



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

## Comité permanent de la santé

---

HESA



NUMÉRO 009



1<sup>re</sup> SESSION



41<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le mercredi 19 octobre 2011**



**Présidente**

Mme Joy Smith



## Comité permanent de la santé

Le mercredi 19 octobre 2011

• (1530)

[Traduction]

**La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)):** Bonjour à tous. Bienvenue à la séance du Comité de la santé.

Je suis si contente que vous soyez tous venus aujourd'hui. Nous accueillons aujourd'hui de nombreux témoins. Il est impératif que nous obtenions tous les renseignements à cet égard, et nous sommes très satisfaits d'avoir été en mesure de le faire jusqu'à maintenant.

Avant de commencer à entendre les témoins que nous avons invités dans le cadre de notre étude sur les maladies chroniques liées au vieillissement, je vais demander que nous adoptions notre budget. La motion propose que, dans le cadre de l'étude sur les maladies chroniques liées au vieillissement, le budget proposé de 28 700 \$ soit adopté.

**M. Colin Carrie (Oshawa, PCC):** J'aimerais présenter la motion visant l'adoption du budget par les membres du comité, telle qu'elle a été lue par Mme la présidente.

**La présidente:** Merci, monsieur Carrie.

[Français]

**M. Dany Morin (Chicoutimi—Le Fjord, NPD):** Serait-il possible de nous accorder une ou deux minutes pour regarder les détails et voir si cela nous satisfaisait?

[Traduction]

**La présidente:** Monsieur Morin, il s'agit essentiellement d'un budget standard; il nous permettra de faire comparaître nos témoins. Sans ce budget, nous ne sommes pas en mesure de payer les chambres d'hôtel ou les billets d'avion. Plutôt que de passer en revue chaque élément, cette explication vous satisfait-elle?

[Français]

**M. Dany Morin:** Donnez-moi seulement quelques secondes. Cela devrait être suffisant.

Cela comprend-il tous nos témoins pour l'automne?

[Traduction]

**La présidente:** Le budget s'applique seulement à la présente étude. Si vous l'examinez, vous constaterez qu'il permet seulement de payer les dépenses des témoins qui comparaissent devant nous.

À titre de renseignement supplémentaire, sachez que nous pouvons adopter un budget maximal de 50 000 \$, je pense. Ensuite, je dois consulter le comité de liaison.

**Une voix:** Je pense que la limite se chiffre à 40 000 \$.

**La présidente:** D'accord, la limite est de 40 000 \$. Par conséquent, le présent budget est très normal. Mais je vous remercie d'avoir posé la question.

(La motion est adoptée.)

**La présidente:** Merci.

Conformément à l'article 108(2) du Règlement et à l'étude que nous menons sur les maladies chroniques liées au vieillissement, nous accueillons une représentante de l'Association canadienne du diabète, Aileen Leo, directrice associée.

Bienvenue, Aileen, ou est-ce Dre Leo?

• (1535)

**Mme Aileen Leo (directrice associée, Politique publique, relations gouvernementales et affaires publiques, Association canadienne du diabète):** Je pourrais faire semblant que c'est le cas mais, malheureusement, ce ne l'est pas.

**La présidente:** C'est sans importance. Si vous êtes ici, c'est que vous êtes une experte.

Le Partenariat canadien contre le cancer est représenté par Jessica Hill, présidente-directrice générale, et Leanne Kitchen Clarke, vice-présidente des affaires publiques. Je vous souhaite toutes deux la bienvenue.

La Fondation des maladies du coeur du Canada est représentée par Manuel Arango, directeur, Politique de la santé, et Mike Sharma, représentant expert. Bienvenue.

L'Association pulmonaire du Canada est représentée par Christopher Wilson qui se joindra bientôt à nous. Les représentants de l'association témoigneront vers la fin, alors il arrivera un peu plus tard. Il est directeur des affaires publiques et du plaidoyer. Nous accueillons également Rosario Holmes, une éducatrice. Merci beaucoup d'être venue aujourd'hui, Rosario.

Cela étant dit, nous allons commencer par entendre un exposé de 10 minutes. L'Association canadienne du diabète témoignera en premier. Qui donnera l'exposé pour cette organisation?

Merci, madame Leo.

**Mme Aileen Leo:** Bonjour, madame la présidente, bonjour, chers membres du comité.

Au nom de l'Association canadienne du diabète, je vous remercie infiniment de nous avoir invités aujourd'hui. Nous sommes très heureux de participer à la discussion concernant les maladies chroniques liées au vieillissement.

La population du Canada vieillit, et cette étude va donc s'avérer essentielle pour élaborer une politique relative aux soins de nos aînés, qui sont nombreux à se trouver en situation de vulnérabilité parce qu'ils vivent avec une maladie chronique — voire plusieurs — y compris le diabète et les complications associées à cette maladie. Aujourd'hui, notre exposé va mettre l'accent sur l'incidence du diabète et de ses complications sur notre système de santé, sur notre économie et sur les personnes qui vivent avec la maladie.

L'Association canadienne du diabète lutte contre le diabète en aidant les personnes diabétiques à mener une vie saine pendant que nous nous employons à trouver un traitement contre la maladie. Fondée il y a plus de 50 ans, notre association est un organisme sans but lucratif présent dans bon nombre des collectivités du Canada. Nous travaillons avec un solide réseau national composé de bénévoles, d'employés, de professionnels de la santé, de chercheurs, de partenaires et de partisans. L'Association aide les Canadiens à rester en santé grâce à des activités de sensibilisation et des services, mais aussi en défendant les intérêts des personnes qui vivent avec le diabète, en appuyant la recherche et en convertissant ses résultats en applications pratiques.

Malheureusement, le diabète atteint des proportions épidémiques tant au Canada qu'à l'échelle mondiale. La prévalence croissante de la maladie est spectaculaire et alarmante. En 2010, 7,6 p. 100 des Canadiens présentait un diabète, soit 2,7 millions d'habitants. Si nous ne prenons aucune mesure, en 2020, près de 11 p. 100 des Canadiens seront atteints du diabète, soit plus de 4 millions d'habitants. De plus, aujourd'hui, près d'un million de personnes ont le diabète sans le savoir, car elles n'ont pas encore reçu de diagnostic. Par ailleurs, plus de 7 millions de personnes présentent un prédiabète, c'est-à-dire un trouble qui, faute de soins, prédispose les personnes qui en sont atteintes à développer un diabète de type 2.

Donc aujourd'hui, plus de 9 millions de personnes vivent avec un diabète diagnostiqué, un diabète non diagnostiqué ou un prédiabète. Autrement dit, au Canada, une personne sur quatre vit aujourd'hui avec un diabète ou un prédiabète. Comme si ces chiffres n'étaient pas suffisamment alarmants, on sait aujourd'hui qu'en 2020, ce sera le cas d'une personne sur trois, si rien n'est fait pour endiguer cette épidémie.

Il existe une forte corrélation entre l'âge et l'apparition du diabète de type 2, la forme qui touche près de 90 p. 100 des personnes diabétiques. De fait, la probabilité de développer un diabète augmente avec l'âge. Dans nos lignes directrices de pratique clinique, nous indiquons qu'en règle générale, le fait d'avoir plus de 40 ans est l'un des principaux facteurs de risque du diabète de type 2. Il s'agit là d'un renseignement d'une importance primordiale, puisque d'après Statistique Canada, d'ici 2036, le nombre de personnes âgées aura plus que doublé pour représenter environ 25 p. 100 de la population canadienne — dépassant ainsi pour la première fois le nombre d'enfants.

Outre le vieillissement de la population, l'augmentation du nombre de personnes n'ayant pas un poids santé, la sédentarisation des modes de vie et l'évolution de la diversité ethnique sont autant de facteurs qui jouent un rôle dans l'augmentation alarmante de la prévalence du diabète.

Étant donné la corrélation entre vieillissement et diabète, il n'est pas étonnant que la plupart des provinces canadiennes dont la courbe de l'âge médian est plus élevée que la moyenne nationale présentent des taux de diabète plus élevés. C'est notamment le cas du Canada atlantique. Par exemple, la province de Terre-Neuve-et-Labrador affiche l'âge médian le plus élevé du Canada, et présente aussi le plus fort taux de diabète et de prédiabète du pays. D'ici à 2020, alors que le taux national de prévalence du diabète s'approchera des 11 p. 100, celui de Terre-Neuve-et-Labrador dépassera 14 p. 100 si rien n'est fait.

L'augmentation de la prévalence du diabète va de pair avec l'augmentation des coûts, ce qui affecte notre système de santé et notre économie. Aujourd'hui, le diabète coûte plus de 11,7 milliards de dollars, et ces coûts atteindront 16 milliards de dollars d'ici 2020.

Il est important de souligner que 80 p. 100 de ces coûts sont dus à des complications associées au diabète, comme les crises cardiaques, les AVC, les néphropathies, la cécité, les amputations et la dépression. Ces troubles se rencontrent fréquemment chez les Canadiens âgés présentant un diabète, puisque la probabilité de présenter ces complications augmente avec la durée de la maladie.

Le diabète a aussi un coût pour les personnes qui en sont atteintes. À l'exception des personnes qui ont un revenu très faible et dont les dépenses sont couvertes par le gouvernement, les frais que les personnes diabétiques paient de leur poche peuvent atteindre ou dépasser 2 000 \$ par an pour les personnes atteintes d'un diabète de type 2, et ce, tous niveaux de revenus et lieux de résidence confondus. Pour les personnes atteintes d'un diabète de type 1, ces frais peuvent être encore plus élevés, notamment si elles utilisent une pompe à insuline. Ces coûts continuent de constituer un obstacle à l'autogestion efficace du diabète: au Canada, plus de la moitié des personnes atteintes d'un diabète de type 2 indiquent qu'elles ne suivent pas scrupuleusement le traitement qui leur est prescrit en raison du coût des médicaments, des appareils et des fournitures médicales, ce qui accroît le risque des complications qui peuvent leur coûter la vie.

● (1540)

Et ces coûts touchent les personnes âgées. Les membres de notre association qui peuvent actuellement assumer ces coûts ont indiqué être très inquiets à l'idée que ces coûts les forcent à compromettre l'autogestion de leur maladie lorsqu'ils prendront leur retraite.

Nous devons alléger le fardeau du diabète et des complications qui s'y rattachent. Pour ce faire, l'Association canadienne du diabète recommande d'améliorer la prévention du diabète et sa prise en charge pour les Canadiens âgés. Modifier le mode de vie est efficace pour prévenir l'apparition du diabète chez les personnes âgées qui présentent un risque élevé de contracter la maladie. Ces modifications comprennent une perte de poids modérée ainsi qu'une activité physique régulière.

Puisque, sur le plan du métabolisme, le diabète est différent chez les personnes âgées, il faut que leur prise en charge et/ou leur thérapie en tienne compte. Il a été démontré que le soutien des équipes de soins (qui peuvent inclure des médecins, des nutritionnistes, des diététistes, des pharmaciens, du personnel infirmier spécialisé dans l'éducation sur le diabète) permet d'améliorer le contrôle de la glycémie chez les personnes âgées.

L'association entre éducation nutritionnelle, exercice physique et traitement médicamenteux devrait être soigneusement conçue, de façon à être adaptée aux besoins des personnes âgées et à ceux des divers sous-groupes, tels que les personnes qui présentent un risque plus élevé d'hypoglycémie (c'est-à-dire un taux de glucose dans le sang inférieur au taux normal).

Outre les besoins physiques, il nous faut également aborder la question de la santé mentale des personnes âgées diabétiques. Selon l'Association canadienne pour la santé mentale, la dépression est très fréquente chez les aînés. Les personnes âgées font face à de nombreux obstacles qui contribuent à la dépression, comme une capacité fonctionnelle réduite du fait d'une maladie, des difficultés à se déplacer, des douleurs chroniques et des déficiences sur le plan cognitif et sensoriel. Entre autres enjeux, on peut citer la retraite, les modifications du revenu, le veuvage, le décès d'amis et de nouvelles responsabilités en tant qu'aidant naturel — autant de facteurs qui peuvent conduire à un isolement social et émotionnel. Ce point est d'autant plus important que les personnes diabétiques qui risquent deux fois plus d'être déprimées que celles qui n'ont pas la maladie, ce qui compromet leur capacité à autogérer leur diabète.

Les personnes diabétiques qui présentent une dépression liée à leur maladie sont moins enclines à suivre le régime ou les exercices qu'on leur prescrit, à vérifier leur glycémie sanguine ou à faire exécuter leurs ordonnances visant à traiter leur diabète ou les complications qui s'y rattachent. Par conséquent, si vous êtes une personne âgée et que vous êtes diabétique, vous risquez nettement plus d'être atteint de dépression ou d'autres graves complications.

L'augmentation du nombre de personnes âgées s'accompagne d'un essor spectaculaire du nombre d'aînés placés dans des centres de soins de longue durée. Les personnes âgées qui résident dans ces centres présentent souvent un diabète non diagnostiqué et certaines des complications associées à la maladie, comme des troubles mentaux. La sous-alimentation est également un problème majeur au sein de ces établissements.

Pour résumer, le risque de contracter un diabète de type 2 ainsi que des complications associées à la maladie est plus élevé pour les Canadiens âgés. À l'heure actuelle, le diabète coûte plus de 11,7 milliards de dollars au Canada, et 80 p. 100 de ces coûts sont à imputer aux complications qui s'y rattachent.

Du fait du vieillissement de notre population, nous devons nous efforcer de maintenir en santé les Canadiens âgés pour éviter ou retarder l'apparition de complications coûteuses, et ainsi atténuer l'incidence du diabète sur notre système de santé et sur notre économie.

Des interventions visant à modifier le mode de vie sont efficaces pour prévenir l'apparition du diabète chez les personnes âgées qui présentent un risque très élevé de contracter la maladie, et les personnes âgées diabétiques devraient être suivies par une équipe de soins de santé leur fournissant éducation et soutien.

Étant donné que les Canadiens âgés présentent une vulnérabilité au diabète ainsi qu'à la dépression, les mesures prises pour répondre à leurs besoins devraient se concentrer à la fois sur leur bien-être physique et mental.

Enfin, pour réussir à prévenir ou à prendre en charge les maladies chroniques en vue de favoriser un vieillissement en santé, il faut commencer bien avant que les gens aient atteint 65 ans. Nous vous invitons à prendre connaissance de nos recommandations pour juguler la progression du diabète au Canada, qui se trouvent dans le rapport intitulé *Diabète: Le Canada à l'heure de la remise en question* que nous avons publié en avril. Le rapport fait partie de vos trousseaux d'information.

Merci encore de nous avoir donné aujourd'hui la possibilité d'exprimer notre point de vue sur cette question d'importance majeure. Nous serons ravis de répondre à toute question éventuelle.

●(1545)

**La présidente:** Merci beaucoup, madame Leo. Ces statistiques sont très graves, n'est-ce pas? Merci.

Une fois que tous les témoins auront donné leur exposé, nous passerons aux questions et réponses.

Nous allons maintenant céder la parole au Partenariat canadien contre le cancer et à Jessica Hill.

**Mme Jessica Hill (présidente-directrice générale, Partenariat canadien contre le cancer):** Merci beaucoup, madame la présidente, merci, chers membres du comité.

Je suis heureuse d'être ici aujourd'hui en compagnie de ma collègue Leanne Kitchen Clarke afin de vous parler du Partenariat canadien contre le cancer.

Le cancer englobe plus de 200 maladies complexes. C'est pourquoi il est difficile de trouver un traitement unique pour cette maladie. Je suis ici aujourd'hui pour vous présenter certains des points saillants de nos efforts, en particulier ceux liés aux priorités que partagent la lutte contre le cancer, la lutte contre d'autres maladies chroniques et le vieillissement en santé.

Étant donné que notre organisation est relativement nouvelle, j'aimerais vous renseigner un peu sur le partenariat. La Société canadienne du cancer est l'un des principaux organismes de bienfaisance que vous connaissez dans le domaine de la lutte contre le cancer. Toutefois, le partenariat n'est ni un organisme de bienfaisance, ni un groupe d'intervention ou de pression.

Le partenariat a été créé par le gouvernement fédéral en 2007. On lui a accordé un mandat initial de cinq ans et un financement de 250 millions de dollars. Nous remercions le gouvernement d'avoir reconnu les progrès accomplis par la stratégie de lutte contre le cancer et d'avoir renouvelé notre mandat et notre financement pour cinq années supplémentaires, soit de 2012 à 2017.

Tout notre travail est accompli en collaboration avec des partenaires qui oeuvrent partout au pays, ou grâce à leur intermédiaire. Pour faire progresser notre travail, nous employons 400 conseillers qui siègent au sein de groupes de travail ou de réseaux de lutte contre le cancer et les maladies chroniques établis partout au Canada. Cela nous permet de tirer parti des compétences qui existent à l'échelle nationale et de mettre en commun nos connaissances, nos habiletés et nos pratiques exemplaires afin d'avoir une plus grande incidence sur cette lutte. Par exemple, dans le domaine du dépistage du cancer colorectal, nous présidons un réseau composé de directeurs de programmes et d'experts provinciaux afin d'accélérer la mise en oeuvre de programmes au Canada. Cette réalisation est imputable aux efforts collectifs de ce réseau.

Notre conseil d'administration compte 19 intervenants, notamment des sous-ministres provinciaux, des représentants de la Société canadienne du cancer et de l'Association canadienne des agences provinciales du cancer, des personnes qui ont été atteintes d'un cancer, des représentants régionaux ayant de l'expérience en santé et dans le domaine de la lutte contre le cancer, et une personne d'origine autochtone.

L'expression « contrôle du cancer » est définie par l'Organisation mondiale de la santé, et sa définition traite en général de la démarche qu'entreprend la population pour réduire le fardeau du cancer. Le contrôle du cancer englobe l'éventail complet des mesures à prendre: la prévention, le dépistage, la détection précoce, l'évaluation du rendement du système visant à tenir au courant les initiatives de qualité, et l'aide apportée aux patients et aux familles pendant leur lutte contre le cancer, que le patient survive ou non.

Compte tenu du temps dont nous disposons, je ne vais pas aborder aujourd'hui les questions du dépistage, du diagnostic et du traitement. Je vais mettre l'accent sur la prévention et la recherche. L'aperçu que j'ai remis à la greffière énumère la totalité de nos initiatives, et nous ferons un suivi afin de fournir des copies supplémentaires à l'intention de tous les membres du comité.

Dans le domaine de la prévention, le cancer partage avec d'autres troubles de nombreux facteurs de risque. Dans ce contexte, nous collaborons avec la Fondation des maladies du coeur et d'autres organismes dans le but de faire progresser nos efforts collectifs.

Passons à la diapositive n° 4. Je vais parler un peu des statistiques en matière de cancer et de vieillissement. Sur la diapositive n° 5, vous remarquerez que, de 2007 à 2031, on prévoit que le nombre de nouveaux cas de cancer augmentera de 71 p. 100. Pendant cette même période, la population s'accroîtra seulement de 19 p. 100, mais 40 p. 100 des femmes et 45 p. 100 des hommes développeront un cancer.

Sur la diapositive suivante, vous noterez qu'il y a une forte corrélation entre l'âge et le nombre croissant de cas de cancer. Elle découle en partie du processus de vieillissement, et elle a assurément un effet sur le nombre croissant de cas qu'on détecte au sein de la population, au fur et à mesure qu'elle vieillit.

Sur la diapositive n° 7, vous pouvez constater que le taux de survie s'améliore, puisque le taux relatif de survie après cinq ans s'élève à 62 p. 100 et à 58 p. 100 après 10 ans. Ces nouvelles sont excellentes, mais elles indiquent que la population comprendra un nombre croissant de personnes qui vivent avec le cancer et que ces personnes seront principalement âgées.

Ce problème comporte une autre facette, celle de la comorbidité, c'est-à-dire les gens qui sont atteints du diabète et du cancer, par exemple, ou d'une maladie du coeur et du cancer. Voilà l'un des facteurs que notre système de soins de santé doit affronter.

Sur la diapositive n° 8, vous voyez que nous nous apprêtons à présenter les priorités stratégiques du partenariat. La diapositive n° 9 expose le cadre stratégique que nous utiliserons de 2012 à 2017. Il décrit notre vision, que partagent les intervenants dans la lutte contre le cancer: nos buts, notre mission, nos priorités stratégiques, nos fonctions fondamentales ainsi que les objectifs que nous atteindrons pendant cette période.

•(1550)

Mais surtout, je veux souligner notre rôle, qui consiste à utiliser les investissements qui existent déjà partout au pays pour le cancer qui, d'après ce que l'on dit habituellement, représentent plus de 6 milliards de dollars. Nos fonds vont servir à améliorer l'efficacité du système dans son ensemble. Et c'est de cette façon que la stratégie est mise en oeuvre.

Nous travaillons avec des gens pour favoriser la collaboration, mettre en commun des pratiques exemplaires et faire en sorte que la Colombie-Britannique puisse mettre en commun ses pratiques exemplaires avec l'Ontario, et que l'Ontario puisse faire de même avec les autres provinces. Il s'agit donc d'une approche très axée sur la collaboration.

Rapidement, à la page 10, sur le plan de la prévention, notre principale initiative est le projet COALITION, connaissances et action liées pour une meilleure prévention. Il appuie vraiment les efforts de prévention déployés partout dans les provinces pour améliorer la collaboration entre elles et faire en sorte qu'elles puissent accélérer les interventions dans le cadre de leur programme de prévention.

Je peux donner plus de renseignements au comité à ce sujet.

Pour ce qui est de la page 11, nous voulions souligner que nous avons lancé une vaste étude, le projet de partenariat canadien Espoir pour demain, une étude des cohortes à laquelle participent cinq cohortes régionales. Cette plateforme de recherche nationale étudie les liens entre la génétique, le mode de vie et le milieu et sera importante pour au moins les 30 années à venir.

La page 12 présente une description de l'étude. Toutefois, nous en sommes à l'étape où les cohortes régionales recrutent des participants. Dans le cadre du prochain mandat, nous créerons des possibilités pour les Canadiens de participer à l'étude dans les provinces et les territoires où l'on ne mène pas d'études régionales en ce moment; de plus, nous collaborerons avec le secteur des maladies cardiovasculaires pour renforcer les indicateurs cardiovasculaires dans l'étude. Tout cela enrichira beaucoup la plateforme.

Le dernier élément dont j'aimerais parler, ce sont les soins palliatifs et de fin de vie. Manifestement, 50 p. 100 des patients atteints d'un cancer décéderont des suites de leur maladie, et nous connaissons beaucoup de patients et de familles qui ne sont pas préparés à prendre des décisions sur la fin de vie et d'en discuter. C'est pourquoi nous collaborons avec la Coalition pour des soins de fin de vie de qualité du Canada, dans le cadre de son plan d'action, pour soutenir ses efforts visant à faire en sorte que nous soyons en mesure d'améliorer les soins palliatifs au pays.

De plus, nous produisons des rapports au sujet du système, et nous avons fourni cela à la greffière.

Nous produisons des rapports sur le rendement du système, et c'est un aspect important de notre travail, de sorte que nous pouvons surveiller le rendement du système partout au pays et collaborer avec les représentants des organismes de lutte contre le cancer et du système de soins de santé pour examiner la façon dont ils peuvent apporter des améliorations qui assureraient une meilleure cohérence et répondraient aux besoins des Canadiens de la façon la plus efficace possible. Nous avons produit deux rapports et nous en produirons un troisième en décembre, le rapport de 2011, qui nous aidera à comprendre davantage la façon dont les services sont fournis et dont les lignes directrices sont adoptées.

La diapositive suivante ne vise qu'à vous dire ce que nous utilisons pour éclairer nos initiatives futures. Nous utilisons des données probantes, nous tirons des leçons de l'expérience des patients et de leurs dispensateurs, nous avons des vidéos sur notre portail intitulées « En toute vérité » — dans lesquelles des Canadiens parlent de leur expérience —, et nous obtenons la participation du système de santé pour faire nos changements.

En terminant, je vous incite à visiter notre site Web, [www.partenariatcontrelcancer.ca](http://www.partenariatcontrelcancer.ca), ou notre portail, qui regroupe plus de 30 partenaires, [www.vuesurlecancer.ca](http://www.vuesurlecancer.ca), si vous voulez obtenir des renseignements supplémentaires au sujet du travail que nous effectuons dans le cadre de notre premier mandat.

Merci.

**La présidente:** Merci beaucoup, madame Hill.

Nous passons maintenant à la Fondation des maladies du coeur, et nous entendrons M. Manuel Arango, qui en est le directeur.

Je suis désolée, ce sera quelqu'un d'autre?

**Une voix:** Oui.

**La présidente:** Nous entendons donc le Dr Mike Sharma?

D'accord, merci.

•(1555)

**Dr Mike Sharma (représentant expert, Fondation des maladies du coeur du Canada):** Madame la présidente, mesdames et messieurs les membres du comité, au nom de la Fondation des maladies du coeur, j'aimerais vous remercier de l'occasion que vous nous donnez de comparaître devant vous pour donner notre point de vue sur les maladies chroniques liées au vieillissement. Je m'appelle Mike Sharma, et je suis représentant expert de la Fondation des maladies du coeur. Je suis neurologue et chercheur, ainsi que directeur adjoint des affaires cliniques du Réseau canadien contre les accidents vasculaires cérébraux. Je suis accompagné de Manuel Arango, directeur des politiques de santé à la fondation.

Nous voulons avant tout exprimer notre gratitude au Parlement pour un certain nombre de ses initiatives et de ses engagements qui aideront à réduire les effets des maladies du coeur et des AVC au Canada, dont l'adoption récente de nouvelles mises en garde, qui sont aussi meilleures qu'elles l'étaient, sur les emballages de produits du tabac, le projet de loi C-32, qui interdit l'utilisation de certains arômes dans les produits du tabac et les moyens de marketing qui y sont associés; l'engagement d'investir dans l'achat de défibrillateurs pour les arénas partout au pays; et l'engagement d'inclure des mesures dans le cadre de l'étude longitudinale sur les maladies chroniques « Espoir pour demain » du Partenariat canadien contre le cancer.

La Fondation des maladies du coeur est un organisme national bénévole, un organisme de bienfaisance dans le domaine de la santé qui existe depuis plus de 50 ans et qui compte plus de 130 000 bénévoles et deux millions de donateurs. Nous travaillons à prévenir les maladies du coeur et les AVC en finançant la recherche, en faisant la promotion d'un mode de vie sain pour les Canadiens et en travaillant avec tous les ordres de gouvernement pour guider et influencer l'élaboration des politiques en matière de santé.

Nous vieillissons. Tous les jours, 1 000 Canadiens atteignent l'âge de 65 ans et entrent donc dans une période de leur vie où le risque d'avoir un AVC, d'avoir une maladie du coeur et d'être atteints de démence augmente. On prévoit que le nombre d'ainés au Canada, qui était de 4,2 millions en 2005, passera à 9,8 millions en 2036. Ensemble, les maladies du coeur et les AVC constituent les principales causes de décès chez les Canadiens de 65 ans et plus; plus de 60 000 ainés en meurent chaque année. Il y a plus de 50 000 admissions à l'hôpital par année pour des AVC au pays, ce qui représente un AVC toutes les dix minutes. Si l'on tient compte du fait qu'on n'hospitalise pas toutes les personnes qui font des AVC, ces chiffres sont encore plus élevés en réalité.

Les AVC pour lesquels les gens sont hospitalisés sont ceux qui entraînent des symptômes graves. Également, il y a entre 5 et 10 fois plus d'AVC silencieux, c'est-à-dire qui ne se manifestent pas par des symptômes graves, mais qui provoquent des incapacités par d'autres mécanismes. Aujourd'hui, au moins 300 000 Canadiens vivent avec les conséquences d'un AVC.

En raison du temps restreint que nous avons, nous avons décidé de nous concentrer sur trois thèmes principaux: l'AVC, le vieillissement et l'économie; les maladies vasculaires cérébrales et la démence; et, brièvement, les maladies du coeur et le vieillissement.

Au Canada, l'AVC est la principale cause de décès et d'incapacité, et les six premiers mois de soins coûtent à eux seuls 56 000 \$. Les coûts annuels sont estimés à plus de 5 milliards de dollars. Alors que 35 p. 100 des gens touchés par les AVC ont moins de 65 ans, l'âge est la plus importante variable explicative des cas d'AVC. Le risque

d'AVC augmente à partir de 55 ans et double tous les dix ans par la suite. Les AVC causent des dysfonctionnements physiques, cognitifs et mentaux chez les gens qui en sont victimes. La capacité de prendre des décisions et de penser s'affaiblit et des troubles du langage et de mémoire apparaissent. Après trois mois, 30 p. 100 des gens souffrent de dépression. Entre un tiers et deux tiers des gens ont besoin de faire de la réadaptation pour des problèmes physique, cognitif et de communication. Moins de 50 p. 100 des gens qui ont eu un AVC retournent au travail, ce qui impose un fardeau supplémentaire à leurs fournisseurs de soins et à leur famille.

En revanche, les AVC silencieux causent une dégradation fonctionnelle sans que des symptômes apparaissent. Nous savons que 95 p. 100 des gens de 65 ans et plus ont des anomalies au cerveau liées à une maladie des petits vaisseaux sanguins dans le cerveau. De plus, le quart des aînés de 70 ans qui ont une bonne santé présentent des signes de petits AVC silencieux. On remarque des AVC similaires chez 14 p. 100 des Canadiens âgés de 60 ans. Ces petits AVC silencieux causent la démence, qui en fait, est une maladie vasculaire.

La maladie d'Alzheimer, que l'on confond souvent avec la démence, apparaît rarement seule. La grande majorité des cas de démence constituent une combinaison de la maladie d'Alzheimer et de l'AVC, ce qu'on appelle « démence mixte ». D'ici à 2038, compte tenu des niveaux de 2008, le nombre de Canadiens atteints de démence se multipliera par 2,3, ce qui représente 1,1 million de personnes. Au pays, une femme sur deux et un homme sur trois aura un AVC ou souffrira de démence.

Les taux croissants d'obésité et de cas de diabète et le vieillissement de la population contribueront à faire augmenter le nombre de gens atteints d'une maladie du coeur, quelle qu'elle soit, dont la cardiopathie ischémique, l'insuffisance cardiaque et l'arythmie cardiaque. Cela pèsera lourdement sur le système de soins de santé et aura des conséquences économiques majeures au pays. À titre d'exemple, on estime qu'à l'heure actuelle, 500 000 Canadiens souffrent d'insuffisance cardiaque et que 50 000 nouveaux cas sont découverts chaque année.

•(1600)

Que pouvons-nous faire?

Certains changements apportés au système de soins de santé seront utiles. La Fondation des maladies du coeur est très fière de participer à la Stratégie canadienne de l'AVC, une initiative conjointe nationale dont l'objectif est d'améliorer les services pour l'AVC partout au Canada. La stratégie vise à mettre en oeuvre des pratiques exemplaires, et ainsi à prévenir les AVC, à réduire les dommages au minimum pour les gens qui en sont victimes, et à améliorer la récupération fonctionnelle.

Dans le cadre de l'accord en matière de santé imminent, il faut que le gouvernement fédéral s'assure de faire les paiements de transfert aux provinces qu'il faut afin de permettre l'intégration des pratiques exemplaires de la stratégie canadienne de l'AVC, notamment la mise sur pied d'unités d'AVC et l'amélioration des services de réadaptation et de soins palliatifs pour les gens aux prises avec des maladies chroniques.

La prévention est essentielle. Elle peut aider à retarder l'apparition des maladies chroniques, ce qui permet d'économiser de l'argent pour le système et d'améliorer la qualité de vie. Pour l'essentiel, la prévention consiste à faire les choix sains, les choix faciles, à créer un milieu qui favorise un mode de vie sain.

Pour prévenir les maladies vasculaires, il faut s'attaquer à un certain nombre de facteurs de risque, dont bon nombre peuvent également causer le cancer, le diabète, l'obésité et d'autres maladies chroniques. À un haut niveau, la prévention comprend avoir une saine alimentation, faire de l'activité physique et éviter de fumer.

Il existe un certain nombre de mesures pour s'attaquer aux facteurs de risque, mais en voici quelques-unes qu'il nous faut suivre maintenant.

Le cerveau et le cœur sont les principales cibles de l'hypertension artérielle. Nous pouvons prévenir l'hypertension artérielle en mangeant sainement, surtout en réduisant notre consommation de sodium et en faisant plus d'activité physique.

En ce qui concerne la consommation de sodium, la Fondation des maladies du cœur du Canada incite le gouvernement fédéral à donner suite aux recommandations du Groupe de travail sur le sodium, qui a publié son rapport final en juillet dernier. En particulier, nous demandons au gouvernement d'établir des objectifs de réduction de sodium pour l'industrie alimentaire et un mécanisme de surveillance. Ces objectifs devraient viser à réduire la consommation moyenne de sel à 2 300 milligrammes par jour d'ici à 2016. Si ces objectifs volontaires ne produisent pas les résultats voulus, nous appuyons la mise en œuvre de règlements.

La réduction de la teneur en gras trans dans notre alimentation est importante. La teneur en gras trans au Canada est plus élevée que ce qu'on recommande à l'échelle internationale. Nous demandons au gouvernement de présenter des règlements à cet égard.

Les Canadiens ne consomment pas suffisamment de fruits et de légumes, qui sont de plus en plus chers pour les aînés qui ont un budget restreint. Le gouvernement fédéral devrait s'assurer que la politique et les subventions agricoles favorisent la production et la distribution de fruits et légumes frais et abordables.

L'infrastructure dans les collectivités qui favorise une vie active est particulièrement importante pour les aînés dont l'état de santé nuit à leur mobilité. Des installations attrayantes, accessibles et sécuritaires pour faire de la marche et du vélo permettront à des Canadiens de tous âges d'aimer faire de l'activité physique. Il est également important de fournir des installations récréatives et des parcs sécuritaires et attrayants.

Nous demandons au gouvernement fédéral de collaborer avec les provinces pour créer un fonds pour le transport actif afin de fournir un financement à long terme pour l'infrastructure municipale qui encourage le transport actif. De plus, nous incitons le gouvernement fédéral à renouveler le fonds pour l'infrastructure de loisirs, qui a très bien fonctionné, pour faire en sorte qu'on continue à investir dans les installations récréatives et les parcs.

Le tabagisme est un facteur de risque extrêmement important. Les fumeurs ont des AVC 10 ans plus tôt que les non-fumeurs. Il est essentiel que le gouvernement renouvelle la stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme et qu'il ne réduise pas le financement annuel de cette stratégie par rapport à son niveau actuel, c'est-à-dire 43 millions de dollars par année.

Les traitements d'urgence pour les cas d'AVC réduisent les incapacités de façon substantielle, mais ils doivent être fournis très rapidement après la survenue de l'AVC. La raison la plus courante pour laquelle ces traitements ne sont pas fournis, c'est le retard. Nous incitons le gouvernement à soutenir les campagnes de sensibilisation qui visent à montrer aux gens comment ils peuvent reconnaître les signes d'un AVC et réagir en conséquence.

Madame la présidente, mettre ces recommandations en application favorisera la réduction des conséquences des maladies chroniques sur notre population vieillissante et notre économie.

Je vous remercie de l'occasion que vous nous avez donnée de vous faire part de notre point de vue aujourd'hui.

**La présidente:** Merci beaucoup, docteur Sharma. Ce sont des renseignements très utiles et plutôt bouleversants, et je suis donc ravie que vous soyez ici pour discuter avec nous.

Je remarque que M. Wilson n'est pas encore arrivé, et je vais donc demander à Mme Holmes si elle souhaite présenter un exposé pour l'Association pulmonaire du Canada.

**Mme Rosario Holmes (éducatrice, Domaine de l'asthme et de la maladie pulmonaire obstructive chronique, Association pulmonaire de l'Ontario, Association pulmonaire du Canada):** Je n'ai pas son exposé. J'ai un mini exposé que je peux vous présenter si cela vous convient.

**La présidente:** Je pense que c'est très bien, merci.

**Mme Rosario Holmes:** C'est lui qui devait faire un exposé.

**La présidente:** Je comprends. Je vous remercie de le remplacer.

**Mme Rosario Holmes:** Je ne vais le remplacer qu'en partie.

La maladie pulmonaire obstructive chronique est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité dans le monde. Les conséquences de la MPOC sont énormes et touchent tous les aspects de notre société. C'est pourquoi il faut une approche globale dont la prévention, le diagnostic et la gestion seraient les éléments principaux.

Comme la MPOC est insidieuse et évolutive, les symptômes ne sont pas connus et ils sont parfois mal interprétés, ce qui a des conséquences graves pour le patient: isolement, faible estime de soi, difficultés financières, malnutrition, dépression, et décès.

Au cours de l'année 2000, lorsque le programme Action-Air de l'Association pulmonaire a été créé ici à Ottawa, j'ai eu l'honneur de travailler avec des patients atteints d'une MPOC. J'ai été témoin de l'isolement, de la faible estime de soi, des difficultés financières, de la malnutrition et de la dépression des patients qui n'ont pas de famille, mais qui trouvent du réconfort et du soutien dans les programmes de réadaptation.

Après avoir participé aux programmes de réadaptation, les patients qui font partie du programme d'exercice retrouvent le goût de vivre. L'un de mes patients s'est même acheté une table et une chaise pour ses repas. Auparavant, il mangeait seulement des céréales et restait devant la télévision. Il manquait tellement de souffle qu'il n'était même pas capable de préparer ses repas. Aujourd'hui, il reçoit de l'oxygène. Il participe au programme d'exercice trois fois par semaine, il travaille très fort pour être en meilleure forme afin de subir une greffe de poumon.

La réadaptation pulmonaire et l'exercice sont les interventions les plus économiques et nécessaires pour la gestion de la MPOC. L'Association pulmonaire a maintenant un programme très spécial qui peut être reproduit dans diverses collectivités pour offrir aux patients souffrant de la MPOC la possibilité d'apprendre et de gérer eux-mêmes cette maladie chronique.

Merci beaucoup.

• (1605)

**La présidente:** Merci beaucoup, madame Holmes.

Nous allons maintenant passer aux questions, en commençant par Mme Quach.

Aimeriez-vous être la première? Vous avez donc sept minutes.

Merci.

[Français]

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

Je remercie aussi tous les témoins qui ont bien voulu nous présenter un exposé.

Ma première question s'adresse un peu à tout le monde, étant donné que vous avez tous parlé de nutrition, d'alimentation et de mode de vie en tant que moyens de prévenir les maladies chroniques dont il est question. Certains témoins ont parlé d'agriculture. Je crois qu'il s'agissait surtout de M. Sharma.

Avez-vous établi des contacts avec des personnes qui travaillent dans le secteur agroalimentaire un peu partout au Canada? Le cas échéant, qu'est-ce qui a été fait? Sinon, prévoyez-vous élaborer des processus, des démarches ou des programmes que vous allez proposer au gouvernement? Quel rôle le gouvernement pourrait-il jouer afin de favoriser tout cela?

J'ai d'autres questions, mais je vais d'abord vous laisser répondre à celle-ci.

[Traduction]

**M. Manuel Arango (directeur, Politique de la santé, Fondation des maladies du cœur du Canada):** Merci beaucoup. C'est une excellente question.

Notre recommandation au sujet de la politique agricole vient d'un vaste examen de la portée qui a été commandé il y a environ un an et demi. Nous tentons présentement de venir en aide au milieu agricole.

Toutefois, nous savons que les subventions pour la production de maïs et de soya sont souvent utilisées pour créer des réserves de gras et de sucre bon marché, qui sont ensuite utilisés dans la production d'aliments transformés, ce qui entraîne des effets pernicieux. Par exemple, les aliments transformés coûtent alors beaucoup moins cher que les fruits et les légumes. Nous devons donc veiller à réduire le prix des fruits et des légumes, à l'aide, par exemple, de subventions similaires destinées à leur production. Aussi, nous pourrions offrir aux agriculteurs des subventions qui les aideraient au transport des fruits et des légumes destinés à la vente.

De façon générale, le gouvernement doit envisager sa politique agricole du point de vue de la santé. Nous allons communiquer avec Agriculture et Agroalimentaire Canada et d'autres organismes à ce sujet, mais en général, nous devons subventionner la production de fruits et de légumes. Cela fera une différence, car comme l'a mentionné M. Sharma, les personnes âgées vivent souvent avec un budget restreint. Cela aura aussi des répercussions sur le vieillissement et les maladies chroniques.

• (1610)

**La présidente:** Y a-t-il d'autres commentaires à ce sujet?

Madame Leo.

**Mme Aileen Leo:** Nous ne sommes pas entrés directement en contact avec les producteurs agricoles. Nous travaillons parfois avec les producteurs alimentaires dans le cadre de certains projets conjoints, mais ce qui nous inquiète, comme l'a mentionné M. Sharma, c'est que les fruits et les légumes sont souvent hors de prix, surtout dans les campagnes et les régions nordiques et isolées du Canada.

L'interruption du programme d'approvisionnement alimentaire par la poste nous inquiète, ainsi que le programme par lequel on l'a

remplacé, car souvent, les subventions ne sont pas transmises directement aux consommateurs; elles profitent plutôt aux grossistes. Étant donné que le taux de diabète chez les Autochtones serait, selon certaines estimations, de trois à cinq fois plus élevé que chez les autres Canadiens, cela nous inquiète particulièrement.

Il faut procurer des aliments nutritifs, peu coûteux et sains à tous les Canadiens. Cela comprend les gens qui vivent dans une réserve, les Autochtones qui n'y vivent pas et les gens à faible revenu. Je ne pense pas qu'il soit surprenant que la consommation de boissons gazeuses ait monté en flèche, puisqu'elles coûtent souvent beaucoup moins cher que le lait. Quelle conclusion doivent en tirer les jeunes au sujet des boissons qu'ils devraient consommer?

Même si nous n'en avons pas parlé directement, nous encourageons certainement la recherche de mesures qui rendraient les aliments sains plus abordables; en effet, on sait que 50 p. 100 des cas de diabète de type 2 pourraient être évités si les gens s'alimentaient mieux et faisaient plus d'exercice.

**Mme Jessica Hill:** Madame la présidente, j'aimerais faire un commentaire.

**La présidente:** Oui, allez-y, madame Hill.

**Mme Jessica Hill:** Nous offrons quelques ressources et activités qui font la promotion de saines habitudes alimentaires. Tout d'abord, on peut trouver un annuaire des politiques publiques sur notre portail, [www.vuesurlecancer.ca](http://www.vuesurlecancer.ca); on y trouve les politiques publiques qui appuient la prévention de façon efficace. Une des ressources s'appelle *Addressing Healthy Eating and Active Living: A Community Level Policy Scan*. Cet annuaire énumère aussi les politiques aux niveaux fédéral, provincial et municipal, et offre des mises à jour régulières. Les municipalités et les collectivités peuvent s'en servir pour repérer les ressources qui les aideront à améliorer leurs orientations stratégiques, ce qui leur permettra d'épargner un temps précieux.

L'une de nos coalitions, Connaissances et action liées pour une meilleure prévention, se penche sur les collectivités saines et sur la façon de les aider à s'occuper de l'ensemble de leurs politiques, que ce soit sur l'activité physique, la nutrition ou l'alimentation saine, afin de les faire progresser. Il s'agit d'une approche intégrée, où l'on considère que la nutrition et l'activité physique sont les facteurs essentiels au progrès dans ce domaine.

**La présidente:** Merci beaucoup, madame Hill.

Merci, madame Quach. Votre temps est écoulé.

Maintenant, si vous me le permettez, j'aimerais souhaiter la bienvenue à M. Wilson.

Il m'arrive aussi d'être en retard.

Nous avons commencé la première série de questions. Avec votre permission, pourrions-nous nous arrêter maintenant et accorder sept minutes à M. Wilson? Tout le monde est d'accord?

**Des voix:** D'accord.

**La présidente:** D'accord, nous allons interrompre les questions et retourner aux exposés.

Monsieur Wilson, vous avez sept minutes. Bienvenue.

•(1615)

**M. Christopher Wilson (directeur, Affaires publiques et du plaidoyer, Bureau national, Association pulmonaire du Canada):** Merci beaucoup.

Excusez-moi d'être en retard. J'étais au bureau du ministre des Finances et je ne pouvais plus partir.

**La présidente:** Oh, nous connaissons bien le ministre des Finances; nous allons lui en parler.

**M. Christopher Wilson:** Je ne voulais certainement pas dire que je le visitais personnellement, comme vous le savez très bien.

**La présidente:** Merci.

**M. Christopher Wilson:** D'accord, eh bien, merci.

Je m'appelle Christopher Wilson. Je suis le directeur des Affaires publiques et du plaidoyer à l'Association pulmonaire du Canada.

Je suis accompagné de Rosario Holmes, qui est éducatrice dans le domaine de l'asthme et de la maladie pulmonaire obstructive chronique.

Je vais vous livrer la version abrégée de mon exposé.

L'histoire des maladies pulmonaires au Canada, avec ses hauts et ses bas, ressemble à des montagnes russes, si je peux m'exprimer ainsi. La mauvaise nouvelle, c'est que plus de six millions de Canadiens souffrent d'une forme ou d'une autre de maladie respiratoire, que ce soit l'asthme, la maladie pulmonaire obstructive chronique, c'est-à-dire la MPOC — on la connaissait auparavant sous le nom de bronchite chronique et emphysème —, le cancer du poumon, l'apnée du sommeil ou la fibrose kystique.

Les maladies pulmonaires sont incurables. Si elles ne sont pas bien gérées, elles peuvent devenir extrêmement débilitantes et très coûteuses à traiter. Dans leur ensemble, les maladies pulmonaires ont le plus haut taux d'hospitalisation répétée et occupent le deuxième rang pour le coût en traitements d'urgence des patients hospitalisés. Pour aggraver les choses, ces maladies ne sont pas souvent diagnostiquées et traitées; on estime d'ailleurs que 50 p. 100 des cas de MPOC et que 85 p. 100 des cas d'apnée du sommeil ne sont pas traités, ce qui est stupéfiant. À titre de renseignement, l'apnée du sommeil bloque la respiration pendant le sommeil, ce qui se traduit par une fatigue chronique et une série de problèmes de santé.

Les maladies qui ne sont pas diagnostiquées sont mal gérées et provoquent des périodes de crise, en plus d'être à l'origine d'une détérioration générale de la santé, ce qui fait augmenter les taux de traitements d'urgence et d'hospitalisation. Ainsi, les maladies respiratoires représentent un fardeau important pour la santé des Canadiens et pour l'économie du pays. Des estimations prudentes avancent qu'entre les coûts liés aux soins directs et ceux liés à l'invalidité, les maladies pulmonaires coûtent environ 15 milliards de dollars par année, et dans 20 ans, ce sera 27 milliards de dollars. De plus, ces sommes s'appliquent seulement aux maladies pulmonaires chroniques.

Les maladies respiratoires ont de graves répercussions sur les personnes âgées. Le taux de prévalence de la MPOC chez les gens âgés de 65 à 74 ans est presque le triple de celui des 35 à 44 ans. Les taux d'hospitalisation et de mortalité liés à la MPOC augmentent rapidement après l'âge de 65 ans. Plus de 60 p. 100 des décès liés à l'asthme au Canada se produisent chez les gens âgés de plus de 65 ans. Le cancer du poumon est rarement diagnostiqué chez les

gens de moins de 40 ans, et on retrouve 80 p. 100 des cas de cancer du poumon chez les gens âgés de plus de 60 ans.

Par ailleurs, il est important de rappeler que les personnes âgées sont aussi exposées de façon disproportionnée aux principaux facteurs causant les maladies pulmonaires, notamment le tabagisme, l'exposition professionnelle aux produits chimiques nocifs et l'exposition à la pollution de l'air, à l'extérieur comme à l'intérieur. J'aimerais aussi vous rappeler qu'étant donné qu'on était beaucoup moins au courant de ces risques pendant la jeunesse de la génération précédente, ces gens n'ont pas profité des moyens de prévention appropriés et ils ont donc été exposés beaucoup plus souvent et de façon plus grave à ces dangers.

Il est aussi important de souligner — et je suis sûr que vous en avez entendu parler — que les gens souffrant de maladies respiratoires, comme les gens souffrant d'autres maladies chroniques, sont souvent atteints de plusieurs maladies chroniques à la fois. Ce sont les comorbidités qui causent souvent la mort. Par exemple, le décès des patients souffrant de MPOC est souvent attribuable à une crise cardiaque. Les personnes âgées souffrant de maladies pulmonaires sont aussi souvent plus à risque d'être hospitalisées et de décéder des suites d'une maladie infectieuse comme la grippe et la pneumonie, ce qui fait que la MPOC a été diagnostiquée comme étant un facteur de comorbidité dans plus de 50 p. 100 de tous les décès attribués à la grippe au Canada.

Enfin, je vous ferai remarquer que les personnes âgées vivant dans des collectivités des Premières nations, métisses et inuites présentent un risque élevé de maladie pulmonaire, en raison des taux élevés de tabagisme et du fait qu'ils vivent entassés les uns sur les autres. Les statistiques les concernant affichent donc des taux très élevés. Les Autochtones qui ne vivent pas dans une réserve présentent des taux de MPOC presque deux fois plus élevés que ceux des Canadiens moyens. Les femmes vivant dans les collectivités inuites ont un taux de mortalité lié à la MPOC 10 fois plus élevé que celui des autres femmes canadiennes. Les taux de cancer du poumon chez les hommes et les femmes inuits sont les plus élevés du monde, et ils sont à la hausse.

Ce qu'il faut retenir, c'est que sans une action concertée, la prévalence des maladies pulmonaires ne va que s'aggraver avec le vieillissement de notre population au cours des années à venir. Selon les estimations du Conference Board du Canada, le nombre de gens souffrant de diverses maladies pulmonaires va augmenter entre 33 et 41 p. 100 au cours des 30 prochaines années. Les personnes âgées seront responsables de la plus grande partie de cette augmentation. Le système de santé sera mis à rude épreuve lorsque viendra le temps de répondre aux besoins de ces Canadiens. Par exemple, on estime qu'en 2020, il y aura une pénurie de spécialistes des troubles respiratoires de l'ordre de 35 p. 100.

•(1620)

Heureusement pour nous, il n'y a pas que de mauvaises nouvelles. Il y a des lueurs d'espoir ici et là, et je m'explique. Premièrement, la plupart des maladies pulmonaires sont évitables. Une exposition réduite, par exemple, à la fumée secondaire, aux polluants industriels et aux contaminants domestiques diminuera grandement les risques de développer une maladie pulmonaire. Il faut continuer dans cette voie; même les gens approchant de leur retraite en profiteront.

Deuxièmement, nous pouvons efficacement traiter de nombreuses maladies respiratoires pour en réduire la gravité et améliorer les résultats pour la santé. Il y a une pratique exemplaire au Québec; par l'entremise de l'autogestion des soins, les coûts ont diminué de 38 p. 100, et l'aggravation de la maladie a chuté de 45 p. 100.

Troisièmement, le dépistage précoce des maladies respiratoires diminuera le nombre de cas non traités et mal soignés. Je vous rappelle que le nombre de cas non diagnostiqués est très élevé pour certaines maladies pulmonaires très débilitantes.

Dans l'ensemble, les lacunes en ce qui concerne la prévention, le dépistage et le traitement des maladies pulmonaires représentent un énorme défi, mais il y a un atout important. Il s'agit de maladies sur lesquelles nous pouvons avoir un effet considérable à court et à long terme grâce à des investissements stratégiques.

Pour arriver à des mesures coordonnées et concertées, la communauté de la santé pulmonaire s'est associée au gouvernement du Canada pour le cadre de travail national sur la santé pulmonaire. Un plan d'action a été élaboré pour améliorer la santé pulmonaire, avec une attention particulière sur la prévention, le dépistage et les soins. Dans un premier temps, le cadre de travail a permis d'évaluer à quel point les gens étaient sensibilisés aux maladies pulmonaires. Dans un deuxième temps, nous prendrons des mesures précises qui réduiront considérablement le nombre de personnes atteintes.

Nous avons trois recommandations. Il faut continuer de mettre l'accent sur la lutte contre le tabagisme et le renoncement au tabagisme. Nous croyons que la stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme est importante. Il faut aussi continuer de prendre des mesures pour améliorer la qualité de l'air. Enfin, nous vous proposons de renouveler le cadre de travail national sur la santé pulmonaire.

Merci.

**La présidente:** Merci, monsieur Wilson. Merci de votre exposé.

Passons aux questions.

Monsieur Carrie.

**M. Colin Carrie:** Merci, madame la présidente.

J'aimerais remercier les témoins de leur présence devant le comité et de leur participation à notre étude. À mon avis, il s'agit probablement de l'une des plus importantes études que nous n'ayons jamais faites. Nous avons vu des statistiques. Au Canada, les maladies chroniques coûtent 190 milliards de dollars par année. Votre participation est donc très importante.

J'ai une question pour les représentantes du Partenariat canadien contre le cancer, parce que vous avez soulevé un élément que je trouve très intéressant. Vous avez parlé des collectivités saines. La semaine dernière, nous étions dans nos circonscriptions, et j'ai participé à une activité organisée par un groupe d'Oshawa. Ces gens ont lancé un projet appelé « les jardins de la Victoire », comme à l'époque de la Seconde Guerre mondiale. Le projet est très rentable. Nous entendons souvent parler du prix des fruits et légumes. Eh bien, ce groupe fait pousser ses propres aliments. Le repas était excellent et a été préparé uniquement à partir d'aliments locaux.

J'aimerais savoir ce qui empêche l'épanouissement de collectivités saines. Je regarde l'aménagement des villes et je me rends compte que nous créons des quartiers, où les habitants doivent prendre leur véhicule pour aller s'acheter des cigarettes et des Doritos. J'aimerais vous entendre brièvement sur le concept des collectivités saines et l'aménagement urbain. Quelle aide le gouvernement fédéral pourrait-il fournir à l'égard de cette évolution?

**Mme Jessica Hill:** Merci de votre question, monsieur Carrie.

L'une de nos coalitions s'appelle en fait Canada en santé par l'aménagement. Les responsables de la santé publique de Peel mènent les travaux avec d'autres partenaires de la coalition. Nous examinons l'aménagement urbain et les façons d'inciter les

municipalités à tenir compte dans leurs pratiques d'urbanisme de ce qu'il faut pour encourager l'activité physique et les autres aspects d'un mode de vie sain. Grâce au travail de notre coalition, nous constatons de véritables changements dans les pratiques d'urbanisme non seulement à Peel, mais aussi ailleurs au Canada.

Voilà pour cet aspect. Il y a aussi le travail réalisé par la Fondation des maladies du cœur dans les collectivités du Nord canadien au sujet de la création de jardins et de la possibilité d'avoir accès à des aliments sains et locaux qui motivent vraiment la collectivité à prendre en main ce projet.

Il y a donc beaucoup d'aspects qui peuvent être abordés en vue de créer des collectivités saines.

Nous avons une autre coalition qui vise l'activité physique chez les jeunes. En particulier, nous en avons établi une avec des collectivités des Premières nations de la Saskatchewan et du Manitoba, où nous sensibilisons les gens à la prévention des maladies chroniques avec et par les collectivités des Premières nations. Selon moi, encore une fois, il faut faire participer la collectivité sur divers plans pour que la nutrition, les saines habitudes alimentaires et l'activité physique soient abordées collectivement.

Par l'entremise de ses coalitions, notre organisme a une vision d'ensemble sur le financement des activités de prévention, les facteurs de risques et la façon d'accélérer les actions. Nous allons donc examiner comment nous pouvons aider davantage les responsables de la santé publique de Peel à exporter le concept de l'aménagement urbain.

● (1625)

**M. Colin Carrie:** Merci beaucoup.

Selon moi, ce serait une excellente nouvelle, si nous pouvions sensibiliser les gens à cet enjeu, parce que tout ce que les témoins mentionnent — la responsabilité personnelle, une alimentation saine, l'activité physique et d'autres éléments sensés — nous aidera à éviter bon nombre de ces maladies chroniques.

L'une de vos statistiques est troublante. Vous avez dit qu'on prévoit que le nombre de diagnostics de cancer augmentera de 71 p. 100 de 2007 à 2031. J'aimerais savoir pourquoi vous prévoyez une augmentation aussi importante. Est-il question du dépistage précoce? Selon vos prévisions, quels types de cancer connaîtront une augmentation au cours des prochaines années?

**Mme Jessica Hill:** C'est le vieillissement de la population qui en est partiellement la cause. Certains cancers sont donc inévitables, parce que nos corps deviennent plus fragiles en vieillissant. Cependant, nous pouvons prendre des mesures importantes, dont le dépistage précoce des cancers, comme dans le cas du cancer colorectal. De plus, les risques sont réduits si nous adoptons un mode de vie sain et de bonnes habitudes alimentaires.

Il y a énormément d'éléments qui influent sur l'augmentation du nombre de diagnostics de cancer; il y a certainement des facteurs associés au mode de vie. Nous savons aussi que des agents infectieux peuvent jouer un rôle, comme pour le VPH. Une récente étude évoquait la possibilité que le cancer colorectal soit de nature bactérienne.

Je crois qu'il est question d'un lot de maladies très complexes; par conséquent, nous obtiendrons un meilleur résultat en mettant l'accent sur la prévention et le dépistage.

**M. Colin Carrie:** Merci beaucoup.

J'aimerais poser une question aux représentants de la Fondation des maladies du coeur...

**La présidente:** Un instant, monsieur Carrie. Si vous me le permettez, M. Arango aimerait faire un commentaire.

**M. Manuel Arango:** Oui. Merci.

Je voulais ajouter des éléments par rapport à la question de M. Carrie sur l'aménagement urbain.

J'aimerais d'abord féliciter le Partenariat canadien contre le cancer pour son programme de coalitions dans lequel il investit 17 millions de dollars annuellement. Nous participons, comme Mme Hill l'a mentionné, à quelques-uns des projets du Partenariat, dont un projet sur l'aménagement urbain.

Le député a demandé ce que le gouvernement fédéral pouvait faire à cet égard. Il existe divers problèmes dans les collectivités qui peuvent parfois les rendre non saines. On n'y retrouve pas d'aménagement mixte, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de commerces à proximité des quartiers résidentiels. Si vous avez des commerces à proximité de votre quartier, vous serez davantage portés à vous y rendre à pied au lieu de prendre votre voiture.

Ensuite, le manque de trottoirs, de pistes cyclables et de sentiers pédestres, par exemple, peut faire toute une différence. Nous avons mentionné qu'il fallait investir dans un fonds pour le transport actif, un fonds d'infrastructure qui permettrait de couler des trottoirs et d'aménager des pistes cyclables et des sentiers pédestres là où il en faut.

Enfin, il faut aussi investir davantage dans les transports en commun. Le rapport n'est peut-être pas évident, mais dans les collectivités desservies par un service de transport en commun, les usagers marchent, en moyenne, de 20 à 30 minutes pour prendre le transport en commun. Les gens font ainsi plus d'activité physique. On réduit également la pollution de l'air qui est un obstacle à l'activité physique. Il faut donc aussi tenir compte du transport en commun.

Merci.

• (1630)

**La présidente:** Monsieur Carrie, je m'excuse, mais votre temps est écoulé.

Madame Fry.

**L'hon. Hedy Fry (Vancouver-Centre, Lib.):** Merci, madame la présidente.

Je suis arrivée en retard. Je m'en excuse auprès de tout le monde. J'avais une autre réunion que je ne pouvais pas annuler.

Bien entendu, certains éléments dont vous avez parlé concernent la prévention. La stratégie de lutte contre le tabagisme joue un rôle important à cet égard, en particulier en ce qui a trait aux maladies pulmonaires. J'aimerais entendre votre opinion en ce qui concerne le présent engagement du gouvernement à cet effet. Croyez-vous qu'un renouvellement d'un an soit suffisant, ou croyez-vous que nous devrions mettre en place une stratégie permanente pour aborder la question du renoncement au tabagisme de manière concrète et pratique?

À mon avis, le tabagisme est une cause importante de cancers et de maladies pulmonaires chroniques. Ce n'est pas vraiment pertinent de pouvoir marcher 30 minutes pour prendre le transport en commun si on est aux prises avec une maladie pulmonaire obstructive chronique. Voilà ce dont il faut parler.

Quelles mesures concrètes le gouvernement fédéral peut-il prendre pour prévenir les maladies chroniques que vous avez mentionnées, comme le cancer et les maladies pulmonaires? Je crois vous avoir entendu parler de pratiques exemplaires du Québec. Que pouvons-nous faire pour aider les gens aux prises avec une maladie chronique à avoir une qualité de vie? Ils pourraient ainsi éviter les hôpitaux et prendre moins de médicaments. Tous les enjeux associés à la qualité de vie pourraient bien entendu être abordés, dont les coûts de l'hospitalisation. Selon vous, quelles mesures le gouvernement fédéral pourrait-il prendre pour faire avancer le dossier?

Il y a la saine gestion des services. Je sais que les soins de santé sont du ressort des provinces, mais l'accord de 2004 fait mention de la flexibilité des compétences et de la coopération provinciale-fédérale pour faire avancer le dossier. À votre avis, quelles mesures concrètes le gouvernement fédéral pourrait-il prendre?

**M. Christopher Wilson:** Bien entendu, comme vous l'avez mentionné, les soins de santé ne sont pas une compétence fédérale, mais nous croyons que le gouvernement fédéral joue un rôle important et nous sommes heureux qu'il le joue. Tout d'abord, il y a évidemment des domaines directs de compétence fédérale qui sont importants et qui doivent être abordés, dont la santé des Premières nations. Nous croyons que le gouvernement fédéral peut jouer un important rôle en aidant à concrétiser des projets novateurs qui peuvent faire avancer les choses.

Du point de vue de la santé pulmonaire, je vais reprendre l'exemple que j'ai soulevé plus tôt. Au Québec, Jean Bourbeau et son équipe ont réussi quelque chose d'incroyable. Les résultats sont très impressionnants. Depuis des années, ce projet est bien connu, et on en reconnaît la valeur, mais je n'arrive toujours pas à m'expliquer pourquoi il n'a pas été étendu au-delà des frontières québécoises. À notre avis, le gouvernement fédéral peut jouer un rôle important pour catalyser le dossier, déterminer les pratiques exemplaires et voir à leur dissémination. L'objectif n'est pas de créer des programmes fédéraux; il faut s'assurer de l'adoption de pratiques exemplaires.

Dans le même ordre d'idées, il y a un grave problème du côté des maladies pulmonaires. Des médecins et d'autres professionnels de la santé ne sont pas pleinement au courant des lignes directrices cliniques pour traiter une maladie. Ma très bonne amie est soignée par un médecin. Elle a une maladie pulmonaire obstructive chronique, et c'est évident à mes yeux que sa maladie n'est pas bien traitée, parce que le médecin ne sait tout simplement pas quoi faire. Elle résiste au traitement, parce qu'elle est indépendante. Personne ne lui a dit que si elle veut le demeurer, il est important de traiter efficacement sa maladie. C'est la clé pour conserver son indépendance.

Voilà dans quels cas des pratiques exemplaires, comme les éducateurs sur les maladies respiratoires et l'asthme, peuvent jouer un rôle. Je crois que le gouvernement fédéral peut aider à élaborer des pratiques exemplaires et à les disséminer. C'est notamment ce qui se produit par l'entremise du cadre de travail national sur la santé pulmonaire.

• (1635)

**Mme Jessica Hill:** Je pourrais aussi vous expliquer notre modèle; nous collaborons avec les gouvernements pour favoriser l'adoption de pratiques exemplaires, comme on l'a déjà expliqué.

Par exemple, nous avons une banque de lignes directrices sur notre portail [vuesurlecancer.ca](http://vuesurlecancer.ca). Tous les cliniciens au pays y ont accès. De plus, le portail permet en fait aux cliniciens de collaborer dans un environnement sécurisé et de discuter des lignes directrices et de leur application. Tous ceux qui participent aux stratégies dont nous discutons y ont accès, parce que c'est en fait une façon de maximiser l'investissement fédéral en vue d'améliorer la collaboration au pays.

Nous tiendrons, en novembre, un forum sur le dépistage du cancer des poumons; nous y examinerons les nouvelles percées qui démontrent qu'il est possible de dépister ce type de cancer et discuterons avec les gouvernements de la meilleure utilisation de cette technologie.

Pour compléter le commentaire du dernier intervenant, nous croyons que la collaboration est absolument essentielle au pays. Le Canada est un immense pays avec une assez faible capacité, et nous aurons de meilleurs résultats si nous collaborons en ce qui concerne certains de ces états et de ces maladies.

Nos coalitions mettent vraiment l'accent sur la prévention en tout genre. En ce moment, nous étudions comment les cliniciens et les médecins pourraient mieux conseiller leurs patients au sujet des facteurs de risque — c'est de concert avec l'Ontario et l'Alberta. Nous verrons ce dont il en retourne, parce qu'une partie de l'objectif est en fait d'essayer d'apprendre à effectuer des changements dans ces nombreux domaines et que ce n'est pas toujours clair. Nous avons peut-être les outils, mais nous ne semblons pas avoir d'effet. Comment pouvons-nous faire mieux?

L'objectif fondamental est de collaborer avec les gouvernements, les cliniciens, les organisations caritatives et les groupes de patients pour en fait réussir à trouver des solutions, à les mettre en oeuvre, à les évaluer et à en apprendre sur le sujet.

**La présidente:** Merci, madame Fry.

Un autre témoin aimerait-il...?

Monsieur Arango.

**M. Manuel Arango:** Je n'ai qu'un bref commentaire.

Le député a parlé de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme. En mars dernier, la stratégie a été prolongée pour un an et elle doit être renouvelée encore une fois en mars prochain. Nous espérons qu'elle sera renouvelée pour une période de cinq ans et c'est ce que le gouvernement envisage. C'est vraiment crucial. Sans des investissements dans la lutte contre le tabagisme, il est tout simplement impossible de faire baisser les taux et de maintenir cette tendance à la baisse.

J'aimerais attirer votre attention sur deux initiatives précises mises en oeuvre dans le cadre de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme dans lesquelles nous devons continuer à investir. La première est le soutien et le financement pour les médias de masse. En effet, depuis quelques années, on n'a pas investi dans ce secteur, dans une campagne de sensibilisation; donc, le refinancement de ce volet de la stratégie est vraiment essentiel. Il y a plusieurs années, le financement s'élevait à quelque 25 millions de dollars. Nous devons investir de nouveau dans ce secteur.

L'autre aspect concerne les taxes sur les produits du tabac, qui est l'une des plus importantes mesures de lutte contre le tabagisme qui aide à faire diminuer le taux de tabagisme. L'industrie du tabac s'est servie de la contrebande du tabac pour justifier et demander une baisse des taxes sur les produits du tabac. C'est ce qui a été fait au début des années 1990. Cela n'a pas donné de très bons résultats. Pendant la courte période où les taxes ont été abaissées, les taux ont

augmenté. Donc, nous devons nous assurer que les taxes demeurent élevées. C'est une mesure indispensable.

Merci.

**La présidente:** Merci, monsieur Arango.

Nous passons maintenant à M. Gill.

**M. Parm Gill (Brampton—Springdale, PCC):** Merci, madame la présidente.

Premièrement, j'aimerais remercier les témoins d'avoir pris le temps de venir témoigner aujourd'hui. J'aimerais aussi vous remercier de votre travail acharné et de votre engagement à aider les Canadiens.

Je me demande si les représentants de chaque organisme pourraient nous dire ce qui, à leur avis, est la meilleure façon de renseigner les patients âgés sur la prévention ou la gestion et le traitement de certaines de ces maladies chroniques.

**La présidente:** Qui aimerait répondre à la question?

Madame Holmes, voulez-vous répondre? Allez-y, s'il vous plaît.

**Mme Rosario Holmes:** Merci d'avoir posé la question. C'est très important et je pense que cela se rapporte à la question qui a été posée plus tôt.

Dans le cas de L'Association pulmonaire, c'est l'éducation qui nous permet de mieux aider les patients. Nous avons commencé en groupe, mais nous le faisons maintenant sur le plan individuel. Quand les patients comprennent leur maladie — ce qui s'est passé, ce qui est à l'origine de la maladie, les déclencheurs et les différents aspects, savoir utiliser les médicaments, etc. —, on constate un grand changement chez eux, notamment le fait qu'ils n'ont plus à aller à l'hôpital, même pendant des années.

C'est ce que j'ai pu constater, particulièrement chez les patients atteints de MPOC et d'asthme. Je travaille aussi auprès de patients en attente d'une greffe. Encore une fois, il s'agit de les aider à comprendre la maladie et ses causes. Puis, l'autre partie ne consiste qu'à poursuivre de façon naturelle, parce que du moment que les patients connaissent les effets du tabagisme sur leur corps — nous leur montrons tous les dommages — il leur est plus facile d'arrêter de fumer.

À mon avis, je dirais que l'éducation individuelle est la meilleure méthode.

• (1640)

**Mme Aileen Leo:** Merci beaucoup d'avoir posé la question. C'est très important parce que, fondamentalement, l'autoadministration des soins repose sur l'engagement des personnes qui ont une maladie chronique. Plus on peut les maintenir en santé pendant longtemps, moins les coûts augmenteront et moins on aura de détresse humaine découlant du fait de vivre avec une maladie.

À l'instar de notre collègue, nous avons le sentiment que l'éducation individuelle des personnes qui ont une maladie est la meilleure méthode pour informer les gens, y compris les personnes de plus de 65 ans. Dans notre exposé, nous en avons parlé de l'intervention directe auprès des aînés canadiens. C'est ce qui se fait avec ce qu'on appelle communément les groupes à risque élevé, en particulier avec les groupes autochtones, dans le cadre de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones. On emploie des travailleurs des soins de santé communautaire qui vivent dans ces collectivités et qui peuvent traiter directement, seul à seul, avec les personnes qui souffrent de diabète. D'autres groupes à risque élevé — comme les Canadiens originaires d'Afrique, d'Asie du Sud-Est et d'Asie du Sud — ont tous un haut taux de diabète, et les travailleurs en entraide font aussi un excellent travail dans ces collectivités.

Il importe de remarquer qu'il s'agit de programmes de sensibilisation au diabète qui sont en place partout au Canada. Actuellement, cependant, on n'a pas établi de normes pour l'agrément de ces programmes. Donc, nous appuyons sans réserve les programmes de sensibilisation au diabète, tant sur le plan individuel qu'en petits groupes, mais il doit y avoir des normes par rapport à ces interventions. Nous avons élaboré des normes; une des choses que nous essayons de faire, c'est d'inciter l'ensemble des provinces et des territoires à les adopter.

**La présidente:** Allez-y, madame Kitchen Clarke.

**Mme Leanne Kitchen Clarke (vice-présidente, Affaires publiques, Partenariat canadien contre le cancer):** Merci.

Vous soulevez un point très important, et il n'y a probablement pas de solution parfaite. Je suis certainement d'accord avec ce qu'ont dit les autres témoins: l'éducation individuelle est la clé. Il s'agit sans doute de quelque chose que l'organisme Partenariat canadien contre le cancer soutiendrait dans ses interactions avec le système de soins de santé, et plus précisément avec les centres de traitement du cancer qui donnent des soins aux patients, mais qui considèrent également que les familles sont aussi une partie de l'équipe de soins et qu'elles peuvent jouer un rôle important de facilitateur et de défenseur auprès des parents âgés et des conjoints.

Sur le site Web Vue sur le cancer Canada et sur notre portail, nous donnons accès à plusieurs ressources. Beaucoup de personnes âgées sont présentes en ligne et y sont assez actives. Donc, en plus des programmes d'information disponibles sur place dans les établissements de soins de santé, les gens peuvent avoir accès à des renseignements par l'intermédiaire d'outils qui sont sur le Web. Ce sont des renseignements fiables, et les organismes représentés aujourd'hui ont certainement mis en ligne des informations très fiables et crédibles.

Nous favorisons aussi les partenariats avec les organismes où l'on trouve des renseignements. Par exemple, sur le Portail canadien en soins palliatifs, un site Web qui offre des renseignements aux soignants, en particulier sur les questions liées aux soins de fin de vie, il y a sans doute un volet sur le fait que, pour les personnes qui ont une maladie chronique, l'autoadministration des soins est le facteur déterminant du mieux-être, de la prévention et du maintien de la santé. Cependant, beaucoup de maladies limitent l'espérance de vie ou sont mortelles, et nous devons combler les besoins en matière de soins palliatifs en fin de vie.

L'autre point qui concerne les collectivités des Premières nations, des Inuits et des Métis, c'est qu'il est extrêmement important que les renseignements qu'on leur fournit soient pertinents et adaptés à leur culture. Pour les collectivités rurales ou les collectivités éloignées du Nord, il n'y a pas de solution unique. Dans les collectivités des

Premières nations, comme pour le diabète, il y a des travailleurs en santé communautaire qui s'occupent de la prévention et du dépistage du cancer. Nous devons tenir compte des limites et des capacités dans ces collectivités. Donc, dans ces collectivités, on aura souvent de la difficulté à mettre en œuvre des solutions adaptées à chaque maladie parce qu'on a déjà la lourde tâche de s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé, dont on a parlé aujourd'hui.

Ce sont quelques-unes des choses importantes dont il faudra s'occuper.

**La présidente:** Dr Sharma.

**Dr Mike Sharma:** J'ai un bref commentaire, si vous le permettez.

Nous avons de l'expérience à ce chapitre, et ce, par rapport à plusieurs aspects. Je vais m'en tenir à un exemple, celui du sodium. Lorsque nous avons étudié les effets du sodium sur la pression sanguine, les accidents vasculaires cérébraux et la démence, nous voulions informer les gens de la quantité optimale de sodium qu'ils pouvaient consommer.

Dans notre régime alimentaire, le sodium que l'on consomme provient des aliments prêts-à-servir. Ce que vous ajoutez à la table avec votre salière représente moins de 20 p. 100 de l'apport en sodium. Si vous lisez les étiquettes des aliments prêts-à-servir, elles peuvent être très difficiles à interpréter. Le chiffre est un pourcentage de l'apport quotidien recommandé. Si vous essayez de calculer mentalement tous les pourcentages des aliments que vous avez consommés, ce sera tout un exploit si vous y parvenez.

La première chose que nous avons faite — et je pense que c'est un principe fondamental —, c'est que nous avons converti les données en milligrammes et nous les avons affichées sur le site Web. Vous ferez peut-être remarquer que parmi les personnes qui sont atteintes de ces maladies et que nous essayons de cibler, beaucoup sont des personnes âgées; et il est vrai que le taux de pénétration des renseignements diffusés sur Internet est moins élevé pour ce groupe d'âge. Toutefois, leurs enfants sont très compétents dans ce domaine. Nous avons découvert que c'était très utile pour inciter les familles à participer.

Outre la conversion des données, le deuxième facteur clé a été d'aider les gens à faire le bon choix. En matière de prévention, nous avons constaté que si nous prenions les mêmes informations et que nous les mettions sur de petites cartes que l'on peut mettre dans son porte-monnaie ou son sac à main quand on va faire les courses — ou sur des aimants de réfrigérateur —, il devient alors très facile d'acheter les bons aliments.

● (1645)

**La présidente:** Merci beaucoup.

Nous passons au deuxième tour. Ce sont des questions à cinq minutes, et nous commençons avec M. Morin.

[Français]

**M. Dany Morin:** Comme j'ai plusieurs questions à poser, je vous demanderais de répondre brièvement, s'il vous plaît.

[Traduction]

Je vous remercie beaucoup de l'excellent travail que vous faites auprès de la population canadienne.

Avez-vous l'impression que votre statut d'organisme de bienfaisance vous empêche de demander au Parlement d'apporter des améliorations au système des soins de santé?

**La présidente:** Qui aimerait répondre à la question?

**M. Christopher Wilson:** Tout le monde aimerait y répondre, j'en suis certain. Mais je serai brave et je dirais que c'est peut-être une contrainte.

Honnêtement, je pense que pour les organismes de niveau national qui sont venus témoigner aujourd'hui, ce n'est pas un problème aussi important, pour la simple raison que leurs budgets sont beaucoup plus élevés. Il y a tellement de programmes en cours qu'il faudrait être très axé sur la politique pour enfreindre la règle des 10 p. 100.

Toutefois, puisque j'ai passé la majeure partie de ma vie à travailler pour des organismes sans but lucratif, je peux vous dire que le problème que vous avez soulevé est très réel pour les organismes sans but lucratif plus petits. En raison de leur nature, certaines coalitions qui s'occupent de santé mentale et d'autres problèmes n'offrent pas de programmes — ce sont les organismes affiliés qui le font —, mais elles doivent faire un travail de revendication. C'est un obstacle. C'est tout ce que je vais dire.

**La présidente:** Monsieur Arango.

**M. Manuel Arango:** Oui, j'ai un très bref commentaire. Je ne peux pas parler précisément du statut fiscal, mais voici une question connexe.

Une coalition appelée Imagine Canada — qui a des liens avec les organismes sans but lucratif du pays — et la Coalition canadienne des organismes bénévoles en santé, qui est liée aux organisations caritatives et qui est elle-même une coalition, souhaitent faire la promotion d'un crédit d'impôt élargi.

Je ne peux pas trop en parler, mais je sais que c'est une question qui a été soulevée dans le passé au comité des Finances. Je voulais simplement vous le faire remarquer. L'élargissement du crédit d'impôt est quelque chose que vous devriez étudier.

**La présidente:** Madame Leo.

**Mme Aileen Leo:** Très brièvement, puisque le temps est limité, nous sommes aussi favorables à l'élargissement du crédit d'impôt et nous en avons fait la recommandation auprès du comité des Finances.

**M. Dany Morin:** Merci beaucoup.

[Français]

Ma prochaine question s'adresse aux représentants de l'Association pulmonaire du Canada.

[Traduction]

Plus tôt, vous avez mentionné que dans les collectivités autochtones, le fait que les gens vivent dans des logements surpeuplés augmente...

**La présidente:** Pourrais-je vous interrompre? Je demanderais aux gens d'éloigner leur BlackBerry des microphones. Ainsi, on n'aurait pas à deviner ce qui se dit.

**M. Dany Morin:** Merci.

Oui, vous avez mentionné que dans les collectivités autochtones, le fait que les gens vivent dans des logements surpeuplés augmente le risque de maladie pulmonaire, de problèmes de santé. Je ne comprends pas pourquoi. Je comprends qu'on y trouve plus de fumeurs que dans l'ensemble de la population, mais en quoi les logements surpeuplés sont-ils un facteur de risque?

**M. Christopher Wilson:** Si vous me permettez une réponse, il s'agit d'une combinaison de facteurs. Vous en avez identifié un, qui est la fumée de cigarette. Le surpeuplement est souvent lié à une mauvaise ventilation; donc, en général, l'air à l'intérieur du logement est vicié, et c'est souvent associé à la croissance de moisissures et...

• (1650)

**La présidente:** Je suis désolée, pourrais-je vous interrompre un instant?

Quelqu'un peut-il me dire pourquoi la sonnerie se fait entendre actuellement?

Il y a un vote. Combien de temps nous reste-t-il?

Je suis désolé de vous interrompre, mais j'ai l'impression que nous allons retourner au Parlement sous peu. Cela dépend.

Nous devons lever la séance incessamment. Donc, merci beaucoup aux témoins d'être venus aujourd'hui. Ce fut très utile.

Chers collègues, je crois que nous devons retourner au Parlement.

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>