



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

**Comité permanent des ressources humaines, du
développement des compétences, du
développement social et de la condition des
personnes handicapées**

HUMA • NUMÉRO 071 • 1^{re} SESSION • 42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mardi 7 novembre 2017

—
Président

M. Bryan May

Comité permanent des ressources humaines, du développement des compétences, du développement social et de la condition des personnes handicapées

Le mardi 7 novembre 2017

• (1535)

[Traduction]

Le président (M. Bryan May (Cambridge, Lib.)): Bon après-midi.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement et de la motion adoptée par le Comité le jeudi 4 mai 2017, le Comité reprend son étude de la promotion de l'intégration et de la qualité de vie des aînés canadiens. Aujourd'hui est la deuxième séance de trois que nous tiendrons sur le logement et le vieillissement.

Bienvenue à tous nos distingués témoins. Bon retour à tous les membres du Comité.

J'ai quelques remarques à faire. Nous allons commencer immédiatement avec les déclarations liminaires de sept minutes. Lorsque je vous fais signe, c'est qu'il vous reste une minute. Ne paniquez pas. Une minute, c'est long. J'essaie habituellement de ne pas vous surprendre lorsque je le fais, mais il est déjà arrivé que j'ai pris des témoins de court; ne paniquez pas. Vous avez encore beaucoup de temps.

De plus, je rappelle que les réunions du Comité sont entièrement bilingues. Les questions posées aux témoins peuvent être en anglais ou en français.

Pour commencer, je vais présenter les témoins.

À titre personnel, nous accueillons Melissa De Boer et Andrea Dresselhuis. Elles sont étudiantes à l'École des sciences infirmières à la Trinity Western University. Merci d'être venues.

De l'Association canadienne de soins et services à domicile, nous recevons Leighton McDonald, président, Closing the Gap Health-care. Merci, monsieur, d'être venu.

Du Centre action générations des aînés de la Vallée-de-la-Lièvre, nous accueillons Michèle Osborne, directrice générale, et Julie Mercier, coordonnatrice des activités.

D'Elim Village, nous recevons Ron Pike, directeur général.

De FORREC, nous avons parmi nous Steve Rhys, vice-président exécutif.

Nous allons commencer immédiatement avec Melissa de Boer et Andrea Dresselhuis.

Vous avez la parole pour les sept prochaines minutes.

Mme Melissa De Boer (étudiante, École des sciences infirmières, Trinity Western University, à titre personnel): Merci de nous recevoir aujourd'hui.

Je suis une étudiante de troisième cycle et une infirmière avec de l'expérience en soins critiques, en soins à domicile et en soins palliatifs. Je suis accompagnée de ma collègue, Andrea.

Mme Andrea Dresselhuis (étudiante, École des sciences infirmières, Trinity Western University, à titre personnel): Je suis aussi une étudiante de troisième cycle. J'ai de l'expérience comme infirmière en oncologie et en soins palliatifs.

Mme Melissa De Boer: Les infirmières sont les yeux et les oreilles des soins de santé. Nous sommes témoins des victoires et des souffrances des aînés, qui représentent la grande majorité des patients dont nous prenons soin. Nous voulons discuter aujourd'hui de trois enjeux. Premièrement, le logement est un déterminant social de la santé. Deuxièmement, des services à domicile complets doivent être offerts pour permettre aux aînés de bien vieillir chez eux. Troisièmement, nous devons permettre aux gens de bien mourir.

Les déterminants de la santé sont les conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent, vieillissent et meurent. Nous vous exhortons à considérer le logement en tant que déterminant social de la santé, car les logements inadéquats contribuent à créer des différences considérables dans la qualité de vie chez les aînés canadiens. Les logements inadéquats peuvent entraîner des conséquences négatives, dont l'apparition de maladies et l'aggravation de maladies chroniques.

Les infirmières évaluent les foyers régulièrement pour cerner des difficultés éventuelles auxquelles pourraient être confrontés les aînés, dont des trottoirs enneigés, un éclairage non sécuritaire, des environnements insalubres ou simplement des escaliers ou des espaces encombrés. Cependant, notre évaluation va au-delà de la structure physique qui transforme une maison en foyer, pour permettre aux aînés de bien vivre et de s'épanouir chez eux.

En considérant le logement comme étant un déterminant social de la santé, une infirmière peut également tenir compte de l'emplacement de la maison d'une personne pour ce qui est de l'accès à du transport fiable, abordable et sécuritaire pour se rendre non seulement à des rendez-vous médicaux, mais aussi à des sorties sociales, à des passe-temps et à des activités qui les intéressent.

Le logement pour les aînés doit être, dans une politique, multisectoriel, étant donné la façon dont le logement façonne tous les aspects d'un vieillissement positif. L'élaboration d'une stratégie pour les aînés doit venir en aide aux personnes âgées pour l'entretien, le maintien en bon état ou les rénovations de leur domicile.

Des programmes de conducteurs bénévoles et du transport public abordable aideront également les aînés à demeurer dans leur maison. Comme Pat Armstrong l'a souligné dans l'exposé qu'elle a faite au Comité le mois dernier, l'inclusion sociale est impossible à atteindre si un aîné est isolé socialement à son domicile.

Nous exhortons le Comité à reconnaître le logement en tant que déterminant social de la santé et nécessité pour améliorer l'inclusion et la qualité de vie des aînés. Il s'agit là d'une approche en amont qui requiert une stratégie visant la prise en compte de la santé dans toutes les politiques pour améliorer les résultats sur le plan de la santé et la qualité de vie des aînés. Une approche en amont sera plus rentable que de payer les coûts des conséquences négatives pour la santé associées à des logements inadéquats et à l'isolement social.

Mme Andrea Dresselhuis: La majorité des aînés préfèrent vivre à la maison de façon autonome, active et indépendante, entourés de leur famille et de leurs amis. Pour bien vieillir chez eux, les aînés canadiens ont besoin de services de santé communautaires offerts par des équipes de santé interdisciplinaires intégrées. Le vieillissement de nos jours est synonyme de maladies chroniques multiples, et la détérioration de la santé ne survient souvent pas de façon graduelle mais est marquée par des événements médicaux épisodiques, dont chacun présente un risque d'hospitalisation ou de décès. En tant qu'infirmières, nous voyons les résultats malheureux et parfois dévastateurs d'hospitalisations inutiles ou interminables chez les aînés. Ces hospitalisations peuvent être évitées lorsque des équipes de santé communautaires interdisciplinaires travaillent ensemble de façon novatrice. Les aînés demeurent dans leur maison, et non pas dans les couloirs d'hôpitaux.

Une initiative fructueuse en Colombie-Britannique, le modèle de l'infirmière Debbie, fait exactement cela. Les médecins de famille, le personnel infirmier praticien et le personnel infirmier en soins à domicile travaillent ensemble pour dépister les aînés fragiles et prennent soin d'eux à leur domicile. Durant la première année de sa création, en 2015, le salaire annuel d'une infirmière autorisée a permis d'éviter 260 visites à l'urgence et plus de 8 000 jours d'hospitalisation. Maintenant, deux années plus tard, les autorités sanitaires locales de la Colombie-Britannique ont embauché 18 autres infirmières pour renforcer cette initiative. Son succès repose sur le travail d'infirmières spécialisées en soins à domicile qui prennent soin d'aînés canadiens fragiles dans leur maison, puis qui collaborent avec leur médecin de famille ou leurs infirmières autorisées. Imaginez les avantages en amont et les économies de coût qu'offrent des initiatives comme celle-là.

● (1540)

Mme Melissa De Boer: L'inclusion sociale et la qualité de vie des aînés canadiens s'appliquent à la mort également. Le personnel infirmier plaide en faveur de bien mourir après avoir bien vécu. On estime que 90 % des Canadiens auront besoin de soins et de soutien en fin de vie. Or, moins du tiers des Canadiens ont actuellement accès à des services de soins palliatifs de qualité. Les soins palliatifs ne doivent pas se limiter aux patients atteints de cancer, mais doivent aussi être offerts à ceux qui souffrent de maladies chroniques.

La professeure Sheryl Reimer-Kirkham fait partie de l'équipe de recherche de l'Université de Victoria dirigée par Mme Kelli Stajduhar sur les soins en fin de vie aux personnes qui sont mal-logées. Ces recherches révèlent comment la mort passe entre les mailles du filet des services sociaux et de santé, et les soins en fin de vie sont souvent prodigués par des bénévoles et le personnel des refuges qui en savent très peu sur la façon de prendre soin de personnes mourantes. Parfois, des aînés vulnérables meurent seuls dans la rue.

Le projet de loi C-277, un cadre sur les soins palliatifs au Canada, est une occasion de régler ce problème. Nous avons besoin d'une approche coordonnée à l'égard des soins palliatifs parmi les secteurs, les instances et tous les ordres de gouvernement. Lier une stratégie nationale pour les aînés à un plan national de soins à domicile et à

une stratégie pancanadienne en matière de soins palliatifs veillera à ce qu'un modèle de soins partagés soit coordonné, exhaustif et efficacement administré entre les secteurs gouvernementaux.

Mme Andrea Dresselhuis: Pour conclure, les aînés au Canada ont donné généreusement à leur famille et à leurs proches et ont contribué à l'économie du pays, tout en jonglant avec les changements qui s'opèrent dans un monde en évolution rapide. Les aînés au Canada nous surprennent à bien des égards avec des stratégies en matière de vieillissement novatrices et dynamiques, et bon nombre d'entre eux continuent de travailler passé le cap des 70 ou 80 ans.

Nous recommandons trois appels à l'action: premièrement, des logements sécuritaires, abordables et accessibles, deuxièmement, bien vieillir dans un endroit où des équipes interprofessionnelles qualifiées sont sur place, et troisièmement, un meilleur accès à des soins palliatifs.

Merci.

Le président: Merci beaucoup.

Monsieur McDonald, les sept prochaines minutes sont à vous.

M. Leighton McDonald (président, Closing the Gap Healthcare, Association canadienne de soins et services à domicile): Bon après-midi, et merci de me donner l'occasion de comparaître devant vous aujourd'hui.

L'Association canadienne de soins et services à domicile est une association de membres nationale à but non lucratif dont le mandat est de promouvoir l'excellence dans les soins à domicile par le leadership, la défense des intérêts, la sensibilisation et le savoir. Closing the Gap Healthcare, l'entreprise pour laquelle je travaille, appuie de façon constante l'association et travaille en étroite collaboration avec elle pour faire avancer les principales priorités dans les soins à domicile.

Offrir du soutien aux aînés canadiens pour qu'ils puissent vivre à la maison sans sacrifier leur dignité, leur indépendance et leur qualité de vie est une priorité pour tous les programmes de soins à domicile au pays. Pour atteindre cet objectif, nos services de soins sociaux et de santé et nos collectivités doivent promouvoir un environnement où les aînés non seulement vieillissent chez eux mais sont également des membres actifs et productifs de la collectivité. Les aînés canadiens veulent rester dans leur maison et croient que les soins à domicile sont essentiels à cette fin.

Malheureusement, il y a un sous-financement chronique et des ressources sous-optimales pour la prestation de ces services importants dans l'ensemble des provinces et des territoires. En moyenne, les provinces ne consacrent que 3 ou 4 % de leurs budgets en santé aux soins à domicile, même s'il est prouvé qu'ils sont plus efficaces que les soins actifs et que ce sont les soins que les aînés dont la santé est fragile privilégient.

Malgré l'engagement du gouvernement fédéral d'investir 6 milliards de dollars dans les soins à domicile au cours des 10 prochaines années, les programmes financés par l'État peineront encore à fournir ces services en raison des demandes croissantes associées au vieillissement de la population. Cependant, il y a un certain nombre de mesures novatrices qui sont mises en place, et je pense qu'il est important d'en mentionner quelques-unes.

La première que j'aimerais aborder est une mesure qui facilite la connectivité sociale parmi les aînés isolés sur le plan social. L'Organisation mondiale de la santé a déclaré que l'appartenance à un réseau social de communication et d'obligation mutuelle procure un sentiment d'être soigné, aimé, estimé et valorisé, ce qui a un puissant effet protecteur sur la santé.

Au Canada, dans une étude où des aînés ont été interrogés, des gens âgés de plus de 60 ans, 43 % d'entre eux ont signalé se sentir seuls, 13 % ont dit se sentir seuls chroniquement, et 30 % ont déclaré souffrir de solitude épisodique. On estime que 1,3 million d'aînés canadiens souffrent de solitude chronique. Des études montrent que la détérioration de la santé est deux fois plus élevée chez les gens qui souffrent de solitude chronique que chez ceux qui n'en souffrent pas. Quand la santé se détériore, la qualité de vie se détériore, ce qui accroît le fardeau que doit supporter le système de soins de santé. Les gens qui entretiennent des liens sociaux importants sont en meilleure santé, sont plus heureux et vivent plus longtemps. Toutefois, il y a de nombreuses personnes dans notre société qui ne peuvent pas avoir ces interactions sociales en raison d'un certain nombre de contraintes.

Il y a des programmes novateurs, dont un qui s'intitule Keeping Connected, qui est offert par Closing the Gap Healthcare. Il appuie les aînés, d'un point de vue de la santé sociale et du bien-être, par l'entremise d'appels téléphoniques planifiés, allant d'une à trois fois par semaine, pour une durée de 20 à 30 minutes, selon le niveau de solitude de l'aîné.

Lorsque l'on compare les niveaux de solitude des aînés au début du programme et de ceux qui cessent d'y participer, on constate que Keeping Connected est efficace pour venir en aide aux aînés seuls. Dans l'étude qui a été réalisée, on a recensé que 97 % de ces clients avaient l'impression de participer activement à la conversation, 88 % estimaient que leur compagnon de conversation les comprenait, 96 % attendaient avec impatience les appels, 73 % estimaient que leur compagnon allégeait leur solitude, et 99 % recommanderaient le service à d'autres aînés. C'est une solution très peu coûteuse à incidences élevées pour contrer l'isolement social.

Une autre mesure que j'aimerais soulever serait de miser sur la technologie pour répondre aux besoins des aînés dans leur maison. En raison de ce sous-financement chronique et du manque de ressources, nous devons miser sur la technologie. Les avancées technologiques ont créé de nouvelles options pour la prestation de soins, l'amélioration de la santé des gens, l'optimisation de l'efficacité et la réduction des coûts des soins. Les services de soins à domicile compatibles avec la technologie mettent l'accent sur la prévention, l'autonomie et la qualité de vie. Pour les aînés fragiles qui ont des besoins de soins complexes, le déploiement de solutions technologiques pour les soins à domicile peut faire la différence entre un aîné qui participe activement à sa collectivité ou un aîné qui vit ses dernières années de façon isolée ou en établissement.

Les avantages des solutions technologiques pour les soins à domicile comprennent les suivants: un meilleur contrôle des maladies chroniques par l'entremise d'une surveillance des patients à distance; une sécurité accrue à la maison par l'entremise d'alertes envoyées aux fournisseurs de soins et aux professionnels de la santé pour les informer d'une détérioration de la santé du patient; une amélioration des soins autoadministrés et des soins axés sur la personne au moyen d'éducation et d'une participation active des patients; une amélioration de la sécurité et de la gestion des médicaments des gens à leur domicile, qui est problématique pour les aînés; et un meilleur accès à des soins appropriés dans les régions rurales, éloignées et difficiles à desservir, qui sont nombreuses dans

notre pays. Appuyer le rôle essentiel qu'assument les aidants naturels familiaux est également un volet important.

Il est facile d'imaginer un système de santé dans l'avenir qui adopte un éventail de technologies qui appuient les soins aux aînés à domicile. Cependant, notre défi collectif consiste à déterminer comment nous pouvons concrétiser cette vision. En favorisant l'adoption de technologies, nous avons besoin d'une stratégie cohérente, d'investissements à long terme, de changements stratégiques et d'un processus de gestion du changement structuré.

● (1545)

Pour terminer, j'aimerais faire la lumière sur un élément essentiel des soins à domicile et du système de soins de santé: les aidants naturels.

Le Canada doit faire plus pour venir en aide aux aidants naturels, surtout lorsque leur dévouement continu et leur contribution sont les raisons pour lesquelles de nombreux aînés canadiens vieillissent et peuvent continuer de vieillir dans leur maison le plus longtemps possible.

Une étude menée en 2012 par Statistique Canada a révélé qu'un aidant naturel sur 10 passe plus de 30 heures par semaine à prodiguer des soins. C'est l'équivalent d'un emploi à temps plein. Ils fournissent gratuitement des soins d'une valeur de 25 milliards de dollars chaque année à notre système de soins de santé. Puisque 50 % des aidants naturels sont âgés de 45 à 65 ans, qui sont dans la force de l'âge sur le plan professionnel, il y a un coût considérable pour l'économie également, évalué à 1,3 milliard de dollars en 2012.

Bien que la prestation de soins puisse être gratifiante, les aidants naturels compromettent souvent leur santé, engagent des dépenses et sont confrontés à des difficultés professionnelles lorsqu'ils ne reçoivent pas le soutien approprié. Les Canadiens veulent que les gouvernements fassent plus pour aider les aînés et leurs aidants naturels familiaux.

Cinq secteurs prioritaires ont été relevés par les aidants naturels et les groupes de soutien aux aidants naturels au pays: premièrement, protéger la santé et le bien-être des aidants naturels en finançant des programmes qui leur offrent un répit et d'autres services communautaires; deuxièmement, minimiser le fardeau financier des aidants naturels en sensibilisant davantage les gens au nouveau crédit canadien pour aidant naturel et en le transformant en crédit d'impôt remboursable; troisièmement, appuyer l'accès des aidants naturels à l'information et aux ressources en créant une base de données de ressources nationales et des initiatives gouvernementales; quatrièmement, aider les employeurs à mettre en place des lieux de travail qui offrent du soutien et qui reconnaissent et respectent les besoins des aidants naturels en finançant un consortium qui aiderait les employeurs en leur donnant des renseignements, des outils et des ressources; cinquièmement, investir dans la recherche sur la prestation de soins par des aidants naturels en tant que fondement pour prendre des décisions fondées sur des données probantes.

Bien que nous accomplissions des progrès dans certains de ces secteurs, il y a encore beaucoup à faire pour veiller à ce que les aidants naturels soient reconnus, appréciés et appuyés dans le rôle indispensable qu'ils assument.

Là encore, les Canadiens croient que le meilleur endroit pour se rétablir d'une maladie, gérer des problèmes de santé à long terme et vivre leurs derniers jours, c'est à la maison, et non pas dans un hôpital ou un établissement de soins de longue durée. Notre gouvernement fédéral peut rendre possibles des changements significatifs qui seront nécessaires pour répondre aux besoins croissants et changeants de notre population vieillissante en jouant un rôle de leadership clé dans cet enjeu d'importance nationale.

Merci beaucoup de m'avoir permis de vous faire part de ces observations. Je me ferai un plaisir de vous fournir plus de détails durant la période de questions.

Le président: Merci beaucoup.

Nous entendons maintenant Michèle Osborne, directrice générale, et Julie Mercier.

Les sept prochaines minutes sont à vous.

• (1550)

[Français]

Mme Julie Mercier (coordonnatrice des activités, Centre action générations des aînés de la Vallée-de-la-Lièvre): Bonjour, tout le monde.

Le Centre action générations des aînés de la Vallée-de-la-Lièvre est un organisme dont la mission est de favoriser le bien-être, l'autonomie et l'épanouissement des aînés de la Vallée-de-la-Lièvre, en Outaouais. L'ensemble de nos services vise le développement du plein potentiel de l'aîné dans son désir de demeurer chez lui le plus longtemps possible.

Les objectifs de l'organisme sont de prévenir l'isolement et la solitude des aînés; de susciter des échanges entre les aînés et les retraités, afin d'amener les retraités à consacrer de leur temps aux aînés; de recourir aux compétences de nos aînés; de renseigner les aînés à propos de leurs droits; de privilégier la prise en charge personnelle et collective des aînés; de faire évoluer le regard que la communauté porte sur les aînés; de permettre aux différents acteurs qui travaillent auprès des aînés de se concerter; de favoriser la participation citoyenne de nos aînés et de favoriser le maintien à domicile des aînés. Somme toute, nous avons une certaine expertise relativement aux besoins de nos aînés et à ce qui se passe avec nos aînés.

Nous offrons également des services variés, qui nous permettent d'être en contact avec les personnes aînées. Ces services sont adaptés à leurs besoins. Il s'agit, par exemple, du service d'accompagnement-transport pour les rendez-vous médicaux; du service Bouf Mobile, c'est-à-dire d'un service de livraison de repas frais ou congelés à domicile; des visites et des appels téléphoniques d'amitié par système de jumelage avec des bénévoles; d'une clinique d'impôt; d'un centre de documentation et d'information dans les deux langues officielles et de l'aide technique pour remplir divers formulaires.

Nous avons également un groupe de soutien pour les proches aidants d'aînés et les Initiatives de travail de milieu auprès des aînés en situation de vulnérabilité, que nous appelons ITMAV. Nous avons deux agents ITMAV à nos bureaux.

Nous offrons également plusieurs activités qui permettent aux personnes aînées de maintenir leur autonomie et de favoriser leur épanouissement. Ce sont des activités de prévention et de promotion de saines habitudes de vie, dont des conférences ainsi que des ateliers de bricolage, des ateliers culturels ou des ateliers de découverte. Nous offrons également des ateliers de loisirs et de culture.

Nous soutenons le développement du potentiel des aînés en les amenant à participer à la vie démocratique de la société au moyen de cuisines-partage et d'un jardin communautaire collectif. Nous favorisons le soutien de la personne dans son milieu naturel en offrant tous ces services et toutes ces activités. Ainsi, nous sommes souvent sur le terrain et nous échangeons avec les aînés. Enfin, nous les encourageons à agir dans leur milieu.

Le territoire que nous desservons s'étend de Val-des-Bois, au nord de l'Outaouais, jusqu'à Thurso, en passant par Buckingham, Masson-Angers, Mayo et Lochaber. Nous desservons environ 16 municipalités.

Puisque nous connaissons bien notre clientèle, nous sommes en mesure de faire certaines recommandations. D'ailleurs, j'aimerais dire que notre organisme compte 1 000 membres et 120 bénévoles.

Je vais maintenant céder la parole à Mme Michèle Osborne, qui vous parlera de nos recommandations.

Mme Michèle Osborne (directrice générale, Centre action générations des aînés de la Vallée-de-la-Lièvre): Bonjour. Je vous remercie beaucoup de nous donner l'occasion d'être parmi vous aujourd'hui.

Nous desservons un milieu qui comprend des régions rurales et des zones urbaines. On y trouve beaucoup de villages très isolés où peu de services à domicile sont offerts pour permettre à la clientèle de vieillir à la maison. Nos recommandations ont pour objectif d'assurer une pérennité financière à la mission, aux organismes comme le nôtre et à d'autres organismes qui offrent des services à une clientèle âgée pour lui permettre de vieillir à domicile. Je pense que tous les aînés canadiens veulent demeurer à la maison le plus longtemps possible. En offrant du transport d'accompagnement, on permet aux aînés de se rendre aux hôpitaux et aux cliniques médicales à faible coût. Ces personnes ont aussi de la difficulté à obtenir du transport pour aller faire du magasinage ou des sorties sociales.

Il faut aussi financer les actions qui portent des fruits plutôt que de toujours tenter d'innover. Il faut de l'innovation dans le cas des personnes âgées, mais quand il est vraiment démontré qu'un service leur permet de vieillir à la maison, on devrait donner la priorité à ce service.

Nous recommandons de faciliter la présentation des demandes financières dans le cadre des programmes de subvention. Il arrive souvent que les appels de projets soient faits l'été, à trois ou quatre semaines d'avance. Pour des organismes communautaires comme le nôtre, il n'est donc pas facile de présenter des projets. En outre, cela n'offre pas la possibilité à un plus grand nombre d'organismes d'en soumettre.

Par ailleurs, notre organisme doit rédiger environ huit rapports de reddition de comptes importants par année. Il va de soi que, lorsqu'on passe son temps à remplir des formulaires, les aînés reçoivent moins de services. Nous suggérons donc que la reddition de comptes soit allégée.

Il serait aussi important de soutenir davantage les proches aidants. Beaucoup d'aînés vivent à la maison grâce au soutien de leur famille, et c'est une situation qu'il faut reconnaître, notamment sur le plan financier.

Nous recommandons d'ajouter des logements sociaux aux parcs urbains, de même qu'en milieu rural, et d'améliorer l'efficacité des réseaux publics en matière de services aux aînés, c'est-à-dire en les adaptant à leur réalité. Par exemple, les guichets et les comptoirs bancaires ont été fermés dans plusieurs petites municipalités. Les aînés n'ont donc accès qu'à un guichet automatique. Or, ils ne savent pas trop comment s'y prendre et ils trouvent souvent ce processus très impersonnel.

Nous recommandons d'assurer l'accès aux soins de santé de proximité à tous les aînés, dans toutes les municipalités, de façon à ce qu'ils puissent vieillir chez eux. Il y a plusieurs villages où, malheureusement, il n'y a plus de médecins de famille, d'infirmières ou de services offerts par le réseau de la santé. Par conséquent, les gens doivent s'exiler pour pouvoir obtenir ces services. Ils ne peuvent donc pas rester à la maison.

Il serait important d'offrir des subventions pour assurer l'accessibilité universelle à des logements pour les aînés. Il s'agirait d'adapter leur milieu de vie à leur vieillissement, par exemple dans le cadre de visites à domicile.

Nous recommandons qu'un soutien financier soit offert aux commerçants qui veulent installer des appareils d'éclairage pour les aînés et améliorer l'accessibilité des lieux pour les personnes utilisant une marchette.

Un soutien financier pourrait aussi être offert aux organismes de loisir. En effet, les aînés ont besoin de sortir de la maison et de s'adonner à des loisirs.

Nous recommandons aussi que les initiatives visant divers types de transport abordable soient soutenues financièrement, de même que les programmes de soutien aux aînés victimes d'intimidation et d'âgisme.

Merci beaucoup.

• (1555)

[Traduction]

Le président: Merci.

Il vous reste encore beaucoup de temps. Vous aviez encore 26 secondes, alors vous auriez pu continuer.

[Français]

Mme Michèle Osborne: Voulez-vous que je poursuive?

[Traduction]

Le président: Non, c'est correct.

Maintenant, nous allons maintenant céder la parole à M. Ron Pike, directeur général d'Elim Village.

Les sept prochaines minutes sont à vous, monsieur.

M. Ron Pike (directeur général, Elim Village): Bonjour à tous. Merci de me donner l'occasion de présenter cet exposé, et merci également pour le travail essentiel accompli par votre comité.

Je suis honoré d'être des vôtres aujourd'hui pour représenter un groupe incroyable de résidents, d'employés et d'intervenants qui ont contribué de différentes manières à créer une formidable collectivité pour les aînés appelée Elim Village. En vous faisant part à tous de notre expérience, nous espérons pouvoir inspirer une démarche de réflexion, d'échanges constructifs et, surtout, d'action au sein d'autres communautés de manière à favoriser l'inclusion des aînés canadiens tout en leur assurant une bonne qualité de vie.

L'aventure Elim a pris naissance au début des années 1990 lorsqu'un petit groupe a été formé pour étudier la Bible. L'un des couples a alors fait part de sa situation personnelle particulièrement

difficile. Ils devaient placer leurs parents dans deux établissements de soins distincts en raison de leurs besoins différents. Vous pouvez vous imaginer à quel point il peut être difficile, après 50 ans de vie commune, d'être ainsi séparés en fin de vie. Émus par cette histoire, les membres du groupe ont commencé à envisager un endroit où conjoints et amis n'auraient plus à s'inquiéter d'être séparés, même s'ils en venaient à nécessiter des soins différents. Ils ont imaginé une collectivité gérée par des professionnels qui offrirait un éventail d'options de logement, bénéficierait de nombreux équipements et permettrait à ses résidents d'être ensemble pour profiter des bonheurs de la vie et surmonter les difficultés qu'elle nous réserve.

Cette histoire est à l'origine de la création de la fondation Elim qui s'est mise à la recherche d'investisseurs locaux pour trouver les fonds nécessaires à la mise en marche du projet. Des capitaux totaux de 1,5 million de dollars ont ainsi pu être réunis par 64 investisseurs. C'était suffisant pour se lancer dans l'aventure. Au cours des 15 dernières années, les capitaux initiaux de 1,5 million de dollars sont passés à plus de 170 millions de dollars en actifs immobiliers dans deux campus de vie pour aînés. Notre campus principal est situé sur une superficie magnifiquement aménagée de 25 acres de terrain à Surrey, en Colombie-Britannique. Plus de 650 personnes y vivent en bénéficiant du travail important de plus de 400 employés et bénévoles. Nos résidents ont la possibilité de choisir leur logement parmi une large gamme de dimensions, de styles et de d'aménagements. Ils ont notamment le choix entre un duplex, un appartement de type condominium et une unité individuelle privée s'ils ont besoin de soins en établissement.

On retrouve au sein de la même communauté des unités de logement privées et d'autres qui bénéficient d'un financement public. La majorité de nos 250 unités de vie indépendante sont occupées en vertu d'un bail viager privé qui fonctionne suivant un modèle semblable à celui des résidences en copropriété avec des frais d'entretien mensuels. Notre fondation a en outre acheté cinq unités de vie indépendante qui sont louées à des personnes n'ayant pas nécessairement les moyens d'acquiescer un bail à vie.

La moitié de nos 109 unités de logement avec services de soutien et d'assistance sont privées. Les autres sont subventionnées par le programme du logement de la Colombie-Britannique et l'Autorité sanitaire de la vallée du Fraser. C'est cette dernière qui finance également la majorité de nos 193 unités de soins en établissement, bien que nous en réservions une petite quantité pour les clients privés.

Notre second projet en est aux premières étapes de son développement sur une superficie de neuf acres à Chilliwack, en Colombie-Britannique.

Elim Village est un exemple concret des avantages de la vie en communauté. Ces avantages découlent de la mise en commun des personnes et des ressources nécessaires.

La mise en commun des efforts nous a permis de susciter des investissements suffisants pour nous lancer dans l'acquisition des terrains et les projets de construction.

Nous avons également pu offrir un large éventail d'options de logement et de soins, ce qui réduit d'autant les impacts physiques et émotifs du déménagement et du changement pour les aînés. De fait, nous avons facilité plus de 200 déménagements en permettant à quelque 80 conjoints de demeurer ensemble même s'ils avaient besoin de soins différents.

Cette mise en commun a également rendu possible l'ajout d'équipements, comme un auditorium de 400 places, un petit bistro, des lieux de rassemblement communautaires, des sentiers pédestres, un cabinet de médecin et une pharmacie.

La communauté a suscité l'intérêt d'autres individus et organisations comme l'Autorité sanitaire de la vallée du Fraser qui a été un partenaire important dans l'intégration des services de santé dans tout le village.

La concertation des efforts a aussi fait en sorte que le mieux-être a pu devenir une priorité. Nos activités y contribuent de différentes manières, des concerts aux programmes portant sur la démence, en passant par des salons et des ateliers de mieux-être et des cours d'éducation physique. Autre aspect important du mieux-être, un soutien spirituel est offert dans le cadre du service de pastorale pour aider les résidents, les familles et les employés à toujours mieux composer avec les enjeux de fin de vie, y compris le deuil et la perte d'un proche.

Nous avons aussi été à même d'engager un groupe d'employés compétents et attentionnés qui sont à l'écoute des préoccupations des résidents, répondent à leurs questions, leur offrent des conseils et du soutien, défendent leurs intérêts et peuvent même à l'occasion changer une ampoule ou réparer une toilette.

La mise en commun de toutes ces ressources nous a enfin permis de créer un milieu de vie où les résidents se sentent comme chez eux et ont l'impression d'être valorisés, appuyés et protégés. La similarité de leurs horaires, de leurs intérêts et de leurs expériences de vie les aide à interagir quotidiennement les uns avec les autres, ce qui contribue d'autant à réduire leur sentiment d'isolement et de solitude, et tous les problèmes qui en découlent.

Bien que nous nous réjouissons de notre situation actuelle et que nous soyons optimistes quant aux possibilités d'avenir, nous sommes conscients que nous faisons partie des rares privilégiés dans notre secteur. Notre taille, l'étendue de nos activités et notre statut d'organisation sans but lucratif nous offrent une certaine marge de manoeuvre financière nous permettant d'investir de façon stratégique dans notre communauté. L'ajout relativement récent de nos services de soins en établissement nous a permis d'avoir accès à des contrats offrant des heures de soins plus avantageuses que la moyenne, et nous avons aussi profité financièrement du fait que nos infrastructures ont été construites pendant une période où les taux d'intérêt étaient faibles.

• (1600)

Cela dit, comme bien d'autres fournisseurs, nous sommes préoccupés par différentes tendances qui se manifestent. On nous demande de plus en plus d'en faire davantage avec moins. La quantité de soins à offrir dans nos unités de vie avec services d'assistance et nos unités de soins en établissement ne cesse d'augmenter pendant que le nombre d'employés demeure le même. Les attentes quant à la qualité de vie sont également à la hausse, et vont sans doute augmenter encore avec l'arrivée des baby-boomers, mais nous disposons de très peu de temps et de ressources pour améliorer des éléments comme la qualité de nos repas et nos services de mieux-être.

Nous devons aussi satisfaire à des exigences de plus en plus strictes dans tous les domaines, conformément aux arrêtés municipaux, aux codes du bâtiment, aux règles de sécurité au travail et aux normes relatives aux pratiques cliniques exemplaires. Il s'agit dans tous les cas d'objectifs très louables, mais les exigences combinées qui s'y rattachent peuvent placer les fournisseurs de services dans une position bien délicate.

Si l'on veut s'assurer que les aînés de notre pays obtiennent le soutien et les soins dont ils ont besoin, nous devons utiliser notre temps, nos énergies et nos ressources de façon stratégique. À cette fin, j'aimerais vous faire part des recommandations formulées par l'Association des pourvoyeurs de soins de la Colombie-Britannique dans le document « Strengthening Seniors Care: A Made-in-BC Roadmap » qui a été rendu public en janvier 2017. J'estime que ces recommandations sont aussi valables à l'échelle nationale.

L'Association propose une approche s'appuyant sur quatre piliers pour améliorer les soins offerts aux aînés canadiens. Il faut premièrement favoriser la poursuite des investissements dans les infrastructures de telle sorte que les immeubles où nous travaillons au quotidien nous facilitent la tâche, plutôt que de la rendre plus complexe. Deuxièmement, il faut offrir un nombre suffisant d'heures de soins en prévoyant les ressources humaines nécessaires et les mesures de formation appropriées. Troisièmement, il convient de mettre l'accent sur la qualité de vie autant que sur la qualité des soins. Ces deux éléments vont de pair et doivent être considérés sur le même pied. Quatrièmement, il faut consentir des investissements stratégiques aux fins de l'innovation. Nous devons faire meilleur usage de la technologie et veiller à ce que les projets pilotes couronnés de succès bénéficient du soutien nécessaire pour être déployés à grande échelle de manière à bénéficier à un plus grand nombre d'aînés.

Merci.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Pike.

Nous passons à Steve Rhys pour les sept prochaines minutes.

M. Steve Rhys (vice-président exécutif, FORREC): Je remercie le Comité de m'avoir invité à témoigner au nom de notre entreprise. J'ai l'impression que nous nous situons à l'extrémité opposée du spectre, un état de fait que le plan de salle traduit parfaitement. Nous ne sommes pas des experts en milieu de vie pour les aînés. Nous ne sommes pas non plus des experts en soins de santé. Nous sommes des experts en expériences de vie. Nous voulons voir à ce que chacun puisse apprécier la vie au quotidien autant dans nos centres de villégiature que, maintenant, dans nos collectivités pour aînés en mettant en application ce que nous avons appris dans l'industrie du divertissement.

Il revient à chacun de s'exprimer dans son domaine d'expertise. À notre extrémité du spectre, nous sommes spécialisés dans la conception d'environnements où les gens voudront passer le reste de leur vie, une fois leur carrière terminée.

L'occasion s'est présentée à nous sous la forme d'un projet de construction d'une collectivité en Floride. L'esprit d'entrepreneuriat des promoteurs s'est heurté à une interrogation. Ils pouvaient bien offrir les meilleurs soins et les meilleurs logements qui soient, mais dans quel environnement les gens veulent vivre exactement? Où vont-ils décider de s'installer, lorsqu'ils en ont vraiment le choix? S'ils décident de déménager à plus de 15 kilomètres de l'endroit où ils ont élevé leurs familles et noué des liens d'amitié, la Floride est certes une option. Les promoteurs se demandaient surtout pour quelle raison les gens allaient choisir leur collectivité.

Si l'on peut considérer les choses en faisant abstraction de la distance à parcourir pour déménager, on peut s'interroger sur la nature exacte du choix que ces gens-là font. Ils recherchent un endroit où ils pourront passer les 20 ou 30 prochaines années de leur vie, entourés de leurs nouveaux proches et amis, en bâtissant une nouvelle société en fonction de ce que l'avenir leur réserve.

Une question essentielle se pose. Qu'essayons-nous d'accomplir? J'ai seulement deux exemples concrets à vous donner, mais je peux vous dire que l'émergence de ces enjeux dans les discussions des derniers mois, notamment par le truchement des médias, a amené les intervenants de l'industrie des résidences de retraite — un secteur qui touche bien des gens ici présents — et du secteur du développement à s'interroger sur les liens entre ces deux éléments.

Nous ne savons pas dans quelle mesure cela peut avoir une incidence dans le contexte du sujet à l'étude par votre comité. Nous n'en avons aucune idée. Nous voulons simplement porter à votre connaissance les échanges qui ont effectivement cours à ce sujet. Les gens veulent avoir des options. Les baby-boomers sont actuellement au coeur de cette vague qui s'est amorcée au début des années 1990. Nous avons pu voir ce qui s'est passé en Arizona, en Californie, puis en Floride. À la crête de cette vague, ou peut-être un peu au-delà, les baby-boomers sont les premiers à revendiquer ce choix. C'est un choix qui se fait de plus en plus tôt. Ils souhaitent agir plus rapidement, parce qu'ils ne veulent pas avoir à déménager en fin de vie lorsqu'ils auront besoin de beaucoup de soins. Ils tiennent à s'y prendre plus tôt pour entreprendre une vie nouvelle en ayant la garantie qu'ils pourront trouver à l'emplacement de leur choix tous ces autres éléments essentiels dont vous avez tous parlé.

Ils veulent pouvoir vieillir sans avoir à déménager de nouveau, en restant auprès de leurs nouveaux amis. Ils veulent aussi que leur famille puisse les visiter aussi souvent qu'elle le désire. L'isolement peut être problématique. Ils ne veulent pas avoir l'impression de vivre dans une collectivité où les aînés se retrouvent derrière un mur pendant que les autres citoyens circulent dans les rues aux alentours. C'est un élément clé dans la conception de ces collectivités. Nous voulons qu'elles soient inclusives.

J'en viens maintenant aux deux exemples que je souhaite vous exposer. Il y a d'abord The Villages en Floride, un projet qui nous a vraiment permis d'acquiescer de l'expertise et de mettre nos compétences à l'épreuve. Lorsque j'ai rencontré les responsables, il y avait là-bas 12 000 résidents, principalement dans des maisons mobiles. On en compte maintenant 120 000 qui vivent dans trois collectivités distinctes, chacune offrant sa propre gamme de services et de secteurs commerciaux pour faciliter la vie des gens au quotidien.

On y trouve un total de 216 trous de golf répartis sur 34 parcours. Il y a des centres communautaires, un hôpital, des centres de soins pour les troubles de mémoire et de nombreux établissements avec services d'assistance et soins complets. Tout cela a été mis en place sans que nous y ayons contribué d'aucune manière.

• (1605)

On s'est rendu compte que les gens qui sont accueillis au sein d'une de ces nouvelles collectivités vont vouloir s'y installer à demeure. On a cherché à s'assurer qu'ils allaient pouvoir le faire et n'allaient pas devoir déménager à moins d'en décider ainsi. C'était il y a 22 ans.

Le deuxième projet a été réalisé à Hamilton. Comme je le disais à Ron, c'était un peu comme envoyer un message dans l'espace pour voir s'il existe d'autres formes de vie. Il y a 22 ans, nous nous demandions si d'autres pouvaient s'intéresser à ce que nous faisons en Floride. Vingt-trois ans plus tard, j'ai reçu l'appel d'un gars de Hamilton qui me posait exactement la même question à laquelle nous avons dû répondre en Floride: « À quoi une collectivité pourrait-elle ressembler si Disney en était le concepteur? Quelle impression cela donnerait? » Il m'a dit: « J'imagine que cela

ressemblerait à un centre de villégiature. » J'ai répondu: « D'accord, il faut que vous alliez voir de quoi il est question en Floride... »

Nous ne pouvons pas nous attribuer tout le crédit, mais ce mode de réflexion s'est immiscé dans tout le débat quant aux décisions que les baby-boomers et d'autres veulent pouvoir prendre.

Le projet de Hamilton est réalisé sur une superficie de 144 acres. Il y avait sur place un programme de logement à des fins caritatives qui n'était pas viable. Au fur et à mesure que des gens vieillissants quittent la collectivité, ils sont remplacés par de nouveaux résidents, des baby-boomers qui achètent ou louent un logement en s'attendant à vivre dans un environnement similaire à celui que je viens de décrire, mais à Hamilton et à la façon canadienne, dans un milieu plus urbain que banlieusard.

Il aurait été nettement préférable que je puisse vous fournir des photos, mais je me ferai un plaisir de répondre à toutes vos questions.

Merci.

• (1610)

Le président: Merci beaucoup.

Il est vrai qu'il aurait été bien d'avoir des photos. Je jetais un coup d'oeil sur votre site Web pendant votre allocution, et certains de ces projets sont fort impressionnants.

Merci à tous nos témoins. Vous avez tous respecté le temps alloué, ce qui est formidable.

Nous allons maintenant passer aux questions des membres du Comité.

Je veux toutefois d'abord vous faire savoir que nous allons probablement mettre fin à la séance un peu après 17 heures. Nous devons aussi discuter des travaux du Comité.

Sans plus tarder, je cède la parole à Mme Wong.

L'hon. Alice Wong (Richmond-Centre, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président.

Merci à tous nos témoins qui sont venus d'un peu partout au pays pour nous faire bénéficier de leur expertise et de leurs excellentes recommandations.

On me rappelle sans cesse à quel point il est essentiel de soutenir le travail des aidants naturels. Selon les statistiques disponibles, il y a une demande croissante pour que des membres de la famille ou même des amis s'occupent des aînés.

L'Association canadienne des individus retraités, un organisme sans but lucratif qui ne ménage pas ses efforts dans les différents dossiers touchant les aînés, a indiqué qu'une proportion de 80 % des soins, pour une valeur estimative de 25 milliards de dollars, étaient dispensés annuellement par 8 millions d'aidants naturels non rémunérés. L'Association fait ressortir l'urgence d'agir pour réduire l'impact affectif dévastateur pour ces aidants naturels, dont la moitié connaissent des problèmes de stress ou de dépression. Nous devons non seulement nous occuper des aînés, mais également de ceux qui en prennent soin.

Nous avons des établissements et du personnel bien formé pour s'occuper des aînés qui y sont hébergés, mais il y a également une volonté de vieillir chez soi, car les aînés préfèrent demeurer à la maison. Il y a donc toute une problématique à régler. Pour notre part, nous proposons au gouvernement des pistes de solution pour mieux appuyer les Canadiens qui doivent trouver un meilleur équilibre entre leur travail et les soins à prodiguer à un proche.

Ma première question s'adresse à M. McDonald de l'organisation Closing the Gap Healthcare.

Vous avez parlé du soutien à offrir aux aidants naturels. Pouvez-vous nous en dire davantage à ce sujet?

M. Leighton McDonald: Je crois que différentes mesures peuvent être prises. Comme nous avons participé à certains projets pilotes à ce sujet, je pense d'abord à une banque de soins de relève qui serait gérée par l'aidant naturel. À titre d'exemple, lorsqu'un patient obtient son congé de certains hôpitaux de Toronto, des dispositions sont prises pour que l'aidant naturel ait accès à un certain nombre d'heures de répit chaque mois. Il peut alors utiliser ces heures comme il l'entend. S'il a droit par exemple à sept heures par semaine, il peut choisir de les utiliser à raison d'une heure par jour, ou plutôt les conserver pour prendre congé le samedi. Un préposé aux services de soutien à la personne se rend alors à domicile pour offrir un répit à l'aidant naturel. La marge de manoeuvre offerte permet à l'aidant naturel de contrôler beaucoup mieux la situation. Nous avons obtenu d'excellents résultats avec cette mesure.

Parallèlement à cela, nous avons mis sur pied un réseau d'aidants naturels ainsi que des ateliers virtuels permettant aux gens de partager leurs frustrations et de se rendre compte qu'ils ne sont pas les seuls à se trouver dans cette situation. Les gens peuvent échanger des solutions et même nouer des liens de camaraderie.

Différentes choses peuvent être faites.

L'hon. Alice Wong: Merci.

Ma prochaine question s'adresse à Julie et à son groupe.

Vous avez indiqué que votre centre avait grandement contribué à appuyer différents groupes pour les aidants naturels. Pouvez-vous nous en dire plus long? Nous aimerions en savoir davantage au sujet des difficultés auxquelles ces gens-là sont confrontés.

• (1615)

[Français]

Mme Julie Mercier: Oui, tout à fait.

Nous avons un groupe de soutien pour les proches aidants d'âinés. Nous sommes subventionnés par l'Appui, qui est un organisme d'aide aux proches aidants d'âinés. L'Appui offre des ateliers de soutien pour les proches aidants, qui ont lieu toutes les trois semaines et qui sont d'une durée de deux heures chacun. Un psychologue intervenant est présent afin de permettre aux proches aidants d'âinés de parler de leurs problèmes, d'obtenir de l'information et d'échanger au sujet de leurs sentiments. Ces ateliers permettent aussi de leur procurer des outils pour les aider à résister au stress ou à la détresse.

Nous faisons cela, entre autres. La Semaine nationale des proches aidants est également célébrée chez nous. D'ailleurs, le jeudi 9 novembre, nous allons tenir une conférence en collaboration avec la Société Alzheimer de l'Outaouais québécois sur comment détourner le « NON » chez le patient atteint d'un déficit cognitif, tel l'Alzheimer, pour aider nos proches aidants à être capables de communiquer avec les personnes qu'ils aident et qui sont atteintes d'un déficit cognitif.

Dans le cadre de notre prochaine demande de subvention — nous vous disions que nous devions faire beaucoup de reddition de comptes et celle-ci en est une —, nous allons demander d'obtenir au moins un autre groupe de soutien pour les proches aidants. Notre groupe compte actuellement 16 personnes inscrites, alors que nous en acceptons normalement 12. Étant donné que la demande est très élevée, que des services publics ont été malheureusement abolis et

qu'un groupe de proches aidants a été annulé à notre CLSC, nous devons essayer de pallier ces inconvénients.

Nous avons augmenté à 16 le nombre de personnes que nous acceptons par groupe, et il y en a actuellement 4 autres qui sont inscrites sur une liste d'attente. Malheureusement, nous ne pouvons pas leur offrir le service, et ces personnes éprouvent un besoin.

Est-ce que cela répond à votre question?

[Traduction]

L'hon. Alice Wong: Oui.

Il y a aussi la question de l'équilibre entre le travail et les soins à dispenser à un proche. J'aimerais savoir ce que nos étudiantes en sciences infirmières ont pu observer lors de leurs visites à domicile. Avez-vous pu constater qu'il y avait effectivement des âinés qui s'occupaient d'autres âinés et devenaient ainsi des aidants naturels?

Le président: Une très brève réponse, s'il vous plaît.

Mme Melissa De Boer: Oui, nous avons pu l'observer. Il s'agit parfois d'un conjoint qui s'occupe de l'autre conjoint ou de proches qui prennent soin de membres de la famille. Je dirais également que les soins de relève sont extrêmement importants pour offrir à ces aidants naturels le répit nécessaire pour rester un membre de la famille et ne pas devenir uniquement un pourvoyeur de soins.

Mme Andrea Dresselhuys: On ne saura jamais trop insister sur le fait que les aidants naturels ont besoin de soutien. Il y a non seulement la fatigue découlant de la compassion dont on doit faire montre et de toute la charge émotive, mais aussi le fardeau financier. Il est donc primordial d'offrir des incitatifs financiers de même que l'accès à des soins de relève.

Le président: Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à M. Ruimy.

M. Dan Ruimy (Pitt Meadows—Maple Ridge, Lib.): Monsieur le président, je vais partager mon temps avec M. Lauzon, notre secrétaire parlementaire.

Merci à tous nos témoins de votre présence aujourd'hui.

Dès le départ, il est devenu bien clair que ce problème ne date pas d'hier. Il existe depuis des décennies et sévit encore aujourd'hui, car les gouvernements qui se sont succédé n'ont pas été capables de faire le nécessaire. C'est donc un problème qui n'est pas récent et qui ne va pas se régler du jour au lendemain.

J'ai quelques brèves questions à vous poser. Le problème de la solitude revient sans cesse sur le tapis. Monsieur McDonald, vous avez parlé du programme Keeping Connected. Combien coûte ce programme?

M. Leighton McDonald: Tout dépend de la fréquence des appels et de tout ce qui s'ensuit. Je n'ai pas les chiffres en main, mais je peux vous dire que les coûts sont minimes. C'est en fait un service téléphonique offert par des accompagnants spécialement formés à cette fin qui ne sont pas des professionnels de la santé agréés, mais qui travaillent de concert avec de tels professionnels. Les coûts se limitent essentiellement aux salaires des préposés et aux tarifs téléphoniques.

M. Dan Ruimy: Est-ce que c'est un centre d'appels centralisé? Est-ce qu'on pourrait le déployer dans tout le pays? On entend souvent parler de solitude.

M. Leighton McDonald: Nous gérons le centre à partir de nos bureaux, qui sont situés à Mississauga. Nous offrons le service en Ontario et en Nouvelle-Écosse.

M. Dan Ruimy: Avez-vous des données sur le système?

M. Leighton McDonald: Oui. Je ne les ai pas avec moi, mais nous en avons.

M. Dan Ruimy: Pourriez-vous les transmettre à la greffière?

M. Leighton McDonald: Bien sûr.

M. Dan Ruimy: Merci beaucoup.

Monsieur Pike, j'adore votre concept et ce que fait votre collectivité. J'ai une brève question à vous poser. Quel est le coût de séjour moyen pour un patient?

M. Ron Pike: Pour quel type de logement?

M. Dan Ruimy: Si vous pouviez ventiler les chiffres, ce serait bien.

M. Ron Pike: En ce qui a trait aux logements pour personnes autonomes ou au bail à vie... Le bail à vie est déterminé en fonction du taux du marché. En moyenne, il faut un peu plus de 300 000 \$ pour l'obtenir. Pour nos logements avec assistance, c'est environ 3 000 à 3 500 \$ par mois. En moyenne, les soins en établissement coûtent environ 200 \$ par jour. Tout cela est payé de diverses façons, en fonction de l'intégration des systèmes public et privé.

• (1620)

M. Dan Ruimy: Ce n'est pas donné.

Il y a encore un écart entre les riches et les pauvres.

L'hon. Steven Blaney (Bellechasse—Les Etchemins—Lévis, PCC): Ce n'est pas donné.

M. Dan Ruimy: Est-ce que je peux continuer?

Pour ceux qui ont de l'argent, cela peut coûter jusqu'à 5 000 \$ par mois; ces gens sont très bien traités. Pour ceux qui n'ont pas d'argent, cela varie en fonction des prestations du RPC. Cela devient un problème, parce que les soins offerts ne sont pas d'aussi bonne qualité.

Merci.

Je vais céder le reste de mon temps de parole au secrétaire parlementaire, M. Lauzon.

[Français]

M. Stéphane Lauzon (Argenteuil—La Petite-Nation, Lib.): J'aimerais remercier les témoins de leurs excellentes présentations.

Madame Osborne et madame Mercier, le nombre de bénévoles que compte votre organisme a retenu mon attention. Le fait que vous mobilisiez autant de bénévoles pour sortir les aînés de l'isolement pourrait faire de vous un modèle partout au Canada.

Pouvez-vous nous parler de la façon dont vous recrutez ces personnes et du rôle que vous leur confiez au sein de votre organisme?

Mme Michèle Osborne: D'abord, il faut reconnaître le travail des bénévoles et les remercier. Il s'agit presque entièrement de bénévoles de 55 ans et plus qui interviennent auprès d'une clientèle de 55 ans et plus. Nous essayons de faire un jumelage réussi entre la personne et le — ou la — bénévole. Lorsque quelqu'un veut rester à la maison et recevoir des visites d'amitié, il faut trouver la personne qui convient. Être bénévole est très valorisant. Il faut tout simplement en parler.

M. Stéphane Lauzon: Votre équipe utilise-t-elle un programme, un modèle ou une grille pour recruter les bénévoles, ce pourrait être, par exemple, des critères numérotés de 1 à 10 visant à déterminer si ces personnes répondent aux exigences?

Vous serait-il possible de nous transmettre cette grille, si elle existe?

Mme Michèle Osborne: Elle existe, mais il y a une foule de façons de recruter des bénévoles. Il s'agit parfois de gens qui ont déjà été des proches aidants et qui, après le décès de la personne qu'ils aidaient, veulent continuer à s'engager. Il n'y a pas de modèle magique pour recruter des bénévoles, mais à mon avis, la réputation de l'organisme est un facteur très important. Mme Mercier pourrait peut-être vous en dire davantage à ce sujet.

Quoi qu'il en soit, notre organisme compte 120 bénévoles et il arrive que l'un d'entre eux ne soit pas au bon endroit. Il faut être à l'écoute des bénévoles pour veiller à ce qu'ils soient affectés aux services qui conviennent. Il n'y a pas de recette magique.

Mme Julie Mercier: Je voudrais ajouter quelques détails sur la façon dont nous recrutons les bénévoles. Il y a un questionnaire dans lequel un grand nombre de questions sont posées à la personne, de façon à prendre connaissance de ses intérêts et de ses goûts. Les gens font du bénévolat parce qu'ils aiment cela. Il est donc crucial qu'ils fassent des tâches qui les motivent. Il va de soi, par conséquent, que nous leur confions des responsabilités qui leur plaisent. C'est important.

M. Stéphane Lauzon: Vous nous avez beaucoup parlé de partenariat. Vous avez une équipe extraordinaire qui s'occupe des régions rurales. Comme vous l'avez mentionné, les aînés veulent rester le plus longtemps possible à la maison. Or l'hiver s'en vient, ce qui crée de l'isolement. Il y a de la neige, il fait froid et les gens sortent moins fréquemment.

Quel plan pourriez-vous suggérer à notre gouvernement dans le but d'aider les aînés des régions rurales qui n'ont pas d'autre choix que de quitter leur domicile?

Quelles pistes de solution avez-vous à suggérer?

[Traduction]

Le président: Veuillez répondre rapidement, s'il vous plaît.

[Français]

Mme Michèle Osborne: Je continue à dire que tous les Canadiens devraient avoir le droit de demeurer chez eux le plus longtemps possible et de recevoir les services nécessaires qui leur permettraient de le faire. Si des aînés veulent vieillir dans leur village, il faut mettre sur pied des infrastructures pour les accueillir et non les arracher du milieu où ils ont vécu pendant 75 ans ou 80 ans pour les amener en ville. En faisant cela, on déracine complètement ces personnes. Il faut créer des infrastructures dans chaque village pour que les gens puissent vieillir à la maison. C'est à cette option qu'il faut donner la priorité.

[Traduction]

Le président: Merci beaucoup.

La parole est maintenant à Rachel Blaney. Allez-y, madame.

Mme Rachel Blaney (North Island—Powell River, NPD): Nous vous remercions de votre présence ici aujourd'hui.

Je vais commencer par une question simple et je demanderais à chacun d'entre vous d'y répondre par oui ou par non, ou de vous abstenir.

Croyez-vous que le gouvernement devrait mettre en oeuvre une stratégie nationale pour les aînés?

Je vais commencer avec vous, Melissa.

Mme Melissa De Boer: Oui.

Mme Andrea Dresselhuus: De manière implicite, oui.

M. Leighton McDonald: Oui, tout à fait.

[Français]

Mme Michèle Osborne: Oui.

Mme Julie Mercier: Oui.

[Traduction]

M. Ron Pike: Oui.

Mme Rachel Blaney: Tout le monde a répondu oui. Merci.

Monsieur McDonald, j'aimerais commencer avec vous.

J'aime beaucoup la proposition de l'Association canadienne de soins et services à domicile voulant qu'Emploi et Développement social Canada améliore l'accès des populations rurales, éloignées, autochtones, interprovinciales et territoriales à l'éducation et à la formation de préposé aux soins.

Pourriez-vous nous expliquer comment cela fonctionnerait?

• (1625)

M. Leighton McDonald: Tout d'abord, il faut rendre la profession attrayante, parce que c'est un de nos grands problèmes. Les gens ne sont pas attirés par cette profession. Ce n'est pas un travail prestigieux ni payant. Il faut veiller à ce que les gens puissent subvenir à leurs besoins. C'est la première chose.

Ensuite, il faut veiller à ce que les collèges offrent le programme pour qu'on établisse des normes de qualité. Il faut mettre une structure en place.

Le plus important, c'est d'encourager les gens à faire ce travail. C'est toujours un défi. Par exemple, dans les régions rurales, les membres de notre personnel de soutien choisissent de travailler dans les restaurants pendant l'été parce que c'est plus payant. Nous avons du mal à fonctionner au maximum de notre capacité parce que les gens préfèrent travailler dans les restaurants.

Je crois qu'il faut revoir la reconnaissance et la rémunération de ces postes très importants dans le système de soins de santé.

Mme Rachel Blaney: Merci.

La nécessité d'établir une norme nationale sur les soins à domicile, fondée sur des principes, semble de plus en plus importante et évidente.

Pouvez-vous nous donner quelques exemples des normes dont a besoin l'industrie présentement?

M. Leighton McDonald: L'Association canadienne de soins et services à domicile y travaille à l'heure actuelle.

Je crois qu'il faut d'abord se demander à quoi les gens peuvent s'attendre. C'est essentiel, à mon avis. Il faut que les gens sachent quelles seront les responsabilités du gouvernement et quelles seront leurs responsabilités. C'est le point de départ, selon moi.

Lorsqu'on offre les services, il faut déterminer les attentes des gens par rapport à leurs besoins et aux services offerts.

Ensuite, il y a les normes cliniques et les diverses normes professionnelles, qui varient selon les professions, qu'il s'agisse du travail de soutien aux personnes, des soins infirmiers ou des thérapies. Il y a les normes générales, puis les normes relatives à chaque profession.

J'espère que cela répond à votre question.

Mme Rachel Blaney: Oui.

Nous savons que la plupart des services de soins à domicile — 70 à 80 % — sont offerts par des travailleurs non réglementés.

Comment le gouvernement peut-il appuyer l'élaboration de normes de formation continue pour les travailleurs non réglementés

et favoriser le développement des compétences par l'entremise de l'éducation et des normes de pratique?

M. Leighton McDonald: Encore une fois, il faut mettre en place des programmes. On en offre moins qu'avant, alors il faut examiner la question avec les collèges. Ensuite, nous devons reconnaître le travail des gens en augmentant la rémunération associée à diverses formations. Ce qu'on voit à l'heure actuelle, c'est que les gens sont rémunérés selon un certain taux à leur entrée sur le marché du travail et ne voient pas nécessairement leur salaire augmenter lorsqu'ils font des études supplémentaires. C'est une chose que je... Nous l'avons fait pour notre effectif, mais ce sont de très, très petites augmentations. Il faut en faire plus pour reconnaître le perfectionnement professionnel continu.

Mme Rachel Blaney: J'ai aussi entendu dire qu'il serait bien de parler de ces possibilités aux élèves du secondaire, pour montrer aux jeunes qu'ils peuvent exercer ces professions dans leur collectivité. Je suis aussi d'avis qu'il faut revoir la rémunération.

Croyez-vous qu'on devrait aussi faire participer les écoles secondaires, en plus des collèges?

M. Leighton McDonald: Absolument. Il faut que l'idée fasse son chemin dans la tête des jeunes et mieux faire connaître ces professions.

Mme Rachel Blaney: Nous avons parlé des collectivités autochtones. Nous savons que de nombreux membres de ces collectivités aimeraient rester dans leur région. Ces professions peuvent être une bonne occasion de rester dans la collectivité.

Comment peut-on inclure les collectivités autochtones et leur faire connaître ces possibilités?

M. Leighton McDonald: Nous veillons à répondre à leurs besoins. Souvent, lorsqu'on offre des services dans ces collectivités, il faut beaucoup de déplacements, que nous devons payer. Je crois qu'on n'aborde pas la question de la rémunération des préposés aux services de soutien à la personne de la bonne façon. Il faudrait tout d'abord susciter l'intérêt des gens pour ce travail.

Je crois que la plupart des organisations de soins à domicile sont dotées de conseils consultatifs formés de clients et de membres de la famille. Il faudrait que tous les segments de la population y soient représentés.

Mme Rachel Blaney: Merci.

Pourriez-vous dire au Comité comment la Société canadienne d'hypothèques et de logement pourrait améliorer et simplifier le programme d'accessibilité et de logement adaptable pour qu'un plus grand nombre de personnes y aient accès plus facilement?

M. Leighton McDonald: Cela ne fait pas partie de mon domaine d'expertise, mais je dirais qu'il faut encore une fois... On dirait que je demande des mesures incitatives pour tout, mais il faudrait des crédits d'impôt pour l'investissement dans ce genre de programmes, pour garder les gens en dehors des établissements, qui coûtent beaucoup plus cher.

Mme Rachel Blaney: Oui.

Je vais m'arrêter là, parce qu'il ne me reste que 30 secondes et que je voulais poser des questions assez robustes.

• (1630)

Le président: D'accord. La parole est maintenant à Mona Fortier.
[Français]

Mme Mona Fortier (Ottawa—Vanier, Lib.): Merci beaucoup.

Je vais partager mon temps de parole avec M. Lauzon.

Je vous remercie de la très intéressante présentation que vous nous avez donnée aujourd'hui. Elle va dans le même sens que certaines conversations que j'ai tenues avec des personnes âgées dans ma circonscription. Ces personnes m'ont fait part de leurs préoccupations en matière de logement et d'inclusion sociale.

Madame Osborne, madame Mercier, dans le cadre de vos projets, les aînés peuvent-ils recevoir des services qui correspondent à certains besoins?

Dans la circonscription d'Ottawa—Vanier, par exemple, on parle beaucoup de minorités linguistiques, raciales, ethnoculturelles et religieuses ainsi que d'orientation sexuelle différente.

Tenez-vous compte de ces questions dans le cadre de vos projets?

Mme Michèle Osborne: Notre milieu est très inclusif, mais c'est encore difficile pour certaines personnes marginales. C'est la marginalité des aînés qui est difficile. Une personne âgée qui est bien entourée, qui a une famille, arrive à trouver les services dont elle a besoin.

Nous travaillons beaucoup auprès de personnes vulnérables, soit des gens à faible revenu, qui ont de la difficulté à lire et à écrire et qui, dans bien des cas, ont malheureusement été bénéficiaires d'aide sociale toute leur vie. À 65 ans, ils n'ont pas fait de demande au Régime de rentes du Québec. Nous les aidons donc à remplir ces formulaires. C'est une clientèle très démunie.

Dans le cadre de l'une de nos initiatives, des travailleuses de milieu se déplacent et mettent à contribution le réseau informel des aînés afin de pouvoir les trouver. Elles entrent en contact avec le garagiste, le curé, le coiffeur et l'épicier. Aussitôt que la situation d'une personne vulnérable et isolée est portée à notre attention, nous essayons de créer un lien de confiance avec cette personne pour cerner ses besoins et la diriger vers les ressources appropriées. C'est un service extraordinaire. Notre organisme compte deux travailleuses de milieu. Celles-ci repèrent chaque année entre 100 et 150 aînés qui ne connaissent pas le réseau.

Pour une personne encadrée, notamment par une famille, les choses sont plus faciles. Elles le sont beaucoup moins pour les personnes isolées, seules et, surtout, marginales. La marginalité est vraiment un aspect difficile.

Mme Mona Fortier: Je vais céder le reste de mon temps de parole à M. Lauzon.

M. Stéphane Lauzon: Vous avez aussi parlé de l'importance du transport pour les aînés. Vous n'êtes pas les premières à aborder cette question. En effet, c'est un enjeu dont plusieurs groupes de témoins nous ont parlé. Le transport en commun est conçu pour amener les gens au centre-ville pour leur travail, mais comme il est inexistant en milieu rural, les aînés ne peuvent l'utiliser pour aller faire des activités. Dans certaines régions, il y a du transport pour les personnes handicapées. On considère cependant comme une zone grise le transport pour les aînés qui veulent se déplacer afin de briser leur isolement.

Concrètement, que pourrait faire notre gouvernement pour soutenir le transport dans les régions rurales, voire dans les municipalités?

Mme Michèle Osborne: Il faudrait soutenir les organismes qui offrent ces services. Bon an, mal an, nous faisons environ 950 accompagnements à des cliniques médicales, mais il n'y a pas que les soins médicaux. Une coopérative de transport d'accompagnement vient d'être créée, mais elle va peut-être devoir fermer ses portes parce qu'elle ne reçoit pas suffisamment d'appui financier. Comme le transport coûte cher, il faut aider les organismes en leur permettant de l'offrir à un coût moindre.

Nous pouvons compter sur des bénévoles, nous faisons du jumelage et beaucoup de transport d'accompagnement. Cela dit, nous ne pouvons pas aller à Val-des-Bois, car le trajet aller-retour est de 50 kilomètres. Les aînés ne peuvent pas se permettre de payer 43 ¢ le kilomètre. C'est beaucoup trop cher. Beaucoup d'entre eux se privent de soins de santé. Ils ne se rendent pas à leurs rendez-vous médicaux, à l'hôpital, quand ils ne peuvent pas bénéficier de transport d'accompagnement.

M. Stéphane Lauzon: Si je comprends bien, vous proposez que ce soit un organisme en place...

Mme Michèle Osborne: Je pense qu'il faut appuyer les organismes qui offrent déjà ces services. Il faut essayer d'offrir un soutien ou de promouvoir le transport avec l'aide de bénévoles. Chez nous, cela fonctionne très bien, mais nous ne pouvons pas répondre à tous les besoins.

M. Stéphane Lauzon: En effet. Vous avez traité de partenariat et de programmes visant à briser l'isolement, mais vous avez peu parlé du phénomène intergénérationnel. Personne ne semble avoir fait appel aux jeunes, qui pourraient jouer un rôle. Je fais peut-être erreur, mais je ne crois pas vous avoir entendu en parler.

Pouvez-vous nous parler du phénomène intergénérationnel?

• (1635)

Mme Julie Mercier: Effectivement, je n'ai pas parlé de l'aspect intergénérationnel dans ma présentation.

Nous avons un jardin communautaire et collectif, qui est subventionné par la ville de Gatineau, en partenariat avec Carrefour jeunesse emploi de l'Outaouais et le Centre Actu-Elle. En collaboration avec le Carrefour jeunesse, nous incitons des jeunes et des familles à travailler dans ce jardin avec des aînés. Nous avons donc un volet intergénérationnel.

De plus, nous sommes en train de concevoir des ateliers d'apprentissage de l'informatique avec des maisons de jeunes, des jeunes et des aînés pour que les jeunes puissent donner de la formation aux aînés.

M. Stéphane Lauzon: Ce pourrait être une bonne façon d'aider les aînés à se servir de Facebook et de Google, d'apprendre à lire et à écrire sur ces plateformes.

Vous avez parlé de formation. Avez-vous aussi un programme relatif à l'employabilité à l'intention d'aînés qui désiraient retourner sur le marché du travail, que ce soit en occupant un emploi à temps partiel ou en s'impliquant dans la communauté moyennant une petite rémunération, juste pour arrondir les fins de mois?

Je pose la question à tous les témoins, mais pas aux infirmières.

[Traduction]

Le président: Vous n'avez pas le temps de poser la question à tous les témoins. Vous pouvez peut-être en choisir un. Je vous accorde du temps pour une courte réponse.

[Français]

M. Stéphane Lauzon: Avez-vous des programmes de ce genre?

Mme Michèle Osborne: Non, mais nous en faisons la promotion. Nous recevons beaucoup de gens et nous faisons beaucoup de jumelage avec des centres qui s'occupent de cet aspect.

J'ai vu une très importante annonce sur l'employabilité des aînés de 50 ans et plus, mais notre centre n'a pas de programme de ce genre. Cela pourrait être une option à considérer.

[Traduction]

Le président: Merci.

Monsieur Robillard, vous avez la parole.

[Français]

M. Yves Robillard (Marc-Aurèle-Fortin, Lib.): Merci, monsieur le président.

Mes questions s'adressent à Mmes Osborne et Mercier.

J'aimerais obtenir vos commentaires sur deux points qui concernent les missions de vos organismes respectifs.

Comment favorisez-vous la participation citoyenne des aînés? Que faites-vous pour faire évoluer le regard que la communauté porte sur les aînés?

Mme Julie Mercier: Pour ce qui est de la participation citoyenne, nous avons beaucoup de bénévoles, comme nous l'avons dit.

Nous tenons trois cafés-rencontres: un à Thurso, un à Notre-Dame-de-la-Salette et un à Buckingham. Ces cafés-rencontres sont gérés par des bénévoles. Des groupes de six à dix bénévoles organisent les activités, font les achats et font de la planification. Évidemment, je les aide, mais ils s'impliquent dans la communauté en organisant et en préparant eux-mêmes des activités. Des aînés s'impliquent bénévolement dans toutes ces activités. Ils m'aident à organiser des activités et à faire de la promotion. Nous les faisons beaucoup participer à nos activités. Cela ne vient pas que des employés, mais des aînés, de la base.

Mme Michèle Osborne: Nous faisons de la promotion et de la prévention en offrant des conférences à ces gens sur toutes sortes de sujets, par exemple les finances et la santé. Nous le faisons sur un mode de prévention.

M. Yves Robillard: Toujours au sujet de vos missions, comment vous y prenez-vous pour renseigner les aînés à propos de leurs droits?

Finalement, quels efforts faites-vous pour que les différents acteurs qui interviennent auprès des aînés agissent en concertation?

Mme Michèle Osborne: Par exemple, il y a deux semaines, il y a eu l'activité Caravane 360° sur la lutte contre la maltraitance envers les aînés, lancée par la Clinique juridique Juripop. Nous sommes toujours à l'affût de telles activités de prévention, qu'elles portent sur la maltraitance ou sur d'autres sujets. Cette activité de la Clinique juridique Juripop était très intéressante. Elle a porté, notamment, sur les mandats d'inaptitude, les droits de fin de vie et la loi sur l'aide médicale à mourir. Nous donnons beaucoup d'outils de ce genre aux personnes âgées.

M. Yves Robillard: Selon les témoignages fournis au Comité, vieillir chez soi ne signifie pas nécessairement qu'il faille demeurer dans une maison qui est peut-être trop coûteuse, qui nécessite beaucoup de réparations ou d'entretien ou qui serait difficilement adaptable pour un propriétaire à mobilité réduite.

La définition de « vieillir chez soi » a été élargie pour devenir « vieillir dans sa collectivité ».

Dans quelle mesure est-il important ou réalisable d'offrir des options de soutien dans les collectivités et les quartiers où vivent les aînés?

Quel rôle le gouvernement fédéral pourrait-il jouer pour mettre en place les services nécessaires à l'intention des aînés qui doivent quitter leur maison, mais qui pourraient rester dans la collectivité s'ils avaient du soutien?

• (1640)

Mme Michèle Osborne: Je crois que cela passe par l'aménagement urbain. Il faut que les quartiers soient adaptés pour accueillir les aînés. Cela veut dire mettre en place des commerces de proximité et un bon système d'éclairage, ainsi que faciliter les accès aux gens en fauteuil roulant ou qui se déplacent à l'aide d'une canne ou d'une marchette. Il y a encore actuellement des commerces où il faut gravir une marche pour entrer. Il faut également que les caractères des messages soient visibles, par exemple en ce qui concerne les heures d'ouverture. Tout doit être passé en revue pour que les aînés se sentent le plus à l'aise possible dans leurs communautés. Cela englobe la sécurité et plusieurs autres facteurs.

Il y déjà eu un programme, Femmes et villes international, dans le cadre duquel nous prenions des marches exploratoires très intéressantes. Nous marchions avec les aînés dans les quartiers. Il y avait des critères de sélection, tels que l'éclairage et la sécurité, et nous aménagions les milieux, par la suite, selon leurs recommandations. C'était un programme très intéressant.

M. Yves Robillard: Il est certain que cela devait aussi servir à les rassurer.

Merci.

Mme Michèle Osborne: Merci.

[Traduction]

Le président: Il nous reste environ une minute et demie. Quelqu'un veut-il poser une question?

Allez-y, Stéphane.

[Français]

M. Stéphane Lauzon: Merci, monsieur le président.

Vous savez l'importance que j'ai accordée à ce dossier. Tous les députés ont l'occasion de tenir des tables rondes et des consultations avec les aînés dans leur circonscription respective.

Nous avons eu l'occasion, madame Mercier et madame Osborne, de participer à une table ronde, que j'ai d'ailleurs animée durant tout un après-midi. J'aimerais vous entendre, durant les 30 secondes restantes, sur ce qui est ressorti de cette rencontre. D'après vous, est-ce que cela a fait avancer le dossier sur les aînés?

Mme Michèle Osborne: Nous étions à la table des services de proximité. Il est certain que nous avons beaucoup parlé du travail des préposés aux bénéficiaires, qui n'est pas valorisé. Il y a actuellement un manque d'effectif de l'ordre de 41 % relativement aux préposés aux bénéficiaires qui permettent aux aînés de vivre à la maison. Je crois donc qu'il faut valoriser cet emploi. Les préposés aux bénéficiaires sont souvent des femmes, et ce n'est pas un emploi très bien rémunéré.

Il faut avoir une stabilité. Prendre un bain est un acte très personnel. Lorsque, au quatrième bain, quatre personnes différentes se sont succédé pour porter assistance à la personne âgée, je crois que cela n'est pas très intéressant en matière de services aux aînés. Essentiellement, je crois qu'il faut valoriser cet emploi.

M. Stéphane Lauzon: C'est bien.

[Traduction]

Le président: Merci beaucoup.

La parole est maintenant à Steven Blaney. Allez-y, monsieur.

[Français]

L'hon. Steven Blaney: Merci, monsieur le président.

Merci à chacune et à chacun d'entre vous de votre engagement auprès de nos aînés.

[Traduction]

Un des témoins a dit qu'on s'apprêtait à vivre un tsunami gris.

Je suis fier d'être assis à côté de l'ancienne ministre responsable des aînés, qui se dévoue à cette cause. Elle me parlait notre plan d'action, qui était fort. Cela fait maintenant deux ans et nous allons certainement appuyer la mise en oeuvre d'une stratégie, parce que la situation devient de plus en plus critique.

Ma question s'adresse à l'infirmière de l'Université Trinity Western.

Dans votre témoignage, vous avez dit que le tiers des Canadiens avait accès aux soins palliatifs. Les Canadiens sont très fiers lorsque naissent les bébés, mais — comme je suis ingénieur — je crois qu'il y a un cycle de vie; qu'il y a un début et une fin.

Est-il socialement acceptable qu'en 2017, les deux tiers des Canadiens soient laissés à eux-mêmes en quelque sorte? Avez-vous un commentaire à faire à ce sujet? Que recommanderiez-vous au gouvernement?

Mme Melissa De Boer: La façon de mourir au Canada a changé au cours des dernières années, puisque le nombre de personnes atteintes de maladies chroniques augmente de plus en plus. Cette réalité doit se refléter dans l'éducation du personnel infirmier et dans notre système médical, afin de mieux comprendre et aborder les soins palliatifs.

Les aînés ne devraient pas craindre leur fin de vie en raison d'un manque de soutien, d'un accès inadéquat aux soins ou d'un manque de choix dans un pays comme le Canada. Je crois que la façon dont nous traitons nos aînés au moment où ils sont le plus vulnérables reflète les priorités de notre nation. Nous devons offrir un choix aux aînés, jusqu'à leurs derniers jours. Ils doivent avoir accès à des soins de grande qualité pour alléger leurs souffrances. Nous avons la capacité de leur offrir cela.

L'hon. Steven Blaney: C'est une question de respect, c'est certain.

Comme vous le dites, la façon dont nous traitons les personnes les plus vulnérables en dit beaucoup sur nous.

Est-ce que quelqu'un d'autre veut faire un commentaire sur les soins palliatifs?

[Français]

Est-ce que votre organisme s'occupe de soins palliatifs?

Mme Michèle Osborne: Nous n'avons pas de service de soins palliatifs au Centre action générations des aînés de la Vallée-de-la-Lièvre. Il y a la maison Mathieu-Froment-Savoie, très connue à Gatineau.

• (1645)

L'hon. Steven Blaney: À Lévis, la semaine dernière, nous avons réuni des fonds s'élevant à 250 000 \$ pour deux lits de soins palliatifs. La communauté doit encore trouver entre 70 et 80 % du financement voulu. Cela crée des pressions financières énormes au sein des communautés, alors que cela fait partie des soins de santé de

la naissance à la mort. À mon avis, le gouvernement devrait fournir le montant qui manque.

J'aimerais revenir sur le point que M. Robillard a soulevé:

[Traduction]

vieillir chez soi, vieillir dans la collectivité. Le vieillissement entraîne une perte de capacité,

[Français]

simplement lorsqu'il s'agit de faire ses repas, par exemple.

[Traduction]

Ce que je crains avec le logement, c'est que l'on construise une belle maison et qu'on y place une personne âgée, puis qu'on lui dise: « C'est bon, allez-y. » Je crains qu'on oublie les besoins de cette personne, comme le fait qu'elle ne veut peut-être pas préparer ses repas.

Comment peut-on adapter le logement en fonction du vieillissement de la population canadienne? Y a-t-il une façon de faire? C'est une question ouverte.

Mme Andrea Dresselhuis: Le logement est un déterminant social de la santé et il est très important d'étudier la question selon cet angle. Qu'est-ce que cela signifie? Que nous devons songer à l'accessibilité du logement et que nous devons prendre en compte les besoins des aînés dans chaque situation. Il faut que la collectivité s'adapte aux besoins de ces personnes dans leur maison.

L'hon. Steven Blaney: De quel type de logement parlez-vous? De logements individuels? De logements communautaires? Pensez-vous au soutien aux personnes âgées?

Mme Andrea Dresselhuis: Oui, toutes ces réponses, parce qu'à de nombreux égards, 80 ans, c'est le nouveau 60 ans. Il faut penser à cela. Il y a des personnes âgées de 80 ans qui aident encore des femmes à accoucher, mais il y a aussi des gens de 80 ans ou de 60 ans qui sont fragiles et qui ne peuvent monter l'escalier de leur maison. Cela dépend. Il n'y a pas de solution unique, mais nous devons répondre aux besoins des aînés au fil de leur vieillissement, alors qu'ils développent diverses maladies.

L'hon. Steven Blaney: Monsieur McDonald, vous avez parlé d'une stratégie de soins à domicile. Comment pouvons-nous inciter les Canadiens à aider les aînés?

M. Leighton McDonald: Ce n'est pas le concept qui pose problème. Tout le monde accepte qu'il faille le faire. Il faut revoir la façon dont on finance le système de soins de santé et veiller à accroître le financement des soins à domicile. Nous axons les soins sur les hôpitaux. D'abord, ce n'est pas un bon endroit pour les personnes âgées, parce qu'elles tombent malades dans les hôpitaux. Ensuite, on se rend compte que les gens sont admis à l'hôpital puis ne peuvent pas en sortir parce qu'ils n'ont pas de soutien à la maison. C'est le principal problème dans nos hôpitaux. Il faut donc évaluer le budget et voir comment on peut financer les soins à domicile et mettre en place les soutiens dont on a besoin pour que les gens puissent sortir de l'hôpital et réintégrer leur collectivité.

L'hon. Steven Blaney: Quelle est la part du budget réservée aux soins à domicile? Vous en avez parlé dans votre exposé.

M. Leighton McDonald: C'est 3 à 4 % du budget.

L'hon. Steven Blaney: C'est donc 3 à 4 % du budget total qui sert à aider les aînés à domicile.

M. Leighton McDonald: Oui. Les soins actifs coûtent très cher. Ils doivent être offerts en dernier recours.

L'hon. Steven Blaney: Cela revient à l'approche en amont dont parlait l'infirmière de l'Université Trinity Western.

Merci.

Le président: Notre prochain intervenant est Ramesh Sangha. Vous disposez de six minutes, monsieur.

M. Ramesh Sangha (Brampton-Centre, Lib.): Merci, monsieur le président.

Je remercie les témoins de leur précieuse contribution à notre étude.

Notre étude vise l'intégration et la mise à contribution des aînés. Tout le monde a parlé des soins à domicile pour les aînés, sauf Ron Pile. Vous avez parlé d'établissements, de ressources et de collectivité. C'est bon aussi, parce que les aînés peuvent se faire de nouveaux amis, mais les soins à domicile sont offerts à la maison, où les gens vivent à proximité les uns des autres.

Melissa, vous avez parlé d'une approche en amont, de l'intégration sociale et des progrès rapides dans le monde. Pouvez-vous nous proposer un nouveau système à adopter, qui aurait recours à des méthodes novatrices pour assurer cette intégration et cette unité sociale?

•(1650)

Mme Melissa De Boer: Dans notre mémoire sur la promotion de l'intégration et de la qualité de vie des aînés, notre collègue raconte comment elle a pris soin de ses deux parents âgés souffrant de démence avancée: l'un au Canada et l'autre en Écosse. Grâce à la prise en compte et au financement des soins à domicile, du soutien et de l'intégration sociale par son quartier et sa collectivité, la mère de notre collègue a pu bien vieillir en Écosse. Elle a évité l'hospitalisation et a pu rester à la maison malgré la progression de sa démence. En revanche, son beau-père n'a pas eu droit à une expérience positive au Canada. Pour penser en amont, il faut, comme l'a dit M. McDonald, passer d'un modèle axé sur les hôpitaux — ces établissements de l'isolement — à un modèle axé sur le bien-être et la collectivité qui favorise l'intégration et les collectivités amies des aînés.

M. Ramesh Sangha: Que devrait faire le gouvernement fédéral en collaboration avec les provinces, les territoires et les intervenants pour combattre la solitude et faire en sorte que la société soit inclusive?

Mme Andrea Dresselhuis: Que peut faire le fédéral pour promouvoir l'inclusion sociale et prévenir l'isolement? Il faut changer les mentalités sur les soins en institutions et les soins à la maison. Il faut qu'il y ait une continuité entre recevoir des soins critiques dans un hôpital et recevoir des soins à la maison.

Il faut qu'il y ait du soutien à la maison, alors il faut financer et mettre en place des initiatives pour recenser les aînés en perte d'autonomie et travailler en petites équipes interdisciplinaires pour qu'ils puissent rester à la maison le plus longtemps possible. Il faut trouver des solutions économiques en amont pour permettre aux gens de rester à la maison.

Comment procéder? Il faut investir dans ce genre de programmes et cesser de mettre l'accent sur les soins hospitaliers. Dans la Loi canadienne sur la santé, on ne parle pas des soins à domicile.

M. Ramesh Sangha: Je vais partager mon temps avec M. Morrissey.

M. Robert Morrissey (Egmont, Lib.): Merci.

Les témoins des dernières réunions ont été conséquents sur les problèmes des aînés, mais je veux préciser que c'est le gouvernement qui a voté pour le projet de loi d'initiative parlementaire déposé par mon collègue de Sudbury pour mettre en place une stratégie pour les aînés. Le gouvernement croit en l'élaboration d'une stratégie, et nous sommes sur la bonne voie pour le faire. De plus, nous avons approuvé un montant de six milliards de dollars sur 10 ans en argent frais pour améliorer les soins à domicile, et c'est un investissement considérable.

Monsieur McDonald, comme nous voulons une stratégie, qu'y a-t-il de différent aujourd'hui par rapport à la dernière décennie? Où en est-on aujourd'hui par rapport à ce qui se faisait alors? Nous voulons mettre en place une stratégie et nous avons bonifié l'enveloppe budgétaire pour le faire. Comment cela se compare-t-il à ce qui s'est fait au cours des dix dernières années?

M. Leighton McDonald: La demande est différente aujourd'hui. Elle a beaucoup augmenté pour les soins de santé en général, et pour les soins à domicile en particulier. Je pense que les investissements arrivent un peu trop tard malheureusement. Nous le savons, mais ils sont bienvenus, naturellement.

M. Robert Morrissey: Je suis désolé que cela arrive trop tard, mais dites-moi quand auraient-ils dû être faits?

M. Leighton McDonald: On aurait dû les faire il y a longtemps. On aurait dû faire de la planification démographique. On aurait dû examiner la situation et se doter d'une stratégie à long terme. J'allais mentionner quelque chose lors de la dernière question. Ce qu'il nous faut, c'est une stratégie à long terme pour changer de cap. Cela ne peut pas dépendre des cycles électoraux. Il nous faut une stratégie à long terme ayant l'appui de tous les partis politiques. Il faut qu'elle prévoie ce que nous allons faire au cours des 20 prochaines années pour régler la question. Il faut des principes qui seront respectés.

M. Robert Morrissey: Où en sommes-nous dans les discussions aujourd'hui par rapport aux dernières années?

•(1655)

M. Leighton McDonald: Nous voyons encore des petites initiatives qui ne sont pas tout à fait en harmonie avec une stratégie à long terme. J'ai vu de nouvelles initiatives, mais malheureusement, elles ne pointent pas toutes dans la bonne direction.

Le président: Merci.

C'est maintenant au tour de Mark Warawa.

M. Mark Warawa (Langley—Aldergrove, PCC): Merci, monsieur le président, et merci aux témoins.

Monsieur Pike, vous avez dit qu'un des défis pour vous consiste à faire plus avec moins. Vous avez dit qu'il y a plus d'aînés, mais moins de personnel soignant. Ai-je bien compris?

M. Ron Pike: C'est une question de ressources. Le degré de gravité des cas aux soins de longue durée a augmenté, ce qui veut dire plus de soins. Il y a aussi plus de transitions. Tout cela demande du temps aux employés, et c'est ce qui explique en partie la pression que nous subissons, notamment du côté du personnel et du nombre d'heures que cela demande.

M. Mark Warawa: Devons-nous former plus d'infirmiers ou d'aides-soignants?

M. Ron Pike: Je dirais que c'est probablement un des plus gros défis qui nous attend dans un avenir rapproché. Les ressources humaines sont un élément très important.

M. Mark Warawa: Pour modifier notre façon d'offrir des soins... Selon ce qui a été dit, je pense qu'en moyenne à l'heure actuelle, 13 % des gens qui sont aux soins intensifs pourraient recevoir un autre niveau de soins. Si j'ai bien compris, cela devrait tourner autour de 5 %, ce qui veut dire que beaucoup de gens devraient être transférés aux soins en établissement ou en résidences avec assistance. Est-ce exact?

M. Ron Pike: Je ne suis pas certain des chiffres exacts. Je ne suis pas un expert dans le domaine, mais j'abonde dans le même sens que M. McDonald's, à savoir qu'on se concentre beaucoup sur les soins intensifs. En Colombie-Britannique, on parle constamment aux nouvelles du nombre de personnes âgées qui sont dans des hôpitaux et qui pourraient être ailleurs.

M. Mark Warawa: Je suis désolé de vous interrompre.

Vous recevez des fonds de Fraser Health. Fraser Health verse 1800 \$ par jour pour une personne aux soins intensifs, comparativement à environ 200 \$ pour des soins en établissement. Si on fermait des lits aux soins intensifs et qu'on les transférait aux soins en établissement, ce serait un pas dans la bonne direction. Je pense que c'est ce que fait Fraser Health. Est-ce exact?

M. Ron Pike: Oui, Fraser Health avait des initiatives au cours de la dernière année qui allaient dans cette direction.

M. Mark Warawa: Merci.

J'ai une petite question pour Mme Osborne.

Si j'ai bien compris, vous n'offrez pas de soins palliatifs. Est-ce exact?

[Français]

Mme Michèle Osborne: Oui. C'est exact.

[Traduction]

M. Mark Warawa: Offrez-vous l'aide médicale à mourir dans votre établissement? Si quelqu'un veut mettre fin à ses jours, a-t-il accès à ce service dans votre établissement?

[Français]

Mme Michèle Osborne: Vous parlez d'un aîné qui voudrait commettre un suicide, n'est-ce pas?

M. Mark Warawa: Oui.

Mme Michèle Osborne: Il est sûr que nous en parlons énormément. La solitude est grandement en cause. Je pense qu'il faut donner la parole aux aînés. Il faut qu'ils soient capables de verbaliser la fin de vie qu'ils envisagent. Ils ne sont pas habitués à parler. Si on leur apprenait à exprimer...

[Traduction]

M. Mark Warawa: Désolé, mais je dois passer à ma prochaine question.

Vous n'offrez pas de soins palliatifs, mais ils peuvent obtenir de l'aide médicale à mourir. C'est ce que vous avez dit, je crois.

Une voix: C'est une organisation...

M. Mark Warawa: D'accord. Excusez-moi.

Trinity Western, comment peut-on encourager plus de gens à s'intéresser aux carrières d'infirmiers ou d'aides-soignants en gériatrie?

Mme Andrea Dresselhuys: Nous avons désespérément besoin de professionnels hautement qualifiés en gérontologie. Comparativement aux autres professions en santé, les gens ne se bousculent pas aux portes. Je pense que les écoles de sciences infirmières qui offrent de très bons programmes ont un rôle important à jouer. Prenons quelqu'un qui a contracté un prêt pour étudier en gérontologie. Le gouvernement fédéral pourrait renoncer au remboursement. Je dirais que cela pourrait... Je suis ouverte à...

M. Mark Warawa: Encore une fois, désolé de vous interrompre. Il ne me reste presque plus de temps.

Monsieur le président, étant donné ce que nous entendons, et ce que nous entendons de CARP, je pense qu'il est temps de passer de la parole aux actes. Que devons-nous faire, car notre étude tire à sa fin?

Ma motion veut qu'après cette étude, nous entreprenions une étude sur les initiatives fédérales requises pour soutenir les aidants naturels, pour attirer plus de gens, et déterminer les exigences en matière d'accessibilité. Nous devons faire en sorte que les gens puissent vieillir chez eux, alors il faut déterminer les exigences en matière d'accessibilité et les incitatifs que le fédéral peut offrir en ce sens.

J'ai déposé une motion la semaine dernière, et j'aimerais la présenter maintenant.

• (1700)

Le président: Très bien.

J'aimerais simplement rappeler à M. Warawa que nous avons du temps pendant les affaires du Comité pour le faire. Nous devons interrompre la réunion pour en discuter...

M. Mark Warawa: Je pense être le dernier.

Le président: Non, monsieur. Il reste Mme Blaney, mais pour vous donner l'occasion... Bien sûr, vous pouvez la présenter quand vous voulez, mais nous allons devoir demander aux gens de quitter dans ce cas, ou alors nous pouvons nous en occuper pendant les affaires du Comité.

M. Mark Warawa: Je préférerais le faire maintenant, monsieur le président, car cela nous donnera quelques minutes. Tout le monde peut se prononcer sur la question, mais j'ai commencé à promouvoir l'idée d'une stratégie nationale pour les aînés il y a deux ans déjà, et cela m'inquiète. Cela fait deux ans que nous réclamons un ministre des aînés. Cela fait deux ans que nous discutons et voulons un débat. Et la discussion...

Mme Rachel Blaney: Monsieur le président, j'aimerais beaucoup avoir mon temps de parole.

Le président: Désolé, ce sera votre tour bientôt. Mark a encore la parole.

M. Mark Warawa: Il est très important que notre étude ne soit pas tablettée, qu'on dépose notre rapport et qu'on passe ensuite à un autre sujet. La balle est dans nos mains. Nous devons en profiter. C'est le moment d'agir. C'est crucial. Nous avons entendu parler du tsunami gris. On a parlé d'une marée. La marée a atteint cette hauteur. Nous devons agir maintenant. Des témoins nous ont donné des façons efficaces de procéder: il existe des solutions simples et il faut changer nos façons de fournir des soins.

Si nous ne procédons pas maintenant, monsieur le président, si nous ne poursuivons pas sur notre lancée, nous aurons raté une occasion en or dans un dossier crucial. Nous savons déjà qu'on ne répond pas aux besoins des aînés, et que la situation ne fera qu'empirer. Je crois que j'ai l'obligation morale, de mon vivant, de me battre pour cela. C'est maintenant qu'il faut agir. Et c'est la raison d'être de la motion qui est devant vous.

L'hon. Steven Blaney: J'invoque le Règlement, monsieur le président. Je veux simplement vous dire que si nous voulons continuer la discussion, nous serons très heureux de laisser Mme Blaney poser ses questions, tant que nous demeurons saisis de la motion.

Le président: Excellent. On peut continuer?

Mme Mona Fortier: Je veux que Mme Blaney ait la chance...

Le président: Elle peut le faire. Merci.

Madame Blaney, vous avez trois minutes. Allez-y, s'il vous plaît.

Mme Rachel Blaney: Merci beaucoup.

Le président: Excusez-moi, en fait. Je vais revenir en arrière, mais je vais vous donner tout votre temps, c'est promis. Je veux simplement faire une mise au point. Je veux m'assurer que nous avons la bonne information. Je pense qu'il y a eu un petit malentendu dans la question. Je veux simplement vous donner l'occasion de faire une mise au point.

Dans votre établissement, pouvez-vous — oui ou non — offrir l'aide médicale à mourir, ou est-ce une chose que vous faites dans votre établissement? C'était la question.

[Français]

Mme Michèle Osborne: Non.

[Traduction]

Le président: C'est ce que j'avais cru comprendre, mais je voulais m'assurer que cela apparaisse au compte rendu que non, ce n'est pas le cas. Merci.

Madame Blaney.

Mme Rachel Blaney: Merci beaucoup.

Monsieur McDonald, votre association encourage Santé Canada à étudier les effets positifs de la technologie sur le travail des soignants, et les façons d'accélérer son utilisation. Pouvez-vous nous parler un peu de cette technologie, de l'aide qu'elle peut apporter aux soignants, et des effets positifs que cela peut avoir dans les petites collectivités rurales éloignées?

M. Leighton McDonald: Il existe diverses possibilités, comme le système de télésurveillance du patient. Cela peut servir, par exemple, à une personne âgée souffrant d'une cardiopathie, pour prendre sa pression sanguine à intervalle régulier pendant la journée. Plusieurs appareils peuvent faire la lecture très facilement et enregistrer le tout dans le nuage. Le fournisseur de soins peut ensuite avoir accès à l'information en se branchant à distance, ou encore le soignant et la famille, pour vérifier si la personne prend sa pression et ce qu'elle est.

Si la pression de la personne est élevée, l'appareil peut envoyer un avis par SMS à une personne désignée. Divers appareils technologiques peuvent servir, en fait, à faciliter la surveillance. Ils peuvent

en outre être utilisés pour de la vidéoconférence interactive. Si un problème survient, par exemple, la personne peut envoyer un avis et parler à son soignant, s'il se trouve à distance, ou à son professionnel de la santé pour régler le problème.

Cela réglerait en partie le problème des ressources, car en ce moment, il faut envoyer quelqu'un sur place, alors qu'il pourrait être plus simple de parler à la personne. La télésurveillance à la maison est indispensable.

• (1705)

Mme Rachel Blaney: Juste pour savoir, avez-vous constaté des problèmes dans les collectivités éloignées où il n'y a pas de connexion Internet pour que cela fonctionne?

M. Leighton McDonald: C'est un problème lorsqu'il n'y a pas de signal. On peut contourner le problème en effectuant la télésurveillance et attendre ensuite que l'information soit transférée lorsqu'il y aura un signal. Les communications peuvent être un problème lorsqu'il n'y a pas signal sans fil. Ça peut représenter un défi.

Mme Rachel Blaney: Excellent.

Pour améliorer les soins à domicile au Canada, le plan d'action national contient des recommandations de mesures à court terme, un an, à moyen terme, et à long terme. Où en sommes-nous avec ces recommandations? Pouvez-vous quantifier les progrès pour nous?

M. Leighton McDonald: Nous y travaillons et faisons de petits pas, mais il nous faut un plan à long terme, comme je l'ai mentionné. Nous avons besoin d'un plan à long terme pour relier le tout. Des initiatives sont en place, et je pense qu'elles sont toutes utiles. Il y a du travail formidable qui est fait, mais les efforts ne sont pas tous rationnels et ne pointent pas tous dans la même direction.

Mme Rachel Blaney: D'accord.

J'ai une dernière question. Comment peut-on soutenir les modèles de soins intégrés au sein des collectivités?

M. Leighton McDonald: C'est compliqué. C'est une question de partenariats. Il faut concevoir des plans au niveau fédéral, provincial, municipal et des quartiers qui s'emboîtent sur place. Il faut recenser toutes les ressources et mettre en place les plans en collaboration avec les intervenants pour s'assurer d'avoir un plan intégré et qu'il n'y a pas de lacunes ou de dédoublements.

C'est un processus par étapes. Si je me souviens bien, le président a mentionné que cela ne se fera pas du jour au lendemain. Il faut toutefois s'assurer d'aller dans la bonne direction. Essentiellement, il faut mettre en place un continuum de soins. Si d'un côté vous avez des aînés en bonne santé, et de l'autre, des aînés en soins palliatifs, il faut déterminer quels sont les services dont chacun a besoin, et comment faire pour s'assurer que l'infrastructure est en place pour les dispenser. C'est un plan qui s'échelonne sur 20 ans.

Le président: Merci beaucoup.

Avant de passer aux affaires du Comité, je veux en profiter pour vous remercier tous aujourd'hui de votre participation et votre apport à cette importante étude. Merci beaucoup.

Nous allons suspendre un instant.

[La séance se poursuit à huis clos.]

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Les délibérations de la Chambre des communes et de ses comités sont mises à la disposition du public pour mieux le renseigner. La Chambre conserve néanmoins son privilège parlementaire de contrôler la publication et la diffusion des délibérations et elle possède tous les droits d'auteur sur celles-ci.

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.

Aussi disponible sur le site Web de la Chambre des communes à l'adresse suivante : <http://www.noscommunes.ca>

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

SPEAKER'S PERMISSION

The proceedings of the House of Commons and its Committees are hereby made available to provide greater public access. The parliamentary privilege of the House of Commons to control the publication and broadcast of the proceedings of the House of Commons and its Committees is nonetheless reserved. All copyrights therein are also reserved.

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.

Also available on the House of Commons website at the following address: <http://www.ourcommons.ca>