?

Monsieur Morin.

[Français]

M. Dany Morin: Dans l'éventualité où l'on ne discuterait pas des travaux du comité tout à l'heure, en revenant, va-t-on avoir une confirmation quant à l'heure? Ce serait donc lundi prochain, à la fin de la réunion?

[Traduction]

La présidente: C'est remis à la prochaine séance de comité. Ce sera inscrit à l'ordre du jour de la prochaine séance, alors nous pourrions en discuter, parce que nous accueillerons un nombre inférieur de témoins la prochaine fois.

Je vais lever la séance. Le règlement stipule qu'il faut lever la séance.

L'hon. Mark Eyking (Sydney—Victoria, Lib.): Une dernière chose, rapidement.

Parce que les libéraux n'ont pas eu la chance de poser leurs questions, peut-être que la prochaine fois, nous pourrions poser nos questions en premier.

• (1615)

La présidente: Non, nous avons un ordre à suivre, et c'est ce qui arrive parfois.

La séance est levée.

POSTE  MAIL

Société canadienne des postes / Canada Post Corporation

Port payé

Postage paid

Poste-lettre

Lettermail

**1782711
Ottawa**

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

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

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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

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