



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

43^e LÉGISLATURE, 2^e SESSION

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

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 034

Le jeudi 13 mai 2021



Président : M. Sean Casey

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

Le jeudi 13 mai 2021

• (1530)

[Traduction]

Le président (M. Sean Casey (Charlottetown, Lib.)): La séance est ouverte.

Bienvenue à la 34^e séance du Comité permanent des ressources humaines, du développement des compétences, du développement social et de la condition des personnes handicapées.

La séance d'aujourd'hui se déroule sous forme hybride, conformément à l'ordre adopté par la Chambre le 25 janvier 2021. Les délibérations sont rendues publiques sur le site Web de la Chambre des communes, et la webdiffusion montre toujours la personne qui parle plutôt que l'ensemble du Comité.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement et à la motion adoptée par le Comité le mardi 2 février 2021, le Comité procède à l'étude des répercussions de la COVID-19 sur les aînés.

Je souhaite la bienvenue à nos témoins, qui feront précéder nos échanges par des exposés préliminaires de cinq minutes. Puis nous passerons aux questions.

Nous accueillons aujourd'hui Laura Tamblyn Watts, présidente et directrice générale de CanAge, et Miranda Ferrier, directrice générale de la Canadian Support Workers Association.

J'aimerais attirer l'attention de nos témoins sur certaines procédures.

Le service d'interprétation de cette vidéoconférence peut être activé au bas de votre écran. Vous pouvez choisir entre le plancher, le français ou l'anglais. Quand vous avez la parole, veuillez parler lentement et clairement, et, quand vous n'avez pas la parole, veuillez désactiver votre micro.

Vous remarquerez que, quand il vous restera environ une minute, je lèverai le doigt pour vous le signaler. Je suis désolée, mais je vais probablement vous interrompre souvent. Veuillez m'en excuser à l'avance. Il m'incombe de faire respecter l'horaire et de veiller à ce que le temps de parole soit réparti équitablement entre les députés.

Sur ce, commençons par Mme Tamblyn Watts.

Soyez la bienvenue. Vous avez la parole pour cinq minutes.

Mme Laura Tamblyn Watts (présidente et directrice générale, CanAge): Je vous remercie de me donner l'occasion de vous parler aujourd'hui des problèmes urgents qu'affrontent les aînés au Canada.

Je m'appelle Laura Tamblyn Watts et je suis présidente et directrice générale de CanAge, dont la vocation est la défense des droits des aînés à l'échelle nationale. Nous sommes un organisme sans but lucratif non partisan et pancanadien. Nous sommes voués à faire valoir les droits et le bien-être des Canadiens vieillissants et à

obtenir que les Canadiens âgés puissent vivre une vie dynamique inscrite dans la communauté. Mais, en temps de COVID-19, c'est loin d'être le cas.

Mon exposé portera sur trois enjeux précis, à savoir la maltraitance et la négligence envers les aînés, les soins de longue durée et la réforme des soins aux aînés, et l'inclusion sociale.

Parlons d'abord de maltraitance et de négligence.

Je voudrais vous raconter l'histoire de Mabel. Quand la COVID-19 a frappé, Mabel a respecté toutes les règles. Elle vivait chez elle. Elle était inquiète. Son fils adulte a perdu son emploi et a emménagé chez elle. Mabel a très vite été fortement incitée à signer une procuration, à ajouter le nom de son fils à ses comptes bancaires et, finalement, à le désigner comme copropriétaire de sa maison. En moins de 12 mois, Mabel est passée d'une vie sûre et socialement connectée à une vie marquée par la peur, la maltraitance et la pauvreté.

L'histoire de Mabel n'est pas unique, loin de là. Avant la COVID-19, environ un Canadien âgé sur cinq était victime de maltraitance et de négligence. Depuis la COVID-19, les organismes d'intervention, comme Prévention de la maltraitance envers les aînés Ontario et d'autres, signalent une augmentation de 250 % des cas de maltraitance et de négligence envers les aînés.

C'est une satisfaction de constater que la maltraitance des aînés est abordée dans le budget — de même que d'autres formes de mauvais traitements — et que des investissements sont prévus, mais il y a beaucoup à faire. Nous recommandons deux mesures au gouvernement pour régler ce problème. Premièrement, prévoir, à titre permanent, un financement et un soutien à la prévention de la maltraitance et à la lutte contre la maltraitance des aînés du même ordre que ce qui est prévu dans le cas de la violence conjugale. Deuxièmement, créer un comité pancanadien sur la maltraitance et la négligence.

Le deuxième enjeu est la réforme des soins de longue durée et des soins aux aînés, dont il a été surtout question pendant la période de la COVID-19.

Je voudrais vous raconter l'histoire de Stanley. Un jour, il m'a appelée, en larmes. Il résidait dans un établissement de soins de longue durée en Ontario. Durant la première vague, il partageait une chambre avec d'autres résidents malades. À un moment donné, on l'a laissé seul à côté d'un ami qui était décédé de la COVID-19, mais dont le corps n'avait pas été enlevé.

Il a vécu enfermé dans une chambre de 100 pieds carrés pendant des mois. Parfois, il n'était pas lavé, nourri ou changé pendant des jours. Il n'avait pas respiré une seule bouffée d'air frais depuis des mois. Quand il m'a appelée, c'était pour me demander comment obtenir l'aide médicale à mourir, non pas en raison de son état de santé, mais parce que les conditions de vie en établissement de soins de longue durée pendant la COVID-19 étaient telles qu'il ne voyait plus de raison de vivre.

Je ne saurais trop insister sur la tragédie qui s'est produite dans les établissements de soins de longue durée. Mais, si on pose la question à des experts du domaine, ils vous diront que la situation avant la COVID-19 était au point de rupture et qu'elle n'a fait qu'empirer par la suite.

Il y a cependant une bonne nouvelle: nous savons exactement ce qu'il faut faire. Le consensus est très large parmi les experts. Nous avons besoin d'un financement dédié aux soins de longue durée, d'une augmentation des effectifs, du développement de l'infrastructure, de meilleures mesures de contrôle des infections et d'une stratégie nationale de vaccination des adultes.

Nous avons besoin de normes nationales. Il faut cependant dépasser le niveau d'agrément auprès des gouvernements provinciaux et territoriaux pour intégrer des normes dans la réglementation et y inclure l'innovation, la technologie et les progrès numériques dans les soins aux aînés.

Il faut réparer les bâtiments. Il faut faire des investissements pour transformer les soins de longue durée. Les résultats sont infiniment pires dans les maisons plus anciennes, et nous savons que, dans bien des cas, les systèmes de chauffage, de ventilation et de climatisation, y compris en Ontario, ne sont même pas à la hauteur des normes de 1999.

On sait — et ma collègue vous en parlera davantage — qu'il faut améliorer la dotation et les conditions de travail. Les conditions de travail déterminent les conditions des soins. Nous avons besoin d'une stratégie fédérale sur le vieillissement dans le secteur de la santé et les ressources humaines. Il faut offrir des incitatifs à la formation et des programmes de formation et concrétiser les priorités en matière d'immigration.

La plupart des gens continueront de vieillir chez eux: c'est le cas de 92 % des aînés. Il faut faire beaucoup plus en adoptant une stratégie de soins à domicile et en milieu communautaire appuyée par le gouvernement fédéral.

Nous avons besoin d'une stratégie nationale de vaccination des adultes. À l'heure actuelle, seulement 3 à 10 % de nos aînés ont les vaccins de base dont ils ont besoin. Il faut poursuivre le travail et tirer parti du succès des vaccins contre la grippe destinés aux aînés et contre la COVID.

Enfin, je voudrais vous parler de l'inclusion sociale.

Je voudrais vous parler de Manon, qui a 85 ans et qui habite en Nouvelle-Écosse. Elle est tombée et s'est fracturé une hanche il y a un an, ce qui l'a empêchée de conduire et de se déplacer. Durant notre conversation, elle nous a dit qu'elle n'avait vu personne ni parlé à qui que ce soit depuis plus d'un mois. Elle était déprimée, déconnectée et solitaire. Cette histoire est très ordinaire. Selon un rapport de Statistique Canada, 20 % des aînés n'ont personne vers qui se tourner en cas d'urgence.

• (1535)

En conclusion, nous recommandons d'accroître les investissements dans les programmes communautaires pour les aînés, notamment dans les programmes et les activités intergénérationnels, d'investir dans les soutiens sectoriels pour l'inclusion et l'innovation numériques et, enfin, de créer un bureau fédéral de défense des aînés pour qu'ils soient systématiquement inclus et pour planifier l'avenir en fonction du vieillissement de la population.

Merci. C'est ce que j'avais à vous dire.

Le président: Merci beaucoup, madame Tamblyn Watts.

Écoutons maintenant la représentante de la Canadian Support Workers Association.

Madame Ferrier, vous avez la parole pour cinq minutes.

Mme Miranda Ferrier (directrice générale, Canadian Support Workers Association): Bonjour et merci beaucoup de m'accueillir aujourd'hui.

Comme vous venez de l'entendre, je m'appelle Miranda Ferrier. Je suis la directrice générale de la Canadian Support Workers Association. Nous représentons plus de 67 000 préposés aux services de soutien à la personne, dont les titres sont différents dans presque toutes les provinces de notre merveilleux pays.

Les Canadiens âgés et handicapés n'ont jamais été aussi exposés sur les plans financier et social. Les risques actuels sont inusités puisqu'ils transcendent les catégories socioéconomiques et culturelles. Partout au Canada, notre aptitude à fournir des soins à ce groupe démographique est en question, et les membres les plus vulnérables de notre société doivent supporter le fardeau d'années de mauvaise gestion collective.

Ce manque de prévoyance se voit surtout dans l'incapacité de notre pays à embaucher suffisamment de personnel de soutien pour répondre aux besoins fondamentaux de ces Canadiens vulnérables. Les préposés des services de soutien à la personne sont souvent le principal point de contact de ces personnes et sont chargés de prendre soin d'elles et de leur apporter un soutien psychologique et social. Mais ces relations sont précaires dans le meilleur des cas et criminelles dans le pire des cas.

Nous aspirons tous à une vie longue et riche. Pourtant, beaucoup d'entre nous y pensent à deux fois quand ils voient comment vivent des milliers de Canadiens âgés et handicapés qui dépendent de soins. Les Canadiens âgés et handicapés confiés à des établissements de soins de longue durée ou de soins communautaires font souvent une expérience traumatisante de l'isolement, qui dégrade rapidement leur indépendance et leur qualité de vie.

À mesure que nous approchons tous de la vieillesse, nos besoins sont de plus en plus complexes et nécessitent une main-d'œuvre solide et stable. À moins de changements importants et de l'élaboration d'un modèle national, beaucoup d'entre nous n'auront pas les services de soutien à la personne qui nous permettraient de vivre pleinement notre vie.

La situation des Canadiens âgés et handicapés et les enjeux liés aux soins de santé sont souvent analysés de concert, et les raisons n'en sont pas difficiles à comprendre. Ce sont des problèmes de santé qui isolent beaucoup de Canadiens âgés et handicapés, et ces problèmes entraînent des états de dépression et d'autres soucis de santé. Autrement dit, les Canadiens âgés et handicapés se sentent de plus en plus seuls et sont de plus en plus exposés à de la maltraitance physique, psychologique, verbale, sexuelle, raciale et financière.

Parmi les mauvais traitements subis par cette population vulnérable, il y a l'exploitation financière, dont on ne parle pas très souvent. Au cours des trois dernières années, la Canadian Support Workers Association et sa section régionale, l'Ontario Personal Support Workers Association, ont traité un nombre croissant de tentatives de saisie de successions entières par des travailleurs de la santé. À moins d'une main-d'œuvre professionnalisée, notamment dans le domaine des soins communautaires, cette population est gravement exposée au risque de voir ses actifs financiers volés, hypothéqués et dépensés rapidement.

Je me ferai un plaisir de répondre à toutes vos questions. Merci.

Le président: Merci, madame Ferrier.

Nous allons maintenant passer aux séries de questions, en commençant par les conservateurs.

Allez-y, madame Falk, vous avez six minutes.

Mme Rosemarie Falk (Battlefords—Lloydminster, PCC): Merci, monsieur le président, et merci à vous, mesdames, d'être venues aujourd'hui et d'avoir partagé votre sagesse et de votre expérience.

Je vais commencer par Mme Ferrier.

En prévision de la Journée des préposés aux services de soutien à la personne de l'Ontario, qui aura lieu la semaine prochaine, le 19 mai, je tiens tout d'abord à vous exprimer ma gratitude et à vous remercier, mais aussi, à travers vous, à remercier les préposés de tout le pays pour leur travail dévoué et inlassable auprès de leurs patients. Ils ont fait preuve de courage et d'engagement sur la ligne de front tout au long de la pandémie, et je sais que le travail qu'ils font n'est pas facile et exige des compétences précises. C'est exigeant psychologiquement, physiquement et mentalement, et plus encore durant cette crise sanitaire, c'est certain.

Pourriez-vous, madame, nous parler de la reconnaissance professionnelle des préposés au soutien à la personne et de ses répercussions sur ces derniers et sur leurs patients.

• (1540)

Mme Miranda Ferrier: Bien sûr. Merci beaucoup, madame Falk. Je suis heureuse de vous voir.

Les préposés au soutien à la personne portent des titres différents dans presque toutes les provinces. En Nouvelle-Écosse, on les appelle des assistants en soins prolongés. Au Nouveau-Brunswick, ce sont des préposés au soutien à la personne et des aides-soignants. En Saskatchewan, ce sont des assistants en soins prolongés. En Ontario, nous sommes des préposés aux services de soutien à la personne. Je vais les appeler les PSSP pour la suite de mes propos.

Nous ne sommes réglementés dans aucune province. Deux provinces ont des registres pour leurs préposés, mais ce sont des registres établis par les employeurs, ce qui n'apporte rien aux préposés.

Depuis dix ans, notre association exerce de fortes pressions sur l'administration provinciale pour obtenir la réglementation de cette profession en Ontario. Des mesures de protection des titres, de réglementation, de reddition de comptes et de surveillance permettront d'améliorer la sécurité des personnes les plus vulnérables. Franchement, à l'heure actuelle, savez-vous qui frappe à votre porte? Nous ne savons pas qui sont les préposés aux services de soutien à la personne. Seule notre association permet de les identifier. C'est une énorme préoccupation.

Le degré actuel de maltraitance des aînés pris en charge existe depuis toujours. Un préposé employé dans un établissement de soins de longue durée ou de soins à domicile, dans une maison de retraite ou ailleurs peut être accusé de maltraitance, être congédié, traverser la rue et trouver un emploi dans un autre établissement de soins de longue durée, une entreprise de soins à domicile, etc., parce que personne ne fait le suivi de ses emplois. C'est là que la maltraitance des aînés commence vraiment.

Je suis heureuse d'annoncer que l'administration provinciale a présenté un projet de loi visant à réglementer les préposés aux services de soutien à la personne en Ontario. Il fait actuellement l'objet de consultations publiques. C'est le projet de loi 283 de l'Ontario, si cela vous intéresse. Nous espérons qu'il permettra de surveiller la reddition de comptes et la protection de la population dans cette profession.

Comme vous le savez, les PSSP ne sont pas réglementés, et c'est pourquoi notre travail n'est pas pris au sérieux dans bien des cas. Nous apportons pourtant beaucoup. Personne d'autre ne s'occupe des soins à la personne; c'est le rôle des PSSP.

Mme Rosemarie Falk: J'ai une autre petite question pour vous, madame Ferrier.

À l'occasion de réunions antérieures du Comité, la ministre de l'Emploi, du Développement de la main-d'œuvre et de l'Inclusion des personnes handicapées a laissé entendre que la ministre des Aînés et la ministre de la Santé sont en train de collaborer avec le secteur pour normaliser les titres de compétences des préposés aux services de soutien. Le ministère a ensuite laissé entendre que l'élaboration de normes professionnelles commencerait au printemps.

Est-ce que la Canadian Support Workers Association a été consultée au sujet des normes professionnelles?

Mme Miranda Ferrier: Non, pas du tout.

Mme Rosemarie Falk: Madame Tamblyn Watts, je vais m'adresser à vous. Je tiens d'abord à vous remercier de votre engagement indéfectible à l'égard d'un Canada inclusif pour tous les âges.

Compte tenu de l'ampleur du travail de CanAge, je sais que vous avez un point de vue inestimable sur les différents problèmes qu'affrontent les aînés et sur l'incidence de la COVID-19 parmi eux. On sait que pandémie a particulièrement isolé les aînés et qu'ils ont manqué des célébrations, des fêtes, des étapes importantes et même des contacts quotidiens, comme le fait de voir un sourire, de se tenir la main ou même simplement de s'asseoir à côté de quelqu'un.

Pourriez-vous nous parler de l'impact de l'isolement social a sur les aînés et de l'impact des interactions limitées pendant la pandémie?

Mme Laura Tamblin Watts: Cela a été une souffrance pour les personnes âgées de tout le pays, aussi bien pour celles qui vivent chez elles et qui ont été socialement isolées de leur famille, de leurs amis, de leurs voisins et de leurs groupes confessionnels, sans pouvoir bouger ni avoir des contacts quotidiens, que pour celles, dans la pire situation, qui sont dans un établissement de soins de longue durée, comme Stanley, dont nous avons parlé. Celui-ci a dû rester non seulement dans son établissement, mais dans sa chambre.

Les personnes âgées souffrent actuellement d'une dégradation physique inouïe. Nous avons pu le mesurer dans les établissements de soins de longue durée et les maisons de repos et nous savons que leur organisme s'est affaibli. Les capacités cognitives ont également été considérablement compromises. Ceux qui étaient plus aptes mentalement le sont moins aujourd'hui. Il est possible de le mesurer sur des échelles d'évaluation de la démence ou sur d'autres échelles d'évaluation des déficiences cognitives.

Nous savons que la santé mentale s'est énormément détériorée. Pour certaines personnes, notamment les résidents d'établissements de soins de longue durée, où la durée moyenne du séjour avant le décès est de 18 mois, cela représente presque le reste de leur vie; c'est donc catastrophique.

• (1545)

Le président: Merci, madame Tamblin Watts.

Merci, madame Falk.

Monsieur Dong, vous avez six minutes.

M. Han Dong (Don Valley-Nord, Lib.): Merci beaucoup, monsieur le président.

Bonjour, mesdames.

Je tiens d'abord à vous remercier d'avoir pris le temps, malgré votre horaire chargé, de répondre à l'invitation du Comité. Je remercie également tous vos membres du travail acharné qu'ils ont accompli pendant la pandémie. Il y a six établissements de soins de longue durée dans ma circonscription, Don Valley-Nord. Je leur ai rendu visite à quelques reprises en organisant des dons d'EPI. J'ai vu de mes propres yeux le dévouement des préposés. Ils traitent les résidents comme des membres de leur famille. C'est la raison pour laquelle la plupart d'entre eux sont prêts à mettre leur sécurité en jeu pour leur apporter un soutien. Je vous remercie donc et, à travers vous, je remercie tous vos membres et vos collègues.

Cela dit, à la lecture du dernier rapport de l'armée canadienne, je dois vous dire que j'ai été bouleversé d'apprendre que des vies ont été perdues par pure négligence. Je n'aurais pas imaginé que ce genre de chose puisse se produire dans notre pays. Par ailleurs, certains rapports publiés depuis 2018 indiquent que les vérifications aléatoires dans les établissements de soins de longue durée ont été suspendues et que cela contribue à la terrible situation actuelle.

Je suppose que cela explique pourquoi beaucoup de gens voudraient que le gouvernement fédéral intervienne dans le secteur des soins de longue durée. Il était question, dans le discours du Trône, de peines plus sévères pour les auteurs de crimes. Le budget prévoit un investissement de 3 milliards de dollars sur cinq ans. Cela m'amène à une question plus vaste, qui est ma première question pour vous deux.

Comment les différents paliers de gouvernement pourraient-ils collaborer tout en respectant leurs compétences respectives? Ma collègue a parlé de normes professionnelles, qui sont tradit-

ionnellement de compétence provinciale, me semble-t-il. Il y a manifestement beaucoup de négociations entre le gouvernement fédéral et la province.

Selon vous, comment les trois paliers de gouvernement peuvent-ils travailler ensemble pour améliorer la situation?

Mme Laura Tamblin Watts: Bien entendu, le partage des pouvoirs n'avait pas pour but de favoriser le blâme réciproque. Il avait pour but de favoriser la collaboration entre les gouvernements. Dans ce domaine à compétence partagée, nous sommes très heureux de voir le gouvernement fédéral intervenir de tout coeur, apporter des changements profonds et faire des investissements importants, mais nous devons faire plus.

Pour tout vous dire, je fais partie du groupe de travail technique sur les normes nationales de soins de longue durée, et je sais que les membres du Comité entendront ensuite les dirigeants de ce groupe.

Du point de vue juridique — et c'est là que l'avocat entre en scène —, il pourrait être très utile d'adopter des normes, mais il faudrait ensuite travailler en collaboration avec nos homologues provinciaux et territoriaux pour insérer ces normes dans la réglementation. Notre organisme, CanAge, souhaiterait que l'octroi de fonds soit assujéti à l'application de ces normes nationales.

Les 3 milliards de dollars sur cinq ans pour l'ensemble du pays sont une mesure de bon aloi et importante et ils soulignent l'importance de la mise en oeuvre de normes nationales, mais cet investissement ne change rien. Il faut que des ressources financières précises soient assujétiées à l'application de ces normes. Ce sera une entente entre les provinces et les territoires. Nous espérons vivement que les provinces n'y verront pas un match politique ni une manoeuvre démagogique, mais bien l'occasion de transformer la situation des aînés.

M. Han Dong: Autrement dit, non pas un budget énorme, mais peut-être un financement ciblé qui...

Très bien.

Madame Ferrier, qu'en pensez-vous?

Mme Miranda Ferrier: Je suis d'accord avec Mme Tamblin Watts. Elle et moi sommes également amies par ailleurs et nous sommes sur la même longueur à bien des égards, c'est formidable.

Je serais favorable à des enveloppes budgétaires distinctes. Il y a une question que le gouvernement fédéral n'a pas abordé avec les provinces, notamment avec l'Ontario, et qu'il faudrait aborder: ce sont les ratios dans les soins de longue durée. Cela n'entre peut-être pas dans le cadre de votre question, mais j'ai travaillé comme préposée aux services de soutien à la personne pendant huit ans dans le domaine des soins de longue durée à domicile, en établissement ou à l'hôpital. Je peux vous dire que, depuis 2006, je n'ai jamais travaillé dans une équipe complète. Cela a commencé en 2006 et cela continue. C'est effarant de se dire que cela remonte aussi loin.

Les provinces semblent presque se méfier de l'idée de ratios fixes. Si on avait un PSSP pour huit résidents sur un étage pour commencer et si on diminuait le ratio progressivement, cela aurait un impact énorme. Le nombre de cas d'épuisement professionnel diminuerait, et on serait en mesure de donner de meilleurs soins aux résidents. Je crois que le gouvernement fédéral pourrait vraiment avoir une influence à cet égard.

• (1550)

M. Han Dong: Je vais tenter une dernière question.

En matière de normes, il faut tenir compte à la fois de la norme nationale sur les services de soins de longue durée et d'une nouvelle norme nationale axée sur les opérations et sur la prévention des infections.

Le gouvernement fédéral a-t-il un rôle à jouer dans la possibilité de garantir une formation, des conditions de travail et des salaires suffisants aux préposés aux soins de longue durée?

Mme Laura Tamblyn Watts: En un mot, oui. Je ne veux pas parler pour Mme Ferrier...

Mme Miranda Ferrier: J'allais simplement dire oui.

Mme Laura Tamblyn Watts: ...mais nous estimons qu'il est possible d'offrir des subventions incitatives, des mesures de soutien à la formation et à l'éducation, des programmes d'immigration en fonction des priorités dans ces domaines, et des programmes de renforcement des capacités assortis d'incitatifs.

M. Han Dong: Madame Ferrier, qu'en pensez-vous?

Mme Miranda Ferrier: Je suis tout à fait d'accord. Je n'ai rien à ajouter.

M. Han Dong: Parfait.

Le président: Merci, monsieur Dong.

[Français]

Madame Chabot, vous avez la parole pour six minutes.

Mme Louise Chabot (Thérèse-De Blainville, BQ): Merci, monsieur le président.

Bonjour.

Chers témoins, je vous remercie de vos témoignages et opinions. Vous savez que nous amorçons avec vous aujourd'hui une étude sur les aînés, qui est importante dans toutes ses dimensions, que ce soit sur le plan financier, social ou de la santé.

Les personnes autour de la table sont unanimes pour dire que la crise pandémique que nous vivons a mis à mal de façon particulière nos personnes les plus vulnérables, dont nos personnes aînées.

J'ai écouté les propos de Mme Watts et de Mme Ferrier, et ma question s'adresse à toutes les deux.

Vous insistiez beaucoup sur ce qui se vit dans certaines provinces. C'est bien. Toutefois, j'aimerais soulever un élément, en ce qui a trait aux normes nationales. Vous semblez être en accord sur ces normes, sur lesquelles vous insistez.

Au Québec, la formation des préposés aux bénéficiaires est une formation qualifiante, et l'on y accorde beaucoup d'importance. Quant aux ratios de personnel, cela relève beaucoup des lois. Il m'apparaît exagéré de tenter d'établir des normes uniformes dans tous nos systèmes de soins et dans toutes les provinces.

De plus, au Québec, l'Assemblée nationale n'envisageait vraiment pas des normes nationales, car il y a déjà beaucoup de normes établies. Elle insistait plutôt sur l'idée que les provinces canadiennes ont besoin, de façon pérenne, durable et structurante, d'un financement adéquat du système de santé. C'est pour cette raison que l'ensemble des provinces et territoires au Canada revendiquent une augmentation substantielle du Transfert canadien en matière de santé pour répondre à leurs besoins.

Êtes-vous en accord sur cette revendication des provinces?

Mme Laura Tamblyn Watts: Je vous remercie de la question, madame.

[Traduction]

Je pense que le Québec a devancé les autres provinces à bien des égards et qu'il a mieux intégré les soins communautaires et les soins de longue durée. Face aux difficultés de la première vague, il a pris des mesures spectaculaires, notamment en matière d'embauche au cours de l'été, qui ont prouvé son leadership.

Cela dit, quand on pense normes nationales, on pense aussi environnement bâti, systèmes de CVC, systèmes de climatisation et superficie de l'espace. On ne peut pas laisser les gens décider chacun de son côté, et c'est pour la même raison qu'il existe des codes du bâtiment. Il est donc important de veiller à ce que toutes les provinces comprennent bien que l'environnement bâti et les normes de soins doivent être assujettis à une norme minimale. Cela ne veut pas dire que le Québec ne peut pas dépasser cette norme. Mais nous avons constaté que, quand les transferts en santé sont attribués aux provinces sans conditions — et je vais utiliser l'exemple des soins à domicile en 2017 —, l'argent disparaît dans les coffres des provinces et n'est pas nécessairement employé aux fins prévues.

Nous sommes à une étape de transformation et nous pouvons nous inspirer de nos collègues du Québec, compte tenu de la qualité des soins prodigués au cours des deuxième et troisième vagues. Cela dit, la situation au Québec est très différente de ce que l'on peut parfois constater ailleurs. C'est donc une étape de transformation, et nous devons nous assurer que les foyers privés, publics et sans but lucratif de toutes les provinces ont l'information et les connaissances budgétaires dont elles ont besoin pour prendre leurs décisions. Il sera absolument crucial de fixer ces normes et de ne pas limiter l'innovation, mais d'en faire la promotion.

• (1555)

Mme Miranda Ferrier: Je suis tout à fait d'accord avec Mme Tamblyn Watts.

Félicitations pour l'excellente initiative d'embauche qui a été prise l'été dernier. Cela a poussé l'Ontario à en faire autant. Bravo d'avoir été les premiers.

Du côté des ratios, le système en vigueur au Québec semble beaucoup plus souple que celui de beaucoup d'autres provinces. Vous avez des normes très élevées à cet égard, et nous devons tous en tirer des leçons. Cependant, je crois que chaque province doit rendre des comptes. Nous devons savoir où va l'argent transféré aux provinces.

[Français]

Mme Louise Chabot: Je vous remercie de vos réponses.

Je vais compléter mes propos.

Même si je pense que vous le savez, je tiens quand même à dire que, quelle que soit la province, les dépenses en santé sont attribuées majoritairement au personnel. En effet, 80 % des coûts de notre système de santé, et même de nos services sociaux, reposent sur le personnel.

Vous parlez de normes pour améliorer nos infrastructures. Je ne sais pas si vous partagez notre opinion, mais nous sommes plutôt d'avis qu'il faut des bras et du personnel pour être en mesure de soutenir ce que vous visez. Par exemple, l'air climatisé fait partie du débat au Québec, mais cela relève de Québec. Ce sont des choix, et l'on s'y attaque.

Pour ce qui est de la capacité à soutenir correctement le système de santé, ce que nous voyons, c'est que le fédéral a abandonné les provinces, parce que le financement du système de santé a diminué, avec le temps, plutôt que d'augmenter pour répondre adéquatement aux besoins.

J'ai de la difficulté à voir comment des normes viendraient régler quoi que ce soit, alors qu'il y a quelque chose de plus fondamental à régler.

Le président: Merci, madame Chabot.

[Traduction]

La parole est à Mme Gazan, pour six minutes.

Mme Leah Gazan (Winnipeg-Centre, NPD): Merci beaucoup.

J'aimerais remercier Mmes Ferrier et Tamblyn Watts de leurs témoignages.

Je trouve odieux le traitement réservé aux aînés au Canada et le fait qu'un si grand nombre d'entre eux vivent dans la pauvreté. C'est pourquoi je milite pour un revenu de base garanti. Je sais que le gouvernement actuel a annoncé une augmentation des prestations de la Sécurité de la vieillesse à partir de 75 ans, mais c'est inacceptable à mes yeux. On devrait l'accorder bien avant pour que tous les aînés du pays puissent vivre dans la dignité, ce qui n'est pas le cas, comme votre témoignage l'a clairement confirmé.

J'aimerais que vous développiez certains de vos commentaires.

Ma première question s'adresse à Mme Tamblyn Watts.

Vous avez dit qu'on avait besoin d'un protecteur fédéral des aînés. Pourriez-vous expliciter?

Mme Laura Tamblyn Watts: Comme on le voit dans des pays comparables, la présence d'un protecteur fédéral des aînés permet à un pays de planifier. Cela garantit qu'on pensera à répondre aux besoins de notre population vieillissante et que les ministères devront rendre des comptes des mécanismes mis en place et des budgets distribués.

On le constate dans différentes provinces. Là où il y a un protecteur des aînés, les conditions de soins et de soutien se sont améliorées. Les adultes âgés ont leur mot à dire au sujet de leur bien-être, et les gouvernements disposent d'une ressource pour faire évoluer le Canada vers une société inclusive pour les personnes âgées sur les plans social et économique.

Ce n'est pas une proposition coûteuse, et c'est quelque chose que le Canada devrait avoir. Nous avons depuis longtemps besoin d'un protecteur des aînés. Nous avons depuis longtemps besoin d'une stratégie nationale pour les aînés. C'est pourquoi CanAge a produit le document intitulé « Voices of Canada's Seniors: A Roadmap to an Age-Inclusive Canada ». Il y a un consensus sur l'idée générale qu'un protecteur fédéral des aînés serait une mesure à la fois modeste et rentable qui aurait une grande incidence.

• (1600)

Mme Leah Gazan: D'après votre témoignage, madame, je comprends très bien qu'on ait besoin d'un protecteur pour s'assurer qu'il y a quelqu'un pour défendre la cause des aînés qui ne sont pas traités avec dignité et respect ou qui ne reçoivent pas les ressources dont ils ont besoin. Je vous en remercie infiniment.

Ma question suivante s'adresse à vous, madame Ferrier.

On sait que, dans tous les secteurs, les milieux de travail syndiqués offrent de meilleures conditions aux travailleurs. Par exemple, dans le domaine des soins de longue durée au Manitoba, et certainement dans ma circonscription, Winnipeg-Centre, beaucoup de préposés aux soins appartiennent à des communautés racialisées. Beaucoup d'entre eux sont d'origine philippine. Ils fournissent des services en première ligne et ont mis leur vie en danger. En fait, certains ont perdu la vie en s'occupant des autres.

Pouvez-vous nous dire en quoi la syndicalisation des préposés au soutien permettra d'améliorer à la fois leurs conditions de travail et la situation des personnes âgées qui reçoivent des soins de longue durée?

Mme Miranda Ferrier: Merci de ce que vous venez de dire. Nous avons perdu beaucoup de préposés au soutien partout au pays à cause de la COVID-19. Ces travailleurs sont intervenus quand tous les autres faisaient marche arrière. Je vous remercie de le rappeler.

Quant aux milieux de travail syndiqués, je sais que la plupart des employés des établissements de soins de longue durée du pays sont syndiqués. Mais tout dépend de la situation dans la région. C'est une bonne chose, mais pas tant que cela non plus. Il y a du travail à faire là aussi. Si le milieu de travail est syndiqué, l'ancienneté joue un rôle, et le problème, dans ce cas, c'est la liste d'ancienneté.

Prenons l'exemple d'un préposé aux services de soutien à la personne qui travaille dans le domaine des soins de longue durée à titre d'employé occasionnel à temps partiel. Il travaille autant d'heures qu'on lui demande. Il travaille tout le temps. Il a un jour la possibilité d'obtenir un poste à temps plein. Mais celui qui obtiendra le poste est quelqu'un qui était là neuf ans avant lui, qui ne répond jamais aux appels, qui fait juste son horaire et rentre chez lui et qui ne fait jamais d'heures supplémentaires. La personne qui a neuf ans de services de plus aura un poste à temps plein de préférence au PSSP qui y met son cœur et son âme.

L'ancienneté est un problème lié à la syndicalisation. Cependant, il faut reconnaître que la syndicalisation donne voix au chapitre aux travailleurs. Elle les protège, notamment contre des gestionnaires et des administrateurs qui, dans les foyers de soins de longue durée, semblent, disons, enclins à intimider le personnel de première ligne. C'est un problème. C'est là que les syndicats interviennent. Ils sont très utiles aux travailleurs.

Mme Leah Gazan: Il me reste moins d'une minute, et cela m'intéresse beaucoup, mais permettez que je demande à Mme Tamblyn Watts de nous parler un peu plus des normes nationales en matière de soins de longue durée. J'aurai ensuite une dernière question.

J'en ai pour une trentaine de minutes de questions. Et voilà que je dois choisir.

Allez-y, madame Tamblyn Watts.

Mme Laura Tamblin Watts: À notre avis, des normes nationales ne suffiront pas. Il faudra les appuyer par des mesures de soutien intégrées dans la réglementation, dans le budget et dans les investissements. Cela permettra cependant de fournir un ensemble de normes minimales claires à l'échelle du pays. Cela permettra aussi de dissiper certaines préoccupations liées à la prestation des soins par le secteur public par opposition au secteur privé, qui est un débat plus vaste. Au moins, s'il est possible d'élever les normes de soins à un niveau équitable, certaines de ces préoccupations pourraient être écartées.

Mme Leah Gazan: Merci.

Le président: Merci, madame Gazan.

La parole est à Mme Dancho, pour cinq minutes.

Mme Raquel Dancho (Kildonan—St. Paul, PCC): Merci, monsieur le président.

Je remercie nos invitées de leur témoignage.

Madame Watts, j'aimerais revenir sur quelque chose que vous avez dit à ma collègue Mme Falk. Elle vous a interrogée sur les répercussions de l'isolement sur les aînés. Pour reprendre vos paroles, vous avez dit très carrément que c'était de la souffrance. Les personnes âgées souffrent d'une dégradation physique et d'un déficit cognitif impossibles à mesurer. Elles sont moins aptes mentalement. Vous avez ajouté que la santé mentale s'est énormément détériorée à cause de l'isolement.

J'aimerais que vous nous parliez un peu plus des recherches que vous avez faites pour préparer votre mémoire prébudgétaire. Je vais d'abord en citer un extrait: « Les conséquences de l'isolement, de la solitude et de l'âgisme diminuent considérablement l'espérance de vie, la fonction cognitive, le bien-être physique, la santé mentale et la qualité de vie. » Et un autre: « L'isolement social peut être aussi nocif pour la santé que le tabagisme, l'obésité ou l'hypertension. »

Cependant, la plupart de ces recherches ont été effectuées avant la pandémie. Pourriez-vous expliquer au Comité comment, selon vous, ce que je viens de lire a été amplifié par l'énorme isolement des aînés au cours des 14 derniers mois?

• (1605)

Mme Laura Tamblin Watts: Avant la COVID-19, nous avons constaté que l'isolement social pouvait réduire de huit ans l'espérance de vie d'une personne âgée. C'était avant la COVID-19. Nous avons été témoins de situations d'isolement social sans précédent. Des gens actifs et en bonne santé de 75 ans, désormais enfermés chez eux, dans l'impossibilité de voir leur famille et leurs amis, ont eu de graves problèmes de mobilité physique. Ils n'avaient pas de handicaps auparavant, ni sur le plan physique ni sur le plan mental, mais, aujourd'hui, ils souffrent énormément.

Les résultats des recherches à l'échelle communautaire commencent à être connus, mais nous avons déjà une partie de ceux qui concernent les soins de longue durée et les soins en établissement. Le rapport de l'ICIS contient quelques analyses. Le Dr Nathan Stall en a fait quelques-unes. Des analyses dans le domaine de l'ergothérapie ont également été envisagées. Nous avons constaté certaines conséquences au foyer de soins de longue durée Maples à Winnipeg, dont on a aussi parlé, et partout au pays. Nous pouvons mesurer le fait que les gens ne peuvent plus prendre soin d'eux-mêmes. Ils ne peuvent plus marcher aussi loin. Ils ne sont plus capables de saisir le sens des mots ou de se nourrir. Ce sont de véritables enjeux sur les plans physique et mental. De plus, la déconnex-

ion sociale et le traumatisme ont plongé les gens dans des problèmes de santé mentale jamais vus auparavant.

Quand on parle de solitude et d'isolement, on parle de gens qui fumaient une quinzaine de cigarettes par jour avant la COVID-19, et c'était très mauvais. Imaginez le tabagisme aujourd'hui.

Mme Raquel Dancho: Oh. C'est vraiment incroyable et épouvantable. Ce sont des statistiques bouleversantes. Je vous remercie d'en avoir fait part au Comité. Elles sont indispensables à la recherche que nous menons dans le cadre de cette étude.

Pour vous raconter une anecdote personnelle, une de mes amies est pour moi un mentor très cher. Sa mère est âgée, elle vit dans un foyer de soins et elle souffre de démence. Mon amie est la seule personne, même si c'est une grande famille, qui puisse aller la voir, mais, quand elle y va, elle doit évidemment prendre des précautions. Elle porte un masque et une visière. Sa mère est déjà très désorientée à ce stade. Mon amie n'a même pas le droit de la toucher. Elle n'a pas le droit de l'aider à aller aux toilettes ou de lui offrir le soutien que les aides familiales sont autorisées à lui fournir.

Quand elle m'a raconté cette histoire, elle était évidemment très émue. Elle ne peut même pas serrer sa mère dans ses bras. Avez-vous des recommandations pour les prochaines années, au cas où nous devrions vivre avec la pandémie, sur la façon dont nous pourrions mieux soutenir les aînés, notamment dans cette situation, pour qu'ils puissent avoir des contacts avec leur famille, peut-être... Je ne sais pas. Je ne suis pas une experte médicale. Je ne suis pas une experte des aînés. Je me demande simplement ce que vous en pensez. Y a-t-il autre chose que nous pourrions faire pour aider les femmes et les hommes dans cette situation?

Mme Laura Tamblin Watts: L'une des raisons pour lesquelles nous avons recommandé une stratégie nationale de vaccination des adultes est que nous laissons les personnes âgées exposées à des épidémies chaque année dans la collectivité et dans les établissements de soins de longue durée sans faire grand-chose. Il est tellement simple de vacciner, mais nous laissons aux provinces et aux services de santé locaux le soin de commander le vaccin contre la grippe destiné aux personnes âgées, le vaccin contre la pneumonie et le vaccin contre le zona. Cette fois-ci, le gouvernement fédéral est intervenu et a acheté et distribué le vaccin contre la grippe destiné aux personnes âgées dans les établissements de soins de longue durée. C'était une nouveauté.

On pourrait prendre ce genre de mesures modestes de façon systématique. Cela permettrait de réduire les épidémies annuelles et, qui sait, les pandémies, et de ne plus jamais connaître certaines de ces circonstances. C'est une mesure très concrète.

Par ailleurs, je crois qu'il faut assouplir les restrictions dès que les gens sont vaccinés contre la COVID-19. Ils sont actuellement coincés à cause de questions de responsabilité et d'assurance. Les droits des aînés sont bafoués partout au pays. Si la mère de votre amie a reçu deux doses de vaccin et que des précautions sont prises, il n'y a aucune raison d'empêcher sa fille de la serrer dans ses bras et de ne pas la laisser se promener dehors.

• (1610)

Mme Raquel Dancho: Merci.

Le président: Merci, madame Dancho.

La parole est maintenant à M. Long.

Vous avez cinq minutes, monsieur, allez-y.

M. Wayne Long (Saint John—Rothesay, Lib.): Merci, monsieur le président, et bonjour à mes collègues.

Bonjour à madame Tamblyn et à madame Ferrier. Merci beaucoup de vos exposés. C'est un plaisir de vous accueillir ici toutes les deux.

Madame Tamblyn, vous êtes de l'autre côté de la baie de Fundy. Par beau temps, je pourrais presque vous voir.

Cette étude est évidemment d'une extrême importance.

Quand je faisais du porte-à-porte en 2015, pour ma première campagne électorale, j'ai eu le cœur brisé de voir des aînés vulnérables et abandonnés chez eux. Ajoutez-y ce qui s'est passé pendant la pandémie, avec les répercussions de l'isolement et de tout ce cirque sur l'ensemble des Canadiens, mais notamment sur les aînés.

Comme députés et membres du gouvernement, nous veillons à prendre les meilleures décisions. Nous avons augmenté le Supplément de revenu garanti de 10 % pour les aînés célibataires à faible revenu et nous avons ramené de 67 à 65 ans l'âge d'admissibilité aux prestations de retraite, que le gouvernement Harper allait faire reculer. Je suis ravi que le budget prévoit une augmentation de la Sécurité de la vieillesse pour les aînés de 75 ans et plus. Évidemment, des gens vont se demander pourquoi pas les personnes de 65 à 74 ans, mais nous estimons que les personnes âgées de 75 ans et plus sont plus vulnérables et ont plus de frais en soins de santé. Je suis très heureux que notre gouvernement ait pris ces initiatives.

Je vis dans une province où les gens de plus de 55 ans sont plus nombreux que les gens de moins de 15 ans. Selon une étude réalisée en 2018, un Canadien sur deux a plus de 40 ans. C'est un problème urgent et complexe.

Je voudrais parler des soins à domicile pour les personnes âgées, mais aussi aborder le phénomène des communautés naturelles de retraités. Ces communautés se multiplient. Elles apparaissent ici et là, et ce n'est même pas délibéré, en fait. Elles ne sont pas conçues comme telles, mais plus de 40 % des résidents y sont âgés de 55 ans ou plus.

L'autre jour, j'ai lu un article intéressant sur la nécessité d'améliorer le rôle du gouvernement. Le député Dong a parlé de la collaboration nécessaire entre les paliers de gouvernement. Selon l'article, nous pourrions faire beaucoup mieux pour offrir davantage de services aux aînés dans ces communautés. Cela renvoie évidemment aux soins à domicile, et nous allons précisément aborder cette question.

Je vais commencer par vous, madame Tamblyn.

Pourriez-vous nous parler des autres types de services qui permettraient d'offrir plus de soins aux aînés dans leurs collectivités?

Mme Laura Tamblyn Watts: Notre priorité doit être de permettre aux gens de vieillir chez eux et de vivre dans des collectivités inclusives pour les personnes âgées. Nous aurons toujours besoin de soins de longue durée, parce que, à mesure que nous vivrons plus longtemps et que nous serons plus fragiles, il y aura toujours des gens qui auront besoin de soins infirmiers 24 heures sur 24. Cependant, environ 20 % des personnes qui reçoivent des soins de longue durée pourraient rentrer chez elles si des services leur y étaient offerts. Que ces services soient partagés, par exemple dans

une communauté naturelle de retraités, dépend des besoins de cette collectivité.

Les services offerts à domicile doivent absolument être une priorité fondamentale du gouvernement.

M. Wayne Long: Pouvez-vous me donner des exemples de norme d'excellence, ou d'une collectivité ou d'une province qui aurait un système qui fonctionne?

Mme Laura Tamblyn Watts: Il existe un réseau pancanadien bien établi de communautés naturelles de retraités. Je peux faire parvenir au Comité des renseignements plus détaillés sur toute une association de communautés naturelles de retraités — où elles se trouvent, comment elles fonctionnent et quelles sont les meilleures normes.

M. Wayne Long: Merci.

Madame Ferrier, qu'en pensez-vous?

• (1615)

Mme Miranda Ferrier: En quelques mots, je peux dire qu'il existe de nombreux moyens valables de réunir tous les services aux aînés dans une seule collectivité. Croyez-le ou non, les soins à domicile sont parfois plus faciles à organiser que les soins en établissement; c'est beaucoup plus faisable.

M. Wayne Long: Merci.

Le président: Merci, monsieur Long.

[Français]

Madame Chabot, vous avez la parole pour deux minutes et demie.

Mme Louise Chabot: Merci, monsieur le président.

Je veux parler de la sécurité financière des aînés et de l'aide directe dont ils auront besoin.

Madame Ferrier, vous avez commenté le budget fédéral en ce qui a trait à l'augmentation de la pension de la Sécurité de la vieillesse. Vous savez qu'au Canada, les gens sont admissibles à la pension de la Sécurité de la vieillesse dès l'âge de 65 ans, indépendamment du statut qu'ils avaient auparavant, ce qui est un point positif.

Quelle est votre opinion sur ce que le gouvernement propose, c'est-à-dire établir une hausse de la pension de la Sécurité de la vieillesse seulement pour les aînés de 75 ans et plus, et ce, seulement en 2022? Ne croyez-vous pas que cela devrait s'appliquer aux aînés de 65 ans et plus?

[Traduction]

Mme Miranda Ferrier: Je dois dire que je suis d'accord. Cela devrait commencer à 65 ans. J'ai des parents qui comptent beaucoup sur ces revenus.

Mais nous devons penser plus loin. Nous devons réfléchir à ce que nous pouvons faire d'autre pour les aînés. Beaucoup d'entre eux ont du mal à payer leur nourriture. Ils ont du mal à payer leur loyer. Ils n'ont pas d'endroit où vivre. Ils retournent vivre avec leur famille. Je pense que les difficultés vont augmenter avec le prolongement de l'espérance de vie.

[Français]

Mme Louise Chabot: Madame Tamblyn Watts, qu'en pensez-vous?

Mme Laura Tamblyn Watts: Merci, madame Chabot.

[Traduction]

L'augmentation à 75 ans est une bonne chose. Il a fallu attendre très longtemps. Ces augmentations devraient être normalisées en fonction du taux de pauvreté parmi les aînés, et il faut soutenir ceux qui en ont le plus besoin, pour différencier ce que tout le monde obtient et ce que reçoivent ceux qui sont particulièrement dans le besoin.

[Français]

Mme Louise Chabot: Est-ce qu'il me reste du temps, monsieur le président?

Le président: Il reste 30 secondes pour un bref commentaire.

Mme Louise Chabot: Je vais donc faire un dernier commentaire. J'essaie de comprendre en quoi la vulnérabilité financière des aînés est différente selon qu'ils ont 65 ou 75 ans.

Le président: Merci, madame Chabot.

[Traduction]

C'est au tour de Mme Gazan pour deux minutes et demie.

Mme Leah Gazan: Merci beaucoup.

Je tiens à remercier Mme Ferrier et Mme Tamblyn Watts d'avoir parlé de l'importance de l'indépendance et du choix de vivre chez soi. Je pense que tous les membres du Comité conviendront que les gens attachent de l'importance à leur indépendance et que, à ce stade de leur vie, ils aimeraient avoir la possibilité de choisir entre les soins en établissement et les soins à domicile. Je dis cela également pour les personnes handicapées, qui devraient également avoir accès à ces choix.

Durant la deuxième vague, nous avons constaté des taux d'infection et de décès catastrophiques dans les établissements de soins de longue durée, notamment dans les établissements à but lucratif. En fait, nous savons, et vous savez, que 80 % des décès causés par la COVID-19 au Canada se sont produits dans des établissements de soins de longue durée. Nous savions qu'il y avait des problèmes avant la pandémie, mais nous ne nous en sommes pas occupés. Si nous l'avions fait, rien de tout cela ne serait arrivé. Je ne fais que le rappeler. Ce problème n'est pas nouveau.

Nous avons également constaté que les pires éclosions se produisaient, plus souvent qu'autrement, dans des établissements à but lucratif. Tout le monde le sait.

Ma question s'adresse à l'une ou l'autre. Pourriez-vous nous dire pourquoi il est important de supprimer le principe du profit dans les soins de longue durée et en quoi cela se traduirait, de fait, par de meilleurs soins pour les aînés partout au pays, mais aussi par un meilleur traitement des travailleurs?

Mme Miranda Ferrier: Je ne sais pas si je vais vous donner la réponse que vous voulez entendre, mais je peux répondre assez rapidement.

J'ai travaillé dans des établissements à but lucratif et dans des établissements sans but lucratif et j'ai représenté les préposés aux services de soutien à la personne dans les deux secteurs partout au pays; je dois dire que les deux ont des problèmes. C'est vrai, les établissements à but lucratif ont effectivement eu des taux d'infection plus élevés — beaucoup plus élevés — que les établissements sans but lucratif. Quant au traitement du personnel et des résidents, il y a des problèmes des deux côtés aussi. Mais, si vous parlez de fournitures, par exemple de produits pour l'incontinence, de temps

supplémentaire, de sorties supplémentaires, etc., c'est le secteur sans but lucratif qui l'emporte.

Il faut retenir les bons éléments des deux côtés, et nous saurons alors comment réparer notre système.

● (1620)

Mme Leah Gazan: Merci de votre réponse; je vais poursuivre dans la même veine.

Vous dites qu'il y avait des problèmes des deux côtés, mais je dirais que, quoi qu'il en soit, la façon dont nous traitons nos aînés est problématique partout. Diriez-vous qu'il est encore plus essentiel d'instaurer des normes nationales et une réglementation très claire pour les établissements de soins de longue durée afin que les personnes âgées reçoivent les soins dont elles ont besoin?

Mme Miranda Ferrier: Oui, je suis d'accord.

Je peux céder la parole à Mme Tamblyn Watts.

Mme Laura Tamblyn Watts: Je suis également d'accord. En 1987, quand nous avons rédigé la Loi canadienne sur la santé, l'espérance de vie n'était que de 76,4 ans. À l'époque, il n'y avait pas vraiment de soins de longue durée. Si nous avions conçu la loi en pensant à l'avenir et si un protecteur des aînés nous avait invité à réfléchir à ces enjeux, nous n'aurions jamais eu que des établissements sans but lucratif. Cela aurait fait partie de notre loi sur la santé.

Nous n'en sommes pas là. Cinquante pour cent des soins de longue durée sont fournis par des établissements privés, et je ne vois pas de façon pragmatique de les éliminer tout en essayant de répondre aux besoins d'une population croissante et moins apte en fin de vie. Les normes nationales seront donc essentielles pour garantir que nous n'aurons plus les problèmes que nous avons eus.

Le président: Merci.

C'est à vous, monsieur Tochor. Vous avez cinq minutes.

M. Corey Tochor (Saskatoon—University, PCC): Merci beaucoup.

Revenons un peu en arrière. Vous avez parlé de certaines difficultés auxquelles les aînés sont confrontés, surtout en raison de l'inflation. Malheureusement, tout coûte plus cher, et tout le monde se prépare à ce qui va se passer après la pandémie et qui, je le crains, rendra les choses encore plus difficiles pour les personnes âgées et pour nos proches.

Pour obtenir des gains d'efficacité dans la prestation des soins, j'ai pensé à l'une des propositions de votre mémoire pour le budget de 2021. Vous avez proposé de créer une ligne nationale sans frais 1-800 qui aiderait les aînés à obtenir des soins et aussi, malheureusement, à dénoncer les situations de maltraitance. Je me demandais comment rendre le système plus efficace pour les aînés. Si l'on pouvait mettre les aînés en contact avec des gens dont le rôle est de les aider, on pourrait peut-être obtenir de meilleurs résultats.

Veillez expliciter l'idée d'un numéro 1-800 pour obtenir de l'aide. J'aurai une deuxième question par la suite, mais est-ce que cette ligne pourrait être reliée au système 211, qui permet aux citoyens d'avoir accès à de l'information sur les sources d'aide?

Mme Laura Tamblyn Watts: Le numéro 1-800 est une solution simple, et il est déjà pris en charge par le Centre antifraude du Canada. Le mandat du Centre pourrait être élargi. En fait, le Centre antifraude du Canada est très ouvert à cette discussion depuis un certain temps.

Les gens appellent lorsqu'ils ont besoin de savoir vers qui se tourner, et il y a de l'expertise dans chaque province et territoire. S'ils appellent de Shediac, ils ont besoin d'information sur ce qui se passe au Nouveau-Brunswick. S'ils appellent de Kamloops, ils ont besoin d'information sur ce qui se passe en Colombie-Britannique. Les systèmes et les structures sont très différents d'un bout à l'autre du pays, et les gens cherchent désespérément des ressources régionales.

Nous ne sommes pas en train de dire que le gouvernement fédéral devrait s'occuper de tout, mais une ligne 1-800 de base avec des interlocuteurs qui peuvent aider à s'y retrouver serait extrêmement utile. Cela a été tenté dans d'autres pays, comme l'Australie, la Nouvelle-Zélande et même les États-Unis, et c'est un outil très simple et efficace. Cela ne règle pas tout, mais cela peut réduire le désespoir.

M. Corey Tochor: Effectivement.

Pour aller un peu plus loin, madame Tamblyn Watts, vous avez parlé de Stanley, qui a communiqué avec vous. Est-ce qu'il a utilisé un numéro d'assistance de ce genre? Comment est-il entré en contact avec vous?

Mme Laura Tamblyn Watts: Stanley a appelé CanAge. Nos numéros de téléphone et notre courriel sont disponibles.

Les gens cherchent toutes sortes de services, et le 211 est un bon moyen. Il est actuellement en service dans l'ensemble du pays, mais il fonctionne mieux à certains endroits qu'à d'autres. C'est un autre type de ressource utile, mais il faut former les gens qui répondent parce qu'il s'agit d'un service d'information et d'aiguillage.

Je vais utiliser un exemple qui vient de l'Ontario. Lorsque des appels concernant la maltraitance et la négligence envers les aînés ont été adressés au 211, le numéro a été inondé, mais les gens du service n'ont pas de formation à ce sujet. Les appelants ont été transférés à la ligne de sécurité des aînés. Pour vous donner une idée, la ligne de sécurité des aînés recevait 800 appels tous les trois jours pendant la COVID-19, avec un taux d'abandon de 85 %. Cela signifie que seulement 15 % des appels étaient finalement acheminés. C'était 24 heures sur 24. Donc, le 211 est un moyen, mais les appels doivent être acheminés à des interlocuteurs spécialisés.

La ligne 211 et d'autres services de soutien sont des jalons importants, mais une ligne nationale permettant de répondre aux demandes de renseignements des aînés, qui pourrait être prise en charge par Service Canada ou par le Centre antifraude du Canada, ou une ligne analogue avec des ressources spécialisées, serait un outil vraiment utile.

• (1625)

M. Corey Tochor: Puisqu'on parle de fraude, j'ai quelques questions sur les moyens de la réduire. Parmi les propositions, il y avait l'idée d'une personne-ressource de confiance que les banques devraient demander. Dans la même veine, j'ai soulevé d'autres questions au sujet de l'exploitation financière et de la fraude dont se rendent malheureusement coupables d'autres personnes de confian-

ce. Comment se protéger des effets de mesures de réduction de la fraude susceptibles de la rendre plus courante?

Mme Laura Tamblyn Watts: Le gouvernement fédéral pourrait notamment corriger le médiocre libellé du paragraphe (3) de la LPRPDE, qui rend extrêmement difficile la dénonciation des cas d'exploitation financière. Si le Comité le souhaite, je pourrai lui faire parvenir des renseignements supplémentaires.

Les ACVM, l'OCRCVM, l'ACCFM et l'Association des banquiers canadiens sont tous en train d'intégrer l'idée de personnes-ressources de confiance dans les principes de « connaissance de la clientèle ». C'est un bon moyen d'améliorer le système de réglementation. Le gouvernement fédéral doit maintenant modifier le libellé de la LPRPDE. Nous avons présenté des mémoires à ce sujet. C'est une solution très simple qui permettrait aux établissements financiers d'avoir une reddition des comptes beaucoup plus efficace.

M. Corey Tochor: Effectivement. Pourriez-vous soumettre cela au Comité?

Je vous remercie encore une fois de votre mémoire et de l'aide que vous apportez aux aînés.

Mme Laura Tamblyn Watts: Merci.

Le président: Merci, monsieur Tochor.

C'est la dernière série de questions pour ce groupe de témoins.

[Français]

Monsieur Lauzon, vous avez la parole pour cinq minutes.

M. Stéphane Lauzon (Argenteuil—La Petite-Nation, Lib.): Merci, monsieur le président.

Je remercie Mme Tamblyn Watts et Mme Ferrier de leur présence aujourd'hui et de leurs témoignages, qui sont très importants pour ce comité.

Madame Tamblyn Watts, vous avez piqué ma curiosité, tantôt, quand vous avez parlé de l'importance des organismes qui pourraient venir en aide aux aînés.

Vous savez que nous avons investi 20 millions de dollars de plus dans le programme Nouveaux Horizons pour les aînés, justement pour établir des projets visant à venir en aide aux aînés. Nous avons aussi prévu 350 millions de dollars pour les organismes de bienfaisance sans but lucratif pendant la pandémie. De plus, nous avons octroyé 109 millions de dollars à Centraide Canada, et nous avons donné des millions de dollars aux banques alimentaires.

Pensez-vous que les moyens que nous avons pris sont bons?

Quels autres moyens pourrions-nous prendre pour aider les aînés canadiens par l'entremise des organismes?

Mme Laura Tamblyn Watts: Je vous remercie de votre question, monsieur Lauzon.

[Traduction]

Nous avons pris des mesures utiles. Mais, pour prendre l'exemple de la violence familiale, nous avons investi 350 millions de dollars, suivis de 157 millions de dollars. Quand on compare cela à un investissement zéro dans la lutte contre la maltraitance et la négligence envers les aînés, on constate un écart considérable dans la façon dont le gouvernement perçoit la situation des personnes âgées. Nous estimons qu'un protecteur fédéral des aînés aurait aidé le gouvernement à comprendre que des ressources consacrées à des enjeux comme la maltraitance et la négligence seraient d'une importance cruciale.

Nous remercions le gouvernement de ses investissements. À notre avis, le travail avec Centraide, notamment, a été particulièrement important. Le problème durable du programme Nouveaux Horizons pour les aînés — j'y participe depuis plus de 20 ans — est qu'il est le plus souvent annuel, à quelques rares exceptions près, et qu'il s'agit surtout d'un projet pilote qui doit faire la preuve de sa durabilité. Il a fait l'objet de plusieurs examens. Le processus d'examen est toujours le même. Il faudrait faciliter le renouvellement du financement et cesser d'en faire un programme annuel. Il faudrait également élever le budget de 25 000 \$ à un niveau plus significatif ou au moins permettre des programmes de trois ans au-delà de 75 000 \$, pour que les collectivités puissent offrir du soutien. Nous savons qu'une période d'austérité approche. Nous savons que les premières coupures toucheront les programmes destinés aux aînés. Il faudra certainement institutionnaliser le soutien aux aînés et ne pas se contenter de paiements ponctuels.

Je dirai pour terminer que les 500 \$ déjà versés et le modeste soutien à venir l'an prochain pour aider directement les personnes âgées à couvrir l'augmentation de leurs dépenses sont d'excellentes mesures. Si on compare ce soutien ponctuel au soutien mensuel régulier des enfants et des jeunes dans le besoin ou des femmes dans le besoin et à d'autres prestations comme la PCU, on comprend que la solution réside davantage dans un revenu de base universel.

Les personnes âgées ont beaucoup plus de dépenses en matière de livraison, de transport et de soins médicaux divers pendant la COVID-19. Il serait utile de réfléchir aux moyens d'aider plus régulièrement les personnes âgées à couvrir l'augmentation des coûts causée par la COVID-19.

• (1630)

[Français]

M. Stéphane Lauzon: Je vous remercie beaucoup de votre réponse.

Les deux témoins peuvent répondre à ma prochaine question, en commençant par Mme Ferrier.

Tout à l'heure, vous avez expliqué pourquoi il y avait une différence et que l'augmentation de la pension s'appliquait seulement à compter de 75 ans.

Êtes-vous d'avis, comme nous, que l'important est de viser les plus vulnérables?

Nous savons que la moitié de nos aînés, à partir de l'âge de 75 ans, commencent à souffrir d'une incapacité. Imaginez-vous à cet âge, souffrant d'une incapacité, alors que la moitié des cas d'incapacité sont considérés comme graves. Souvent, ces personnes ne

peuvent même plus demeurer au même endroit. Dans 57 % des cas, il s'agit de femmes et, dans 4 cas sur 10, ces femmes sont veuves. Or, 50 % de ces personnes ont un revenu annuel inférieur à 30 000 \$.

C'est la raison pour laquelle un gouvernement responsable devrait prendre des mesures concrètes pour aider les aînés de 75 ans et plus.

En vous basant sur les statistiques dont je viens de vous faire part, diriez-vous que le gouvernement prend une bonne décision en aidant les personnes de 75 ans et plus, plutôt que d'offrir moins de soutien à tout le monde, ou même d'en offrir à ceux qui sont riches à 65 ans?

[Traduction]

Mme Miranda Ferrier: Je suis d'accord avec les mesures que le gouvernement a prises en tenant surtout compte de ceux qui ont vraiment besoin d'aide. C'est de première importance.

Cependant, je m'inquiète pour ceux qui sont peut-être juste au-dessus du seuil de ceux que le gouvernement estimera être en difficulté à partir de 65 ans. Je me demande seulement quel sera ce seuil et comment veiller à ce qu'ils soient tous aidés.

[Français]

Le président: Merci, monsieur Lauzon.

[Traduction]

Voilà qui met fin aux témoignages.

Madame Tamblin Watts et madame Ferrier, vous m'avez peut-être entendu dire au début de la séance que c'était notre 34^e réunion. Je ne pense pas avoir jamais dit ceci: vous m'avez facilité la tâche aujourd'hui. Vos réponses étaient concises, mais très bien construites et instructives. Grâce à vous, nous avons pris un très bon départ dans cette étude.

Je vous remercie infiniment du travail que vous faites pour aider nos aînés et ceux qui prennent soin d'eux, et de votre témoignage ici aujourd'hui. Nous vous en sommes très reconnaissants.

[Français]

Mme Laura Tamblin Watts: Merci à tous.

[Traduction]

Le président: Chers collègues, nous allons suspendre la séance pendant que nous nous préparons à accueillir le deuxième groupe de témoins.

• (1630)

(Pause)

• (1636)

Le président: Nous reprenons nos travaux.

La séance d'aujourd'hui porte sur notre étude des répercussions de la COVID-19 sur les aînés.

J'aimerais faire quelques observations à l'intention de nos témoins. Veuillez attendre, avant de parler, que je vous donne la parole. Lorsque vous êtes prêt à parler, vous pouvez cliquer sur l'icône de votre microphone pour activer votre micro.

L'interprétation sera disponible au cours de cette vidéoconférence. Vous avez le choix, au bas de votre écran, entre l'anglais et le français. Lorsque vous parlez, exprimez-vous lentement et clairement. Lorsque vous n'avez pas la parole, votre micro doit être en sourdine.

J'aimerais maintenant vous souhaiter chaleureusement la bienvenue au Comité pour la poursuite de notre discussion. Vous disposez de cinq minutes pour faire votre déclaration préliminaire, après quoi nous passerons aux questions.

Nous accueillons aujourd'hui Alex Mihailidis, directeur scientifique de Age-Well, et Samir Sinha, directeur de la recherche en politiques sur la santé au National Institute on Ageing.

Nous allons commencer par M. Mihailidis, pour cinq minutes.

Bienvenue au Comité, monsieur. Vous avez la parole.

Dr Alex Mihailidis (directeur scientifique, AGE-WELL): Merci, monsieur Casey et membres du Comité.

Je m'appelle Alex Mihailidis et je suis directeur scientifique et directeur général des réseaux de centres d'excellence Age-Well. Je suis également professeur à l'Université de Toronto, où je me suis spécialisé dans le domaine de la technologie au service des personnes âgées au cours des 20 dernières années. Age-Well est le réseau canadien de la gérontechnologie.

Au cours de la pandémie, nous avons vu des aînés et leurs aidants naturels, comme tous les Canadiens, demeurer résilients grâce à la technologie. Nous nous demandons tous à quoi ressemblera le monde après la pandémie. Nous pouvons affirmer avec certitude que la technologie jouera un rôle beaucoup plus important dans la vie des aînés et des aidants naturels. Avec l'augmentation du recours à la télésanté, il n'est pas exagéré de dire que la technologie aidera à transformer les soins que reçoivent les Canadiens âgés. C'est ce que nous prévoyons dans tous les milieux, que ce soit à l'hôpital, dans la collectivité, à domicile ou dans les établissements de soins de longue durée, où la pandémie a eu des conséquences dévastatrices.

Les aînés sont-ils réceptifs à la technologie? La réponse est oui. Un sondage commandé en juillet 2020 par Age-Well montre que la COVID-19 a considérablement accru l'utilisation de nombreuses technologies chez les Canadiens âgés. Le sondage a été mené auprès de plus de 2 000 Canadiens de 50 ans et plus, qui sont représentatifs des provinces et des territoires du pays, et a fait appel à une combinaison de sondages en ligne et par téléphone.

Plus de six Canadiens sur dix âgés de 65 ans et plus conviennent que les progrès technologiques peuvent aider à atténuer l'impact de la COVID-19 sur leur vie quotidienne. La majorité des répondants conviennent que la technologie peut les aider à maintenir des relations, à réduire l'isolement social, à s'adonner à des passe-temps, à gérer tous les aspects de la santé et à demeurer en sécurité, autonomes et actifs à mesure qu'ils vieillissent.

Ces tendances alimentent un marché de la technologie de plusieurs billions de dollars à l'échelle internationale, et les Canadiens ne sont pas différents. La majorité des personnes âgées de 50 ans et plus, ce qui comprend la génération future d'aînés, sont prêtes à payer de leur poche pour la technologie qui leur permet de rester à la maison à mesure qu'elles vieillissent.

De nombreuses technologies de pointe qui profitent aux aînés sont en développement, et certaines sont sur le marché. À Age-

Well, l'épine dorsale de la gérontechnologie au Canada, les équipes de recherche et les entreprises en démarrage ont plus d'une centaine de solutions technologiques en préparation ou qui font faciliter déjà la vie des gens, notamment pendant la pandémie.

En quoi consiste la gérontechnologie? Cela va des lunettes aux systèmes de maison intelligente pour soutenir le maintien à domicile, en passant par les applications mobiles et les plateformes de santé conçues pour améliorer la sécurité et la qualité de vie des résidents des établissements de soins de longue durée.

Je tiens à souligner que le délai de mise en oeuvre de telles solutions a considérablement augmenté à cause de la COVID-19. Les gens veulent ces technologies maintenant. Même après la pandémie, ces innovations seront nécessaires pour permettre aux gens de vivre plus longtemps chez eux et pour atténuer les pressions croissantes sur le système de santé.

Age-Well travaille activement avec des fournisseurs de soins de longue durée, à Toronto et ailleurs, pour déterminer les besoins technologiques et mettre en oeuvre des solutions dès aujourd'hui.

Voici trois façons d'accélérer la mise en oeuvre:

Premièrement, le gouvernement canadien doit accroître les investissements dans les entreprises de technologie en démarrage du Canada, afin que les produits se retrouvent dans les mains des gens plus tôt. Les dépenses intérieures brutes du Canada en recherche et développement en pourcentage du PIB ont diminué de près de 16 % au cours des 10 dernières années, tandis que celles des autres pays de l'OCDE ont augmenté d'environ 10 %. Nous devons redresser la barre pour demeurer un chef de file mondial dans le domaine de la technologie.

Deuxièmement, nous devons accélérer l'accès à Internet à large bande, ce qui est souvent difficile dans les collectivités rurales et autochtones. Dans notre société moderne et dans un pays comme le Canada, l'accès à ce service doit être considéré comme un droit fondamental. Dans les foyers de soins de longue durée et les résidences pour personnes âgées, le Wi-Fi doit être disponible.

Enfin, il est essentiel d'aider les cliniciens à intégrer des applications et d'autres nouvelles technologies dans leurs pratiques cliniques pour transformer les systèmes de soins de santé au Canada. Le gouvernement fédéral peut jouer un rôle à cet égard en réservant des fonds pour les technologies d'assistance qui aident les aînés ayant une faible vision, une déficience auditive, des troubles cognitifs ou une faible inclusion sociale.

En tant qu'organisme canadien qui fait progresser le secteur de la gérontechnologie au Canada, Age-Well continuera de travailler avec des partenaires clés de l'industrie, du gouvernement et des groupes communautaires pour guider et accroître l'impact des innovations locales.

● (1640)

Les aînés et les aidants naturels, dont la participation est essentielle, seront avec nous à chaque étape du processus pour s'assurer que les technologies émergentes sont pratiques et seront adoptées maintenant et après la pandémie.

Merci beaucoup de me donner l'occasion de m'adresser à vous.

Je répondrai avec plaisir aux questions des membres du Comité.

Le président: Merci, monsieur Mihailidis.

La parole est maintenant au Dr Sinha pour cinq minutes.

Bienvenue au Comité.

Dr Samir Sinha (directeur, Recherche sur les politiques en matière de santé, National Institute on Ageing): Merci, monsieur Casey et membres du Comité.

Je m'appelle Samir Sinha et je suis directeur de la recherche sur les politiques en matière de santé au National Institute on Ageing.

Le NIA est un centre d'études et de recherche de l'université Ryerson qui se concentre sur les réalités du vieillissement de la population canadienne. De plus, je suis directeur de la gériatrie à Sinai Health et au Réseau universitaire de santé. J'ai récemment été nommé membre du Conseil national des aînés du gouvernement fédéral et invité à présider le comité technique de l'Organisation des normes de santé qui a été chargé d'élaborer la nouvelle norme nationale de services de soins de longue durée pour le Canada.

Tout d'abord, j'aimerais prendre un moment pour rendre hommage aux 23 253 Canadiens âgés, qui représentent 95 % des décès attribuables à la COVID-19, survenus au Canada jusqu'à maintenant, ainsi qu'à leurs familles.

Il y a de plus en plus de débats publics sur le rôle que doivent jouer les gouvernements pour combler les lacunes de nos mesures de soutien aux aînés pendant la pandémie, y compris la prestation de soins de longue durée, et on réclame de plus en plus que le gouvernement fédéral fasse preuve d'un plus grand leadership dans ces domaines. Alors que d'autres pays ont pris des mesures claires et décisives pour renforcer les systèmes de soins de longue durée pour les aînés, le Canada ne l'a pas fait. Cette inaction cumulative a contribué à semer les germes de la tragédie dont nous avons été témoins, où 62 % des décès causés par la COVID-19 au Canada se sont produits dans des établissements de soins de longue durée, le taux le plus élevé de tous les pays du G20.

J'ai déclaré publiquement, dès le début, que même si les foyers de soins devenaient les epicentres de la pandémie au Canada, il n'y avait pas de mécanisme national en place pour suivre ces éclosions de façon uniforme. Ni l'ASPC ni l'ICIS ne le faisaient. Le NIA a donc assumé la tâche de recueillir systématiquement toutes les données relatives aux cas de COVID chez les résidents et les membres du personnel, ainsi qu'aux décès dans chaque établissement, partout au Canada. Si nous n'avions pas fait cela, la vérité sur ce qui s'est passé dans le secteur des soins de longue durée aurait peut-être été occultée.

Notre dossier très précis, élaboré avec l'appui de l'ICIS, a servi de base pour de nombreuses études et analyses importantes. Cependant, ce que je veux dire, c'est qu'une chose aussi importante n'aurait pas dû être laissée à la bonne volonté des provinces ou d'un centre de recherche universitaire, mais aurait dû clairement faire partie de la réponse du gouvernement fédéral à la pandémie. À l'avenir, il faudra mettre en place des protocoles et des systèmes clairs pour que nous ne soyons plus jamais pris au dépourvu.

L'ASPC a contribué à l'élaboration de lignes directrices préliminaires pour aider les provinces et les territoires à envisager des mesures plus normalisées pour la prévention et le contrôle des infections, ainsi que le traitement des cas de COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée. Cependant, nous ne voyons pas clairement pourquoi l'Agence n'aurait pas pu être habilitée ou appuyée pour fournir des conseils dont les provinces et les territoires ont grand besoin pour relever d'autres défis im-

portants, comme les effets de l'isolement social et l'accès des résidents aux membres de leur famille.

C'est le NIA qui a décidé, de sa propre initiative, de diriger la création d'un guide national sur les soins de longue durée. Premièrement, la publication de nos lignes directrices du printemps 2020, « Iron Ring », continue de servir de base de données probantes sur la façon dont les provinces et les territoires devraient réagir à la pandémie dans les milieux de soins collectifs. Nous l'avons maintenant mis à jour trois fois.

En juillet 2020, nous avons publié notre document d'orientation « Finding the Right Balance » pour appuyer la réouverture des foyers de soins de longue durée canadiens aux aidants naturels et aux visiteurs. La majorité des résidents et des membres du personnel des établissements sont maintenant vaccinés, mais les pouvoirs publics n'ayant pas publié de directives, comme le CDC l'a fait aux États-Unis, dans de trop nombreuses régions du pays, les résidents et les familles sont contraints de demeurer isolés les uns des autres, ce qui a de graves conséquences sur la santé physique et mentale.

Encore une fois, le NIA aide à élaborer de nouvelles directives fondées sur des données probantes pour permettre aux provinces et aux territoires de rouvrir leurs foyers de soins en toute sécurité, mais ce sont les organismes gouvernementaux officiels, comme l'ASPC, qui devraient diriger ce travail.

Je suis heureux que le gouvernement fédéral fasse maintenant preuve d'un leadership essentiel en créant de nouvelles normes nationales pour les soins de longue durée. L'octroi d'une somme de 3 milliards de dollars permettra également d'assurer une prestation de soins plus uniforme et plus rigoureuse partout au Canada. Étant donné qu'on m'a demandé de présider le comité technique de l'Organisation de normes en santé, je suis ravi de constater un niveau sans précédent de participation du public à ce travail jusqu'à maintenant.

Les recherches de la NIA montrent qu'au moins 430 000 Canadiens ont actuellement des besoins non satisfaits en matière de soins à domicile, tandis que plus de 40 000 étaient sur des listes d'attente pour des foyers de soins de longue durée, même avant la pandémie. Nous devons donc faire plus pour aider les Canadiens à bien vieillir et à rester chez eux le plus longtemps possible. Nos recherches montrent que le Canada consacre 30 % de moins que la dépense moyenne des pays membres de l'OCDE à la prestation de soins de longue durée, et que près de 90 % de notre financement public des soins de longue durée est consacré à l'institutionnalisation des gens au lieu de les soigner chez eux, là où ils le veulent.

Le rapport « Pandemic Perspectives » du NIA montre que presque tous les Canadiens âgés veulent faire tout ce qu'ils peuvent pour rester chez eux le plus longtemps possible. Notre rapport « Bringing Long-Term Care Home » montre que cela pourrait être fait comme il faut et à moindre coût pour de nombreuses personnes qui se trouvent actuellement dans nos établissements de soins de longue durée. Bien sûr, les gens ont le droit de payer leurs propres services de soins à domicile, mais ce n'est pas une option pour la majorité des Canadiens qui n'ont pas les ressources financières pour le faire.

• (1645)

L'engagement récent d'augmenter les prestations de la Sécurité de la vieillesse pour les Canadiens de 75 ans et plus permettra à certains de mieux faire face aux coûts croissants associés au vieillissement et au maintien à domicile, mais nous devons penser plus grand, comme d'autres pays l'ont fait, peut-être en assurant la création d'un programme national d'assurance-soins de longue durée ou d'autres améliorations au programme de Supplément de revenu garanti pour les aînés à faible revenu.

Que faire maintenant? Même s'il est bien que la plupart des dirigeants politiques aient convenu que les soins de longue durée ne fonctionnaient pas, nous devons nous assurer d'associer nos mesures immédiates à des efforts visant à déterminer la meilleure façon de réparer et de financer le système de soins de longue durée auquel tous les Canadiens devraient pouvoir s'attendre à mesure qu'ils vieillissent. À cet égard, je suis heureux que le NIA ait aidé à définir correctement les enjeux, à poser les bonnes questions et à trouver les bonnes réponses et les moyens de les mettre en œuvre le plus rapidement possible.

Les mesures à prendre sont connues en grande partie depuis des années. Heureusement, ce n'est pas sorcier, mais il faudra une volonté politique et une coordination fédérale, provinciale et territoriale des efforts. Nous recommandons donc que le gouvernement fédéral appuie pleinement le travail à venir qui permettra la création de nouvelles normes nationales de soins de longue durée et aidera les provinces et les territoires à régler ces problèmes une fois pour toutes.

Merci beaucoup.

Le président: Merci, docteur Sinha.

Nous allons maintenant passer à nos tours de questions.

Nous allons commencer par Mme Falk, pour six minutes.

Mme Rosemarie Falk: Merci, monsieur le président.

Je remercie nos deux témoins d'être venus aujourd'hui et de contribuer à l'étude du Comité.

Compte tenu du vieillissement de la population, nous devons veiller à ce qu'il y ait un meilleur continuum de besoins en matière de logement et de soins pour les aînés au Canada. Les gens d'un certain âge et les aînés semblent d'accord pour dire qu'ils préféreraient vieillir chez eux et vivre de façon autonome le plus longtemps possible.

J'ai remarqué, dans le rapport du National Institute on Ageing, intitulé « Pandemic Perspectives », publié l'automne dernier, qu'un nombre important de Canadiens ont indiqué que la COVID-19 avait changé leur opinion quant à savoir s'ils envisageraient d'aller vivre dans un foyer de soins infirmiers ou une maison de retraite. Compte tenu de ce que nous savons, ce changement de perspective n'étonne pas un grand nombre d'entre nous.

J'aimerais entendre votre point de vue, docteur Sinha. Vous avez dit vous-même, au début de la pandémie, que si votre mère avait été placée dans un établissement de soins de longue durée, vous l'en auriez retirée. Pensez-vous que ce changement de perspective est permanent? En plus d'améliorer la qualité des soins dans les foyers de soins de longue durée, ce qui, nous le savons, ne sera pas une tâche facile, que doivent faire les gouvernements, en priorité, pour répondre à ce changement de perspective?

• (1650)

Dr Samir Sinha: Merci beaucoup de cette question, madame Falk.

Dans le rapport que nous avons publié l'automne dernier, nous avons vraiment parlé de ce changement de perspective, selon lequel 60 % des Canadiens ont dit qu'à l'avenir, ils hésiteraient à aller vivre dans un foyer de retraite ou de soins de longue durée ou à y placer un proche. Nous avons fait un suivi de ce rapport en réalisant un autre sondage en partenariat avec l'AMC. Il a démontré que presque 90 % ou plus des Canadiens, et surtout près de 100 % des aînés, font maintenant tout ce qu'ils peuvent pour éviter d'aller dans un foyer de soins de longue durée.

Au cours de la pandémie, je pense que ces points de vue se sont solidifiés plus que jamais. Le problème, à mon avis, c'est que la plupart des Canadiens sont maintenant bien au courant des lacunes. Pour qu'ils recommencent à faire confiance au secteur des soins de longue durée, il faudra que les choses changent.

Ces points de vue sont réels, et nous devons les comprendre, mais je pense qu'ils peuvent aussi galvaniser une occasion non seulement d'améliorer la façon dont nous fournissons les soins de longue durée, mais aussi de réfléchir à la proposition de valeur consistant à pouvoir offrir plus de soutien et de services pour aider les Canadiens âgés à vieillir à l'endroit de leur choix, qui est souvent leur domicile. Comme je l'ai mentionné dans ma déclaration préliminaire, près de 90 % des fonds publics consacrés aux soins de longue durée sont consacrés à l'institutionnalisation, alors que le Danemark, par exemple, dépense les deux tiers de ses fonds publics consacrés aux soins de longue durée pour soutenir les gens dans leur propre maison. On peut souvent le faire à moindre coût et sans avoir à s'inquiéter de coûts d'infrastructure massifs. Cela peut se faire d'une façon beaucoup plus souple qui permet de rencontrer les gens là où ils en sont et au moment où ils en ont le plus besoin.

Je pense que nous avons ici l'occasion de réexaminer la façon dont nous fournissons ces soins et le rôle que le gouvernement fédéral peut jouer dans un domaine qui a toujours été de compétence purement provinciale et territoriale. À l'heure actuelle, selon le récent rapport sur la santé, le gouvernement fédéral consacre 6 milliards de dollars à l'augmentation de la prestation des soins à domicile et des soins communautaires, et maintenant 3 milliards de dollars d'argent frais, en plus d'un milliard de dollars récemment, pour essayer d'améliorer la prestation des soins de longue durée au Canada également.

Mme Rosemarie Falk: Je crois aussi qu'il est très important que les aînés soient autonomes. Par le passé, on se contentait de dire « voici où vous devez aller; c'est ainsi que va la vie », et je pense qu'il est tellement important que les différents ordres de gouvernement, le cas échéant, fassent ce qu'ils peuvent pour que les aînés puissent conserver leur autonomie et la possibilité de faire des choix.

Monsieur Mihailidis, de Age-Well, avez-vous quelque chose à ajouter? Quel rôle le secteur de la gérontechnologie pourrait-il jouer pour aider les aînés à vivre de façon autonome?

Dr Alex Mihailidis: Merci beaucoup de cette question.

Je suis tout à fait d'accord avec le Dr Sinha lorsqu'il dit que les gens veulent rester chez eux. Même dans notre propre sondage à ce sujet, nous avons constaté que pendant la pandémie, seulement 40 % des personnes qui ont répondu à nos sondages ont dit qu'elles se sentaient à l'aise de vieillir au Canada. Ce chiffre était d'environ 60 % avant la pandémie.

La technologie peut jouer un rôle important dans le maintien de l'autonomie des aînés à la maison et dans leur collectivité. Par exemple, nous avons constaté que les aînés qui utilisent maintenant les médias sociaux pour communiquer avec leurs amis, leur famille et leurs cercles sociaux représentent environ le tiers des personnes interrogées.

Nous constatons une augmentation du nombre d'aînés qui utilisent des outils en ligne, même pour faire des achats en ligne. Nous avons même constaté une augmentation des rencontres en ligne chez les aînés à la suite de la pandémie.

Nous commençons à voir que ces outils sont utilisés tous les jours.

Il faut également tenir compte du fait qu'un nouveau groupe démographique de personnes âgées arrive très rapidement avec les baby-boomers, qui ont déjà intégré la technologie en grande partie dans leur vie quotidienne. Ils vont continuer de le faire à mesure qu'ils vieillissent.

Mme Rosemarie Falk: Merci.

Docteur Sinha, j'ai une brève question à vous poser.

Compte tenu de vos antécédents en gériatrie, je me demande quelle est la solution pour remédier aux pénuries en gériatrie, de même qu'en soins palliatifs. Nous savons que, dans le cadre du débat sur l'aide médicale à mourir qui a eu lieu à la Chambre, il n'y a pas si longtemps, les députés ont remarqué qu'il n'y avait pas suffisamment de personnel dans ces *[difficultés techniques]*.

● (1655)

Dr Samir Sinha: C'est une excellente question.

Le président: Veuillez être bref, si vous le pouvez, docteur. Merci.

Dr Samir Sinha: Oui.

À l'heure actuelle, nous avons plus de Canadiens âgés que de jeunes Canadiens, mais nous avons neuf fois plus de pédiatres que de gériatres. Il n'y a que 305 gériatres inscrits au pays. Encore une fois, il n'y a pas autant de spécialistes en soins palliatifs qu'il le faudrait. C'est pour cela que nous demandons une stratégie nationale en matière de ressources humaines, ou du moins des investissements ciblés.

Le gouvernement fédéral, par exemple, pourrait essayer de promouvoir la formation. Nous avons plus de candidats à des postes de formation qu'il n'y en a actuellement qui sont financés, et cela ne nous aide pas à atteindre la masse critique dont nous avons besoin pour répondre aux besoins d'une population vieillissante.

Mme Rosemarie Falk: Merci.

Le président: Merci.

Madame Young, vous avez six minutes.

Mme Kate Young (London-Ouest, Lib.): Merci beaucoup, et merci à nos témoins d'aujourd'hui.

Monsieur Mihailidis, je tiens d'abord à dire que mon père, qui est décédé il y a huit ans, était un mordu de la technologie. Il avait sa propre page Facebook. Il s'en servait pour communiquer avec des parents plus jeunes en Écosse et à Vancouver. Il avait vraiment adopté la technologie. Je pense qu'on a l'impression que les aînés hésitent à le faire, mais je pense que c'est faux dans bien des cas.

J'aimerais parler de la façon de mobiliser les jeunes, de fournir à la prochaine génération des emplois qui appuieraient notre population vieillissante, et de ce que le gouvernement fédéral pourrait faire, selon vous, pour encourager cela.

Dr Alex Mihailidis: C'est une excellente question, madame Young. Merci beaucoup.

J'adore entendre les histoires comme celle de votre père. J'entends des histoires semblables partout où je vais. C'est merveilleux de l'entendre dire et de le constater.

Vous avez raison. C'est un mythe absolu. Le groupe de consommateurs qui contribue le plus à l'augmentation des ventes de téléphones intelligents est celui des personnes de plus de 65 ans. La technologie est de plus en plus omniprésente.

Pour ce qui est de faire participer les jeunes, en fait, nous ne voyons pas de problème. Nous constatons qu'il est difficile d'accueillir le nombre de jeunes qui souhaitent s'engager dans ce domaine.

C'est ce que fait Age-Well. Age-Well offre un programme de formation très complet, dans le cadre duquel nous formons des étudiants de maîtrise, de doctorat et de premier cycle dans le domaine de la gérontechnologie. Au cours des sept premières années de notre réseau, nous avons accueilli plus de 1 000 stagiaires dans le cadre de ce programme.

Un bon nombre d'entre eux ne sont plus des universitaires. Ils sont nombreux à avoir leur propre entreprise en démarrage. Une bonne partie d'entre eux travaillent dans l'industrie. De nombreux autres travaillent dans le domaine des politiques au gouvernement. Au cours des six premières années, Age-Well a soutenu 46 entreprises en démarrage dans ce domaine, dont un bon nombre commencent, en fait, à gagner un peu d'argent, ce qui est toujours merveilleux à voir.

C'est là qu'il faut apporter un soutien. Nous devons appuyer le secteur de la gérontechnologie pour qu'il continue de croître. Nous devons encourager les jeunes Canadiens diplômés dans des domaines comme l'informatique et l'intelligence artificielle. Nous leur présentons des problèmes vraiment difficiles et intéressants à résoudre, et c'est vraiment ce qui les accroche.

Nous avons besoin de soutien pour nos entreprises en démarrage dans le domaine des gérontechnologies, mais aussi de l'appui d'industries et d'entreprises bien établies qui réalisent que leur principal consommateur vieillira également, pour les aider à faire la transition dans ce domaine et d'en apprendre davantage sur le secteur de la gérontechnologie et, surtout, pour en apprendre davantage sur les aînés eux-mêmes.

Mme Kate Young: Merci beaucoup.

Docteur Sinha, j'encourage les gens de ma circonscription à visiter le site normesnationales.ca pour partager leurs commentaires sur la question des normes de soins de longue durée. En tant que président du comité technique, comment allez-vous utiliser le type d'information que vous obtiendrez pour trouver des idées de normes de soins de longue durée?

Dr Samir Sinha: C'est une question importante. C'est une tâche importante qui nous attend. Mon collègue ici présent est également président du comité parallèle, si vous voulez, qui est le comité de la CSA qui aidera à élaborer l'ensemble complémentaire de normes. Nous travaillons tous les deux en étroite collaboration en tant que présidents, et nos comités travailleront en étroite collaboration.

L'un des principaux objectifs que nous avons tous les deux fixés en tant que présidents est d'obtenir un taux élevé de participation du public. Par exemple, bien souvent, lorsqu'il y a ce genre de comités où le travail se fait, les gens ne savent pas comment participer. Beaucoup de gens ont beaucoup de choses à dire.

Près de 4 000 personnes ont déjà répondu au sondage initial que nous avons publié. Il s'agit de savoir à quoi elles veulent que les soins de longue durée ressemblent et quels sont les enjeux importants pour elles. Nous avons leur avons demandé de commenter les thèmes de façon très générale, afin que nous puissions commencer à entendre ce qui compte le plus pour les Canadiens, pour pouvoir élaborer des normes qui reflètent vraiment ce qu'ils veulent et dont ils ont besoin et ce qui, selon eux, fait défaut actuellement.

Ce n'est qu'un début. Nous prévoyons également, en tant que présidents, de diriger la tenue d'assemblées publiques et de tables rondes et de vraiment faire participer le public en profondeur. Les gens auront l'occasion de faire ce que nous appelons un examen public de nos projets de normes en janvier 2022, afin que nous puissions obtenir plus de rétroaction. Au bout du compte, lorsque nous recevrons ces commentaires, nous voulons que nos comités voient ce que les Canadiens veulent et ce dont ils ont besoin.

C'est pourquoi nous avons vraiment hâte d'obtenir le maximum de points de vue, de sorte que lorsque ces normes seront publiées, les gens pourront dire qu'ils y adhèrent et qu'ils les veulent. Les normes pourront alors être utilisées de façon plus générale dans l'ensemble du pays, que ce soit pour l'accréditation, le financement, l'application de la loi, les inspections ou même de nouvelles lois.

C'est ce que nous espérons obtenir de la rétroaction que nous sollicitons actuellement.

• (1700)

Mme Kate Young: Vous avez beaucoup de pain sur la planche. Vous avez mentionné d'autres pays dont nous pourrions nous inspirer en ce qui concerne les normes de soins de longue durée. Quel pays a la norme par excellence?

Dr Samir Sinha: Je tiens à dire que je peux toujours citer un pays qui fait les choses comme il faut. J'aime particulièrement la façon dont le Danemark a envisagé une approche axée sur le continuum des soins. Les Danois cherchent à voir comment ils peuvent vraiment mettre l'accent sur le mieux-être et la prévention, et comment déployer la technologie. Je suis sûr que mon collègue, Alex, pourra en parler également. C'est aussi la façon dont ils pensent qu'il faut vraiment aider les gens à vieillir chez eux, là où ils veulent être. Ils ne sont pas beaucoup confrontés aux problèmes que nous avons.

On dit que le Danemark est un petit pays. Bien sûr, c'est un petit pays, mais c'est un pays intelligent qui a vraiment été proactif dans sa façon d'aborder le vieillissement.

Pour ce qui est de la création de normes, il y a beaucoup de pratiques variables entourant leur utilisation. Nous allons étudier ce qui se fait ailleurs dans le monde, afin de pouvoir prendre et reproduire les meilleures idées pour créer des normes qui seront significatives pour le paradigme canadien.

Mme Kate Young: Merci beaucoup.

Le président: Merci, docteur.

Merci, madame Young.

[Français]

Madame Chabot, vous avez la parole pour six minutes.

Mme Louise Chabot: Merci, monsieur le président.

Je remercie les deux témoins. Ma première question s'adresse au Dr Sinha.

D'entrée de jeu, je peux comprendre qu'on veuille étudier ce qui se fait au Danemark en particulier ou ailleurs dans cette région de l'Europe, où la famille et les programmes sociaux sont des questions d'une grande importance. En tout cas, au Québec, on s'en est beaucoup inspiré pour mettre en place plusieurs politiques sociales, notamment en matière de services éducatifs à la petite enfance.

Je suis aussi d'accord avec vous sur le fait que nos personnes âgées, en général, souhaitent vieillir chez elles. C'était vrai avant la pandémie, et celle-ci a certainement renforcé ce sentiment. De façon bien évidente, c'est en raison de l'isolement qu'elles ont vécu dans les centres d'hébergement. Cependant, les centres d'hébergement et de soins de longue durée auront toujours leur place dans l'organisation des services, même si l'on sait que le nombre d'heures de soins requis pour y être admis a énormément augmenté. Donc, il faut qu'il y ait un équilibre entre les deux.

J'ai trouvé troublant ce que la vérificatrice générale a mentionné dans son rapport à l'égard de l'Agence de la santé publique du Canada. Vous avez également produit un rapport concernant la pandémie, et je voulais vous poser une question à ce sujet. La vérificatrice générale indique qu'avant la pandémie de COVID-19, l'Agence de la santé publique du Canada n'avait pas mis à jour tous les plans en cas de pandémie ni testé des plans en collaboration avec les provinces et les territoires. Le même rapport indique qu'une meilleure préparation aurait pu réduire au minimum les maladies graves, le nombre total de décès et les perturbations sociales au sein de la population canadienne attribuables à une pandémie.

Trouvez-vous ce rapport troublant?

Quelles solutions faut-il mettre en place pour être mieux préparé? Quelles mesures plus proactives auraient-elles pu contribuer à amoindrir le lourd bilan de décès chez les personnes âgées?

• (1705)

[Traduction]

Dr Samir Sinha: Merci beaucoup de cette question.

C'est ce que nous constatons lorsque nous examinons les rapports, non seulement au niveau fédéral, mais aussi au niveau provincial et territorial. D'après un bon nombre de ces rapports, nous constatons que le Canada dans son ensemble, et bon nombre de nos administrations, n'étaient pas aussi bien préparés qu'ils auraient pu l'être pour faire face à la pandémie. Je pense que c'est peut-être en partie parce que nous n'avions pas prévu, après la crise du SRAS, par exemple, qu'une telle chose pourrait se produire, surtout dans nos foyers de soins de longue durée. Le SRAS n'a touché que certaines villes et s'est surtout limité aux hôpitaux. Nous n'avons jamais vu quelque chose de cette ampleur dans les établissements de soins collectifs pour personnes âgées.

Cela nous rappelle vraiment qu'à tous les paliers de gouvernement, que ce soit au niveau fédéral, provincial ou même municipal, par exemple, il y avait des mesures à prendre. Il y avait des choses à prévoir. Je pense que les trois ordres de gouvernement auraient pu faire plus pour mieux se préparer à la pandémie.

En partenariat avec la Croix-Rouge canadienne, le NIA a publié, en décembre, des lignes directrices claires, 29 recommandations fondées sur des données probantes, qui portent vraiment sur une politique publique, mais même sur des mesures axées sur les citoyens que nous pourrions prendre en tant que pays pour être mieux préparés à appuyer les Canadiens âgés dans les situations d'urgence et de désastre.

Encore une fois, nous voyons qu'à de nombreux niveaux, dans de nombreux rapports, on s'entend à dire que ce sont des choses que nous pouvons faire avec une planification de bonne qualité, avec des plans de préparation en cas de pandémie clairement établis.

Comme je l'ai mentionné plus tôt, au fur et à mesure que la pandémie évoluait, et que nous avons dit dit que la situation était du ressort des provinces et des territoires, je pense que le problème était qu'en fait, toutes ces questions revêtaient une importance nationale. Je pense qu'il y a un rôle... que nous aurions pu mieux clarifier, ou que nous aurions pu veiller à mandater des groupes comme l'ASPC ou l'ICIS pour donner des directives afin de mieux appuyer les établissements.

Il y a des choses qui auraient pu être faites avant et qui devaient être faites pendant la pandémie, et j'espère qu'à partir de tout cela, nous apprendrons ce que les trois ordres de gouvernement devraient faire de mieux pour éviter les mêmes problèmes la prochaine fois.

[Français]

Mme Louise Chabot: Merci.

C'est quand même assez troublant de voir qu'on n'a pas pu prévenir cela en amont. Quelles seraient vos recommandations? Je pense que vous commentiez la véracité du rapport, mais comment pouvons-nous faire en sorte que cela n'arrive plus?

Nous sommes dans la troisième vague de la pandémie. Or, ce n'est pas la seule crise. Nous voyons que les personnes les plus vulnérables sont souvent victimes de ces catastrophes. Je pense que vous l'avez soulevé dans un de vos propres rapports. Lorsque n'importe quelle catastrophe survient, comme une inondation, les personnes les plus vulnérables sont les plus à risque. Le rapport indique qu'on a tardé à mettre les choses en place, et nous savons que cela a été déterminant.

Je crois comprendre que vous travaillez à l'échelle nationale, alors quelles seraient vos recommandations?

[Traduction]

Dr Samir Sinha: Le travail de la Croix-Rouge canadienne et celui du NIA, qui a formulé des recommandations stratégiques claires, se reflétera, je l'espère, dans nos nouvelles normes nationales de soins de longue durée. Cela inclut la préparation aux situations d'urgence et aux pandémies. C'est un mécanisme qui nous permet d'établir des normes nationales. Le gouvernement fédéral a également l'obligation d'appuyer l'application et la mise en oeuvre de ces normes à l'échelle provinciale et territoriale.

[Français]

Le président: Merci, madame Chabot.

[Traduction]

La parole est maintenant à Mme Gazan pour six minutes.

Mme Leah Gazan: Merci, monsieur le président.

Ma première question s'adresse au Dr Sinha.

Au Manitoba et dans la plupart des provinces de l'Ouest, les Autochtones vivant en milieu urbain, et en particulier les communautés des Premières Nations, ont eu des taux disproportionnellement élevés de COVID-19. C'est également vrai pour les communautés noires au Canada.

Pouvez-vous nous parler de la façon dont les déterminants sociaux de la santé ont eu une incidence particulière sur les aînés autochtones et noirs pendant la pandémie, et de la façon dont le gouvernement peut mettre en oeuvre des politiques qui reconnaissent ces injustices? J'aimerais également inclure dans ce groupe les anciens combattants et les nouveaux arrivants âgés.

• (1710)

Dr Samir Sinha: Merci beaucoup de cette question.

Lorsque nous pensons à la COVID, beaucoup de gens disent qu'elle est le grand facteur d'égalisation, qu'elle touche tout le monde, mais elle a touché certaines populations, comme nos populations noires, autochtones et racialisées, plus que les autres. Il y a plusieurs raisons à cela, parce que c'est surtout une question de déterminants sociaux de la santé.

Lorsque nous examinons les problèmes que nous avons partout au Canada, nous constatons que bon nombre de ces communautés sont plus susceptibles d'être désavantagées sur le plan économique, et qu'elles sont plus susceptibles de représenter des populations de travailleurs essentiels, qui n'ont pas la possibilité de s'isoler dans leur propre maison. Ils n'ont pas nécessairement accès à des emplois qui leur offrent des congés de maladie payés.

Nous savons aussi, surtout lorsqu'on pense aux aînés noirs, autochtones ou racialisés, par exemple, qu'ils sont plus susceptibles de vivre dans des ménages et des logements intergénérationnels. C'est pourquoi, surtout dans les communautés autochtones des régions rurales et éloignées, il y a un véritable effort concerté pour dire « Si la COVID entre dans notre communauté, surtout dans les foyers où de nombreuses personnes vivent dans des situations intergénérationnelles, cela peut ravager très rapidement une famille au complet. » Nous le constatons dans les régions de Peel, de Scarborough et de Toronto, ainsi que dans de nombreux autres milieux urbains.

Le point commun ici, c'est la pauvreté. Le point commun, c'est qu'il n'y a pas de mécanismes permettant aux gens de s'isoler les uns des autres lorsqu'ils en ont besoin et d'avoir accès à des congés de maladie payés.

Il ne faut pas oublier qu'en raison du racisme et de la pauvreté systémique, au lieu d'être le grand facteur d'égalité, la COVID-19 a vraiment attaqué ces communautés en particulier.

Mme Leah Gazan: Je vous remercie infiniment.

Comme je l'ai dit à nos derniers témoins, un revenu de base garanti, surtout pour les personnes âgées... La pauvreté tue et coûte des vies. J'apprécie vraiment vos commentaires à ce sujet.

Ma prochaine question s'adresse à M. Mihailidis. Est-ce que je prononce bien votre nom?

Dr Alex Mihailidis: Oui, c'est parfait.

Mme Leah Gazan: D'accord. J'ai enseigné à l'université pendant 20 ans, et chaque fois qu'un cours commençait, je devenais nerveuse en essayant de bien prononcer les noms. Chaque année, j'étais très embarrassée au début d'un nouveau cours.

Beaucoup de gens de ma circonscription — vous avez parlé de technologie — n'ont pas accès à des choses comme des ordinateurs, des téléphones cellulaires ou Internet. Vous avez parlé des répercussions de l'isolement social, un sujet qui m'a beaucoup préoccupée lorsque j'ai essayé d'aider particulièrement les aînés de notre circonscription pendant la pandémie, car je ne peux pas imaginer à quel point on doit souffrir de la solitude quand on vit seul.

Il y a aussi la question de la littératie technologique des aînés. J'ai essayé de lancer un programme de technologie dans ma collectivité, et peut-être même des emplois pour étudiants. Les étudiants apprendraient aux aînés à utiliser la technologie.

Comme vous l'avez dit, ces technologies sont essentielles, surtout pendant la pandémie, pour les connexions sociales et pour les mises à jour sur les restrictions en cas de pandémie. Pouvez-vous nous dire comment le gouvernement fédéral devrait s'y prendre pour combler cette lacune et répondre à ce besoin critique, même pour la santé des aînés?

Dr Alex Mihailidis: Merci. J'apprécie vraiment cette question. Je ressens aussi votre douleur au début de chaque semestre en classe, à l'université.

C'est une question d'éducation et d'élaboration de programmes éducatifs qui peuvent être accessibles à tous, peu importe où ils vivent au pays. À Age-Well, par exemple, nous examinons divers modèles, comme les programmes de formation des formateurs, en collaboration avec des organisations et des partenaires comme la Croix-Rouge, qui possède les capacités et l'expertise nécessaires pour ce genre de programmes éducatifs. Il s'agit vraiment de travailler avec des organisations pancanadiennes et internationales pour pouvoir ensuite élaborer le programme d'études, élaborer le matériel. En fait, cela devient une solution clé en main en matière d'éducation, qui peut ensuite être diffusée un peu partout.

Nous croyons aussi fermement aux applications éducatives au sein de la collectivité. Par exemple, Age-Well a appuyé quelques projets au sein des communautés autochtones. Nous formons les jeunes Autochtones, qui travaillent ensuite avec les aînés de leur communauté pour leur enseigner les compétences en littératie technologique, et pas seulement pour leur enseigner les compétences, mais pour les appliquer, par exemple, pour la narration numérique.

Il a été vraiment fascinant de voir, au cours de ces études, qu'une fois que vous donnez un but à ces compétences et qu'elles servent à connecter la communauté, elles peuvent être développées et diffusées rapidement dans tout le pays.

• (1715)

Mme Leah Gazan: Merci beaucoup.

Le président: Merci, madame Gazan.

La parole est maintenant à M. Vis, pour cinq minutes.

M. Brad Vis (Mission—Matsqui—Fraser Canyon, PCC): Merci, monsieur le président.

Je remercie nos deux témoins pour l'excellente contribution qu'ils nous ont apportée jusqu'ici.

Monsieur Mihailidis, vous avez mentionné dans vos trois recommandations qu'il y avait une baisse de 16 % des investissements en R-D au Canada. Quels sont les problèmes structurels qui mènent à un tel déclin et que pouvons-nous faire pour améliorer la situation?

Dr Alex Mihailidis: La réponse évidente est, bien sûr, le manque de financement accordé à nos principaux programmes nationaux de financement. Ce sont principalement les trois organismes, c'est-à-dire les IRSC, le CRSNG et le CRSH pour les sciences sociales. L'autre problème, c'est l'augmentation du nombre de chercheurs. Le nombre de diplômés de doctorat au Canada a augmenté, tout comme le nombre de personnes qui occupent des postes universitaires, à tel point que le marché est de plus en plus encombré, pour ainsi dire. Les deux variables simples que sont l'augmentation de la demande et la baisse de l'offre causent une bonne partie de ces goulots d'étranglement.

Cependant, comme toutes les ressources de financement ont été consacrées à des solutions et des projets fondés sur la COVID, ce qui était vraiment la bonne décision à prendre, le problème que nous allons voir est que les autres domaines de recherche, liés à la santé ou autres, vont vraiment manquer de financement au cours des années à venir. C'est la grande préoccupation du milieu universitaire.

Il est maintenant temps d'investir davantage dans la recherche, non seulement pour financer les gens, mais aussi pour revenir au niveau de référence d'il y a plusieurs années et pour continuer à combler les lacunes. Nous voyons ceci...

M. Brad Vis: Merci. C'est très intéressant. J'ai peu de temps.

Docteur Sinha, certains de vos propos ont retenu mon attention. Hier, j'ai parcouru un des rapports du NIA. Dans la Stratégie nationale pour les aînés, l'un des trois principes sous-jacents est l'optimisation des ressources en ce qui concerne les dépenses des contribuables.

Vous avez parlé brièvement de la Sécurité de la vieillesse. J'aimerais beaucoup savoir si des études ont été réalisées sur la façon dont nous distribuons les fonds perçus et versés aux aînés. Comme vous le savez probablement, le seuil minimal pour l'imposition des prestations de la SV est d'environ 77 000 \$. Toutefois, je crois que vous pouvez recevoir des prestations de la SV jusqu'à concurrence de 130 000 \$, de sorte que les aînés à revenu élevé reçoivent des prestations de la SV du gouvernement du Canada. Au cours de la pandémie, il est devenu très clair que les aînés qui reçoivent le SRG, par exemple, et les aînés à faible revenu ont beaucoup souffert.

Je me demande si votre organisation ou l'une des recherches que vous faites à Ryerson a examiné la possibilité de redistribuer le montant total des fonds de la Sécurité de la vieillesse, mais en ciblant davantage les aînés à faible revenu avec le financement existant.

Dr Samir Sinha: C'est une excellente question.

L'annonce nous a fait sourcilier un peu. C'est formidable que nous reconnaissons qu'à mesure que nous vieillissons, nous avons plus de dépenses, et que nous pensions aux Canadiens de 75 ans et plus. Ils sont plus susceptibles d'avoir des dépenses, par exemple pour des soins de longue durée ou pour surmonter les obstacles à leur autonomie, et nous devons le reconnaître. Cependant, si cette décision m'avait été confiée, je n'aurais pas eu recours au mécanisme de la Sécurité de la vieillesse pour faire cela. Je l'aurais fait avec le Supplément de revenu garanti.

Dans notre stratégie nationale initiale pour les aînés, qui date d'avant les élections de 2015, nous avons parlé de la pauvreté chez les aînés et de l'importance de veiller à ce que le Supplément de revenu garanti soit bonifié et soit plus équitable, surtout pour les femmes âgées, parce que ce sont elles qui sont les plus susceptibles de souffrir de la pauvreté pendant leur vieillesse. C'était certainement une victoire, parce que nous avons vu des augmentations pour les célibataires, surtout les femmes âgées qui vieillissaient et qui ont apporté des améliorations.

Comme vous l'avez dit, les récentes augmentations de la Sécurité de la vieillesse peuvent profiter à des aînés qui ont un revenu de 100 000 \$ ou plus. Toutefois, je me préoccupe surtout des gens qui atteignent à peine le seuil du Supplément de revenu garanti. Nous devons trouver de meilleures façons de les soutenir.

Pour faire le lien avec les questions de technologie, nous avons travaillé avec Telus, par exemple, au cours de la dernière année, à la création d'un nouveau forfait de téléphone intelligent pour les 2,2 millions de personnes âgées qui touchent le Supplément de revenu garanti. Pour seulement 25 \$ par mois, elles disposent d'un téléphone intelligent pendant la pandémie. Cela leur permet d'utiliser des technologies comme l'application COVID Alert et de participer à la télémédecine et aux appels Zoom. Encore une fois, c'est une façon de voir comment nous pouvons assurer l'accès à la technologie pour les Canadiens à faible revenu, pas nécessairement pour ceux qui en ont les moyens. Il s'agit d'essayer de surmonter les obstacles grâce à une politique intelligente.

● (1720)

M. Brad Vis: Généralement...

Le président: Merci, monsieur Vis.

M. Brad Vis: Merci à vous deux. J'apprécie vraiment votre témoignage.

[Français]

Le président: Monsieur Lauzon, vous avez la parole pour cinq minutes.

M. Stéphane Lauzon: Merci, monsieur le président.

Je remercie le Dr Sinha et le Dr Mihailidis de leurs bons témoignages.

Pour commencer, j'aimerais poser des questions reliées à la technologie.

Lors de votre témoignage, vous avez beaucoup parlé de l'importance d'Internet. Comme vous le savez, notre gouvernement a fait de grands pas pour en arriver à avoir un Canada branché.

Par exemple, au Québec, nous travaillons avec la province. Dans ma circonscription, 40 % de la population n'a pas accès à Internet à l'heure actuelle. Je peux dire que 100 % des résidents du Québec vont être branchés d'ici septembre 2022 et vont avoir accès à un service rapide. Il s'agit d'un pas de géant.

Par rapport à la situation actuelle, comment cela contribuera-t-il à améliorer les conditions de vie des gens, quand tous les Québécois vont être branchés, en septembre 2022?

[Traduction]

Dr. Alex Mihailidis: L'accès à quelque chose d'aussi simple qu'Internet peut être un pas de géant pour ce qui est de permettre aux aînés de se connecter non seulement à l'information, mais plus important encore, à leurs amis, à leur famille et aux services de soins de santé. Encore une fois, nous avons constaté que, depuis la pandémie, de plus en plus d'aînés accèdent à ces services en ligne.

Il n'y aura pas de retour en arrière. La tendance en faveur des soins de santé en ligne, de la télésanté et de la téléadaptation va continuer de prendre de l'ampleur. Pour cette raison, l'infrastructure doit être là.

Nous applaudissons les efforts déployés par le gouvernement fédéral actuel pour mettre en place ces points d'accès; cependant, les aînés nous demandent constamment: « Pourquoi cela n'a-t-il pas été fait il y a cinq ans? Pourquoi cela n'a-t-il pas été fait il y a 10 ans, alors que nous savions que l'autoroute de l'information allait jouer un rôle tellement crucial à l'avenir? »

Ce n'est jamais vraiment une question de capacités techniques. Elles ont toujours été là. C'est ce que nous avons constaté dans bon nombre de nos provinces pendant la pandémie. Pendant des décennies, nous nous sommes battus sans succès pour obtenir des services de télésanté en Ontario, puis, en l'espace d'une fin de semaine, semble-t-il, nous avons soudainement obtenu la télésanté, à cause de la pandémie.

S'il y a quelque chose de positif à tirer de ce que nous avons vécu, c'est que cela nous a montré que nous avons les capacités nécessaires. Le Canada a la capacité de le faire. Il est maintenant temps de faire avancer cette initiative le plus rapidement possible.

M. Stéphane Lauzon: Merci de cette excellente réponse.

J'ai oublié de dire, monsieur le président, que je dois partager mon temps avec ma collègue, mais j'ai une autre question.

Nous avons un programme que nous appelons Nouveaux Horizons. Ce dont on a le plus parlé au sujet de ce programme est lié à l'éducation, à la formation. Tout est lié aux appareils, comme les tablettes, ou à Internet. Les gens veulent communiquer avec leur famille. Ce programme devrait-il être élargi et devrions-nous faire quelque chose de mieux pour l'avenir afin d'appuyer les aînés?

● (1725)

Dr Alex Mihailidis: Absolument. Ce programme devrait être élargi. Il devrait être considéré comme un droit fondamental de tous les aînés et de tous les Canadiens d'un océan à l'autre. Au lieu d'en faire un projet spécial, pour ainsi dire, ou un fonds spécial, cela doit faire partie intégrante de tout budget à venir.

[Français]

M. Stéphane Lauzon: Comme vous le savez, notre gouvernement a créé, au moyen d'une initiative en matière de technologie, un site Web fort utilisé, soit celui d'Espace mieux-être Canada. Nous ne nous attendions pas à un tel succès. Ce site Web est aussi utilisé par nos aînés. C'est un service direct offert en ligne, par téléphone ou par message texte.

Docteur, vous avez mentionné plus tôt que plusieurs aînés avaient accès à des téléphones et que certains avaient l'application directement sur leur téléphone.

Est-ce le genre d'outil que l'on devrait développer davantage, afin d'aider nos aînés sur le plan de la technologie?

[Traduction]

Dr Alex Mihailidis: Absolument. Les types de services qui peuvent être offerts au moyen de technologies disponibles sur le marché sont vraiment essentiels.

L'autre aspect important, cependant, c'est de travailler avec le milieu des télécommunications et les fabricants d'appareils pour s'assurer que ces types de services peuvent fonctionner sur des téléphones qui peuvent avoir deux, trois ou cinq ans. C'est une autre tendance qu'on observe souvent chez les aînés. Les téléphones qu'ils utilisent sont parfois les appareils dont leurs petits-enfants ou leurs enfants se sont défait. Telle est la situation. Puis, tout à coup, l'application COVID Alert ne fonctionne plus sur l'ancien modèle de téléphone.

La compatibilité des téléphones moins récents pose un gros problème. C'est une chose sur laquelle nous devons travailler ensemble. Pour ce faire, il faut réunir l'industrie, le gouvernement, les fabricants et les concepteurs, ainsi que les organismes d'élaboration des politiques et de la réglementation.

M. Stéphane Lauzon: Merci beaucoup.

Le président: Merci, monsieur Lauzon.

[Français]

Madame Chabot, vous avez la parole pour deux minutes et demie.

Mme Louise Chabot: Merci, monsieur le président.

Je vais poser une question en lien avec la technologie.

Docteur Mihailidis, votre présentation et vos études démontrent l'importance de continuer à établir des diagnostics à distance et à faire des consultations médicales à distance, grâce à la technologie. Je suis assez d'accord avec vous sur cela. Cependant, êtes-vous d'accord pour dire qu'il faut qu'il y ait un équilibre?

Des représentants de l'association des médecins omnipraticiens, autrement dit des médecins de famille, ont dit que c'était un outil de plus à utiliser. Cependant, cela ne remplace pas totalement une consultation en personne. De plus, il faut un réseau Internet très performant partout au pays.

Au Québec, il y a récemment eu une entente fédérale pour développer le réseau Internet.

Selon vous, quelles sont les limites de la technologie dans le domaine de la médecine?

[Traduction]

Dr Alex Mihailidis: *Merci* pour cette question très importante. Vous avez tout à fait raison. La technologie est un outil qui doit être utilisé parmi de nombreux outils différents, qu'ils soient fondés ou non sur la technologie.

Qu'il s'agisse d'un système de maison intelligente, d'un capteur que quelqu'un porte pour mesurer sa performance cardiaque, ou même d'un robot dans la maison de quelqu'un — et cela va venir, si ce n'est pas déjà là —, encore une fois, ce sont des outils. Ils ne remplacent pas la profession médicale. Ils ne remplacent certainement pas les aidants naturels. Je ne pense pas que ce soit un remplacement. Je ne prévois absolument pas qu'un robot remplacera mon ami, le Dr Sinha, ici présent, à l'avenir, même s'il aimerait peut-être avoir un robot à ses côtés pour l'aider.

• (1730)

[Français]

Mme Louise Chabot: Qu'avez-vous à dire à propos du développement du réseau Internet? C'est un élément essentiel.

[Traduction]

Dr Alex Mihailidis: Nous avons absolument besoin d'un service à large bande partout au pays, d'un océan à l'autre, pour que cela se produise. C'est incroyable; une fois que cela se produira, les vannes s'ouvriront pour ce qui est des types de solutions technologiques que nous pouvons mettre en oeuvre et utiliser pour soutenir non seulement nos aînés, mais aussi les Canadiens de partout.

[Français]

Le président: Merci, madame Chabot.

[Traduction]

Les dernières questions seront posées par Mme Gazan.

Il vous reste deux minutes et demie.

Mme Leah Gazan: Merci beaucoup, monsieur le président.

Cette question peut s'adresser à l'un ou l'autre des témoins.

Le gouvernement n'a versé qu'un paiement unique de 300 \$ aux aînés pour les aider pendant la pandémie. Cette crise sanitaire dure maintenant depuis deux ans, et aucun autre soutien n'a été fourni. C'est très préoccupant pour moi et pour ma circonscription. Nous sommes la troisième circonscription la plus pauvre du pays. De nombreux aînés, y compris des anciens combattants, vivent dans une pauvreté extrême.

Croyez-vous que ce paiement unique de 300 \$ versé aux aînés pendant la pandémie était suffisant, d'autant plus qu'on sait que les aînés ont vu leurs dépenses augmenter pendant la pandémie? Sinon, quelle est la solution de rechange?

Je vais vous donner à tous les deux l'occasion de répondre rapidement. Je vais commencer par M. Sinha.

Dr Samir Sinha: C'est le défi, n'est-ce pas? Je pense que le paiement unique initial a été effectué à une époque où nous pensions qu'il y avait seulement des coûts supplémentaires parce que les gens devaient commander des choses en ligne. Ils avaient ces dépenses imprévues supplémentaires. Ils devaient prendre un taxi pour se rendre à certains endroits. Il s'agissait de dépenses supplémentaires. C'était un bon investissement à faire, parce que je pense que cela a été très utile pour de nombreux Canadiens âgés.

Il y a l'annonce récente, dans le budget, de l'augmentation de la Sécurité de la vieillesse. Je crois que ce sera versé, en partie, sous la forme d'un montant forfaitaire pour commencer, et que ce sera ensuite versé de façon continue, mais je ne sais pas quand cela se fera. Je pense que nous devons certainement examiner comment les gens ont été touchés. Encore une fois, cette situation n'a pas duré seulement quelques mois. Elle dure depuis plus d'un an maintenant. Nous devons tenir compte de cela et de la façon dont ces difficultés touchent les Canadiens âgés.

Mme Leah Gazan: Merci.

Dr Alex Mihailidis: Je n'ai pas grand-chose à ajouter.

En ce qui concerne le point soulevé par le Dr Sinha, on a pris ces décisions initiales sans savoir ce qui s'en venait. Maintenant que nous sommes mieux informés et que nous comprenons la situation et ce qui pourrait arriver, il est évident que de nouvelles décisions devraient être prises en utilisant les meilleures données possibles.

Mme Leah Gazan: J'ai posé la question parce que, comme je l'ai déjà dit, la pandémie a certainement mis en évidence des inégalités réelles. Je dirais que si nous regardons les groupes qui ont été marginalisés même avant la pandémie, il est certain que, pendant la pandémie, les aînés ont été terriblement marginalisés. Nous devons faire mieux, et cela immédiatement.

Selon vous, quelles devraient être les prochaines étapes pour faire en sorte que les aînés puissent vivre dans la dignité dans notre pays?

Le président: C'est la dernière question.

Dr Samir Sinha: Pour commencer, encore une fois, je pense qu'il ne s'agit pas seulement des aînés en général, car nous devons également penser aux aînés à faible revenu qui sont aussi plus susceptibles d'être racialisés ou autochtones. C'est là, encore une fois, que si nous devons accorder un complément de revenu limité, je pense aux 2,2 millions de Canadiens âgés qui sont les principaux bénéficiaires du Supplément de revenu garanti parce que ce sont les personnes dont le revenu est le plus faible.

Je pense que si nous envisageons une mesure financière, je ciblerais d'abord les plus vulnérables d'entre nous, les personnes à faible revenu, parce que c'est une mesure d'aide financière immédiate qui pourrait être prise.

D'autre part, la première chose que veulent les Canadiens âgés pour le moment, c'est obtenir leur deuxième dose de vaccin le plus tôt possible parce que, rappelons-le, ils représentent encore 90 % des personnes qui meurent aujourd'hui.

Mme Leah Gazan: Merci.

Le président: Merci beaucoup, madame Gazan.

Monsieur Mihailidis et docteur Sinha, je vous remercie de votre leadership et de votre expertise. Nous apprécions beaucoup votre présence parmi nous. Cela nous aidera grandement dans notre étude.

Monsieur Mihailidis, si je peux me permettre, je vous remercie des efforts héroïques que vous avez déployés pour que la technologie fonctionne, et pour le plaisir que vous avez, je crois, procuré à vos voisins. Très sérieusement, nous vous sommes très reconnaissants d'être venus témoigner devant nous aujourd'hui.

Chers collègues, je suis certain que vous savez maintenant que le projet de loi d'exécution du budget n'a pas été renvoyé au Comité. Je vous souhaite donc une excellente et productive semaine dans vos circonscriptions et j'ai hâte de vous rencontrer le 25 mai, lorsque notre témoin sera la ministre des Aînés.

Y a-t-il consentement unanime pour lever la séance?

• (1735)

M. Stéphane Lauzon: Oui, monsieur.

Des députés: D'accord.

Le président: Bonne semaine à tous.

La séance est levée.

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 des communes.

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 :
<https://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: <https://www.ourcommons.ca>