



First Session  
Thirty-ninth Parliament, 2006-07

## SENATE OF CANADA

---

*Proceedings of the Special  
Senate Committee on*

# Aging

*Chair:*  
The Honourable SHARON CARSTAIRS, P.C.

---

Monday, February 5, 2007 (in camera)  
Monday, February 12, 2007

---

### Issue No. 3

**Fourth and fifth meetings on:**  
Special study on aging

---

INCLUDING:  
THE SECOND REPORT OF THE COMMITTEE  
(*Embracing the Challenge of Aging*, interim)

---

WITNESS:  
(*See back cover*)

Première session de la  
trente-neuvième législature, 2006-2007

## SÉNAT DU CANADA

---

*Délibérations du Comité  
sénatorial spécial sur le*

# Vieillessement

*Présidente :*  
L'honorable SHARON CARSTAIRS, C.P.

---

Le lundi 5 février 2007 (à huis clos)  
Le lundi 12 février 2007

---

### Fascicule n° 3

**Quatrième et cinquième réunions concernant :**  
L'étude spéciale sur le vieillissement

---

Y COMPRIS :  
LE DEUXIÈME RAPPORT DU COMITÉ  
(*Relever le défi du vieillissement*, intérimaire)

---

TÉMOIN :  
(*Voir à l'endos*)

THE SPECIAL SENATE COMMITTEE  
ON AGING

The Honourable Sharon Carstairs, P.C., *Chair*

The Honourable Wilbert J. Keon, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Chaput	* LeBreton, P.C.
Cordy	(or Comeau)
* Hervieux-Payette, P.C.	Mercer
(or Tardif)	Murray, P.C.

\*Ex officio members

(Quorum 3)

*Change in membership of the committee:*

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Johnson is removed, substitution pending (*February 1, 2007*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL  
SUR LE VIEILLISSEMENT

*Présidente* : L'honorable Sharon Carstairs, C.P.

*Vice-président* : L'honorable Wilbert J. Keon

et

Les honorables sénateurs :

Chaput	* LeBreton, C.P.
Cordy	(ou Comeau)
* Hervieux-Payette, C.P.	Mercer
(ou Tardif)	Murray, C.P.

\*Membres d'office

(Quorum 3)

*Modification de la composition du comité :*

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du Comité est modifiée, ainsi qu'il suit :

Le nom de l'honorable sénateur Johnson est enlevé, remplacement à venir (*le 1<sup>er</sup> février 2007*).

**MINUTES OF PROCEEDINGS**

OTTAWA, Monday, February 5, 2007  
(5)

[Translation]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 12:30 p.m. in camera, in accordance with rule 92(2)(f), in room 9 of the Victoria Building, the Chair, the Honourable Sharon Carstairs, P.C., presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Carstairs, P.C., Keon, Mercer and Murray, P.C. (4).

*Also present:* From the Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament: Julie Cool, Michael Toye and Howard Chodos, Analysts; Michelle MacDonald, Committee Advisor.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, November 7, 2006, the committee continued to examine the implications of an aging society in Canada. (*For the full text of the Order of Reference, see Issue No. 1, Monday, November 27, 2006.*)

It was agreed that senators' assistants be permitted to attend the meeting.

In accordance with rule 92(2)(f), the committee considered a draft report.

At 1:25 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

---

OTTAWA, Monday, February 12, 2007  
(6)

[Translation]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 12:38 p.m. in room 9 of the Victoria Building, the Chair, the Honourable Sharon Carstairs, P.C., presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Carstairs, P.C., Chaput, Cordy, Keon, Mercer and Murray, P.C. (6).

*Also present:* From the Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament: Julie Cool and Howard Chodos, Analysts; from the Committees Directorate: Vanessa Moss-Norbury, Committee Clerk.

*In attendance:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, November 7, 2006, the committee continued to examine the implications of an aging society in Canada. (*For the full text of the Order of Reference, see Issue No. 1, Monday, November 27, 2006.*)

**PROCÈS-VERBAUX**

OTTAWA, le lundi 5 février 2007  
(5)

[Français]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui à 12 h 30, à huis clos, conformément à l'alinéa 92(2)f du Règlement, dans la salle 9, édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Sharon Carstairs, C.P. (*présidente*).

*Membres du comité présents :* Les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Keon, Mercer et Murray, C.P. (4).

*Également présents :* De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque : Julie Cool, Michael Toye et Howard Chodos, analystes; Michelle MacDonald, consultante du comité.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 7 novembre 2006, le comité poursuit son étude sur les incidences du vieillissement de la société canadienne. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 du lundi 27 novembre 2006.*)

Il est convenu que les adjoints des sénateurs soient autorisés à assister à la présente séance.

Le comité étudie une ébauche de rapport, conformément à l'article 92(2)f du règlement.

À 13 h 25, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

---

OTTAWA, le lundi 12 février 2007  
(6)

[Français]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui à 12 h 38, dans la salle 9, édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Sharon Carstairs, C.P. (*présidente*).

*Membres du comité présents :* Les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Chaput, Cordy, Keon, Mercer et Murray, C.P. (6).

*Également présents :* De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque : Julie Cool et Howard Chodos, analystes; de la Direction des comités : Vanessa Moss-Norbury, greffière de comité.

*Aussi présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 7 novembre 2006, le comité poursuit son étude sur les incidences du vieillissement de la société canadienne. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 du lundi 27 novembre 2006.*)

*WITNESS:**Human Resources and Social Development Canada:*

Peter Hicks, Executive Director, Strategic Analysis, Audit and Evaluation

Mr. Hicks made a presentation and answered questions.

At 1:48 p.m., the committee suspended its proceedings.

At 1:57 p.m., the committee reconvened in camera, in accordance with rule 92(2)(f).

It was agreed that senators' assistants be permitted to attend this meeting.

The committee considered a draft report.

It was agreed that the committee adopt the interim draft report *Embracing The Challenge of Aging*, bearing in mind any corrections and observations made by members, as well as any technical amendments, and that the Chair table the report to the Senate.

The committee discussed future business.

At 2:14 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

*ATTEST:**TÉMOIN :**Ressources humaines et Développement social Canada :*

Peter Hicks, directeur exécutif, Analyse stratégique, vérification et évaluation

M. Hicks fait un exposé puis répond aux questions.

À 13 h 48, le comité suspend ses travaux.

À 13 h 57, le comité reprend ses travaux à huis clos conformément à l'alinéa 92(2)f) du Règlement.

Il est convenu que les adjoints des sénateurs soient autorisés à assister à la présente séance.

Le comité étudie une ébauche de rapport.

Il est convenu que le comité adopte le projet de rapport intérimaire *Relever le défi du vieillissement*, sous réserve des corrections et observations faites par les membres ainsi que des modifications de forme, et que la présidente dépose le rapport au Sénat.

Le comité discute de travaux futurs.

À 14 h 14, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

*ATTESTÉ :*

*Le greffier du comité,*

François Michaud

*Clerk of the Committee*

**REPORT OF THE COMMITTEE**

Thursday, March 1, 2007

The Special Senate Committee on Aging has the honour to table its

**SECOND REPORT**

Your Committee, which was authorized by the Senate on Tuesday November 7, 2006, to examine and report upon the implications of an aging society in Canada, respectfully tables its interim report entitled *Embracing the Challenge of Aging*.

Respectfully submitted,

*La présidente,*

SHARON CARSTAIRS, P.C.

*Chair*

*(Text of the report appears following the evidence.)*

**RAPPORT DU COMITÉ**Le jeudi 1<sup>er</sup> mars 2007

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement a l'honneur de déposer son

**DEUXIÈME RAPPORT**

Votre Comité, qui a été autorisé par le Sénat le mardi 7 novembre 2006 à examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne et d'en faire rapport, dépose respectueusement son rapport intérimaire intitulé *Relever le défi du vieillissement*.

Respectueusement soumis,

*(Le texte du rapport paraît après les témoignages.)*

## EVIDENCE

OTTAWA, Monday, February 12, 2007

The Special Senate Committee on Aging met this day at 12:38 p.m. to examine and report upon the implications of an aging society in Canada.

Senator Sharon Carstairs (*Chairman*) in the chair.

[*English*]

**The Chairman:** Honourable senators, we will begin to give you a report on our other senators. They will be here, but Senator Keon and Senator Chaput have been delayed for up to 40 minutes. Senator Cordy's flight has now arrived, so we are waiting for her to make it into our meeting.

We have a witness before us who has appeared before, namely, Peters Hicks, Executive Director, Strategic Analysis, Audit and Evaluation of Human Resources and Social Development Canada.

We invited Mr. Hicks back because we were interested in comments he made but he was with such a large panel, we did not have the opportunity to ask the kind of detailed questions that his thought-provoking discussion led us to want to ask him now.

I understand, Mr. Hicks, you have a policy paper to present to us and then we will begin with questions. Thank you very much, because I know you have had a short time frame to prepare for this meeting. We appreciate your being with us.

**Peter Hicks, Executive Director, Strategic Analysis, Audit and Evaluation, Human Resources and Social Development Canada:** It is a pleasure to be here. Short notice and all, it is a welcome opportunity.

I have studied these issues in Canada, but I have also studied them at the Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD, as well. I have coordinated much of the OECD's work on the implications of population aging in different countries. It is an honour to be here.

I will skip through my notes. When people talk about aging studies, often two different things are being discussed. They are both important but, if they are not separated, sometimes there can be confusion. First, there is the study of individual aging, which is really about seniors; that is, what policies impact older people and seniors.

The phrase, "population aging" or "aging societies," which is in your mandate, tends usually to be used more in the sense of the effects of the changing age structure and the size of the population. It is not so much about seniors at all but about the fiscal side: can you afford pensions and health care; what is the implication of lifelong learning and what is the implication of the aging workforce, both socially and economically. That set

## TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le lundi 12 février 2007

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 12 h 38, pour examiner, en vue d'en faire rapport, les incidences du vieillissement de la société canadienne.

**Le sénateur Sharon Carstairs (présidente)** occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

**La présidente :** Honorables sénateurs, pour commencer, j'ai des renseignements sur les autres sénateurs. Ils assisteront à la réunion, mais les sénateurs Keon et Chaput auront environ 40 minutes de retard. L'avion du sénateur Cordy vient d'atterrir; nous prévoyons donc qu'elle sera des nôtres aujourd'hui.

Nous recevons un témoin qui a déjà comparu devant nous; il s'agit de Peter Hicks, directeur exécutif, Analyse stratégique, vérification et évaluation, Ressources humaines et Développement social Canada.

Nous avons invité M. Hicks à comparaître de nouveau parce que ses propos nous ont donné matière à réflexion. Cependant, comme il était accompagné d'un grand nombre de personnes, nous n'avons pas pu lui poser les questions précises que nous aimerions lui poser aujourd'hui.

Je crois savoir, monsieur Hicks, que vous allez nous présenter un exposé, après quoi nous allons poser des questions. Nous savons que vous avez eu très peu de temps pour vous préparer pour cette réunion et nous vous remercions d'être avec nous aujourd'hui.

**Peter Hicks, directeur exécutif, Analyse stratégique, vérification et évaluation, Ressources humaines et Développement social Canada :** Malgré le court préavis, je suis heureux d'être ici aujourd'hui.

J'ai étudié les questions dont le comité est saisi, et ce, non seulement au Canada, mais également au sein de l'OCDE, l'Organisation de coopération et de développement économiques, où j'ai coordonné une grande partie des travaux sur les incidences du vieillissement de la population dans divers pays. C'est un honneur pour moi d'être ici.

Je vais parcourir rapidement mes notes. Lorsqu'on parle d'études sur le vieillissement, on fait généralement référence à deux différents types d'études. Elles sont tout aussi importantes l'une que l'autre, mais si on ne fait pas la distinction entre les deux, il peut parfois y avoir de la confusion. Premièrement, il y a les études sur le vieillissement individuel, qui portent en fait sur les aînés et qui visent à déterminer quelles politiques ont des répercussions sur ce groupe de personnes.

Quand on parle du « vieillissement de la population », ou « vieillissement de la société », que vous étudiez dans le cadre de votre mandat, on fait plutôt référence aux effets de l'évolution de la structure par âge et de la taille de la population. Il est question ici non pas tant des aînés, mais de l'aspect financier, notamment du financement des régimes de pension et du système de santé, et des conséquences de l'apprentissage continu et du vieillissement

of discussions tends to have dominated the discussions in the past decade, obviously in anticipation of the coming retirement of the baby boomers.

Most discussions of aging have been more on population aging and less on the question of seniors and older people. Increasingly around the world, that debate is now shifting away from, can we afford to grow old — most countries have an answer to that question now — to the question of population size, below replacement fertility. That phase of the debate has not hit Canada at the national level, although it has hit Quebec and some of the provinces.

I can speak to you about population aging. I know something about life-course flexibility. When I was approached last week, I was somewhat hesitant because I cannot speak to you authoritatively on the issue of older people and seniors. There are other people in our department who run the pension scheme. Perhaps you noticed that in my last testimony before you. I relied heavily in my last testimony on everyone but myself. I do not speak for pensions. I do not speak for New Horizons for Seniors. I am not advising Senator LeBreton on her new responsibilities: others in the department are. They would be pleased to come back at the appropriate time.

I am shaping my answers to your questions from a life-course population aging perspective. I will defer on other matters because I am not the right person to talk on some of those seniors' issues.

Your first question relates to defining seniors. My basic point is that in all OECD countries there is a fundamental problem. The number of young people in school is growing. Sorry, that is wrong. The period of life people spend in school is growing, the period of retirement growing hugely, and the proportion spent in work in the centre of life is shrinking. For some time, that situation has been treated as a serious economic problem by OECD countries. It has fiscal implications but also questions related to who is producing and consuming.

Most recently, a social dimension has been added to that. People are beginning to ask why we are spending a third of our life healthy and skilled, with many but not all wanting to work longer. Why are the cards squishing work in the middle of life and is it not better to have a scheme where there is more flexibility for learning, caregiving, work and leisure than is the current case. That social dimension has been added to the economic dimension that was dominant in the 1990s.

In response to that issue, a number of countries, as your question notes, are taking steps to increase age of entitlement to retirement benefits. The Americans did that many years ago. A number of other countries have recently joined them. Sweden and other countries are taking a different approach.

de la population active, tant sur le plan social qu'économique. Voilà les sujets qui ont surtout dominé les discussions au cours de la dernière décennie, en raison, de toute évidence, de l'imminence du départ à la retraite des baby-boomers.

La plupart des discussions ont porté davantage sur le vieillissement de la population que sur les aînés. Partout dans le monde, le débat tourne moins autour de la capacité d'assumer les coûts associés au vieillissement — la plupart des pays ayant réglé cette question — que du déclin de la population, à cause des taux de fécondité insuffisants pour renouveler les générations. Ce problème ne fait pas l'objet d'un débat à l'échelle nationale; il se limite au Québec et à quelques autres provinces.

Je peux vous parler du vieillissement de la population ainsi que de la souplesse relativement au parcours de vie. Quand j'ai reçu l'invitation à comparaître la semaine passée, j'étais quelque peu hésitant parce que je n'ai pas toutes les connaissances voulues pour vous entretenir des personnes âgées. Il y a des gens au sein du ministère qui sont chargés des programmes destinés aux retraités, et vous vous souvenez peut-être que lorsque j'ai témoigné devant vous, c'est à leur expertise, et non à la mienne, que je me suis fié. Je ne peux pas faire d'observations sur le régime de pensions ni sur le programme Nouveaux Horizons pour les aînés. Je suis aussi mal placé pour conseiller le sénateur LeBreton; cette tâche revient à d'autres collègues, et ils seraient ravis de revenir au moment opportun.

Je suis en mesure de répondre aux questions portant sur le vieillissement de la population selon la perspective du parcours de vie. Pour ce qui est des autres questions sur les aînés, je suis incapable d'y répondre.

Votre première question porte sur la définition des aînés. Ce qu'il faut surtout retenir, c'est qu'il existe un problème fondamental dans tous les pays de l'OCDE : le nombre de jeunes aux études augmente. Non, je me reprends. Le nombre d'années consacrées aux études augmente, la durée de la retraite s'accroît considérablement, et la période que les personnes d'âge moyen passent sur le marché du travail diminue. Depuis un certain temps déjà, les pays de l'OCDE considèrent cette situation comme un grave problème économique, en raison des répercussions financières et de la nécessité de connaître l'offre et la demande.

Tout récemment, une dimension sociale est venue s'ajouter au problème. Les gens commencent à se demander pourquoi être seulement un tiers de la vie actif et en bonne santé, alors que beaucoup souhaitent travailler plus longtemps, même si ce n'est pas la majorité. Pourquoi concentre-t-on le travail au milieu de la vie? Ne serait-il pas mieux d'avoir un système qui nous offre plus de souplesse pour organiser l'apprentissage, les soins, le travail et les loisirs? C'est cette dimension sociale qui s'est ajoutée à la dimension économique qui prédominait dans les années 1990.

Pour régler ce problème, plusieurs pays, comme vous le mentionnez dans votre question, prennent des mesures pour augmenter l'âge d'admissibilité aux prestations de retraite. C'est ce qu'ont fait les Américains il y a de nombreuses années, et bien d'autres pays ont récemment suivi leur exemple. Toutefois,

They are not raising the age of entitlement but adjusting the benefit to the longevity of the cohort that receives them.

I have in my notes some bullets that remind us that age of entitlement is an important issue, without question, but it is not a big issue in the sense of any changes that will get you big numbers. Most people retire well before age 65 now. The patterns of retirement in Canada for older people have been going through the roof in the last five years, independent of any change in eligibility. People adjust and adapt. If you want to remove incentives to early retirement, you do not have to do it through age. There are many other ways in pension schemes and lots of other ways you can do that.

Usually when countries have increased the age of entitlement, they have done it gradually, with lots of notice. The change is more a signalling device that we are spending many more years in retirement in good health than it is for having any direct effect. I do not say it is not important, but changing the age of entitlement, at the end of the day, has little direct effect on increasing the length of time people spend in the labour market.

Is there an alternative? I will not go into the obvious. Nothing in our biology says we should retire at age 65. There probably was something at the beginning of the last century for manual workers: people in construction and on machine lines. They could not work much beyond 65 in most cases but that rationale has largely disappeared. Similarly, on the social side, there is no obvious reason why we should leave one of the main institutions that gives meaning to our society at age 65. Some people leave for sickness and various reasons but nothing in our society or biology dictates that we must leave at age 65.

Alternatives: The committee heard a witness, Byron Spencer, who pointed out that being old has changed. Should we think of a variable age for being a senior? Can we link the notion of "being old" to longevity? We can for analytic purposes, but I defy anyone to come up with a sensible program they could sell that links to longevity. On an individual basis, we do not know when we will die. It is tricky to make that calculation except as a formula in a pension benefit.

Do we need an age of entitlement at all? If we had a truly clean slate, most people would say: Why not give people the full choice to work, take leisure, go to school or give care in a much more flexible way over the course of life? Why do we have a fixed age when all of that should change, seeing as individuals are diverse in terms of their preferences for work and leisure. They are diverse in terms of whether they want to work and whether there is a meaningful opportunity to work.

certain, comme la Suède, ont adopté une approche différente. Au lieu d'augmenter l'âge d'admissibilité, ils rajustent les prestations en fonction de la longévité du groupe d'âge qui les reçoit.

J'ai noté en style télégraphique des faits montrant que l'âge d'admissibilité est manifestement un facteur important, mais pas en ce sens qu'il peut engendrer de grands changements. De nos jours, la plupart des gens prennent leur retraite bien avant l'âge de 65 ans. Au Canada, les tendances en matière de retraite ont beaucoup évolué au cours des cinq dernières années, peu importe les changements apportés à l'âge d'admissibilité. Les gens s'adaptent. Si l'on souhaite éliminer les incitatifs à la retraite précoce, il n'est pas nécessaire de modifier l'âge d'admissibilité; il existe bien d'autres façons de s'y prendre; il y a de nombreuses solutions de rechange.

En règle générale, les pays qui ont augmenté l'âge d'admissibilité l'ont fait progressivement, en informant les gens suffisamment à l'avance. Le changement a davantage pour objet de faire prendre conscience que nous passons plus d'années à la retraite en bonne santé que de provoquer un effet direct. Cela ne veut pas dire que la modification de l'âge d'admissibilité n'a aucune importance, mais au bout du compte, elle a très peu d'incidence directe sur le nombre d'années passées sur le marché du travail.

Y a-t-il des solutions de rechange? Il va sans dire qu'il en existe. Il n'y a aucun facteur biologique qui nous indique que nous devons partir à la retraite à l'âge de 65 ans. Évidemment, au début du siècle dernier, c'était peut-être le cas pour les travailleurs manuels, comme ceux travaillant dans la construction ou sur les lignes d'usinage. Dans la plupart des cas, ces personnes ne pouvaient travailler bien au-delà de l'âge de 65 ans, mais ce n'est pratiquement plus le cas de nos jours. Parallèlement, sur le plan social, aucune raison évidente n'explique pourquoi nous devrions abandonner, à l'âge de 65 ans, une des institutions les plus importantes et les plus valorisantes de notre société. Certaines personnes arrêtent de travailler pour des raisons de santé ou autres, mais rien dans notre société ou notre biologie ne dicte que nous devons prendre notre retraite à l'âge de 65 ans.

Pour en revenir aux solutions de rechange, un des témoins que le comité a entendu, Byron Spencer, a souligné que le concept de la vieillesse a changé. Faut-il en conclure que l'âge de la vieillesse varie d'une personne à l'autre? Pouvons-nous établir un lien entre prendre de l'âge et vivre vieux? À des fins d'analyse, c'est possible, mais je mets quiconque au défi de concevoir un programme raisonnable lié à la longévité. Nul ne sait quand il mourra; par conséquent, on établit une formule pour calculer les prestations de retraite.

Avons-nous réellement besoin de fixer un âge d'admissibilité? S'il fallait tout recommencer, la plupart d'entre nous dirait : « Pourquoi ne pas nous laisser entièrement le choix de travailler, d'avoir des loisirs, d'étudier ou de s'occuper des autres avec une plus grande marge de manœuvre tout au long de notre vie? Pourquoi avons-nous un âge fixe de la retraite? Tout le système devrait changer, car chacun d'entre nous a des préférences différentes pour ce qui est du travail et des loisirs. Nous n'avons pas tous l'envie ni la possibilité de travailler. »



The trouble with forgetting about the retirement age altogether is some people now would clearly lose with that approach. There are still people who cannot find work, who are sick and who cannot work much longer: If we take out the guarantee of retirement at age 65, we want to make sure that there is a real choice in place. In the long run it is conceivable to drop age altogether and making the whole thing more flexible.

Another line of argument is: Do we want a second line? The fourth age line, often talked about as around age 75, is where there is a biological change and where people are nearing frailty and they may need extra supports to maintain their dignity and independence. A number of people have made the case for a policy dividing line. The difficulty there is that it does not happen at the same time for everyone: the age of 75 is a convenience. Frailty happens to some people at age 55 and other people at age 95. For some people who die in good health, it does not apply at all. Once we start with those dividing lines, it is difficult to know why we would have a different set of policies for people who become disabled at the end of their lives than for people who become disabled at age 65, 55 or 45. An ageist issue comes in at that level. I am making life more complicated for you without any answers.

Your second question about the diversity for seniors was, "Does the National Framework on Aging still reflect current thinking."

The National Framework on Aging is about seniors, about older people. On the particular issues most of you are interested in, you will have to invite other people from the department who deal with them. Let me say, you have asked a darn good question. That framework was developed in the mid-1990s, and was cast in the language in of 1999, the International Year of Older Persons. The 1990s are only a couple of years ago, but the world looks nothing like it did in the 1990s. Remember in the 1990s, hardly anyone over age 65 was working, except in a few occupations, and except for a few self-employed people. We were at the end of a 20- to 25-year stretch towards ever earlier retirement. Back in the 1990s, the health debate was, is this increasing longevity spent in good health or are we simply extending the period of bad health? That subject was a real debate in the 1990s. People thought longevity meant more time in ill-health and were not sure it was a good thing.

Hardly anyone was in the labour market. The concern was that people were retiring earlier and earlier, and health would be a big problem with respect to increasing dependency. When we look at the framework then, the words apply to everyone and they are still completely sensible today: dignity, independence,

Si on ne fixe tout simplement plus d'âge pour la retraite, il est clair que certaines personnes seront désavantagées. Il y a des gens qui n'arrivent pas à trouver du travail ou qui sont malades et qui ne pourront plus travailler pendant encore bien longtemps. Si nous éliminons la garantie d'une pension à 65 ans, il faut veiller à ce que tous jouissent de choix véritables. À long terme, il est envisageable de ne plus fixer d'âge pour la retraite et de créer un régime plus souple.

On se demande souvent si on ne devrait pas établir un autre âge, soit le quatrième âge, qu'on situe souvent aux alentours de 75 ans et qui marque un changement biologique de même que le passage vers une santé plus fragile et le recours à de l'aide pour conserver son autonomie et sa dignité. Bien des gens soutiennent qu'on devrait envisager une nouvelle ligne de démarcation chez les personnes âgées. Le problème est que l'âge auquel se fait ce passage varie d'une personne à une autre : l'âge de 75 ans revêt un caractère pratique. Chez certaines personnes, c'est à 55 ans que la santé devient plus fragile, tandis que pour d'autres, c'est à 95 ans. Et les personnes qui meurent en bonne santé ne vivent jamais ce 4<sup>e</sup> âge. Quand on établit des lignes de démarcation, il est difficile de comprendre pourquoi nous adopterions des politiques à l'intention des personnes qui deviennent invalides à la fin de leur vie différentes de celles s'adressant aux gens qui le deviennent à 65, 55 ou 45 ans. Il s'agit là d'une question qui concerne le vieillissement. Je ne vous éclaire pas beaucoup, car je n'ai pas de réponses à vous offrir.

Au sujet de la diversité des personnes âgées, vous vouliez savoir si le Cadre national sur le vieillissement reflète encore la pensée actuelle.

Le Cadre national sur le vieillissement concerne les politiques visant les personnes âgées. Pour répondre aux questions précises qui intéressent la plupart d'entre vous, vous allez devoir inviter des représentants du ministère compétents en la matière. Permettez-moi néanmoins de vous dire que vous avez posé là une excellente question. Le cadre a été élaboré au milieu des années 1990 avec le vocabulaire utilisé dans le contexte de l'Année internationale des personnes âgées, en 1999. Les années 1990 ne sont pas si loin, mais le monde n'est plus ce qu'il était à cette époque. Souvenez-vous que dans ces années-là, très peu de personnes de plus de 65 ans occupaient un emploi; il y en avait dans quelques domaines seulement et on comptait un petit nombre de travailleurs autonomes de cet âge. Nous étions à la fin d'une période 20 à 25 ans durant laquelle les gens avaient tendance à prendre leur retraite de plus en plus tôt. À cette époque, les débats dans le domaine de la santé portaient sur l'inquiétude qu'une plus grande espérance de vie se traduirait par le prolongement d'une mauvaise santé. Ce sujet-là était au coeur des discussions dans les années 1990. Les gens pensaient que l'augmentation de l'espérance de vie signifiait vivre plus longtemps en mauvaise santé et ne croyaient pas que c'était une bonne chose.

La population active avait grandement diminué. On se préoccupait du fait que les gens prenaient leur retraite de plus en plus tôt et que la mauvaise santé des personnes constituerait un problème important puisqu'elles auraient davantage recours à de l'aide pour conserver leur autonomie. Les principes prescrits par

participation, fairness and security. That concern made particular sense when we thought people would not be in the labour market, so we needed to help out extra with these kinds of words. The words still apply, but they apply to a society that now looks nothing like the 1990s. The big worry in the 1990s was unemployment. Where were the jobs to work longer in? It did not make any sense. Today we are talking about labour shortages. We could not have seen in the 1990s that the trend had already turned around. Older people were working much longer. That trend changed about 1996, but we could not see it in the 1990s. We can see it now. People are working longer. Labour shortages are the flavour of the month. The research shows that most increasing longevity is spent in good health, not in bad health. There is still argument about that issue but the debate is partially over. By and large, the view is more optimistic.

You are right to ask the question. The year 2012 is when the baby boomers start retiring. We often think that phase has started now. The baby boomers reach 65 in 2012. The world in the ten years after 2012, likely will look much different from the 1990s in terms of the labour-market situation and the social situation of older people.

I think you are wise to raise the issue. I have no great wisdom to suggest what the world after 2012 might look like, except that it is a fair bet it will not look much like the 1990s. The question is: Are we sufficiently near to 2012 to come up with good answers to that question or should we park some of those questions? I do not know the answer. I think the work of your committee will be particularly helpful in our round issues like that.

The third issue the committee raised is about frameworks. What is the best intellectual framework for talking about these things? You mentioned a life-course perspective, an active aging perspective and a healthy aging perspective. The underlying serious analytical perspective is the life-course perspective. The other two are slogans. This perspective is the whole framework for looking at things.

Right now most of our policies are point-in-time. We do something for people who were poor last year. If people are seven years old, we put them in the Grade 2 curriculum, and so on. A life-course perspective runs counter to that approach. This approach says we should look at the whole of life and, particularly, how things at one stage of life make a difference at subsequent stages: early childhood into school; school system into adolescence; adolescence into the workforce; and the workforce into being a senior. Income and health as a senior are largely set. When we are middle-aged, it is largely set, though not completely, at an earlier stage.

le cadre s'appliquent aux personnes de tous âges et ils sont encore tout à fait valables aujourd'hui. Il s'agit de la dignité, de l'autonomie, de la participation à la société, de l'équité et de la sécurité. Ces principes avaient un sens particulier car on savait que bien des gens n'allaient plus être sur le marché du travail. Ils sont encore valables, mais ils s'appliquent à une société qui est complètement différente de celle des années 1990. À ce moment-là, le chômage était la principale préoccupation. Où étaient les emplois qui allaient nous permettre de travailler plus longtemps? C'était insensé. Aujourd'hui, nous parlons des pénuries de main-d'oeuvre. On ne pouvait pas voir dans les années 1990 que la tendance s'était déjà inversée. Les gens plus âgés travaillaient beaucoup plus longtemps. C'est vers 1996 que la tendance s'est inversée, mais nous ne pouvions pas l'observer dans les années 1990. C'est maintenant que nous le voyons. Les gens travaillent en effet plus longtemps. Les pénuries de main-d'oeuvre constituent le sujet de l'heure. Des recherches montrent qu'une plus longue espérance de vie signifie que les gens vivent une grande partie des années supplémentaires en bonne santé. Ce sujet-là fait encore l'objet d'une discussion, mais le débat est pratiquement clos. Dans l'ensemble, il y a davantage d'optimisme à cet égard.

Vous avez raison de poser la question. C'est en 2012 que les baby-boomers vont commencer à prendre leur retraite. Souvent, nous pensons que c'est déjà commencé, mais c'est en 2012 que les premiers baby-boomers atteindront l'âge de 65 ans. Dans les dix ans qui suivront 2012, le monde sera très différent de celui des années 1990 sur le plan du marché du travail et de la situation sociale des personnes âgées.

J'estime que vous faites très bien de soulever cette question. Je ne peux pas deviner à quoi ressemblera le monde après 2012, mais je crois qu'on peut parier qu'il ne ressemblera pratiquement en rien à celui des années 1990. Il faut se demander ceci : sommes-nous suffisamment près de 2012 pour trouver de bonnes réponses à cette question ou devrions-nous attendre pour y répondre? Je ne le sais pas. Je crois que les travaux de votre comité seront particulièrement utiles à cet égard.

Troisièmement, le comité s'est interrogé aussi au sujet de plusieurs cadres. Quel est le meilleur cadre pour discuter de ces choses-là? Vous avez parlé de la perspective du parcours de vie, du vieillissement actif et du vieillissement en santé. La perspective du parcours de vie est celle qui permet une analyse sérieuse. Les deux autres sont des slogans. Cette perspective constitue le cadre de réflexion.

La plupart des politiques en vigueur visent principalement des interventions ponctuelles. Nous prévoyons des mesures pour les gens qui, l'an passé, ont eu un faible revenu; nous offrons le programme de deuxième année aux enfants de 7 ans; et cetera. La perspective du parcours de vie est contraire à cette approche. Elle suppose que nous devrions examiner la vie dans son ensemble et nous oblige à reconnaître que les événements à un stade de la vie d'une personne changent bien des choses à des stades ultérieurs : l'entrée à l'école, le passage à l'adolescence, l'entrée sur le marché du travail et la retraite. À l'âge de la vieillesse, le revenu et l'état de santé ne changeront généralement plus beaucoup. Il en va de même à l'âge moyen, quoique pas tout à fait au début de cette période.

A life-course perspective makes us analyze that and makes us favour social investment policies and preventive policies more than the interventionist policies that apply at a particular point in time later in life.

More than that, the life-course approach is much more finely grained. It forces us to look at the lives of real people. This approach supports qualitative analysis as well as quantitative analysis. It looks at the range of resources available to people, not only income but time use and shares of information — not only from government, but from a whole range of family, community and government. It deals with human capital, assets and all those kinds of things.

Everyone has always wanted to have life-course policies. It is common sense that life is a continuum. However, we have not had the tools to do that. Those tools, in the form of longitudinal surveys and new analytic techniques, are now becoming available, and we are developing life-course policy now because we can. We have not reached the stage where this change has had much impact on policy yet. It is still more a question of analysis and thinking things through. I have no doubt that as these new tools and databases come into play, policy will change, but certainly not tomorrow morning. It will take some years. By the time the baby boomers hit 2012, we will know more about how to shape finely grained policies that meet the real needs of people in that group.

“Active aging” is slogan invented at the OECD. I invented it. Americans were using a phrase called “productive aging,” which did not receive much credence around the world. Europeans did not like the term, “productive aging,” so we coined the phrase, “active aging.” They mean almost the same thing. They mean we should be able to participate in all the institutions of society as we became older, including the worlds of work.

Healthy aging is about the same thing except it is slightly narrower. The determinants of health and the determinants of social well-being are almost the same, so they are related. However, with health more emphasis is on fitness, health, and those things that you would need policy for to prevent constraints on dependence, dignity and things like that.

I think perhaps active aging has run its course. Slogans come and go. We need to be careful with slogans. However, the underlying life-course kinds of analyses I think will stick and they have permanence.

Federal government role is your final question. I confess I cannot answer your question with respect to seniors and aging. I know you would like me to, and I have had the words from other parts of our department. Please invite us back. I believe you have already had discussions with Senator

La perspective du parcours de vie nous porte à faire cette analyse et à privilégier des politiques d'investissement social et préventives plutôt que des politiques interventionnistes qui s'appliquent à une période précise plus tard dans la vie.

En outre, la perspective du parcours de vie suscite une analyse beaucoup plus peaufinée. Elle nous force à étudier la vie que mènent véritablement les gens. Elle implique une analyse tant qualitative que quantitative. Elle nous oblige à examiner la gamme des ressources dont les gens disposent, à savoir non seulement le revenu, mais aussi le temps, et ce dans l'optique de la famille, du travail, de la collectivité et du gouvernement. Elle nous amène à nous pencher sur le capital humain et d'autres actifs de la sorte.

Nous avons toujours voulu nous doter de politiques qui tiennent compte du parcours de vie. Il va de soi que la vie est composée d'étapes qui se succèdent. Toutefois, nous n'avons jamais eu les outils nous permettant de le faire. Ces outils, à savoir des études longitudinales et de nouvelles techniques d'analyse, commencent à être à notre disposition et nous permettent dorénavant d'élaborer des politiques fondées sur le parcours de vie. Cependant, nous n'observons pas encore de grands changements. Nous en sommes encore au stade de l'analyse et de la réflexion. Je suis certain qu'à mesure que ces nouveaux outils et nouvelles bases de données seront de plus en plus utilisés, les politiques évolueront, mais ce n'est pas demain la veille. Il faudra bien des années. D'ici à ce que les baby-boomers atteignent l'âge de 65 ans, en 2012, nous serons davantage en mesure d'élaborer des politiques mieux adaptées aux véritables besoins des gens de cette génération.

Le vieillissement actif est un slogan inventé par l'OCDE. En fait, c'est moi qui y ai pensé. Les Américains parlaient du vieillissement productif, qui est un terme qu'on n'a pas réussi à faire accepter à l'échelle internationale. Les Européens ne l'aimaient pas, alors nous avons inventé l'expression « vieillissement actif ». Les deux termes signifient pratiquement la même chose, soit que nous devrions tous être en mesure de participer à toutes les institutions de la société pendant que nous vieillissons, y compris le marché du travail.

Le vieillissement en santé a un sens un peu plus restreint que le vieillissement actif. Comme les déterminants de la santé et ceux du bien-être collectif se chevauchent considérablement, ils sont donc liés. Cependant, cette expression met l'accent sur la condition physique, la santé et la réduction des contraintes de la vie qui entraînent la perte d'autonomie et de dignité.

Je pense que l'expression « vieillissement actif » a peut-être fait son temps. Les slogans ne durent pas. Il faut les utiliser avec modération. Cela dit, le genre d'analyses que suscite la perspective du parcours de vie seront toujours judicieuses.

Votre dernière question porte sur le rôle du gouvernement fédéral. J'avoue que je ne peux pas répondre à votre question concernant les personnes âgées et le vieillissement. Je sais que vous aimeriez que j'y réponde, mais je peux vous dire que j'ai parlé à des personnes compétentes au sein du ministère, et je

LeBreton. I do not know how the discussions have gone but people are eager to come back for that discussion on federal government role.

With respect to the things I can talk about — population aging and life courses — the long and the short of it is that there are always problems, but compared to almost every other country, Canada is in good shape with respect to the population aging set of issues. Our fiscal situation and pensions are good. Health care, a problem everywhere, is already receiving much attention. Canadians are flexible in their retirement patterns. More could be done and more ought to be done: There is no question of that. By and large, compared to almost everywhere else, Canada stands as a good-news story on the population aging front. Some people think that Canada has a small problem of population aging compared to Germany or Japan. We do in absolute numbers, but in terms of the rate of change, Canada is aging faster than most other countries in the world. It is not that we do not have a big challenge: it is only that we seem to be well situated to deal with that challenge of population aging, compared to many other countries.

Many of us start off a policy prescription about any subject whatsoever with “Population is aging, therefore. . . .” Population aging tells us that there is volume pressure — a lot more older people and a lot fewer younger people et cetera — but it is not terribly helpful in telling us what to do about it. The main prescription for an aging population is to remove disincentives to work, but we do that whether a population that is aging or not. The standard argument is to increase productivity. That is absolutely true. Of course we should do that whether the population is aging or not. The standard prescription is to make sure health care is effective and working well. That is great, and it is true, but we should do that regardless.

Population aging by itself tells us few things about what we should do but it tells us when we should do things because of these volume pressures. The work of your committee may be less interested in population aging per se, and may be more interested in the intercept between the volume pressures and some of the individual life-course things kinds of things that you are signalling an interest in. I think a difficult area where recommendations and study is particularly needed is baby boomers and what their life will be like in retirement, and combine that with the population aging. Some of the other studies, in my view, have run their course. I am not sure one more population study — and there have been excellent ones — by itself will tell us too much new. I am probably wrong. However, when you combine these various things, as the mandate of your committee allows, I think you are into something interesting.

Thank you, and I am sorry I went too long.

vous invite à les convoquer. Je crois que vous avez d'ailleurs déjà discuté avec le sénateur LeBreton. Je ne sais pas comment se sont déroulées ces discussions, mais je sais que les gens du ministère ont hâte de vous entretenir du rôle du gouvernement fédéral.

Quant aux sujets que je peux aborder — le vieillissement de la population et le parcours de vie — je peux vous dire qu'il est inévitable qu'il y ait des problèmes, mais que le Canada fait assez bonne figure à ce chapitre comparativement à la plupart des autres pays. Notre situation financière et celle des régimes de pensions sont bonnes. Quant aux soins de santé, qui dans tous les pays est un secteur difficile à gérer, nous y voyons déjà de près. Les tendances au Canada en matière de retraite sont variées. Nous pourrions faire plus, et il le faut. Cela ne fait aucun doute. Dans l'ensemble, comparativement à la plupart des autres pays, le vieillissement de la population au Canada ne pose pas beaucoup de difficultés. Certains pensent que, par rapport à l'Allemagne ou au Japon, le problème du vieillissement de la population au Canada n'est pas aussi important. Je dois dire que c'est vrai en termes de chiffres absolus, mais sur le plan du rythme, la population canadienne vieillit plus rapidement que celle de la plupart des autres pays du monde. Nous avons comme eux un grand défi à relever, mais il semble que nous soyons mieux à même d'y faire face.

Souvent, quand vient le temps d'élaborer une politique à propos de quoi que ce soit, nous commençons par dire que puisque la population vieillit, nous devons par conséquent... Le vieillissement de la population nous indique que la société se composera d'un nombre bien plus élevé de personnes âgées et de beaucoup moins de jeunes, mais cela ne nous dit par contre aucunement comment faire face à ce phénomène. La principale solution est de supprimer les facteurs de dissuasion au travail, mais c'est ce que nous devons faire même si la population n'est pas vieillissante. Aussi, on dit souvent qu'il faut accroître la productivité, et c'est tout à fait vrai. Bien sûr, c'est encore ce qui s'impose, que la population soit ou non vieillissante. De même, il faut peu importe veiller à ce que le système de santé soit efficace et fonctionne bien.

Le vieillissement de la population en tant que tel nous donne peu d'indications sur les mesures à prendre, mais il nous dicte par contre quand nous devrions agir, à cause des pressions exercées sur le système. Au lieu de se pencher sur le vieillissement de la population proprement dit, votre comité devrait peut-être étudier davantage le lien qui existe entre les pressions qui s'exercent et certains des éléments touchant le parcours de vie pour lesquels vous avez signifié un intérêt. Je crois qu'il y aurait lieu de formuler des recommandations et de faire des études sur la vie que mèneront les baby boomers à la retraite ainsi que sur le vieillissement de la population. Certaines des études qui ont déjà été effectuées sont selon moi désuètes. Je ne pense pas qu'une autre étude sur la population — et je dois dire qu'il y en a eu des excellentes — nous apprendrait grand-chose de nouveau. J'ai probablement tort, mais j'estime qu'il serait intéressant que votre comité se penche sur tout cela étant donné que votre mandat vous le permet.

Je vous remercie, et je suis désolé d'avoir été si long.

**The Chairman:** Not at all: We were interested in what you had to say.

I am particularly interested in any suggestions you might make with respect to removing the disincentive to work. What kinds of things would you suggest can be done in Canada to remove that disincentive to work, while at the same time — and I think you referred to this — protecting those people who need the programs in place, whether because of illness or incapacity of some nature?

**Mr. Hicks:** I will run through the standard answer to that question because I do not have any wisdom beyond the standard answer. It is a question that all OECD countries are addressing. We are by no means unique. In most other countries, the first thing they say is fix the pension scheme, because there are huge disincentives in the public pension scheme of a lot of countries. That answer does not apply here. We do not have that easy answer of fixing the public pension scheme.

There are certain things we could do in the public pension schemes. The Department of Finance put out a white paper or green paper several years ago concerning the five-year review of the Canada Pension Plan, CPP, that is currently coming to an end. It examined such questions as whether people should be allowed to work and receive a pension at the same time and whether there should be anything in taxation or pension law to prevent one from working and receiving a pension at the same time.

A number of questions have been raised about the actuarial fairness of the adjustment in the CPP. Compared to other countries, CPP is a model, a dream come true, but there may be slight incentives to retire in the earlier part of that period rather than the later part. There have been more recent concerns about the coverage of private pension plans. There is some concern that public pension plans such as the ones I have, and I expect you may as well that are private, that have a formula that reward people for retiring at the best of their last seven years or whatever, are a disincentive to carry on in their present job. People who are reasonably well educated and skilled can get around it easily; they take a job somewhere else. They become a consultant or they do something else. The problem is much bigger for people without those mobile skills.

There has been much work around older workers. Age is a dangerous thing in these discussions. What can we do to keep older workers working longer? There are labour market programs that work well. They are costly, but they work. We certainly do not reward people for not working. That was the pattern of 1980s, which most countries had gotten rid of by the 1990s and early 2000.

Often people retire earlier because they do not have the skills to continue, or they become emotionally exhausted with the job they have. Schoolteachers are an example; they do not want to look at another class of three-year olds. However, that situation happens because the school boards, the universities and teachers expected

**Le président :** Ne soyez pas désolé, vos propos sont fort intéressants.

J'aimerais surtout savoir si vous avez des suggestions à faire en ce qui concerne l'élimination des facteurs de dissuasion au travail. Que pourrions-nous faire à cet égard au Canada, tout en veillant — comme vous l'avez mentionné je crois — à protéger les personnes qui ont besoin des programmes existants, que ce soit en raison d'une maladie ou d'une incapacité?

**M. Hicks :** Je vais vous donner la réponse habituelle à cette question, car je n'ai pas réussi à en trouver d'autres. Il s'agit d'un problème sur lequel se penchent tous les pays de l'OCDE. Nous ne sommes pas du tout uniques. Dans la plupart des autres pays, la première solution à laquelle on pense, c'est modifier les programmes publics en matière de retraite afin d'éliminer les obstacles importants qu'ils causent. On ne peut pas appliquer cette solution au Canada. Nous ne pouvons pas avoir recours à cette solution facile.

Il y a par contre certaines mesures que nous pourrions prendre en ce qui concerne ces programmes. Le ministère des Finances a publié un livre blanc ou un livre vert il y a quelques années portant sur l'examen quinquennal du Régime de pensions du Canada, le RPC, qui est sur le point d'être terminé. Dans ce document, le ministère se demande si les gens devraient pouvoir travailler tout en recevant une pension et si la législation en matière d'impôt ou de pension devrait contenir des dispositions interdisant à une personne de travailler en même temps qu'elle reçoit une pension.

On a souvent mis en doute la justesse du calcul actuariel du rajustement des pensions. Comparativement à ce qui existe dans d'autres pays, le RPC est un modèle, un exemple à suivre, mais il se pourrait qu'il favorise un départ à la retraite vers le début de la période en question plutôt que vers la fin. Récemment, des préoccupations ont été soulevées à propos des régimes de pension privés. Puisque les régimes de pension publics, et je suppose que c'est vrai aussi pour les régimes privés, récompensent les personnes qui prennent leur retraite à la fin de leurs sept meilleures dernières années, on craint que cela décourage les gens de continuer à travailler. Ceux qui ont un assez haut niveau d'instruction et qui sont très compétents peuvent facilement contourner cet obstacle en devenant consultant ou en faisant autre chose. Le problème est beaucoup plus important pour les personnes qui ne sont pas aussi polyvalentes.

Les discussions à propos des travailleurs âgés sont nombreuses. L'âge est un sujet délicat. Quelles mesures peut-on prendre pour faire en sorte que les travailleurs âgés restent plus longtemps sur le marché du travail? Il existe des programmes qui fonctionnent bien, quoi qu'ils soient coûteux. Chose certaine, nous ne récompensons pas les gens pour le fait qu'ils ne travaillent pas. C'était le cas dans les années 1980, mais dans les années 1990 et au début des années 2000, ce ne l'était plus dans la plupart des pays.

Souvent, les gens prennent leur retraite plus tôt parce qu'ils ne possèdent pas les compétences nécessaires pour continuer à travailler ou parce qu'ils souffrent d'épuisement psychologique causé par leur travail. Les professeurs en sont un bon exemple; il arrive parfois qu'ils n'aient plus la force nécessaire pour gérer,

them to retire at 55. If the expectation was to retire at 65, the teacher probably would have done something at the age of 45 so that the teacher did not have to look at another classroom of three-year-olds for 20 more years. That change would involve further retraining, such as for teaching nine-year-olds, which may be less frustrating.

For people in hard physical labour, it is easy to say, retrain to do something less hard. If no jobs are available, as has been the case, that is hollow advice. However, we are now looking at a world where labour shortages are on the scene. We are still operating with the baby boomers in the population and the size of the working age population is increasing. That will not end for several more years. Once it does end, everyone expects shortages. That means more highly qualified jobs will be available. However, you do not train people for those highly qualified jobs when they are 55. That training must start earlier in life. It is not so much a question of a particular age but of putting a lifelong learning perspective on things so that people train and retrain expecting that they will have the opportunity to work if they want. The question is one of expectations; hence going back to the signalling effect.

Raising the age of entitlement to a pension will not do much. It would be more useful to think of something as a signal. One does not need to retire at age 55 or 65: there is choice. We know that when there are choices, people prefer working over not working. We need to go back to whether people like their jobs. People who hate their jobs often think there is no alternative to retirement. However, if we start probing in focus groups, we find that people would sooner work than not work. The workplace is the major social institution of our society, after the family. By and large, most people like their colleagues and enjoy time at work. They often hate their particular job by the time they are ready to retire, but part of that is a labour shortage and part of it involves expectations. The committee might want to ask how one gets at some of these underlying expectations.

We cannot do it with age cut-offs. This notion is the society for all ages one. There are other things we could do. There are technicalities around ceilings and pensions and things like that. Most countries on the private side have shifted away from defined benefit, defined contribution private pensions so, basically, the amount they contribute to a pension is what they get back. This approach is more neutral with respect to retirement incentives than most defined benefit pensions.

However, almost all OECD countries also shifted their defined benefit plans so there is a greater link between what people receive when they retire and what they actually contribute. Exactly the same thing can be done within the context of a defined benefit or a defined contribution scheme. All countries have moved in that direction over the past decade, sometimes quickly. Often the

disons, un groupe d'enfants de trois ans. Toutefois, il faut dire que les commissions scolaires et les universités s'attendent à ce qu'ils prennent leur retraite à 55 ans. Si c'était plutôt à 65 ans, un professeur aurait probablement fait un changement à 45 ans pour faire en sorte qu'il ne passe pas les 20 années suivantes à enseigner à un groupe d'enfants de trois ans. Il aurait peut-être suivi une formation plus poussée en vue de pouvoir enseigner à des enfants de neuf ans, ce qui serait plus facile pour lui.

Quant aux personnes qui effectuent un travail manuel exigeant, il est facile de leur dire de se recycler dans un autre domaine. Mais si aucun emploi n'est disponible, comme cela a déjà été le cas, il s'agit-là d'un conseil inutile. Cependant, nous prévoyons des pénuries de main-d'œuvre. À l'heure actuelle, les baby boomers sont encore actifs et la taille de la population active continue de s'accroître. Cette tendance se maintiendra pendant quelques années encore. Lorsqu'elle s'arrêtera, tout le monde s'attend à des pénuries. Cela signifie que les travailleurs hautement qualifiés seront en demande. Il faut penser par contre que ce n'est pas à 55 ans qu'on forme des gens pour qu'ils deviennent hautement qualifiés. La formation doit commencer plus tôt dans la vie. Ce n'est pas tant en raison de l'âge, mais plutôt pour apporter une perspective d'apprentissage s'étalant sur l'ensemble de la vie de sorte que les gens suivent une formation ou se recyclent en sachant qu'ils auront l'occasion de travailler s'ils le veulent. Il s'agit de prévoir.

Augmenter l'âge d'admissibilité à une pension ne fera pas grand-chose. Une personne ne devrait pas nécessairement être forcée de prendre sa retraite à 55 ans ou à 65 ans; elle doit avoir le choix. Nous savons que lorsqu'il existe des choix, les gens préfèrent continuer de travailler. Il faut voir s'ils aiment leur emploi. Ceux qui détestent leur travail pensent souvent que la retraite est la seule solution. Toutefois, lorsque nous tenons des groupes de discussion, nous découvrons que les gens préfèrent plutôt travailler. Le marché du travail est la principale institution sociale de notre société, après la famille. Dans l'ensemble, la plupart des gens apprécient leurs collègues et le temps qu'ils passent au travail. Souvent, par contre, ils n'aiment plus le travail qu'ils font quand ils sont prêts à prendre leur retraite, mais cela est attribuable en partie à un manque de personnel et à des attentes non comblées. Le comité devrait peut-être chercher à savoir pourquoi les attentes ne sont pas comblées.

Nous ne pouvons pas fixer d'âge pour la retraite, puisque nous sommes dans une société pour tous les âges. Nous pouvons prendre d'autres mesures. L'établissement des plafonds et des pensions doit tenir compte de certains détails. Dans la plupart des pays, les régimes de retraite privés ont délaissé les prestations déterminées, ce qui signifie que le travailleur reçoit l'équivalent de ce qu'il a contribué. Il s'agit donc d'une approche plus objective sur le plan des incitatifs à la retraite.

Cependant, presque tous les pays de l'OCDE ont aussi modifié leur régime public à prestations déterminées afin d'harmoniser davantage les prestations avec les cotisations. On peut faire exactement la même chose en ce qui a trait aux cotisations déterminées. C'est ce que tous les pays ont fait au cours de la dernière décennie, et parfois ce changement s'est opéré

changes in the formula are so subtle they are not noticed, but they are all in the direction of removing those work disincentives that are in public pension plans.

Coverage of private pensions is a new issue. That has been steady in Canada. One would have expected private pension coverage to be extended more than it has. It has held its own. There are some issues that people raise about private pensions. For those people who do not have private pensions, it often works the opposite way; people are forced to work longer than they think they needed to, which is bad. Our object is choice. However, on average and on balance for most people, working longer is good. People with low education and low skills who go to focus groups do not see it that way at all. They think that is crazy.

It is important that we look at who we are talking about when talking about retirement ages. It is a big mistake to look at the issue at the level of an average Canadian. There is no average Canadian when it comes to this issue. There are decided groups.

Again, as you investigate, you would gain much by probing the experience of Aboriginal Canadians, who have a different demographic problem; recent immigrants; and people with high and low skills. The real answer lies in getting away from that big average Canadian and down to more finely grained analysis.

**The Chairman:** One can collect CPP early, but with a penalty at age 60. One can collect the average at age 65, but if one waits until age 70 one can collect an enhanced benefit. Why have we not done that with Old Age Security?

**Mr. Hicks:** The issue has been raised on a number of occasions. People retire now well before age 65. If one fixes that issue, one would not fix much in the way of large numbers. People have been more concerned about the low-end income scale and not giving off signals that we are trying to force people to work longer if they are at the bottom. That is my intuition, senator. The question is a perfectly legitimate one to ask. One reason it has not received much attention is because it would not change much right away, but as we look down the road, it is a perfectly legitimate question. It would likely have a more signalling effect, but we would want to ensure that recipients of the Guaranteed Income Supplement, GIS, were not hurt if we did that.

**Senator Mercer:** Thank you for reappearing. We appreciate it. As you can tell, we were interested in your comments the first time around.

I am cautious in these meetings and worry about someone at home watching this and thinking that we are planning how to take something away. I assure viewers that we are

rapidement. Il arrive souvent que les modifications apportées à la formule soient tellement minimes qu'on ne les remarque pas, mais elles ont tous pour but d'éliminer les facteurs de dissuasion au travail inhérents aux régimes de pension publics.

L'adhésion aux régimes privés est un nouveau sujet. Le nombre n'a pas augmenté au Canada. On se serait attendu à ce qu'il progresse davantage. Il n'y a pas eu de changement. Les gens s'interrogent à propos des régimes de pensions privés. Les personnes qui n'adhèrent à aucun régime de retraite privé sont forcées de travailler plus longtemps que nécessaire selon elles, ce qui n'est pas une bonne chose. Nous voulons que les gens aient le choix. Cependant, dans la plupart des cas, travailler plus longtemps est bénéfique. Ce n'est pas ce que pensent les gens qui ont un faible niveau d'instruction et qui ne sont pas très qualifiés, si l'on se fie à ce qu'on entend dans les groupes de discussion. Ils pensent que c'est stupide.

Lorsqu'il est question d'âge de la retraite, il est important de nous demander de quel groupe nous parlons. Nous faisons une grave erreur lorsque nous examinons cette question en se fondant sur le Canadien moyen. La notion du Canadien moyen n'existe pas dans ce domaine-là. Il y a des groupes bien définis.

Je le répète, vous gagneriez à examiner l'expérience des Canadiens autochtones, dont la société est aux prises avec un problème de nature démographique différent. En effet, leur société se compose de nouveaux immigrants, de personnes hautement qualifiées et de gens qui ont peu de compétences. Ce qu'il faut, c'est abandonner l'idée que le Canadien moyen existe et effectuer une analyse plus raffinée.

**La présidente :** Une personne peut recevoir plus tôt des prestations du RPC, mais une pénalité est imposée à 60 ans. À 65 ans, on peut recevoir des prestations moyennes, mais si on attend jusqu'à l'âge de 70 ans, on reçoit des prestations accrues. Pourquoi n'avons-nous pas instauré le même système dans le cas de la Sécurité de la vieillesse?

**M. Hicks :** Cette question a été posée maintes fois. Maintenant, les gens prennent leur retraite bien avant 65 ans. Même si nous le faisons, cela ne changerait rien à cette tendance. On se préoccupe davantage des gens à faible revenu, en ce sens qu'on ne veut pas donner l'impression que nous essayons de forcer ces gens à travailler plus longtemps. C'est ce que je crois, sénateur. C'est une très bonne question, mais on ne s'y est pas beaucoup attardé notamment parce que cela ne changerait pas grand-chose dans l'immédiat. À long terme, il s'agit toutefois d'une question judicieuse. Il faudrait par contre veiller à ce que les bénéficiaires du supplément de revenu garanti ne soient pas pénalisés.

**Le sénateur Mercer :** Nous vous remercions de comparaître devant nous de nouveau. Nous vous en sommes reconnaissants. Comme vous voyez, vos propos nous ont beaucoup intéressés la première fois.

Je suis prudent dans ce genre de séances, car je crains que les auditeurs pensent que nous sommes en train de planifier comment nous allons leur enlever quelque chose. Je leur assure que nous

trying to find a way to enhance these things to ensure that they work better. We are nowhere near any solutions.

You talked about removing the disincentive to work. It seems to me that this disincentive is a problem. People reach a certain age or certain point in their life where they planned to retire, and when they arrive there they realize that maybe they are not ready to retire, but there is no incentive for them to stay.

I want to explore volunteerism and your thoughts on it. A huge number of volunteers is required in this country and around the world. Many programs capitalize on the talents of all Canadians, particularly seniors, who bring a wealth of experience and knowledge, the ability to do the job and probably the efficiency that we, as volunteers at a younger age, did not have because we did not have the experience.

**Mr. Hicks:** That avenue of approach is legitimate. If there is a caveat, we know from our research that, by and large, people who volunteer when they are older are people who have experienced volunteering when younger. A typical pattern is people who volunteer have always done so, and in the period after retirement, say five years, tend to volunteer more. For that reason, we see a spike in the amount of volunteering of older people. That spike usually peters out quickly, after that first period of time. People do not maintain that increase throughout their entire period of good health in retirement. Certainly, they do more.

The challenge is, that pattern is much more prevalent than people starting to volunteer when they retire. That pattern is not common. It does happen, of course. It is not a different challenge from increasing the level of volunteering throughout the whole course of life. One would need to make a big difference when people are older to have a culture of volunteering that is more widespread than it is currently. I do not have the latest figures, but I believe, going from memory, there is a downward trend in volunteering among younger age groups. If that trend continues and does not turn around, it would not speak well for volunteering catching on when people retire. That might change with advertising, stories and marketing — I do not know — but it is not as simple as some people would make it seem.

**Senator Mercer:** In 2010, Canada will host the winter Olympics in Vancouver-Whistler, and I have seen a recent paper about the use of volunteers, particularly older ones. The recent studies show that the percentage of volunteers considered to be seniors was as low as 2 per cent of the volunteers in Lillehammer, Norway, and as high as 33 per cent of the volunteers in Turin, Italy. There is a great opportunity in planning these events. If we sit back and wait for seniors to come forward, that will not happen. However, if we say we want 40 per cent of our volunteers for the 2010 Olympics to be seniors and we want it to be a positive experience for older Canadians as well as younger Canadians and Canadians in general, as we watch this

sommes plutôt en train de trouver une façon d'améliorer le système pour faire en sorte qu'il fonctionne mieux. Nous sommes encore très loin d'une solution.

Vous avez parlé d'éliminer les facteurs de dissuasion au travail. Il me semble que ces facteurs constituent un problème. Les gens atteignent un certain âge ou un certain stade de leur vie auquel ils avaient prévu prendre leur retraite, mais ils se rendent compte qu'ils ne sont peut-être pas prêts, mais rien ne les incite à continuer à travailler.

J'aimerais parler du bénévolat et obtenir votre opinion à ce sujet. Au Canada et partout dans le monde, il y a une forte demande de bénévoles. De nombreux programmes profitent des talents de tous les Canadiens, particulièrement ceux des personnes âgées, qui ont une riche expérience et de vastes connaissances à partager, la capacité d'effectuer le travail et probablement l'efficacité nécessaire que les jeunes bénévoles n'ont pas en raison du manque d'expérience.

**M. Hicks :** C'est une voie qu'il y a tout lieu d'explorer. Nous savons, d'après nos recherches, qu'en général, les personnes qui font du bénévolat à un âge plus avancé en ont également fait lorsqu'elles étaient plus jeunes. En effet, les gens qui font du bénévolat en ont habituellement toujours fait, et durant la période qui suit le départ à la retraite, disons cinq ans, ils ont tendance à en faire davantage. C'est pourquoi nous observons une hausse du bénévolat chez les personnes plus âgées. Après cette période en question, on enregistre une baisse rapide généralement. Les gens ne continuent pas de faire autant de bénévolat durant toute la période pendant laquelle ils sont en bonne santé à la retraite. Mais il est certain qu'ils en font plus.

Cette tendance s'observe davantage chez les personnes qui ont toujours fait du bénévolat que chez celles qui commencent à en faire à la retraite. Elle n'est donc pas généralisée. Nous devons relever un grand défi quand il s'agit de faire augmenter le taux de bénévolat chez tous les groupes d'âge. Pour faire en sorte que le bénévolat soit beaucoup plus répandu qu'à l'heure actuelle, il y aurait beaucoup de travail à faire. Je n'ai pas en main les plus récentes données, mais si ma mémoire est bonne, je crois qu'on observe une baisse du bénévolat chez les plus jeunes. Si cette tendance se maintient, il sera difficile de s'attendre à ce que le taux de bénévolat chez ces gens-là lorsqu'ils seront à la retraite soit élevé. Cette tendance pourrait peut-être s'inverser grâce à la publicité — je ne sais pas — mais ce n'est pas aussi simple que certaines personnes le font paraître.

**Le sénateur Mercer :** En 2010, le Canada sera l'hôte des Jeux olympiques d'hiver à Vancouver et Whistler, et j'ai lu à ce sujet un document publié récemment à propos de l'embauche de bénévoles, surtout des personnes plus âgées. Des études récentes révèlent que le pourcentage de bénévoles considérés comme étant des personnes âgées n'était que de 2 p. 100 lors des Jeux olympiques de Lillehammer, en Norvège, et qu'il atteignait 33 p. 100 aux Jeux de Turin, en Italie. Ce genre d'événements nous offre une excellente occasion de fixer des objectifs. Il ne faut pas penser que les personnes âgées manifesteront d'elles-mêmes leur intérêt. Si nous décidons que 40 p. 100 des bénévoles aux Jeux olympiques de 2010 devraient être des personnes âgées et que



spectacle unfold, we need to plan for the involvement of seniors or retired persons, if people can agree on what a "senior" is. If we plan to involve them in such events, that is how we will drive the demand for volunteers. Do you think that is accurate?

**Mr. Hicks:** In the worst case, it would be a wonderful signalling device. I do not have a sense of the numbers of people that would be involved in that event. The downside seems to be negligible, and the upside, together with a few other things, would be a good symbol about leading an active life. I cannot see a downside. My guess is that it would not attract large numbers of people, but that is not a problem.

**Senator Mercer:** I have always worked for the not-for-profit world and worked with people of all ages, but the number one reason people do not give money or volunteer is because they are not asked. If we plan to involve seniors in everything we do and ask them, we will get more volunteers.

You vaguely made reference to coverage of private pensions. What do you think about the mobility of pensions from one employer to another? I have worked for a number of employers where I had a good pension plan and then moved to another employer. Now I find myself managing my pension plan. I am not good at it, and I am sure others are in that situation. Would mobility of pensions help Canadians in general?

**Mr. Hicks:** I have no doubt that is the case, senator. I do not pretend to be a pension expert, but I had the benefit of going to a couple of conferences recently on this subject, so I am not speaking from personal knowledge but reported knowledge. You may wish to come back to this area.

However, at the last conference I was at, the bigger issue addressed was the unevenness of the private pension coverage to begin with. I am told that Registered Pension Plan, RPP, coverage is falling as a percentage of population. It is being replaced by an increase in Registered Retirement Savings Plan, RRSP, coverage, but between the two of them, we have unequal coverage.

For those who are covered, the other issue raised at the last conference was the cost of pensions, particularly RRSPs and mutual funds. The administrative costs in Canada are much higher than in other countries, that is a set of issues. There is the portability issue that you raised. However, I sense that the underlying concern in the last several years is the uneven coverage of any kind of RPP.

**Senator Murray:** Do you happen to know a ballpark figure for what percentage of the labour force is covered by either a public sector or private sector pension plan?

ce devrait être une expérience positive pour elles ainsi que pour les jeunes Canadiens et les autres, nous devons prévoir la participation des personnes âgées ou des retraités, si nous parvenons à nous entendre sur la définition d'une personne âgée. Si nous les faisons participer à de tels événements, nous allons ainsi contribuer à alimenter la demande de bénévoles. Êtes-vous d'accord?

**M. Hicks :** Ce pourrait être une excellente solution. Je n'ai aucune idée du nombre de personnes qui prendraient part à cet événement. Il ne semble pas y avoir d'inconvénient; au contraire, ce serait un bon moyen d'inciter les gens à mener une vie active. Je ne crois pas que cela intéresserait beaucoup de personnes, mais je n'y vois aucun problème.

**Le sénateur Mercer :** J'ai toujours travaillé pour des organisations à but non lucratif et avec des personnes de tous les âges. La raison principale pour laquelle les gens ne donnent pas d'argent ou ne font pas de bénévolat, c'est parce qu'on ne les sollicite pas. Si on veut voir des personnes âgées s'impliquer dans tout ce qu'on fait et qu'on le leur demande, il y aura plus de bénévoles.

Vous avez fait vaguement référence à l'adhésion à des régimes de retraite complémentaire. Que pensez-vous du transfert des pensions d'un employeur à un autre? J'ai travaillé pour un certain nombre d'employeurs offrant un régime de retraite avantageux, pour ensuite changer d'emploi. Je me retrouve maintenant à gérer mon propre régime, ce pour quoi je ne suis pas très doué —, et je suis certain que d'autres sont dans la même situation. En général, est-ce que le transfert des pensions aide les Canadiens?

**M. Hicks :** Sans aucun doute, sénateur. Je ne prétends pas être un spécialiste du domaine, mais j'ai pu récemment assister à quelques conférences sur le sujet. Je ne parle donc pas par expérience personnelle, mais d'après les informations que j'ai pu recueillir. Vous voudrez peut-être y revenir.

Cela dit, à la dernière conférence à laquelle j'ai participé, il était surtout question des inégalités en ce qui a trait à l'adhésion à des régimes de retraite complémentaire. On constate que le taux d'adhésion à des régimes de pension agréés, RPA, diminue, en pourcentage de la population, au profit des régimes enregistrés d'épargne-retraite, ou REER. Entre les deux, c'est inégal.

D'autre part, la deuxième question soulevée à cette conférence traitait du coût des pensions pour ceux qui y souscrivent, particulièrement celui des REER et des fonds communs de placement. Au Canada, les frais de gestion sont plus élevés que dans d'autres pays, ce qui, en soi, pose toute une série de problèmes. Il y a aussi la question de la transférabilité que vous avez soulevée. Cependant, je crois que le problème sous-jacent des dernières années réside dans la participation inégale à tous les types de RPA.

**Le sénateur Murray :** Auriez-vous une estimation quant au pourcentage de la population active couverte par un régime de retraite universel ou complémentaire?

**Mr. Hicks:** Public, of course, is, if not 100 per cent, approaching 100 per cent. I apologize; I have those numbers but not with me.

**Senator Murray:** The concern, as you suggest, is uneven coverage. A substantial number of Canadians in the labour force are not covered by any pension plan other than CPP.

**Mr. Hicks:** Yes and there is the Old Age Security, OAS, and the Guaranteed Income Supplement, GIS.

**Senator Murray:** Senator Mercer also raised the question of portability, which has been identified as another serious problem. You probably have an idea of the percentage of those plans that are portable.

**Mr. Hicks:** Again, I apologize, senator. I ought to have things like that but did not bring them with me. We have the information in the department, and I will ensure that it is sent to the committee.

**Senator Murray:** As you say, there are potential labour shortages in our economy caused by the aging population, and of course, the problem of fewer employed people supporting a number of younger and older people. The potential labour shortage problem is a macro problem. Are there particular occupations where population aging might have an adverse effect on the availability of manpower?

**Mr. Hicks:** I want to make a sharp distinction between now and the next three, four or five years when the baby boomers are still working versus —

**Senator Murray:** We are talking about a potential labour shortage here.

**Mr. Hicks:** I will still speak to it, senator, because it is not well understood. Currently, at the national level, supply and demand seem to be roughly in order in Canada. There is not a big issue right now. There are huge shortages, clearly, in Alberta and British Columbia in the natural resource industry and so on, obviously. Things are more or less in balance now and part of the reason is that the baby boomers are still in the workforce.

My second point is that we have no occupational forecasts at any level of precision that extend to 2012 with any degree of reliability at all, so we are not talking here about the realm of projections: we are talking about the realm of thinking things through at the level of common sense and things like that.

It seems to me, if present trends continue, you will see likely shortages in a number of occupations, particularly around the health professions. So far there does not seem to be anything on the horizon to see how that would turn around. Most shortages we see today are large shortages in particular occupations. They are not small shortages but large ones, so it is likely they will persist up to the time when the baby boomers retire.

Employers do adjust. When employers see an occupational shortage emerging, most of them in most fields have room over a 10-year period to change the nature of the work and the nature of

**M. Hicks :** Pour le premier, bien sûr, si ce n'est pas 100 p. 100 de la population, c'est tout près. Je suis désolé, mais je ne dispose pas de ces données ici.

**Le sénateur Murray :** Comme vous le laissez entendre, la couverture inégale pose problème. Une proportion importante de la population active canadienne n'adhère pas à un régime de retraite autre que le RPC.

**M. Hicks :** En effet. Il y a aussi la Sécurité de la vieillesse, SV, et le Supplément de revenu garanti, ou SRG.

**Le sénateur Murray :** Le sénateur Mercer a aussi soulevé la question de la transférabilité, qui a été définie comme un autre problème grave. Vous devez avoir une idée du pourcentage des régimes qui sont transférables.

**M. Hicks :** Encore une fois, je suis désolé, sénateur. J'aurais dû apporter ces informations avec moi, mais je ne l'ai pas fait. Nous les avons au ministère et je promets de vous les faire parvenir.

**Le sénateur Murray :** Comme vous le dites, notre économie pourrait connaître une pénurie de main-d'œuvre à cause du vieillissement de la population et, bien sûr, il faut penser au fait que de moins en moins de travailleurs prennent soin des personnes plus jeunes ou plus âgées qu'eux. Cela pose un gros problème. Y a-t-il des métiers particuliers où le vieillissement de la population pourrait avoir un effet négatif sur la disponibilité de la main-d'œuvre?

**M. Hicks :** J'aimerais faire une distinction claire entre aujourd'hui, où les baby-boomers travaillent encore, et les trois, quatre ou cinq prochaines années, alors que...

**Le sénateur Murray :** Nous parlons d'une pénurie de travailleurs potentielle.

**M. Hicks :** J'en parlerai tout de même, sénateur, parce que c'est mal compris. À l'heure actuelle, l'offre et la demande semblent équilibrées à l'échelle du Canada; la situation n'est pas problématique pour l'instant. Évidemment, il y a des manques flagrants en Alberta et en Colombie-Britannique dans l'industrie des ressources naturelles, par exemple. En ce moment, il règne un certain équilibre, et c'est partiellement grâce aux baby-boomers, qui sont encore présents sur le marché du travail.

En second lieu, il n'y a pas de prévisions par profession qui soient précises et fiables, au-delà de 2012. Comme on ne peut faire que des projections, il faut faire preuve de bon sens.

Si la tendance se maintient, il est probable qu'il y ait des manques dans certains secteurs, notamment celui de la santé. Jusqu'à présent, aucun indice ne permet de prédire comment la situation évoluera. La plupart des pénuries que nous connaissons actuellement sont généralisées dans des domaines particuliers. Il se pourrait que le problème persiste jusqu'à ce que les baby-boomers prennent leur retraite, car il s'agit de pénuries majeures.

Les employeurs s'ajustent. Lorsqu'ils entendent un manque de travailleurs, la grande majorité d'entre eux, et ce dans la plupart des domaines, s'arrangent pour changer progressivement

the workforce slowly to adapt to the supply of labour coming in. Some people argue it does not happen fast enough and if we had better information people would make those adjustments more quickly.

Sometimes people argue that all the shortages will be at the high end of the spectrum. The baby boomers who will retire in that period of time are well educated already. We do not see any huge imbalances at the general educational levels. Most of the new jobs created will be highly skilled and require a lot of education, but those are the characteristics of the people coming into the workforce, too.

There may be shortages at the bottom end as well. In the health care profession, for example, the shortage is not all neurosurgeons. It is also people who look after frail, elderly people and that kind of thing. After 2012, frankly, we are in the area of speculation. I assure you that if anyone tells you authoritatively what the occupational shortage will be, I will invite them to speak to my people who try to do these things and they will tell them 10,000 reasons why it cannot be done. Labour supply and demand adjust much faster than we sometimes think.

**Senator Murray:** The possibility of serious future shortages in the health professions is a serious problem, for which one assumes someone out there is planning. You say the fundamental solution therefore rests on increasing productivity of those who work, and extending the period of life in which people are active in the labour market. The largest pool of potential labour is among people who now retire in their 50s and 60s.

We all know that in some occupations the date of retirement depends on the number of years of service; after a certain number of years in service one can retire. In other occupations, a formula of years of service plus age indicates the point of retirement, and others where retirement is required at age 65.

Especially for those first two groups — those who can retire young if they put in 35 years as a member of a police force, the armed services or whatever, or those in the teaching profession, again, who can retire at a relatively young age because they have put in the required number of years plus age and met the formula — what you talk about are removing disincentives to work. There is no doubt that the first thing that comes to mind in terms of removing disincentives is to fiddle with the pension plan in such a way that retirement becomes a less attractive option.

I wonder whether one can offer positive incentives to people to continue working, starting with retraining for another, useful and profitable occupation, without fiddling with their pension plans in such a way as to remove the “disincentive to work.”

**Mr. Hicks:** That is my meaning when I say that the age of entitlement of pension benefit may be interesting and useful. It is one that would not necessarily be my first choice, even if it were fixed or raised.

la nature du travail et celle des effectifs sur une période de dix ans, afin de s'adapter à la disponibilité de la main-d'œuvre. Certains pensent que cela prend trop de temps et que ces ajustements se feraient plus rapidement si les gens étaient mieux informés.

Certains avancent parfois qu'il n'y aura de pénurie qu'au sommet de la pyramide. Les baby-boomers qui prendront leur retraite à ce moment-là sont déjà bien instruits. On n'observe aucun déséquilibre majeur au niveau de la formation générale. La plupart des nouveaux emplois créés seront hautement spécialisés et demanderont beaucoup d'instruction, mais ce sont aussi les caractéristiques des futurs travailleurs.

Il y aura peut-être également des pénuries dans le bas de la pyramide. Par exemple, dans le secteur de la santé, on manque non seulement de neurochirurgiens, mais aussi de gens pour s'occuper des personnes âgées de santé fragile et autres. Essayer de savoir ce qui se passera après 2012, honnêtement, c'est spéculer. Je vous assure que si quelqu'un vous annonce qu'il peut prédire à coup sûr comment sera la main-d'œuvre à ce moment-là, je l'inviterai à parler à mes collègues qui s'occupent de ce dossier; ils lui donneront les 1 001 raisons pour lesquelles c'est impossible à savoir. Parfois, l'offre et la demande de travailleurs s'ajuste plus vite qu'on ne le pense.

**Le sénateur Murray :** L'éventualité d'une pénurie grave de professionnels de la santé est un problème critique, dont on tient pour acquis que quelqu'un s'en occupe. Vous dites que la solution réside donc dans l'augmentation de la productivité des travailleurs et dans le prolongement de la vie active. Ceux qui prennent leur retraite dans la cinquantaine ou la soixantaine constituent le plus grand bassin de travailleurs potentiels.

Nous savons tous que pour certains métiers, la date de départ à la retraite dépend du nombre d'années de service. Ainsi, après tant d'années, une personne peut prendre sa retraite. Pour d'autres professions, on applique une formule combinant les années de service et l'âge pour obtenir la date de prise de la retraite. Enfin, il y a aussi celles où la date est fixée à 65 ans.

Vous parlez de retirer les éléments susceptibles de dissuader les gens de continuer à travailler, particulièrement parmi les deux premiers groupes — ceux qui peuvent prendre leur retraite très tôt s'ils travaillent 35 ans dans un service de police, dans l'armée, et cetera, ou les enseignants qui, encore une fois, peuvent prendre leur retraite relativement jeunes parce qu'ils ont travaillé le nombre d'années nécessaires selon la formule. Il ne fait aucun doute que jouer avec le régime de pension pour que la retraite devienne un choix moins attirant est la première solution qui vient à l'esprit.

Je me demande si l'on peut offrir des incitatifs aux gens pour qu'ils continuent de travailler, qu'ils commencent une formation pour un nouveau métier, utile et rentable, plutôt que de jouer avec leur régime de pension dans le but de leur faire passer l'envie de travailler.

**M. Hicks :** C'est ce que je veux dire quand je dis que changer l'âge d'admissibilité aux prestations de retraite peut être une solution intéressante et utile. Cela ne serait pas nécessairement mon premier choix, même s'il était fixe ou relevé.

**Senator Murray:** It would not be anyone's first choice.

**Mr. Hicks:** The Americans gave some 20 years notice, or something like that, but they are increasing the age of entitlement by a quarter of a year every year, so it is sneaking upwards. Now the pension entitlement age is age 65 and two thirds, or something like that. It is gradual. The important thing is that not many people retire at that age, so in my view, the real impact of the numbers would not be worth upsetting the explicit contract that currently exists.

If may be worthwhile, with lots of notice, to raise the age of entitlement for people in their middle years but there are many other things. What most countries have done is not bad at all. Some countries have moved in that direction, but mainly to have stronger linkages between what people contribute and what they gain as benefits later.

That change would result in far more neutral incentives. It would tend to remove the incentives for either early or late retirement. That change has another set of problems because it tends to shift more risk to the worker. None of these things can be done in isolation. Probably the biggest single thing to make retirement incentives more neutral would be to have a strong link between benefits and contributions including, for example, people working longer and receiving a pension at the same time. All sorts of combinations are possible.

**Senator Murray:** Wonderful things can be done with the tax system when those people who are in charge of the tax system put their minds to it, and special treatment of retirement income could provide an incentive for people to work after retirement and collect their pensions. How radical the solution is depends on how serious the problem is. I presume some people somewhere in the government have their thinking caps on and are working on possible solutions of this kind. Is that assumption correct?

**Mr. Hicks:** People Not only inside government are people working on it. As I indicated, the white or green paper from the Department of Finance with respect to the CPP raised a number of these issues. There were discussions around these issues. Your own Senate report of the demographic time bomb raised some of these issues. The other committee addressed these issues last year.

I want to emphasize that these things are extremely important. It is also important to understand that without any of these changes taking place, the employment rates of older people have started to rise sharply in the past seven or eight years. Without any changes, already we are seeing a sharp change in employment rates. These changes are taking place in any event as people adjust automatically. The changes are likely much larger than anything we could effect by changing the age of entitlement to a pension benefit. That does not mean it is not important to look at these things, but that natural adjustment taking place in any event in the population is real. I do not think it is understood well enough in the public debate.

**Le sénateur Murray :** Ce ne serait le premier choix pour personne.

**M. Hicks :** Les Américains ont averti leur population environ 20 années à l'avance, mais ils retardent l'âge d'admissibilité de trois mois par année, ce qui veut dire que celui-ci augmente tranquillement; il est maintenant à 65 ans et deux tiers, je crois. C'est graduel. L'important, c'est que peu de gens prennent leur retraite à cet âge. Selon moi, cela ne devrait donc pas avoir d'incidence sur la situation actuelle.

Il peut être utile, en prévenant les gens assez tôt, d'augmenter l'âge d'admissibilité pour les personnes au milieu de leur vie active, mais il y a beaucoup d'autres solutions. La plupart des pays ont fait des choix des plus intéressants. Certains ont opté pour cette voie, mais dans le but de développer une meilleure corrélation entre ce que les gens cotisent et ce qu'ils recevront plus tard.

Cette modification constituerait une incitation beaucoup plus objective; les incitatifs visant une retraite anticipée ou tardive auraient tendance à disparaître. Par contre, elle créerait une autre série de problèmes parce que les travailleurs seraient exposés à plus de risques. Rien de tout cela ne peut être fait séparément. La meilleure solution pour rendre les incitatifs à la retraite plus neutres serait probablement de créer un lien solide entre les avantages et les cotisations, ainsi que de permettre, par exemple, à des gens travaillant plus longtemps de toucher une pension en même temps. On peut faire toutes sortes de combinaisons.

**Le sénateur Murray :** Des choses merveilleuses peuvent être faites avec le régime fiscal lorsque ceux qui s'en occupent font les efforts nécessaires. Un traitement spécial du revenu de retraite pourrait inciter les gens à continuer de travailler après leur retraite, tout en recevant des prestations. L'importance du changement dépendra de la gravité du problème. Je suppose que des gens, quelque part au gouvernement, sont en train d'y réfléchir et d'élaborer des solutions similaires. Est-ce que je me trompe?

**M. Hicks :** Il n'y a pas que le gouvernement qui y travaille. Comme je l'ai mentionné, dans le livre blanc ou vert du ministère des Finances sur le RPC, on a soulevé plusieurs de ces questions, qui ont fait l'objet de discussions. Votre propre rapport sénatorial sur la bombe à retardement démographique en faisait état également. Le précédent comité s'était aussi penché sur les mêmes problèmes l'an dernier.

J'aimerais insister sur l'extrême importance de ces questions. Il est aussi important de comprendre que comme aucun de ces changements n'a été entrepris, le taux d'emploi des personnes âgées a commencé à augmenter sensiblement au cours des sept ou huit dernières années. On constate déjà une fluctuation du taux d'emploi. Ces changements ont lieu d'une façon ou d'une autre, car les gens s'ajustent automatiquement. Ils sont d'ailleurs beaucoup plus grands que ce que l'on pourrait faire en changeant l'âge d'admissibilité aux prestations de retraite. Cela ne veut pas dire qu'il est inutile de se pencher là-dessus, mais cet ajustement naturel de la population est réel. Je ne trouve pas que ce soit assez bien compris dans le débat public.

**Senator Chaput:** If I understand correctly, sir, you said that with regard to the aging society in Canada that Canada is good news, that there has been a natural adjustment and maybe the problem is not as big as we think. Do I understand correctly?

**Mr. Hicks:** I did say that, but I also said compared to almost every other OECD country, we do not seem to have a problem. I do not suggest there are no issues; there clearly are. However, compared to other countries, we are in good shape.

**Senator Chaput:** When we talk about retired Canadians, as we know, there are those who are fed up with their job and when they arrive at the magic number, they leave. There are also those who feel they have contributed everything they can, are ready for a change in their careers and they leave or doing something else. There are additional personal reasons why people leave their jobs, whether to travel, spend more time with their families, et cetera.

Once these people have spent a few years doing what they really want to do, many want to be part of the world again in the sense that they want to participate in society and be a part of what is happening. One place they can contribute is in the volunteer sector. As we well know, our young people have less time today than we did when we were young to take part in volunteering.

When we talk about issues that need to be fixed or how we can be proactive, can we create an incentive of some kind to ensure that retired people who want to volunteer can find something in volunteer work that will answer their needs, where they will be happy and contribute?

Some retirees do not need money, but others do. Can something be done for seniors who need a bit of money for travel expenses and that type of thing so they can continue volunteering? We see that everyday. We see many senior citizens who would like to volunteer more, but they have no transportation or they cannot afford the gas to go from point A to point B, for example.

**Mr. Hicks:** I want to give you a sensible answer. I hear you, and I am sure we could do that. I simply do not know that area well enough to give you an intelligent response.

I will repeat the offer. I am sure it is the kind of thing Senator LeBreton will be particularly interested in, along with the officials from my department who deal with New Horizons for Seniors and things like that. However, I will not pretend to be sufficiently wise to answer your question.

I will repeat a theme in response to a similar question from Senator Mercer earlier. It may not be only a question of building incentives to increase the amount of volunteering. A bigger worry may be that the overall amount of volunteering, with other things equal, may actually fall.

**Le sénateur Chaput :** Ainsi, monsieur, vous dites qu'au Canada, il n'y a pas lieu de s'inquiéter du vieillissement de la société car il y a un ajustement naturel et que le problème n'est peut-être pas aussi grave qu'on le pense. C'est bien ce qu'il faut comprendre?

**M. Hicks :** Oui. En outre, comme je l'ai aussi mentionné, il n'y a pas d'inquiétude à avoir quand on se compare à presque tous les autres pays de l'OCDE. Je ne nie pas l'existence de problèmes, car il y en a. Cependant, par rapport à d'autres pays, notre situation n'est pas si mauvaise.

**Le sénateur Chaput :** Parmi les retraités canadiens, on sait qu'il y a ceux qui en ont assez de leur travail et qui quittent leur emploi lorsqu'ils atteignent le chiffre magique. Il y a aussi ceux qui ont le sentiment d'avoir fait tout leur possible, qui sont prêts pour du changement dans leur carrière et qui partent ou se dirigent ailleurs. Il y a aussi d'autres raisons personnelles qui poussent les gens à quitter leur emploi : l'envie de voyager, de passer plus de temps avec leur famille, et cetera.

Une fois que ces personnes auront passé quelques années à faire ce dont elles avaient vraiment envie, beaucoup voudront reprendre une place dans la société pour y jouer un rôle actif. Le bénévolat compte parmi les secteurs où elles pourront apporter leur contribution. Comme nous le savons bien, aujourd'hui, les jeunes ont moins de temps à consacrer au bénévolat que nous en avions à leur âge.

Nous parlons des problèmes à régler ou des moyens d'agir de façon proactive; pouvons-nous créer un quelconque incitatif qui ferait en sorte que, pour les retraités souhaitant faire du bénévolat, ce travail réponde à leurs besoins, les rende heureux et leur permette de se sentir utiles?

Certains retraités n'ont pas de problèmes financiers, mais d'autres, oui. Peut-on faire quelque chose pour ces aînés qui ont besoin d'un peu d'argent pour payer leurs frais de déplacement et autres dépenses du genre afin de pouvoir continuer à faire du bénévolat? Tous les jours, nous voyons de nombreux citoyens âgés qui voudraient faire davantage de bénévolat, mais qui n'ont aucun moyen de transport ni ne peuvent se permettre de payer l'essence pour se rendre d'un point A à un point B, par exemple.

**M. Hicks :** J'aimerais vous donner une réponse sensée. Je comprends ce que vous dites, et je suis certain que c'est faisable. Seulement, je ne connais pas assez bien la question pour me prononcer de façon éclairée.

Je vous propose encore une fois d'organiser la comparution d'autres fonctionnaires que moi sur ce sujet qui, j'en suis sûr, intéressera particulièrement le sénateur LeBreton, tout autant que les fonctionnaires de mon ministère qui s'occupent de programmes comme Nouveaux Horizons pour les aînés. Je n'ai pas la prétention de m'y connaître suffisamment pour vous répondre.

Je vais reprendre ce que j'ai dit plus tôt en réponse à une question semblable du sénateur Mercer. Il ne suffit peut-être pas de créer des incitatifs pour développer le bénévolat. Ce qui est plus préoccupant encore, c'est que le nombre total de bénévoles, toutes choses égales par ailleurs, pourrait diminuer.

People volunteer less now in their middle years. If the trend also continues that people who volunteer when they are older tend to be people who have a history and experience with volunteering, we may face an even worse situation than you suggest in that the potential pool of volunteers may actually shrink as the baby boomers retire. Of course, I do not know that. It is risky to predict anything that will happen after the baby boomers start retiring after 2012.

If existing trends continue, there is not only the problem you mentioned but also the potential pool of interest may fall. That would suggest a whole series of things you might want to consider as a committee but I have no particular wisdom on the kind of financial incentives we might bring.

**Senator Chaput:** Could it be that, eventually, we would not talk about a pool of volunteers? Rather, the baby boomers who want a change from what they were doing previously would be considered as taking on another career.

**Mr. Hicks:** If I were asked to predict the future, I would guess things would follow that line.

My experience has been that those people who volunteer often volunteer because of their work attachment. Volunteer work is often closely related to the type of work they do. I am speaking about trade associations, Kiwanis clubs and that kind of thing.

My guess would be that one of the best things one could do is maintain a high level of volunteering as well as a high level of attachment to the labour force. That work does not necessarily need to be five days a week.

A world where people have some attachment to the labour force is likely to be the kind of world where people will also volunteer more. However, I do not know that, of course.

**Senator Cordy:** You mentioned earlier about defined benefit and defined contribution. We had that discussion in our household last night, with my daughter and my husband discussing the pros and cons of it.

Certainly, defined contribution is a benefit in the sense that you can work for as long as you wish without being penalized. On the other hand, it is certainly a risk to the worker. Workers take all the risk as to whether their contributions will make or lose money.

I worry sometimes although, as you said, there is a benefit that private companies are transferring to defined contribution because there is no risk for them and it is cheaper for them rather than looking at the benefit of the individual.

How do we make it easier for those who wish to continue working beyond the age of 55, 60 or 65 without making it a punitive measure for those who, for one reason or another, are finished working? They are the people who retire at the age of 55 after 35 years of work or longer, or those at 65 who have worked for 45 years.

Aujourd'hui, la population d'âge moyen fait moins de bénévolat. Si la tendance selon laquelle ce sont les personnes qui ont fait du bénévolat dans leur vie adulte qui continuent à en faire quand elles sont âgées se maintient, nous pourrions être confrontés à un scénario encore pire que celui que vous évoquez, car le bassin potentiel de bénévoles pourrait se réduire à mesure que les baby-boomers partiront à la retraite. Bien entendu, je n'en ai pas la certitude. Il est risqué de prédire ce qui se produira après le départ à la retraite des baby-boomers, en 2012.

Si la tendance actuelle persiste, non seulement y aura-t-il le problème que vous avez mentionné, mais l'intérêt général pourrait aussi s'étioler. Cela aurait une série de conséquences que votre comité voudra peut-être examiner. Mais j'ignore exactement quels types d'incitatifs financiers nous devrions instaurer.

**Le sénateur Chaput :** Est-il possible qu'éventuellement, on ne puisse plus compter sur un bassin de bénévoles? Les baby-boomers qui souhaitent un changement par rapport à leur emploi précédent pourraient songer à se lancer dans une autre carrière.

**M. Hicks :** Si on me demandait de prédire l'avenir, je dirais que la situation évoluera en ce sens.

D'après mon expérience, les gens font souvent du bénévolat parce qu'ils aiment leur travail. Leurs activités bénévoles sont souvent fortement reliées au type d'emploi qu'ils occupaient. Ici, je fais allusion à des associations professionnelles, aux cercles Kiwanis et autres.

J' imagine que l'une des meilleures choses serait de faire en sorte que le bénévolat continue d'être très répandu, tout en maintenant un niveau élevé d'intégration à la population active, sans qu'il s'agisse nécessairement de travail à temps plein.

Un monde où les gens participent au marché du travail est susceptible d'être aussi un monde où les gens font davantage de bénévolat. Mais, ce n'est qu'une supposition, évidemment.

**Le sénateur Cordy :** Plus tôt, vous avez mentionné les prestations et les cotisations déterminées. À la maison, hier soir, j'ai discuté de leurs avantages et inconvénients avec ma fille et mon mari.

Certes, les cotisations déterminées sont avantageuses parce qu'on peut travailler aussi longtemps qu'on le souhaite sans être pénalisé. D'un autre côté, elles présentent un risque pour les travailleurs, car ce sont eux qui devront décider de leur niveau.

Cela m'inquiète parfois, bien que, comme vous l'avez dit, les employeurs privés cotisent aux régimes de contributions déterminées parce que ce n'est pas risqué pour eux, en plus d'être moins coûteux que d'investir dans un régime individuel.

Comment faciliter la tâche à ceux qui souhaitent continuer à travailler après 55, 60 ou 65 ans, sans désavantager pour autant les autres qui, pour une raison ou une autre, cesseront de travailler? Il est question ici des personnes qui prennent leur retraite à 55 ans, après avoir travaillé pendant 35 ans, ou de celles qui partent à 65 ans, au terme de 45 ans de vie active.

How do we weigh these things and balance them for both groups? It is great for those who wish to continue working until age 70 or 75, but how do we prevent people who started in the workforce at age 18 or 19 and who wish to retire at the age of 65 from being penalized?

**Mr. Hicks:** The facetious answer is, with difficulty. That question is indeed the heart of the issue.

If one looks for one magic bullet, one will never find it. The question is one of action on a number of different fronts simultaneously. It goes back to the concern about the lack of private pension coverage, supposing private pensions are all defined contribution.

The real issue is, if one has no private pension at all, the choices of when to retire are greatly limited compared to those people who have a private pension. Therefore, there is a set of issues around private pension coverage.

I realize it is easy to say and hard to do something about, but that is why we have a Senate committee dealing with this.

The question of lifelong learning must be central. Many people who cannot work longer — and I am not talking about people with health problems but about the great majority of people who do not have health problems until much later in life — are not trained for the jobs available. They cannot continue with hard physical labour after a certain point.

The solution would be to have training in mid-career that allows them to change careers. People will not train for a new career if they think they will be forced to stop working in ten years: Why bother? It is a vicious circle of expectations.

I do not think there is any one thing that one could do. One can do a series of things in the areas of learning, pensions, private pensions and benefits. I must estimate that a lot would happen automatically. If labour shortages materialize after the baby boomers return, it will be in the employers' interest to have more flexible work. Employers will want to encourage older people to return to work; therefore, they will make the workplace more suitable for older people. That change, in turn, will bring the people in.

There is the question of education, of changing people's thinking and expectations. I can say that with a good consciousness, although it sounds like I am ignoring the problems, because Canadians are adjusting well and that is important. We are dealing with a world that will probably not require any radical blowing up of the system. People seem to be doing the right thing at the present time. It is a question of partly getting out of the way, partly changing expectations and partly looking at the real issues. There are people who are sick and disabled later in life, and we must do the right thing for those people.

Comment mesurer ces éléments et créer un équilibre pour les deux groupes? Tant mieux pour ceux qui veulent continuer à travailler jusqu'à 70 ou 75 ans, mais comment pouvons-nous éviter de pénaliser les gens qui ont commencé à travailler à 18 ou 19 ans et qui souhaitent prendre leur retraite à 65 ans?

**M. Hicks :** Je vous répondrai naïvement que ce n'est pas facile. Cette question est effectivement au cœur du problème.

Si on cherche une formule magique, on n'en trouvera jamais. Il faut agir simultanément sur plusieurs fronts. On en revient à la préoccupation concernant l'absence de cotisation à des régimes de retraite privés, en supposant qu'ils soient tous à cotisations déterminées.

Le vrai problème, c'est que, pour quelqu'un qui n'a pas de régime de retraite complémentaire, les choix quant au moment de partir à la retraite sont beaucoup plus limités. Par conséquent, la protection offerte par les régimes privés soulève diverses questions.

Je suis consciente qu'il est facile de parler du problème, mais difficile d'y remédier; c'est pour cette raison qu'un comité sénatorial se penche sur la question.

La question de l'apprentissage continu doit être au centre des discussions. Bien des gens qui ne peuvent plus travailler — et je ne parle pas de la minorité aux prises avec des problèmes de santé, mais de la grande majorité, qui n'en éprouvera pas avant longtemps — ne sont pas formés pour les emplois disponibles. Après un certain âge, ils ne peuvent plus effectuer de travail physique exigeant.

La solution serait de leur offrir une formation vers le milieu de leur vie professionnelle, qui leur permettrait de changer de carrière. Les gens ne suivront pas une telle formation s'ils pensent être forcés d'arrêter de travailler dans 10 ans : à quoi bon? C'est un cercle vicieux.

Il ne faut pas appliquer les mesures isolément. On pourrait prendre une série d'initiatives dans les domaines de l'éducation, des régimes de retraite, privés ou non, et des prestations. Je pense que beaucoup de choses se produiront automatiquement. Si les pénuries de main-d'œuvre se matérialisent quand les baby boomers prendront leur retraite, il sera dans l'intérêt des employeurs d'offrir des emplois plus flexibles. Ceux-ci souhaiteront encourager les aînés à reprendre du service et adapteront les emplois en conséquence. Ce changement aura pour effet de ramener les gens au travail.

Il y a aussi la question de l'éducation, du changement des mentalités et des attentes. Je peux dire cela en toute bonne conscience, même si je peux sembler ignorer les problèmes, car les Canadiens s'adaptent bien, et c'est important. Nous vivons dans un monde où il ne sera probablement pas nécessaire de modifier radicalement le système. Les gens semblent faire la bonne chose en ce moment. Il s'agit en partie de s'abstenir d'intervenir, en partie de modifier les attentes et d'évaluer les vrais problèmes. Certaines personnes deviendront malades ou handicapées plus tard dans leur vie, et nous devons nous en occuper.

That solution probably should not be age-based. In terms of health, we do not want to do something different for persons at age 65 than at age 55. Population aging does not tell you much about what you should do. The best things to do are things that make sense in any event: Do those things now and they will be there when the baby boomers retire in ten years.

**Senator Cordy:** A lot of people love the job they are doing but at age 60 or 65 do not want to do it full-time anymore and would like to work part-time. If a pension depends on the best five or seven years, part-time work will penalize them. Also, many people want to remain working part-time but need a pension with a part-time salary to live on. We need to look at those issues also.

**Mr. Hicks:** I completely agree. There is some literature on the subject and you may want to ask more expert witnesses than me to talk about the details.

Some countries had what they call partial pensions. People received a pension for two days a week and a salary for the other three days. Some of those countries dropped those schemes because they found that, to their surprise, they were an incentive to earlier retirement. It worked opposite to what they thought it would do. Other countries have reintroduced them. It is one of these things where the devil is in the detail, and they must be looked at carefully.

A number of people have claimed over the years that we should have no work barrier in our tax system. For many of us in certain positions, where it is possible, the easy answer is to quit your job and take the identical job down the street in a different pension scheme. Many of us have done that, present author speaking. They become a contractor or basically do the same thing they always did. They can step outside these pension traps.

Often the disincentive is to carry on working with your own employer, but often people tire of that employer anyway and the notion of changing things is not so bad. I am talking about people such as myself and people around this room. I am not talking about people who do not have much choice. For a lot of people, that is not a choice and that is a real issue we need to look at.

**Senator Cordy:** Sometimes it is easier for professionals to do consulting work than for someone who is a labourer.

How much coordination is there between the provincial and territorial governments and the federal government in terms of services for seniors?

**Mr. Hicks:** I will give you a one-sentence answer because it is not my field. Senator LeBreton and my other colleagues who deal with that field will be the correct persons to give you a full answer.

La solution ne devrait probablement pas reposer sur l'âge. Sur le plan sanitaire, il faut traiter de la même manière les personnes de 65 ans et celles âgées de 55 ans. Le vieillissement de la population ne nous indique pas vraiment ce qu'on devrait faire. Les meilleures mesures à prendre sont celles qui s'imposent en tout temps : adoptons-les maintenant, et elles seront là dans dix ans, quand les baby boomers prendront leur retraite.

**Le sénateur Cordy :** Beaucoup de gens adorent leur emploi mais, à l'âge de 60 ou 65 ans, ils ne souhaitent plus l'occuper à plein temps et préféreraient travailler à temps partiel. Si le montant de leur pension est établi en fonction de leurs cinq ou sept meilleures années de service, le travail à temps partiel les pénalisera. Par ailleurs, beaucoup de gens veulent choisir cette option, mais auraient besoin d'une pension en plus de leur salaire à temps partiel pour vivre. Nous devons aussi en tenir compte.

**M. Hicks :** Je suis tout à fait d'accord avec vous. Il y a des ouvrages sur le sujet, et vous voudrez peut-être interroger d'autres experts que moi pour parler des détails.

Certains pays avaient ce qu'on appelle des pensions partielles. Les gens recevaient une pension pour deux jours, et un salaire pour les trois autres jours de la semaine de travail. Mais plusieurs de ces pays ont abandonné ce type de régime parce qu'ils ont découvert, à leur grande surprise, qu'ils poussaient ainsi les gens à prendre une retraite anticipée. Cela a eu l'effet contraire à celui recherché. D'autres encore ont réintroduit ce système. C'est dans ce genre de cas que les détails comptent; on doit donc les évaluer soigneusement.

Certains ont déclaré, au fil des ans, qu'il ne devrait pas y avoir d'obstacles à l'emploi dans notre système fiscal. Pour nombre d'entre nous qui occupons un poste, lorsque c'est possible, la solution facile est de le quitter pour en accepter un autre identique, qui offre un régime de pension différent. Nous sommes nombreux à l'avoir fait, moi-même y compris. On travaillera à son compte, ou on continuera essentiellement de faire ce qu'on a toujours fait. Il est possible de se défaire du piège des pensions.

Souvent, on croit qu'il est préférable de continuer à travailler pour son employeur; mais il arrive fréquemment qu'on se lasse et qu'on se laisse séduire par le changement. Je parle de personnes comme moi et d'autres présentes dans cette salle, et non de celles qui n'ont pas vraiment le choix. Pour bien des gens, ce n'est pas une option envisageable, et c'est un réel problème dont nous devons aussi tenir compte.

**Le sénateur Cordy :** Parfois, il est plus facile pour les professionnels de travailler comme consultants que ça ne l'est pour les autres travailleurs.

Quel degré de coordination y a-t-il entre les provinces et territoires et le gouvernement fédéral pour ce qui est des services aux aînés?

**M. Hicks :** Ma réponse tiendra en une phrase, car ce n'est pas mon domaine. C'est le sénateur LeBreton et mes collègues spécialistes de la question qui pourraient vous donner une réponse complète.



My quick overview is, a lot. You asked about the framework for aging. As we speak, I believe a federal-provincial task force is looking at precisely that, asking themselves the same sets of questions that you are asking here. I understand there is an elaborate and functional network of co-operation. Some of the tensions that you see on the federal-provincial side do not seem to apply here, at least to the same extent.

Part of it may be due to the fact that the Canada Pension Plan is accepted by both orders of government except by Quebec. There are a number of reasons why that part of our world seems to operate pretty smoothly.

**Senator Keon:** I am interested in a dimension of seniors where I think there is wiggle room. If someone goes into a deluxe retirement home, these homes are horrendously expensive. People are there for a few years, they run out of money and the family must pick up the tab. I have a friend, for example, who owns a major chunk of a retirement home. He invested heavily in a retirement home and he says he is going there when the time comes. Maybe he will own enough to pay his way.

Out of that comes an idea. Could there be some sort of co-op for seniors? Could there be some sort of organization where seniors can buy into these places while they are young and vital enough to be the management or the labour force for the place? Then, when they are old and cannot do it, they would have at least some revenues and some interest in the place so this phenomenon would not happen; they would not run out of money quickly.

Do you have any resources that could lay out such a plan and interest people in that kind of thing?

**Mr. Hicks:** I will take note and get back to you. I do not know the certain answer to that. Our portfolio encompasses Canada Mortgage and Housing, CMHC. I would be surprised if the combined resources of our immediate department and CMHC could not come up with some intelligent piece on what other countries are doing or what some of the past experience is. I can undertake to come back to the committee and indicate some of the possibilities.

I know that some of the Scandinavian countries are evolved in the sense of this whole question of housing and aging. I am not familiar enough to know if it encompasses that cooperative model you are talking about, but we could look into it and report back to you.

**The Chairman:** Thank you again, Mr. Hicks. This session has been most enjoyable and I am glad we invited you back for further elucidation on some of your points.

The committee adjourned.

Mais d'après mes constatations, il y a beaucoup de coordination. Vous m'avez interrogé à propos d'un cadre de référence pour le vieillissement. Au moment où je vous parle, je pense qu'un groupe de travail fédéral-provincial se penche sur ce dossier particulier et se pose les mêmes questions que vous ici. À ma connaissance, un réseau de coopération élaboré et fonctionnel est en place. Certaines des tensions qu'on peut observer entre le gouvernement fédéral et les provinces ne semblent pas se manifester, du moins pas dans la même mesure.

C'est peut-être en partie dû au fait que le Régime de pensions du Canada est accepté par les deux paliers de gouvernement, à l'exception du Québec. Cela semble fonctionner assez bien pour plusieurs raisons.

**Le sénateur Keon :** Je m'intéresse à une chose qui pourrait donner une certaine marge de manœuvre aux aînés. Si les gens vont dans une maison de retraite luxueuse, cela leur coûtera terriblement cher. Ils y resteront quelques années, puis seront à court d'argent, et c'est leur famille qui devra payer la note. J'ai un ami, par exemple, qui détient des parts importantes dans une maison de retraite. Il y a fait des investissements considérables et dit que, le moment venu, il y habitera. Peut-être en détiendra-t-il une part suffisante pour subvenir à ses besoins.

Cela m'a donné une idée. Pourrait-il y avoir un genre de coopérative pour les aînés, une sorte d'organisation dans laquelle les gens pourraient investir, à un âge où ils seraient suffisamment jeunes et en forme pour en assurer la gestion? Plus tard, quand ils seraient trop âgés pour le faire, ils en tireraient au moins des bénéfices, et le phénomène ne se produirait plus; ils ne seraient pas à court d'argent aussi vite.

Disposez-vous des ressources qui permettraient de réaliser un tel projet et d'y intéresser les gens?

**M. Hicks :** J'en prends note et je vous reviens là-dessus. Je ne connais pas la réponse. Notre portefeuille englobe la Société canadienne d'hypothèques et de logement, la SCHL, et je serais surpris que les ressources combinées de notre ministère et de la SCHL ne nous permettent pas de créer un programme intelligent basé sur ce que font les autres pays ou sur des expériences passées. Je peux m'engager à revenir devant le comité pour lui parler des possibilités.

Je sais que certains pays scandinaves sont très avancés en ce qui concerne toute cette question du logement et du vieillissement. Je ne m'y connais pas assez pour pouvoir dire si on y utilise ce modèle de coopératives dont vous parlez, mais nous pourrions y regarder de plus près et vous tenir informés.

**La présidente :** Merci encore, monsieur Hicks. Cette séance a été hautement intéressante, et je suis contente que nous vous ayons invité à revenir pour éclaircir certains points.

La séance est levée.



# **Special Senate Committee on Aging First Interim Report**

## **Embracing the Challenge of Aging**

The Honourable Sharon Carstairs, P.C., Chair  
The Honourable Wilbert Joseph Keon, Deputy Chair

**March 2007**

For more information, please contact us  
by e-mail: [age@sen.parl.gc.ca](mailto:age@sen.parl.gc.ca)  
by phone (613) 990-0088  
toll free 1 800 267-7362  
by mail: The Special Senate Committee on Aging  
The Senate, Ottawa, Ontario, Canada, K1A 0A4

This report can be downloaded at:  
[www.senate-senat.ca/age.asp](http://www.senate-senat.ca/age.asp)

*Ce rapport est également disponible en français*

---

## **Table of Contents**

Membership .....	iii
Order of Reference .....	v
Introduction .....	1

### **PART 1: DEFINING THE ISSUES..... 5**

1. The Challenge of Population Aging .....	5
1.1 Defining "Seniors" .....	7
1.2 Diversity of Seniors .....	10
1.3 Policy Approaches to Aging: Active Aging and Social Determinants of Health .....	13
1.4 Role of the Federal Government .....	18
1.5 Next Steps .....	20

### **PART 2: PHASE I SUMMARY OF EVIDENCE..... 21**

2. Understanding Canada's Aging Population .....	21
2.1 Demographics .....	21
2.2 Young-Old, Middle-Old and Frail-Old .....	24
2.3 Gender Inequality .....	25
2.4 Multicultural Diversity .....	26
2.5 Regional Differences Across Canada .....	27
2.6 Urban / Rural Considerations .....	27
2.7 Gaps in Information .....	29
2.8 Questions for Further Study .....	30
3. Seniors at Risk .....	31
3.1 Immigrant Seniors .....	31
3.2 Aboriginal Seniors .....	32
3.3 Unattached Seniors .....	35
3.4 Abuse and Neglect .....	36
3.5 Emergency Preparedness .....	37
3.6 Questions for Further Study .....	38
4. Active Participation in Society and Economic Life .....	38
4.1 Promoting Active Living, Well Being and Participation .....	39

**TABLE OF CONTENTS**

---

4.2 Financial Security and Retirement .....	41
4.3 Volunteering .....	48
4.4 Lifelong Learning .....	50
4.5 Questions for Further Study .....	50
5. Health: Promotion, Prevention and Care .....	51
5.1 Health Promotion .....	54
5.2 Injury Prevention .....	55
5.3 Chronic Diseases .....	56
5.4 Medication Use .....	58
5.5 Mental Health, Mental Illness and Dementia .....	59
5.6 Palliative Care .....	61
5.7 Caregiving, Paid and Unpaid Caregivers .....	63
5.8 Long-Term Care, Continuing Care and Home Care .....	67
5.9 Strengthening the Gerontological / Geriatric Healthcare Workforce .....	71
5.10 Questions for Further Study .....	73
6. Housing and Transport .....	74
6.1 Housing .....	74
6.2 Home and Community Support Services .....	78
6.3 Assisted Living and Supportive Housing .....	80
6.4 Transportation .....	82
6.5 Questions for Further Study .....	83
7. Intergovernmental and Federal Interdepartmental Cooperation and Coordination .....	84
7.1 Federal Programs and Services for Seniors .....	85
7.2 Population Groups Under Federal Jurisdiction .....	89
7.3 Interdepartmental Collaboration .....	89
7.4 Federal / Provincial / Territorial Co-operation .....	90
7.5 Impact of Internal Migration on Population Aging .....	91
7.6 Madrid International Plan of Action on Ageing, 2002 .....	91
7.7 Questions for Further Study .....	93
Witness List .....	95

## **Membership**

The Honourable Sharon Carstairs, P.C., Chair  
The Honourable Wilbert Joseph Keon, Deputy Chair

And

The Honourable Senators:  
Maria Chaput  
Jane Cordy  
Terry M. Mercer  
Lowell Murray, P.C.

Ex-officio members of the committee:

The Honourable Céline Hervieux-Payette, P.C., (or Claudette Tardif)  
and Marjory LeBreton, P.C., (or Gérald Comeau)

In addition, the honourable Senator Janis G. Johnson also participated in this special study.

Staff from the Parliamentary Research Branch of the Library of  
Parliament:

Julie Cool, Analyst  
Michael Toye, Analyst  
Howard Chodos, Analyst

Monique Régimbald  
Administrative Assistant

François Michaud  
Clerk of the Committee





## Order of Reference

Extract from the Journals of the Senate of Tuesday, November 7, 2006:

Resuming debate on the motion of the Honourable Senator Carstairs, P.C., seconded by the Honourable Senator Bryden:

That a Special Committee of the Senate be appointed to examine and report upon the implications of an aging society in Canada;

That, notwithstanding rule 85(1)(b), the Committee comprise seven members, namely the Honourable Senators Carstairs, P.C., Chaput, Cordy, Johnson, Keon, Mercer, and Murray, P.C., and that three members constitute a quorum;

That the Committee examine the issue of aging in our society in relation to, but not limited to:

- promoting active living and well being;
- housing and transportation needs;
- financial security and retirement;
- abuse and neglect;
- health promotion and prevention; and
- health care needs, including chronic diseases, medication use, mental health, palliative care, home care and caregiving;

That the Committee review public programs and services for seniors, the gaps that exist in meeting the needs of seniors, and the implications for future service delivery as the population ages;

That the Committee review strategies on aging implemented in other countries;

That the Committee review Canada's role and obligations in light of the 2002 Madrid International Plan of Action on Aging;

That the Committee consider the appropriate role of the federal government in helping Canadians age well;

That the Committee have power to send for persons, papers and records, to examine witnesses, to report from time to time and to print

**ORDER OF REFERENCE**

---

such papers and evidence from day to day as may be ordered by the Committee;

That the Committee have power to adjourn from place to place within Canada;

That the Committee be authorized to permit coverage by electronic media of its public proceedings with the least possible disruption of its hearings;

That, pursuant to rule 95(3)(a), the Committee be authorized to meet during periods that the Senate stands adjourned for a period exceeding one week;

That the Order of Reference to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology concerning the aging of the population, adopted by the Senate on June 28, 2006, be withdrawn; and

That the Committee present its final report to the Senate no later than December 31, 2007, and that the Committee retain all powers necessary to publicize the findings of its Final Report until March 31, 2008.

The question being put on the motion, it was adopted.

Paul C. Bélisle

Clerk of the Senate

## **Introduction**

**"We have a choice as a society: Either to buy into the myths that seniors will drain the health and pension systems, for example, or to take advantage of the reality that seniors can contribute to society."**<sup>1</sup>

Predictions of an "age quake" have gripped the collective consciousness, warning of an impending inability to maintain current levels of public support to health and income. The Committee has heard evidence to the contrary, however. While the retirement of the baby boom generation is likely to have important consequences for the labour market, this will not necessarily lead to a reduction in the standard of living. Several witnesses reassured the Committee that the "sustainability of government programs is not really in doubt."<sup>2</sup>

The Committee views population aging as a success story and seniors as a rich and vibrant part of our country. As we increasingly draw on seniors to meet labour force requirements strained by decades of low fertility, our society has new motivation to value seniors as contributing members of society, and not as burdens to be problematized. At the same time, it is necessary to provide the services and supports which will allow seniors to live with dignity.

The Committee highlights that all generations stand to benefit from effectively addressing seniors issues. The Committee has been cautioned against viewing the experiences of disability, illness and death which are so commonly associated with aging as "seniors' issues". The Committee recognizes that the final years of life present a myriad of challenges to individuals, their families, and the health and social systems – however this is the case whether those final years occur in youth, in the middle years, or in the senior years. Thus, while issues such as end-of-life care, home care and accessible transportation are explored in this study, and while successfully

---

<sup>1</sup> Judy Cutler, CARP – Canada's Association for the Fifty-Plus, Evidence, December 11, 2006.

<sup>2</sup> Byron Spencer, McMaster University, Evidence, November 27, 2006.

## **INTRODUCTION**

---

addressing these issues will have important repercussions for seniors, the Committee points out that progress in addressing these complex issues has the potential to benefit Canadians of all ages. As one witness said, "... healthy aging does not start at 65; it starts the day that one is born. The chronic condition does not start when one turns 65. It has its roots in the 30s and 40s."<sup>3</sup>

The mandate conferred upon the Special Senate Committee on Aging by the Senate of Canada requires that the Committee address a wide range of complex issues, ranging from financial security and retirement to chronic diseases and palliative care, to determine if we are providing the right programs and services at the right time to the individuals who need them. By examining these issues through a public health lens, the Committee is to review public programs and services for seniors, identify the gaps that exist in meeting their needs, and examine the implications for service delivery in the future.

The Committee has adopted a dual approach to this study - on the one hand, challenging the assumptions we have of seniors and aging and exploring alternate ways of organizing society to better meet the aspirations of all; on the other hand, examining how public policies can and should support the ability of all seniors to live in dignity. In carrying out its study, the Committee is mindful of the federal role in helping Canadians age well. It intends to draw on international experiences with population aging and review Canada's role on the international scene.

To fulfill its mandate, the Committee opted to divide its study into two phases: a brief overview of key issues to identify key questions, followed by a more thorough second phase to explore those questions in greater depth. The Committee began Phase One of its study on aging by holding five panels with leading experts, seniors organizations and representatives of relevant federal government departments and agencies. These panels served to open the doors to new questions, new ways of looking at things, and to challenging some of the commonly held beliefs about aging.

---

<sup>3</sup> Sandra Hirst, Canadian Association of Gerontology, Evidence, December 11, 2006.

## **INTRODUCTION**

---

This interim report marks the end of Phase One of the committee's study. Part 1 of this report identifies four broad themes to guide the Committee's work during Phase Two. This section of the report poses a series of questions along the themes of defining seniors, the diversity of seniors and their needs, defining a policy approach and determining the role of the federal government. An examination of these key questions will inform a review of public programs and services for seniors, the gaps that exist in meeting the needs of seniors, and the implications for future service delivery as the population ages.

Part 2 of this report provides a summary of evidence the Committee has heard up to December 2006 on the demographic profile of seniors in Canada today and highlights how that picture is likely to change in the future. It raises questions about the diversity within the aging population and how that affects the needs of the population. Finally, it identifies key issues which were consistently discussed by witnesses in Phase One: active participation of seniors in society and the economic life of their communities, healthy aging, and the range of support services to more fragile seniors.

The Committee views the aging population as an opportunity – an opportunity to rethink how we balance work, family, and leisure throughout the life-course and an opportunity to re-examine the way we view and value the experiences of seniors. We have before us a great challenge, but one filled with possibility.



## **Part 1: Defining the Issues**

### **1. The Challenge of Population Aging**

Under its terms of reference, the Committee is to review public programs and services for seniors, the gaps that exist in meeting the needs of seniors, and the implications for future service delivery as the population ages. The Committee has begun to hear, however, that some of the gaps that exist in meeting the needs of today's seniors may be emerging as a result of outdated assumptions which are less relevant to today's seniors. Witnesses reminded the Committee that aging is not a process which is the exclusive domain of the 65+ group, but is a lifelong process. As such, they invited the Committee to adopt a holistic approach to aging which explores experiences and well-being throughout the life-course.

The Committee has adopted a dual approach to this study - on the one hand, challenging the assumptions we have of seniors and aging and exploring alternate ways of organizing society to better meet the aspirations of all; and on the other hand, examining how public policies can and should support the ability of all seniors to live in dignity. In carrying out its study, the Committee is mindful of the federal role in helping Canadians age well. As part of its review, the Committee intends to draw on international experiences with population aging.

The social and economic consequences of population aging have loomed over policy debates for the past decade. In part, this was fuelled by discussions of the affordability of pension systems in other countries. Some commentators have predicted fiscal pressures emerging from the increased need for health and social services for the elderly and a shrinking labour pool resulting from the retirement of the baby-boom generation. The main concern with an aging population has been that there may not be a sufficiently large working-

## Embracing the Challenge of Aging

### PART 1: DEFINING THE ISSUES

---

age population to support "dependents," including children and seniors. Proposed solutions to deal with this imbalance affect all segments of the Canadian population, not only seniors. Solutions range from policies to increase the fertility rate, to strategies for increasing labour force productivity, and efforts to avoid labour force shortages through immigration.

The majority of witnesses appearing before the Committee in Phase One of the Committee's study, have argued that the sustainability of the public pension system and the health system are not in jeopardy in Canada, and that the labour force implications of population aging can be mitigated by increases in productivity. The testimony of Professor Byron Spencer is representative of the testimony the Committee heard on this question:

**"Government programs will remain manageable, at least in response to population aging. ... The popular view is that increases in health care costs, which everybody thinks are obviously attributable to population aging, will break the bank – and, in particular, break government budgets – and things will be quite unmanageable. I think this simply is not true. It is not true of public pension programs, income security programs, and it is not true of health care programs."**<sup>4</sup>

To this end, the Committee has heard that "Canada has a much lesser concern with population aging than most already prosperous countries."<sup>5</sup>

But that is not the end of the story. The population is not aging at the same rate across the country. Not all older Canadians have the same access to goods and services or the same choices available to them regarding their care, housing, and ability to participate as active members of society. The life expectancy for our aboriginal peoples is substantially below that of non-aboriginal peoples. Urban and rural areas face different challenges in supporting senior populations as the decreasing and aging population in rural areas presents difficulties in

---

<sup>4</sup> Byron Spencer, McMaster University, Evidence, November 27, 2006.

<sup>5</sup> *Ibid.*



maintaining services. Some segments of the senior population such as single seniors, immigrants, and the very frail face particular challenges.

The challenge for the Committee is to determine if we are delivering the right programs and services to the right individuals at the right time. As it begins the next stage of its study, the Committee will explore the following four themes: defining seniors; the diversity of seniors and their needs; determining the policy approach; and the role of the federal government. An examination of the key questions under each of these themes will then inform a review of public programs and services for seniors, the gaps that exist in meeting the needs of seniors, and the implications for future service delivery as the population ages.

### 1.1 Defining "Seniors"

**"It is obvious to everyone who was around in 1951 that a 65-year-old at that time is not the same as a 65-year-old in 2006. They are different people. They are, on average, much healthier nowadays and certainly have many more years of good health ahead of them. I think it makes sense to change the definition — what we deem to be, for legal purposes and for age of eligibility for full benefits under social security and so on — in a systematic way as life expectancy increases, assuming life expectancy continues to increase as we may reasonably expect."**<sup>6</sup>

Seniors are widely understood in Canada to be persons over the age of 65 – but why this age? How well does this definition serve seniors? This question was the source of much discussion by witnesses appearing before the Committee.

The age of 65 has special significance for public policies relating to aging in Canada because it represents the current age of eligibility for

---

<sup>6</sup> *Ibid.*

## Embracing the Challenge of Aging

### **PART 1: DEFINING THE ISSUES**

---

national income security programs<sup>7</sup> and, in jurisdictions which still allow mandatory retirement, it remains the age beyond which employees are no longer protected against discrimination based on age.

On the one hand, the use of age criteria for eligibility purposes provides policymakers with a transparent and seemingly objective standard.<sup>8</sup> Entitlement to public pensions has resulted in significantly lower rates of poverty for people in the 65+ age bracket than for those in other age brackets. On the other hand, the age threshold has been criticized for lending itself to negative stereotypes which have "sanctioned the retirement of elderly citizens from social and economic activity."<sup>9</sup>

The Committee has heard that the use of the chronological age of 65 by demographers and administrators of public pensions reflects a societal choice made within an historical context. In Canada, as in most industrialized societies during the postwar period, the establishment of the welfare state included a range of social programs to improve the living conditions of the elderly. Governments in industrialized nations established an age of retirement, and an age of entitlement to old age benefits, "thus engendering an administrative approach based on a formal association between entry into old age and this chronologically fixed age."<sup>10</sup>

Age-related entitlements for seniors date to the late 1800s in Germany, when German Chancellor Otto von Bismarck established 70 as the age when benefits could begin. As the Committee heard, very few people lived long enough to receive benefits at that time. While the age of eligibility had been reduced to 65 in the United Kingdom

---

<sup>7</sup> The age of eligibility for the Old Age Security pension and the Guaranteed Income Supplement is 65. Under the OAS program, a surviving spouse or common-law partner between 60 and 64 years of age who meets the income threshold is eligible for the Allowance for the Survivor.

<sup>8</sup> Breda, Jef and David Schoenmaekers, "Age: a dubious criterion in legislation", *Ageing and Society*. (2006), 26: 529-547.

<sup>9</sup> Ulysse, Pierre-Joseph for the Division of Aging and Seniors, Health Canada, *Population Aging: An Overview of the Past Thirty Years: Review of the Literature*. 1997.

<sup>10</sup> *Ibid.*, p.i.

and in Continental Europe by the 1920s, the setting of the age of eligibility for benefits in the United States at age 65 took place in the 1930s at a time when unemployment was rampant and jobs needed to be liberated for the next generation.

Until the late 1960s, the age of eligibility for Old Age Security (OAS) in Canada was set at 70. Canadians nearing retirement in the 1960s had lived through the Great Depression of the 1930s and the war years of the 1940s and had limited opportunity to save for their retirement. Faced with high levels of poverty among seniors, the Canada Pension Plan (CPP) was established in 1966 to provide working Canadians and their families with income for retirement. The age of eligibility for CPP, initially set at age 68, was gradually reduced to age 65 by 1970. The age of eligibility for OAS was also gradually lowered to 65 from 70 between 1966 and 1970.<sup>11</sup>

The age 65 was also set as an age at which employment could be terminated based on age, through mandatory retirement policies. Gradually, these policies have been challenged and found to be discriminatory under human rights legislation in several jurisdictions. Moving away from clearly defined age-based retirement criteria raises a number of complex challenges, however, such as determining the ongoing competency of senior workers.

While the age of 65 has been retained in Canada, the Committee heard that there are international variations in the definition of old age:

**"The U.S... has redefined the age of eligibility for full benefits under its social security system to increase up to age 67 over a period of some years. That change is under way; it is happening bit by bit. As it does, in effect, they are redefining "old." In Sweden, the age of eligibility for socially provided pension**

---

<sup>11</sup> *An Information Paper for Consultations on the Canada Pension Plan.* Released by the Federal, Provincial and Territorial Governments of Canada, 1996. [www.fin.gc.ca/cpp/maindoc/cppe.pdf](http://www.fin.gc.ca/cpp/maindoc/cppe.pdf)

**benefits is also indexed to increases in longevity, so it is increasing.”<sup>12</sup>**

The evolution of the age of eligibility for seniors’ benefits demonstrates that this age reflects a societal choice, made within a socio-economic context. The Committee has been urged to consider the potentially ageist impacts of continuing to depend on an age-based (as opposed to based on ability, health status, etc.) definition of benefits for seniors and to consider whether the set of assumptions upon which the choice of age 65 was established as the age of eligibility need to be revisited in light of the current socio-economic context and the health and well-being of seniors today. Statistically,

**“In 1971, in Canada, 8 per cent of the population was 65 and over...Today, 8 per cent of people at the top of the age pyramid, made up of people who are in their last period of life, are 81 years old. This gives you an idea of the incredible progress that has been made as far as mortality is concerned.”<sup>13</sup>**

The Committee will examine whether the age thresholds set in the 1960s still reflect the economic and social realities of old age today. At the same time, it is mindful that the move from age-based criteria will entail complex policy decisions, such as evaluating job-related competencies. The Committee will inquire further into questions such as:

- Should age define eligibility for access to programs?
- Does the current definition of seniors as those over the age of 65 still serve seniors, employers, and the rest of society?
- Is it consistent and valid that policies discriminate based on age?

## 1.2 Diversity of Seniors

**“Seniors are not a monolithic group of poor, frail, sick or dependent persons. The 65-plus group**

---

<sup>12</sup> Byron Spencer, McMaster University, Evidence, November 27, 2006.

<sup>13</sup> Laurent Martel, Statistics Canada, Evidence, November 27, 2006.

**presents considerable diversity in terms of life experiences, economic status, health status and resources for independent living.”<sup>14</sup>**

People over 65 are not a homogenous group. The experiences of people in their senior years vary with available resources, quality of health, and degree of integration into social and family networks. The senior years are experienced differently by different segments of the population, based on age category, urban/rural residence, and gender, as well as culture and race. It has been suggested that basing programs and policies on age criteria can inadvertently lead to ageism, whereby the variation among seniors is dominated by assumptions about the homogeneous nature of their age group.

With recent gains in life expectancy, an increasing number of Canadians are living longer and are in better physical and mental health. Witnesses have pointed out the importance of recognizing the differences between different age groups of seniors:

**“The difference between a 65-year-old and a 90-year-old is 25 years. There is a difference between someone who is 25 and someone who is 50. Why put those two people together in the same category? Their needs are very different, and we need to think differently about those groups.”<sup>15</sup>**

Douglas Durst also noted that literature on seniors often refers to three broad age categories that should be distinguished: the "young old" who are healthy, fit and reasonably affluent; the "middle old" who are starting to slow down and have less money and resources; and the "frail old" who are very elderly and have special social and physical needs. While these age brackets may vary as a result of a myriad of factors intervening over an individual's life course, the recognition of the different stages of life with their corresponding levels of capability and needs can serve as a useful lens when considering persons over the age of 65.

---

<sup>14</sup> Robert Dobie, National Advisory Council on Aging, Evidence, November 27, 2006.

<sup>15</sup> Douglas Durst, University of Regina, Evidence, November 27, 2006.

**PART 1: DEFINING THE ISSUES**

---

Seniors living in rural and urban settings have different needs. For example, transportation and housing options are often different for those in a rural setting than for those in an urban setting. As well, the effect of aging on the labour force and on health care may vary due to regional disparities in the pattern of aging of the population.

The Committee has heard disturbing evidence that Aboriginal Canadians have significantly lower life expectancy than their non-aboriginal counterparts. A couple of authors have suggested, "when thinking about Aboriginal First Nations seniors and aging, to think about 55 as being equivalent to 65 and that we ought to be looking at providing services and programs for a younger chronologically aged group for seniors due to the health and social conditions, diabetes, and so on."<sup>16</sup> The needs of our aboriginal population vary from that of the non-aboriginal population.

The implications of population aging are difficult to predict, in part because different groups of seniors have distinct life experiences, levels of well-being, and expectations. Thus, while it is clear that there will be proportionately more seniors in the next few decades, policy-makers are challenged by anticipating the potentially different needs and desires of future individuals who are 65+. This places increased importance on the need to periodically examine the validity of some of the assumptions which currently underlie seniors programs and policies in Canada.

Given the above, the Committee will want to examine whether the programs and services offered to seniors reflect the needs of a diverse population. Specific questions that bear deeper examination might include:

- Do current federal programs address the diverse needs, circumstances, and aspirations of the senior population?
- Do they reflect the different realities between genders?
- Do they reflect different kinds of employment patterns (eg. time out of paid employment for caregiving or education) and occupational groups (e.g. administrative or trades)?

---

<sup>16</sup> *Ibid.*

- Do they reflect regional disparities and different patterns of aging in various areas of the country, and do F/P/T financing arrangements reflect these disparities?
- Is age 65 a realistic age of eligibility for Aboriginal seniors and other vulnerable Canadians to access programs?

### 1.3 Policy Approaches to Aging: Active Aging and Social Determinants of Health

**“There can be a tension between a policy agenda centring on aging and an agenda centring around seniors. They are not the same thing.”<sup>17</sup>**

**“Active ageing<sup>18</sup> applies to both individuals and population groups. It allows people to realize their potential for physical, social, and mental well being throughout the life course and to participate in society according to their needs, desires and capacities, while providing them with adequate protection, security, and care when they require assistance.”<sup>19</sup>**

**“Healthy aging depends on a variety of influences or determinants that surround individuals, families, and nations. At times we talk about older persons as a separate cohort. Older persons, like all of us here aging today, are part of a community. Understanding the evidence behind these determinants; the economic, health and social services, behavioural, social, personal and physical, helps us to design policies and programs.”<sup>20</sup>**

---

<sup>17</sup> Peter Hicks, Human Resources and Social Development Canada, Evidence, December 4, 2006.

<sup>18</sup> The United Nations uses the spelling "Ageing".

<sup>19</sup> United Nations – World Health Organization, *Active Ageing: A Policy Framework*, 2002.

<sup>20</sup> Jane Barratt, International Federation on Ageing, Evidence, December 11, 2006.

## **PART 1: DEFINING THE ISSUES**

---

Witnesses before the Committee have made a distinction between addressing population aging and a seniors' agenda. For example, the proposed solutions to address population aging, such as policies to increase labour force productivity or to increase the birth rate – are initiatives which are distinct from those which might appear in a seniors' agenda.

The "life-course approach" or "active aging" models used by federal government departments and international organizations such as the OECD, are examples of an integrated perspective on aging. A life-course approach to aging considers important life transitions such as education, family formation, and retirement in order to find policies that facilitate these transitions through programs such as parental leave, life-long learning, and phased retirement. The World Health Organization has adopted the term "active aging" to describe the process of optimizing opportunities for health, participation, and security in order to enhance quality of life as people age.<sup>21</sup> Promoting active aging requires an understanding of what different groups of seniors want and facilitating the roles they choose to play in paid employment, volunteering, caregiving, and leisure. Opportunities to remain physically and mentally active are instrumental to the well-being of senior Canadians, whether in recreational activities, life-long learning, or volunteering.

Jane Barratt of the International Federation on Ageing emphasized the importance of this approach in her testimony before the Committee:

**"After canvassing the aging policies and programs for many different countries not unlike Canada and reflecting on the work of our NGO members who represent 50 million older people in the world, I ask myself the question: What is the single-most broad policy intervention that could in some way impact on each of these substantive issues? The answer is "healthy aging." My caveat to this term is that aging -- that is, growing old -- is not a health issue,**

---

<sup>21</sup> United Nations – World Health Organization, *Active Ageing: A Policy Framework*, 2002.



**nor should we see it as a health issue in the future, but rather part of the life-course approach. I have a belief that aging starts at birth and throughout the life- course we experience changes in our life, and at times we need specialist services and care."** <sup>22</sup>

Consideration of the distribution of work throughout the life-course is not new. The 1966 report of the Special Senate Committee on Aging phrased the challenge this way:

**"How do we propose to share the leisure the new technology puts at our disposal? Should we give it mainly to the old by reducing the age of retirement in circumstances where the life span is lengthening, and to the unemployed who are squeezed out of the labour market? Or, would a more constructive policy be to distribute it among people of all ages through a shorter work week and longer vacations, with sabbatical leaves to workers throughout their careers for the purpose of continuing education and re-training?"**<sup>23</sup>

The 1966 Senate Committee concluded that it "would strongly support the second of these alternatives, or at any rate, such a mixture of the two as would permit workers at the point of retirement an effective choice between remaining in or withdrawing from the labour market."<sup>24</sup>

In his presentation to the Committee, Peter Hicks warned that "unless one is careful, aging might quite unintentionally lead to ageist thinking, as opposed, for example, to a policy framed under a broader life-course agenda."<sup>25</sup> Expectations of imminent retirement for older workers allow those workers, and their employers, to take a short-term view towards decisions about retraining and job or career

---

<sup>22</sup> Jane Barratt, International Federation on Ageing, Evidence, December 11, 2006.

<sup>23</sup> Special Senate Committee on Aging, *Final Report*, 1966. p. 27.

<sup>24</sup> *Ibid.*

<sup>25</sup> Peter Hicks, Human Resources and Social Development Canada, Evidence, December 4, 2006.

## Embracing the Challenge of Aging

### **PART 1: DEFINING THE ISSUES**

---

changes. The Committee has heard that, even in jurisdictions where mandatory retirement has ended, older workers still face the challenges of ageist employers who discriminate against those who are as young as 45 when it comes to hiring practices.<sup>26</sup> Several witnesses also told the Committee that seniors face significant financial disincentives to continue working. Some witnesses suggested the need for changes to programs such as the Guaranteed Income Supplement and the CPP/QPP, and called for an examination of the portability of pensions.

The Committee heard that such incremental change may not be sufficient, however, proposing further that "we should be looking at the whole system in a holistic and integrated perspective."<sup>27</sup> The adoption of a life-course approach as a policy framework will require both adjustments to current programs and a fundamental shift in how society recognizes and supports a wide variety of life-course choices, including the choice to work beyond the age of 65.

The Committee has heard that the health of seniors is intricately linked to experiences throughout their lives. Several witnesses reminded the Committee that aging is a life-long process and that health in the senior years hinges on supportive environments throughout life as well as during the senior phase of life. Inequalities throughout life lead to significantly different health outcomes in the senior years. For example, the Committee heard that understanding the social determinants of health was key to understanding the significant gaps in health and life expectancy between Aboriginal and non-Aboriginal Canadians. In its presentation, the National Aboriginal Health Organization noted that "Inuit, Métis, and First Nations communities continue to face critical housing shortages, high rates of unemployment, lack of access to basic health services, and low levels of education attainment, all of which affect both life expectancy and quality of life in senior years."<sup>28</sup> The Committee also heard that "the

---

<sup>26</sup> Judy Cutler, CARP – Canada's Association for the Fifty-Plus, Evidence, December 11, 2006.

<sup>27</sup> *Ibid.*

<sup>28</sup> Carole Lafontaine, National Aboriginal Health Organization, Evidence, November 27, 2006.

major risk factors for poor health are low income, especially for many single older women, low education and literacy, and social isolation."<sup>29</sup>

Given the above, the Committee will examine the challenge of moving toward a policy framework which could more adequately spread productive work over the full course of life and "give older Canadians the opportunities to be active, creative and thriving participants in society"<sup>30</sup>. Furthermore, the Committee will want to examine the determinants of health over the life-course which contribute to seniors' health or to situations of risk for seniors. Specifically, the Committee will want to examine the following questions:

- What are the public policy implications of moving toward an active aging/life-course approach to aging? Which programs at the federal level would be affected, and how? Have any countries moved towards adopting such an approach?
- What are the costs and benefits of a life-course approach to Canadian society and to diverse groups of seniors? Would there be financial costs or savings or would moving to such an approach be revenue-neutral?
- How might current programs and policies for those over 65, such as CPP/QPP, OAS and GIS, be affected in a move towards an active aging agenda? If there are changes to eligibility, how could these changes be managed in such a way as to minimize the negative impacts on people who are counting on the availability of these programs?
- What are the most critical determinants affecting the participation, health, well-being, and risks of seniors? Which health determinants are most influential in improving health and ensuring that seniors live full lives?

---

<sup>29</sup> Robert Dobie, National Advisory Council on Aging, Evidence, November 27, 2006.

<sup>30</sup> Jane Barratt, International Federation on Ageing, Evidence, December 11, 2006.

- How might programs and policies for those over age 65 be affected by intervening on these health determinants?<sup>31</sup>

#### 1.4 Role of the Federal Government

**"If governments are going to listen to this portion of the population, what better way than having a minister involved and dedicated strictly to seniors? This will have to become practice very soon. In the previous federal government, as in the current one, there were two or three ministers. It seems that everyone wants a piece of the pie, but there is no cohesiveness. If there is a ministry strictly for seniors, that will be very good for the senior population."**<sup>32</sup>

The responsibilities for programs and services for seniors rest at the federal, provincial/territorial, and municipal levels. Several departments are responsible for various issues and must work together at the federal/provincial/territorial level to address seniors' issues for all Canadians. At the federal level, although Human Resources and Social Development Canada has overall responsibility for seniors, several departments administer programs aimed directly at seniors. As one witness told the Committee, "Seniors and aging are broad horizontal issues and they are a fundamental part of the federal agenda."<sup>33</sup> The Committee heard from a number of witnesses who expressed a desire for a federal minister for seniors; however, the Committee was cautioned that such an approach has had varying results internationally, largely dependant on the mandate of the Minister. The Committee notes that a federal Secretary of State for

---

<sup>31</sup> These questions were identified in the following publication: Health Canada, *Toward Healthy-Aging Communities: A Population Health Approach. Report Prepared for the Division of Aging and Seniors*, by Linda MacLeod and Associates, 1997.

<sup>32</sup> Robert Dobie, National Advisory Council on Aging, Evidence, November 27, 2006.

<sup>33</sup> Margaret Gillis, Public Health Agency of Canada, Evidence, December 4, 2006.

Embracing the Challenge of Aging  
**PART 1: DEFINING THE ISSUES**

---

Seniors was appointed in January 2007, and applauds the government for recognizing the importance of addressing the needs of the elderly.

The current multi-departmental, multi-jurisdictional responsibility for programs and services related to seniors can result in confusion for seniors attempting to gain information and access to services. Witnesses noted the challenges in providing seniors with easily accessible information on a wide variety of services. Witnesses also noted the difficulty in updating and coordinating one-stop information centres for seniors given the complexity of the system.

Given the above, the Committee will want to examine the role of the federal government in providing programs and services to our aging population. Specifically, the Committee will examine the following questions:

- Should there be a federal Minister for Seniors with a full mandate and with the resources to establish and direct a core basket of services?
- How does the Social Union Framework Agreement impact the potential role for the federal government in this area?
- Timely, accurate and accessible information on programs and services is essential. Does the federal government deliver information to seniors in ways which meet their diverse needs?
- Are national standards in areas such as home care and long-term care necessary? Are they compatible with the role of the federal government?
- Do Canadians expect the federal government to play a leadership role in developing programs which meet the needs of the senior population?

## 1.5 Next Steps

**“Population aging is inevitable. Contrary to popular views, it is not reversible. It cannot be reversed; population aging is inevitable.”<sup>34</sup>**

The mandate of the Committee is a very ambitious one. It is fair to say that the Committee terminated Phase One of its study with many more questions than answers. Each of the policy questions addressed above can open the door to significant inquiry and lead to recommendations on incremental changes which could benefit seniors. It is important to note that even though the Committee might choose to focus its Phase Two hearings along the four themes outlined above, nothing will prevent the Committee from making recommendations with a view to improving the well-being of senior Canadians in specific policy areas or concerning specific programs.

As it moves towards Phase Two of its work, the Committee is well placed to take a step back, consider alternatives to the traditional thinking about aging and seniors, and explore whether the aging of the baby-boom generation presents an opportunity for a paradigm shift in regards to seniors and aging. Whether a crisis or a challenge, the aging of the population deserves serious study.

---

<sup>34</sup> Byron Spencer, McMaster University, Evidence, November 27, 2006.

## **Part 2: Phase I Summary of Evidence**

### **2. Understanding Canada's Aging Population**

#### **2.1 Demographics**

Population aging refers to the increasing average age in a society and is characterized by the emergence of a greater proportion of older persons in the overall population. Demographic changes – including population aging – are determined by the domestic fertility (birth) rate, domestic mortality (death) rate, and the nature and rate of immigration.

Beginning in the late 19th century and continuing throughout most of the 20th century, life expectancy in developed countries has generally increased continuously while fertility rates have declined. With the exception of increased fertility rates during the post-World War II baby boom, these trends have been reflected in Canada's population growth and demography. "A level of 2.1 children is required to ensure population replacement, a level that has not been experienced in Canada since 1971."<sup>35</sup> While the fertility rate of Aboriginal Canadians is considerably higher than non-Aboriginals, "they account for only 3 per cent of the total population and contribute to about 7 per cent of the overall natural demographic population increase."<sup>36</sup>

Statistics Canada's most recent population projections indicate that Canada's population will continue to grow, but the rate of growth will decrease over time. The population of Canada is projected to increase from 32.3 million in 2005 to approximately 39 million in 2031, and 42.5 million in 2056.<sup>37</sup> "Canada's rate of natural increase is projected

---

<sup>35</sup> Pamela White, Statistics Canada, Evidence, November 27, 2006.

<sup>36</sup> *Ibid.*

<sup>37</sup> The most recent study, *Population Projections for Canada, Provinces and Territories, 2005-2031*, was published in 2005 and provides population projections for Canada for 2006-2056. Unless otherwise stated, all figures are for the medium-growth scenario, which generally assumes the

## **PART 2: PHASE I SUMMARY OF EVIDENCE**

---

to become negative between 2025 and 2030 if the country's level of fertility remains at its current low level of 1.5 children per woman,"<sup>38</sup> after which immigration will sustain declining levels of population growth. International migration is already Canada's main source of population increase: "Since 2000, over two thirds of population growth has been due to international migration."<sup>39</sup> Although it is at historic lows, Canada's population growth rate "remains significantly higher than Japan or Western Europe."<sup>40</sup> In fact, the Committee has heard that "by international standards Canada has a much lesser concern with population aging than most already prosperous countries."<sup>41</sup>

The declining fertility rate and increased life expectancy are also leading to an increasing proportion of elderly among the Canadian population.

**"The proportion of persons age 65 or over was 8 per cent in 1971. It is 13 per cent today. When the first cohort of baby boomers reaches the age of 65 or over in 2011, another significant change will occur as the proportion of elderly among the total Canadian population will begin to increase more rapidly. It is projected that by 2031, about one in four Canadians will be 65 years of age or over. Canada's population is aging fast. ... The proportion of oldest seniors, those 80 years or over, would also increase sharply. By 2056, an estimated 1 out of 10 Canadians will be 80 years or over, compared with about 1 in 30 today."**<sup>42</sup>

One of the implications of an increase in the proportion of elderly among the population is a rise in the dependency ratio, which is defined as the proportion of children (aged 0-14 years) and elderly

---

continuation of current demographic trends (e.g., birth rates, life expectancy and immigration).

<sup>38</sup> Pamela White, Statistics Canada, Evidence, November 27, 2006.

<sup>39</sup> *Ibid.*

<sup>40</sup> *Ibid.*

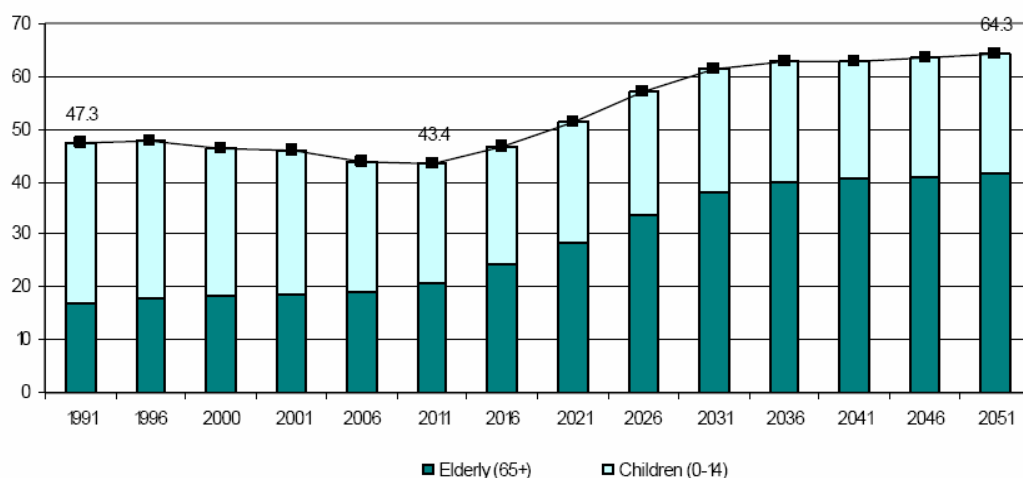
<sup>41</sup> Byron Spencer, McMaster University, Evidence, November 27, 2006.

<sup>42</sup> Pamela White, Statistics Canada, Evidence, November 27, 2006.



(aged 65 years and older) relative to the total working-age population (aged 15-64 years). As Figure 2-1 indicates, the dependency ratio is expected to increase significantly between 2011 and 2051, as the first baby boomers reach retirement age and as the smaller cohorts born after the baby boom generation reach their prime working years. The composition of "dependents" is also expected to change: "Regardless of the projection scenario, by 2015 seniors aged 65 or over will become more numerous than children under 15. This would be an unprecedented situation in Canada."<sup>43</sup>

**Figure 2-1: Dependency Ratio in Canada, 1991-2051**



Source: Statistics Canada, Population Projections for Canada, Provinces and Territories, 2000-2026, March 2001, Table 21, p. 77.<sup>44</sup>

The overall national trends of an aging population mask significant differences across population subgroups and regions. Witnesses reminded the Committee that, "Seniors are not a monolithic group of poor, frail, sick or dependent persons. The 65-plus group presents considerable diversity in terms of life experiences, economic status, health status and resources for independent living."<sup>45</sup> A striking

<sup>43</sup> *Ibid.*

<sup>44</sup> The dependency ratio expresses the number of people of "dependent age" per 100 persons of "working age." Beginning in 2001, all figures are projections.

<sup>45</sup> Robert Dobie, National Advisory Council on Aging, Evidence, November 27, 2006.

**PART 2: PHASE I SUMMARY OF EVIDENCE**

---

example is the difference in life expectancy at birth among Registered Indians, Inuit-inhabited regions and the overall Canadian population:

**Figure 2-2: Life Expectancy (years) for Canada (2001), Registered Indians (2001) and Inuit-inhabited regions (1999-2002)**

	Canada	Registered Indians	Inuit Regions
Males	77	70	65
Females	81	76	70

Source: Health Canada, First Nations and Inuit Health Branch Fact Sheet, November 16, 2006

Like the broader Canadian population, the growing segment of the elderly population represents tremendous diversity in terms of age, gender, ethnocultural background, regional differences and in the settings – urban or rural – in which they live. Witnesses also pointed out that the aging of the population does not occur evenly across Canada, in part due to migration within the country. The regional imbalance in aging has important implications for labour market planning and the distribution of aging-related costs.

## 2.2 Young-Old, Middle-Old and Frail-Old

With recent gains in life expectancy, an increasing number of Canadians are living longer and are in better physical and mental health. "A male 65 today has [a] life expectancy of almost 18 more years; a female 65 today has a life expectancy of 21 more years."<sup>46</sup> Witnesses have pointed out the importance of recognizing the differences between different age groups of seniors:

**"The difference between a 65-year-old and a 90-year-old is 25 years. There is a difference between someone who is 25 and someone who is 50. Why put those two people together in the same category? Their needs are very different, and we need to think differently about those groups."**<sup>47</sup>

---

<sup>46</sup> *Ibid.*

<sup>47</sup> Douglas Durst, University of Regina, Evidence, November 27, 2006.

Douglas Durst also noted that literature on seniors often refers to the need to distinguish three broad age categories:

**“First, are those from 65-75 years -- the young old -- who are healthy, fit and reasonably affluent. They want to travel and do things and are still in a creative and productive period of their lives. Second, are those from 75-85 years of age -- the middle old -- who are starting to slow down and are more interested in tending to their gardens and spending time with grandchildren. They have some money and resources but are beginning to watch how they spend and they are less interested in travel and making major purchases. Third, are those 85 years of age and over into their 90s -- the frail old -- who have special social and physical needs.”<sup>48</sup>**

## 2.3 Gender Inequality

Through the 1980s and 1990s, the rate of low income among Canada's seniors declined appreciably (see section 6 for a more detailed discussion of income security). Despite these improvements, a significant gap remains between female and male seniors. Whether they are in one-person households or primary earners in two-person households, senior women are more likely to experience low-income status than their male counterparts.

The National Advisory Committee on Aging identified senior women, especially unattached senior women, as being at particular risk. Older women tend to have lower incomes due to a combination of lower participation rates in the paid labour force, and lower wages in paid employment. In 2005, about one in five senior women had never worked outside of the home. Because women live longer, they are also at greater risk of running out of savings over their lifetime.<sup>49</sup>

---

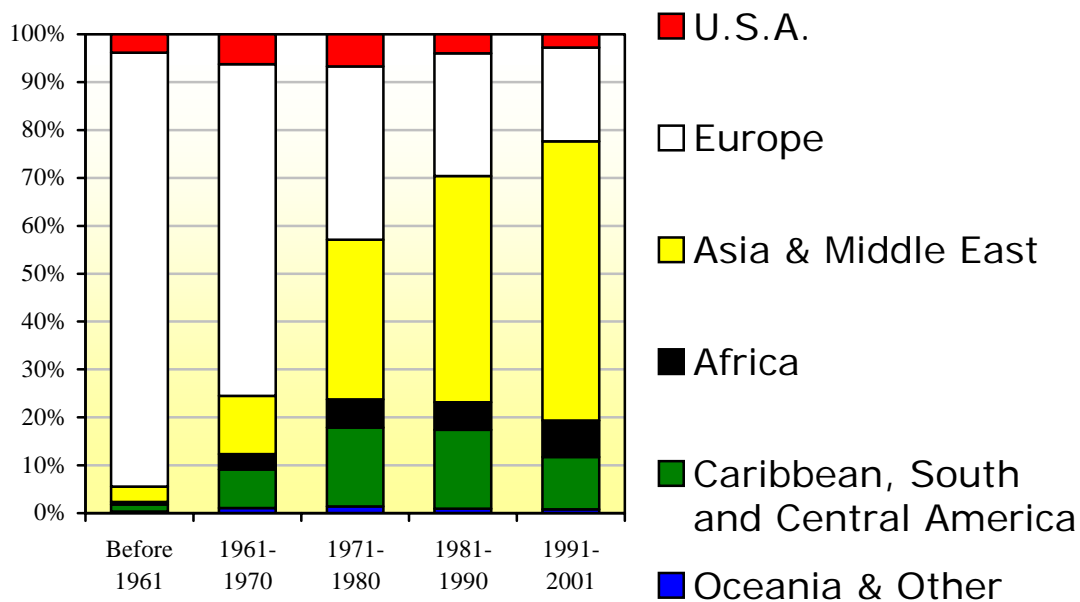
<sup>48</sup> *Ibid.*

<sup>49</sup> National Advisory Council on Aging, *Seniors in Canada 2006 Report Card*, 2006.

## 2.4 Multicultural Diversity

The increasing importance of immigration to Canada's population growth is a significant factor that is already influencing the composition of the senior population. The graph below illustrates the shifts in the countries of origin of immigrants to Canada through the second half of the 20<sup>th</sup> century.

**Figure 2-3: Origin of Immigrants to Canada, 1961-2001<sup>50</sup>**



This trend is generating rapid changes in Canada's population: between 1996 and 2001, the total population grew by 4%, while the visible minority population rose by 25%. The impacts are already being seen in Canada's senior population.

**"In the past 25 years, there has been a dramatic change in the senior population among immigrants. Of all seniors... close to 20 per cent, are from Europe. However, the immigrant patterns from Asia show that 5.4 per cent, or 1 in 20 seniors in Canada, are Asian. Overall, 7.2 per cent of Canada's senior**

<sup>50</sup> Brief submitted by Pamela White, Statistics Canada, November 27, 2006, p. 7.

**population are a visible minority. That is a significant increase in the past ten years."**<sup>51</sup>

The immigrant population is also older on average than the Canadian population as a whole. "Almost 19 per cent of the immigrant population in Canada is over 65, and this number is much higher than the national average of 12.2 per cent."<sup>52</sup>

## 2.5 Regional Differences Across Canada

Witnesses confirmed that the effects of population aging are not felt equally across Canada. "With few exceptions, the older population in Canada is found east of Ontario, with the population resident west of Quebec and in the territories being younger."<sup>53</sup> The gap in median age between the Eastern and Western provinces is expected to increase as the population ages, as illustrated below by differences in population growth and the proportion of seniors in the overall population presented to the Committee by Byron Spencer. "Atlantic Canada and Quebec will experience a more rapid aging of the population compared with Ontario, the Western provinces and territories."<sup>54</sup>

## 2.6 Urban / Rural Considerations

Witnesses confirmed that urban areas have a median age which tends to be lower than rural areas. Pamela White of Statistics Canada told the Committee that, "Overall, the median age of those living in Canada's metropolitan centres is lower, 37.7 years, compared to those living elsewhere, 40.7 years."<sup>55</sup>

Urban and rural areas face different challenges in supporting senior populations. In rural regions, youth out-migration, low levels of immigrant in-migration, low birthrates and growing tendency for some to seek retirement in rural areas contribute to a decreasing and aging

---

<sup>51</sup> Douglas Durst, University of Regina, Evidence, November 27, 2006.

<sup>52</sup> *Ibid.*

<sup>53</sup> Pamela White, Statistics Canada, Evidence, November 27, 2006.

<sup>54</sup> *Ibid.*

<sup>55</sup> *Ibid.*

**PART 2: PHASE I SUMMARY OF EVIDENCE**

---

population. Although one-third of Canadian seniors live in rural areas, decreasing populations pose challenges to maintaining services there.

**"The rural-urban move ... exaggerates the effects associated with population aging in the departing areas, the smaller communities and rural areas. ... In many smaller areas in the Atlantic region you are left with very old populations indeed. The median age can be 60 and even quite a bit older than that in some of the small areas. There are huge problems not just with health delivery, but also with education, because you end up with very small groups in school."**<sup>56</sup>

The Committee heard evidence that seniors in remote communities often have to travel to urban areas to access long-term care. But while urban centres can provide the specialized services required, the co-ordination of support services and continuing care is often inadequate. These issues are magnified for Aboriginal seniors, who experience cultural alienation within urban environments:

**"The urban areas are unable to provide the social aspect [of care]. Just the question of meals is a very big problem. That was pointed out by the representatives of the Aboriginal people that we have met; the question of meals and cultural differences. It is enough to drive them sick again."**<sup>57</sup>

The Public Health Agency of Canada noted that four Canadian sites – Portage la Prairie, Manitoba; Saanich, British Columbia; Sherbrooke, Quebec; and Halifax, Nova Scotia – are among 34 cities around the world participating in an initiative to foster the development of age-friendly cities that promote active aging and focus on seniors. A parallel project is being developed by the Public Health Agency of Canada and Human Resources and Social Development Canada

---

<sup>56</sup> Byron Spencer, McMaster University, Evidence, November 27, 2006.

<sup>57</sup> Robert Dobie, National Advisory Council on Aging, Evidence, November 27, 2006.

through the Ministers responsible for seniors to explore age-friendly factors in small, rural and remote Canadian communities.<sup>58</sup>

## 2.7 Gaps in Information

Witnesses noted that a number of population subgroups and areas of inquiry warrant further investigation, notably Aboriginal seniors, immigrant seniors, and seniors with intellectual and developmental disabilities.

For example, although the health outcomes for Aboriginal peoples are known to be worse than the Canadian population as a whole, the National Aboriginal Health Organization highlighted a need for more information on Aboriginal seniors:

**"There is a serious lack of information on First Nations, Inuit and Métis health across the board, especially with regard to older Aboriginal people. The focus is on the younger generation, because there are so many young Aboriginal people."**<sup>59</sup>

Douglas Durst further cautioned the Committee that,

**"There is the danger of applying models and aggregating data from different groups as a form of reductionism, which invites generalizations and assumptions that may be false or misleading."**<sup>60</sup>

Like the broader Canadian population, the senior population is undergoing a number of dynamic shifts, which means that planning must be based on its anticipated characteristics in the future.

**"Regarding core services, ... our older adults are changing. We know that primarily older adults are females -- that is quite evident. There are financial**

---

<sup>58</sup> Margaret Gillis, Public Health Agency of Canada, Evidence, December 4, 2006.

<sup>59</sup> Mark Buell, National Aboriginal Health Organization, Evidence, November 27, 2006.

<sup>60</sup> Douglas Durst, University of Regina, Evidence, November 27, 2006.

**changes they experience and education changes. We are planning for senior population now and in 10 years it is a different population.”<sup>61</sup>**

## 2.8 Questions for Further Study

The demographic information provided to the Committee point to a number of questions for further study. In addition, the demographic profile of the aging population gives rise to a number of considerations the Committee will incorporate into the process of developing recommendations in the second phase of its study.

### *Specific questions*

- Will the regional disparities in aging exacerbate existing differences in the baskets of services that are currently available in the different provinces and territories? Are federal/provincial/territorial financing arrangements responsive to the regional imbalances in the aging population?
- Senior women experience higher levels of poverty than their male counterparts. Is this gap expected to close among future cohorts of seniors women, who have greater labour force attachment? If not, why?
- What kinds of services will immigrant communities require as their senior populations age? In which ways are these needs similar or different from those of the general population?

### *Demographic Considerations in the Development of Recommendations*

- The Committee takes note of the following policy questions (identified by the Federal/Provincial/Territorial Ministers Responsible for Seniors<sup>62</sup> in their National Framework on Aging in 1998) to help it evaluate policy options as it embarks on the second phase of its study:

---

<sup>61</sup> Sandra Hirst, Canadian Association on Gerontology, Evidence, December 11, 2006.

<sup>62</sup> With the exception of Québec.



- Does the policy/program address the diverse needs, circumstances, and aspirations of various sub-groups within the seniors population (e.g., age, gender, family status, geographic location, Aboriginal status, official language minorities and ethnocultural minorities, income status, health status, etc.)?
- Does the policy/program reflect and respond to the different realities between genders?
- Does it adequately consider the diversity among various age segments of older Canadians (e.g., those who lived through the Great Depression, wars, linguistic or cultural differences, etc.)?

### **3. Seniors at Risk**

In its presentation to the Committee, the National Advisory Council on Aging identified groups of seniors who face particular challenges. "Right now, the economic well-being of some seniors continues to be at risk [...] Certain groups, among them older women, unattached seniors and immigrant seniors are at particular risk."<sup>63</sup> In this section, we will also look at some other issues of importance to seniors, such as emergency preparedness, and abuse and neglect.

#### **3.1 Immigrant Seniors**

The previous section provided some information on the increasing ethnocultural diversity of Canada's population, including seniors. In general, however, the Committee has heard that aging-related programs and policies continue to treat the senior population as a homogenous group, often not recognizing the range of needs, concerns and histories of ethnocultural minority seniors.<sup>64</sup> There can be important barriers to gaining access to health care and other services that result from language and culture differences, low income, discrimination and racism.

---

<sup>63</sup> Robert Dobie, National Advisory Council on Aging, Evidence, November 27, 2006.

<sup>64</sup> National Advisory Council on Aging, *Seniors on the Margins: Seniors from Ethnocultural Minorities*, 2005.

## **PART 2: PHASE I SUMMARY OF EVIDENCE**

---

Although seniors' economic well-being improved overall in the last decades of the 20th century, a gap remains between immigrant and non-immigrant seniors.

**"In 1995, older immigrant men received 8.5% less income than Canadian-born men, while older immigrant women received 9.2% less income than Canadian-born women. Immigrant seniors, especially women, face higher rates of poverty than seniors born in Canada. In 1995, 17.5% of immigrant senior men and 26.5% of immigrant senior women had low incomes compared to 11.5% of non-immigrant senior men and 23% of non-immigrant senior women."**<sup>65</sup>

Economic insecurity is most severe for immigrant seniors who have been in Canada for less than 10 years. In fact, the older the age at immigration, the more likely one will live in poverty,<sup>66</sup> since one's chances of being able to access public income support programs for seniors depend on length of residency in the country.

Culturally-specific belief patterns about illness and health, attitudes about dependency and self-sufficiency, as well as language barriers can impede or reduce access to health and long-term care, family support and community services. The Committee heard evidence about the difficulty that some care institutions can have in adapting to the different needs, illnesses and disabilities of immigrant seniors.

### **3.2 Aboriginal Seniors**

The Aboriginal population is younger than the non-Aboriginal population in Canada. Almost half of Aboriginal Canadians are under age 20, while just under 6 per cent are over 65.<sup>67</sup> In comparison, 22% of the total Canadian population was under 20 in 2006, and 13%

---

<sup>65</sup> *Ibid.*

<sup>66</sup> Kazemipur, A. and S. S. Halli. "Poverty Experiences of Immigrants: Some Reflections." *Canadian Issues*, April 2003.

<sup>67</sup> Leslie MacLean, Health Canada, First Nations and Inuit Health Branch, Evidence, December 4, 2006.

over 65.<sup>68</sup> But a dramatic increase in the number of Aboriginal seniors is expected.

**“Current statistical data projects that by 2026, the percentage of Aboriginal seniors will triple. While we must strive for optimal conditions for the general senior population in Canada, the vulnerable health of Aboriginal seniors requires specific attention, with interventions that are culturally appropriate.”<sup>69</sup>**

Health outcomes for Aboriginal persons tend to be worse than for non-Aboriginal persons in Canada, and seniors are no exception. Among First Nations and Inuit, chronic diseases usually associated with older age such as diabetes, rheumatoid arthritis or cardiac conditions, are more prevalent than they are in the general population and have an earlier onset.<sup>70</sup>

Compounding the challenge of worse health outcomes are the conditions in which many Aboriginal people live as well as more complicated access to health care and support services. Douglas Durst described the situation of some First Nations seniors in Saskatchewan:

**“More seniors tend to stay on the reserve in the population. They tend to be in housing that is overcrowded, substandard, with poor water, and at a certain age almost all of them have diabetes, type 2. ... They are with their families, and as disabilities increase they get further socially isolated there. Then when they come to Regina they are in very poor health and physical condition and have a great demand on services. There does not seem to be a very strong infrastructure for supports for home care and supporting the family in caring for them.”<sup>71</sup>**

---

<sup>68</sup> Statistics Canada, Population Projections for Canada, Provinces and Territories 2005-2031, Catalogue no. 91-520-XIE, 2006.

<sup>69</sup> Carole Lafontaine, National Aboriginal Health Organization, Evidence, November 27, 2006.

<sup>70</sup> Leslie MacLean, Health Canada, First Nations and Inuit Health Branch, Evidence, December 4, 2006.

<sup>71</sup> Douglas Durst, University of Regina, Evidence, November 27, 2006.

**PART 2: PHASE I SUMMARY OF EVIDENCE**

---

The small size and remote locations of many First Nations and Inuit communities mean that many formalized medical services require travel. A preference for family care and a reluctance to leave home for treatment mean that many health problems have worsened and created additional complications by the time health professionals are consulted.

Aboriginal seniors in urban areas who have access to health care services do better in terms of overall health, but tend not to access available programs and services, leaving them isolated. The Committee heard that some Aboriginal people in urban areas "do not feel comfortable going to white-dominated agencies."<sup>72</sup> Many get caught and "kicked around" between federal, provincial, and band jurisdictions, complicating access to programs and services.

Given the significant differences in health and life expectancy, the Committee heard that the age of eligibility for seniors' programs and services, commonly set at 65, may not be appropriate for Aboriginal people. In his presentation to the Committee, Douglas Durst referred to recent US research that recommended using "55 as being equivalent to 65" when working with Aboriginal populations, and that "we ought to be looking at providing services and programs for a younger chronologically aged group for seniors due to the health and social conditions, diabetes, and so on."<sup>73</sup>

The current health status of Aboriginal populations and the projected growth in the senior population point to the need for immediate action. The National Aboriginal Health Organization called for "long-term investment in the health of individuals throughout their lifespan and investments in community infrastructure to meet those demands in the next 10 to 25 years."<sup>74</sup>

The National Aboriginal Health Organization also advised the Committee that a pan-Aboriginal approach is not effective when addressing the issues facing Aboriginal seniors. "First Nations, Inuit

---

<sup>72</sup> *Ibid.*

<sup>73</sup> *Ibid.*

<sup>74</sup> Carole Lafontaine, National Aboriginal Health Organization, Evidence, November 27, 2006.

and Métis have contextually specific realities that are influenced by such determinants as language, geography, and culture... Policy construction and program delivery must be informed by specific data that captures the need according to First Nations, Inuit and Métis realities."<sup>75</sup>

### 3.3 Unattached Seniors

Between 1991 and 2001, the number of seniors living alone increased, especially among seniors over 85. More than 1 million seniors were living alone in 2001; almost three quarters of them were women. The National Advisory Council on Aging emphasizes how "learning to live alone later in life following the loss of a spouse can be very challenging psychologically and financially."<sup>76</sup>

Single-person households have consistently higher rates of low income than other households among all ages of the Canadian population, including seniors. According to Statistics Canada, unattached seniors had a low-income rate of 15.5 per cent in 2004, compared to 5.6 per cent for all seniors.<sup>77</sup>

**Figure 3-1: Percentage of Seniors with Low After-Tax Income**

	Both sexes	Men	Women
All seniors	5.6%	3.5%	7.3%
Families of Seniors	1.6%	1.7%	1.6%
Unattached seniors	15.5%	11.6%	17.0%

Source: Statistics Canada, *Income in Canada 2004*

Seniors living alone are at higher risk of housing affordability problems, health problems, and social isolation. They are also less likely to be happy compared to seniors living with a spouse or children,

<sup>75</sup> *Ibid.*

<sup>76</sup> National Advisory Council on Aging, *Seniors in Canada 2006 Report Card*, 2006.

<sup>77</sup> Statistics Canada, *Income in Canada 2004*, Catalogue no. 75-202-XIE, 2006.

in part because they spend more time alone and in part because of low income.<sup>78</sup>

### 3.4 Abuse and Neglect

Senior abuse can be perpetrated in the home or within institutions, and includes psychological, physical and financial abuse, and neglect. The 1999 General Social Survey on Victimization found that 7% of adults 65 years and older reported some form of emotional or financial abuse by an adult child, spouse or caregiver in the five years prior to the survey, with the vast majority committed by spouses. A smaller proportion (1%) reported experiencing physical or sexual abuse.<sup>79</sup> These reported rates may be lower than actual incidences of abuse, however, as victims can be unwilling or unable to report abuse for a variety of reasons including cognitive impairments, dependence on the abuser, linguistic or cultural barriers, fear of retaliation and shame or stigma.

As with the general population, most abuse carried out against seniors is perpetrated by someone known to the victim. In the case of seniors, it is often a family member, friend, caregiver, landlord or staff in a facility.<sup>80</sup> Seniors who are at greater risk of abuse include older seniors, women, socially isolated seniors, dependent seniors with disabilities, seniors with reduced cognitive capacity, and seniors whose caregivers have a drug or alcohol problem.<sup>81</sup>

Although only 7% of older Canadians live in institutions, institutional abuse is also a concern. It can take many forms, including inappropriate or lack of staff-client interaction, low standards of nursing care, theft and fraud, inadequate nutrition, overcrowded floors, lack of privacy, and issues of cleanliness.<sup>82</sup> The Committee

---

<sup>78</sup> National Advisory Council on Aging, *Seniors in Canada 2006 Report Card*, 2006.

<sup>79</sup> Justice Canada, *Abuse of Older Adults: A fact sheet from the Department of Justice Canada*, [www.justice.gc.ca/en/ps/fm/adultsfs.html](http://www.justice.gc.ca/en/ps/fm/adultsfs.html)

<sup>80</sup> National Advisory Council on Aging, "Hidden Harm, the Abuse of Seniors" in *Expression*, Vol. 17, No. 1, Winter 2003-2004.

<sup>81</sup> *Ibid.*

<sup>82</sup> National Advisory Council on Aging, *Seniors in Canada 2006 Report Card*, 2006, p. 45.

heard about how long-term care facilities face new challenges. "The care is more complex and people have not been trained in complex care. That is a new area developing before our eyes."<sup>83</sup> Witnesses suggested that this environment could contribute to staff burnout, decreased quality of care, neglect and abuse.

The Government of Ontario has introduced legislation that would establish a new system of governance for long-term care homes and strengthen enforcement in an effort to improve care and accountability. Lynn McDonald cited Ontario's Bill 140 as a widely acclaimed model for the way in which it sets standards and proposes a protocol to be followed when abuse occurs in the care of seniors.<sup>84</sup>

### 3.5 Emergency Preparedness

Recent international crises such as the SARS outbreak in Toronto, the 2003 heat wave in France, and Hurricane Katrina have demonstrated how seniors can be at particular risk during emergencies or disasters and why emergency planning that takes into account the needs of seniors is so important.

Research shows that people over 60 are far more likely to be hurt or killed in a disaster.<sup>85</sup> Seniors with physical disabilities or conditions that affect mobility or agility may not be able to quickly evacuate or may miss emergency instructions. Seniors that depend on family or community supports may be left stranded if transportation and communication systems break down. Seniors with low incomes and those dependent on income supports are also at risk as these supports may be temporarily unavailable.<sup>86</sup>

To help determine the best approaches to ensure that older adults are considered in all aspects of planning, responding and recovering

---

<sup>83</sup> Lynn McDonald, National Initiative for the Care of the Elderly, Evidence, December 11, 2006.

<sup>84</sup> *Ibid.*

<sup>85</sup> National Advisory Council on Aging, "When Disaster Strikes!" in *Expression*, Vol. 19, No. 3, Summer 2006.

<sup>86</sup> Public Health Agency of Canada, "Seniors During Emergencies and Disasters: Vulnerable, Yet Resilient" Canadian Health Network.

## **PART 2: PHASE I SUMMARY OF EVIDENCE**

---

from emergencies, the Public Health Agency of Canada is hosting an international workshop on emergency preparedness and seniors in Winnipeg in February 2007, "with 100 world experts and seniors, to develop a blueprint for action and to influence changes to emergency preparedness policy and practice in order to better integrate seniors' contributions and needs."<sup>87</sup>

### **3.6 Questions for Further Study**

- To what extent are the federal government's policies and programs tailored to the needs of immigrant seniors?
- Is the federal government taking a pan-Aboriginal approach in working with Aboriginal seniors?
- Is age 65 used as an eligibility requirement for Aboriginal seniors to access programs? Given the poor health of Aboriginal populations, can alternative measures be used?
- Are there models of successful coordination of services across multiple jurisdictions that could be helpful in the delivery of federal, provincial and band services to Aboriginal seniors?
- What can be done to improve the low-income rate and other risk factors for unattached seniors?
- What can the federal government do to prevent senior abuse?

## **4. Active Participation in Society and Economic Life**

The World Health Organization has adopted the term *active aging* to describe the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age.<sup>88</sup> Promoting active aging involves understanding what different groups of seniors want and facilitating the roles they choose to play in paid employment, volunteering, caregiving, and leisure.

---

<sup>87</sup> Margaret Gillis, Public Health Agency of Canada, Evidence, December 4, 2006.

<sup>88</sup> United Nations – World Health Organization, *Active Ageing: A Policy Framework*, 2002.



## 4.1 Promoting Active Living, Well Being and Participation

The Committee heard that Canadians are living longer, and that those additional years are spent, for the most part, in good health. One of the keys to maintaining health and quality of life over a lengthening lifespan is to sustain the ability to participate in meaningful activities and social networks.

**"One of the current most accepted views is that 'aging well' is about finding meaning and purpose in the activities in which one engages. Engagement in activities which are personally meaningful and freely chosen has been found to be related to positive physical and psychological outcomes."**<sup>89</sup>

While healthy seniors continue to be active and involved in their families and communities, the way they use their time is shifting. Statistics Canada found that in 2005, more Canadians 55 to 74 years old were engaged in the labour force, working later in life and spending less time in leisure activities compared to 1992 and 1998.<sup>90</sup>

**"Having paid work beyond the normal retirement age (as long as it is done voluntarily rather than because of financial hardship) seems to improve quality of life, as does volunteering and being involved with grandchildren. What all these activities have in common is that they all help to maintain a person's involvement with a social network of workmates, friends and family. ... [S]ocial support of this kind helps older people to maintain their quality of life if they develop an illness."**<sup>91</sup>

---

<sup>89</sup> Statistics Canada, "Aging Well: Time Use Patterns of Older Canadians", General Social Survey on Time Use: Cycle 19, 2005, Catalogue no. 89-622-XIE.

<sup>90</sup> Statistics Canada, Aging Well: Time Use Patterns of Older Canadians 2005, p. 24.

<sup>91</sup> Bartley, Mel (ed.) *Capability and Resilience: Beating the Odds*, University College of London Department of Epidemiology and Public Health and the

**PART 2: PHASE I SUMMARY OF EVIDENCE**

---

Pamela White also told the Committee that the burden of ill health on seniors remains important:

**"As their number of years of good health has increased at the same pace as ... life expectancy, the burden that ill health represents over the life cycle has remained about the same over the past 10 years."**<sup>92</sup>

Statistics Canada has found a strong link between health status, active living, life satisfaction and time use of older Canadians.

**"Health status has a significant influence on time spent on a range of activities. Healthy individuals spent more on paid work, unpaid work and active leisure. Generally, the fit or balance of activities for healthy, satisfied women included less time on paid work for working age women than their healthy, less satisfied counterparts and more time on active leisure like cognitive and physical activities. For healthy, satisfied men there was no consistent set of activities across the age groups. Less healthy and less satisfied men and women for all age groups consistently spent the most time on passive leisure."**<sup>93</sup>

Technical aids such as communication devices, visual and hearing aids, prosthetic and orthotic devices, wheelchairs and walking aids can also help seniors continue to participate in society. Unfortunately, accessing these supports can be complicated and costly, involving diverse departments at all levels of government, and creating expenses that are not covered by any public or private plan for an estimated 36 per cent of adults.<sup>94</sup>

---

Economic and Social Research Council Priority Network on Capability and Resilience, 2006.

<sup>92</sup> Pamela White, Statistics Canada, Evidence, November 27, 2006.

<sup>93</sup> Statistics Canada, Aging Well: Time Use Patterns of Older Canadians 2005, p. 24.

<sup>94</sup> Caledon Institute of Social Policy, *Preparing for the Demographic Tsunami*, July 2006.

## 4.2 Financial Security and Retirement

One of the most significant areas of government intervention related to seniors is income support. A combination of policies and programs has significantly reduced the number of seniors living in poverty since the beginning of the 1980s, with the number reaching 5.6 per cent in 2004. This is down from 6.8 per cent in 2003 and 21 per cent in 1980, and is the lowest rate of seniors in low income for the 25-year period 1980 to 2004 for which Statistics Canada has estimates. Peter Hicks noted that Canada's rate has gone from "...one of the worst in the OECD to one of the best, close to the best, in that time frame."<sup>95</sup>

The incidence of low income among seniors (5.6 per cent in 2004) is lower than the overall rate for the Canadian population (11.2 per cent), but as mentioned previously, some groups of seniors, such as unattached seniors, are more likely to experience poverty. Single seniors have a low-income rate 10 times that of seniors living in families: 16 per cent compared to 1.6 per cent. Single senior women are almost twice as likely to be in low income as men, with a low-income rate of 17 per cent, though this has fallen over two decades from 57 per cent in 1980. The rate for senior men has decreased from 47 per cent in 1980 to 12 per cent in 2004.<sup>96</sup>

While low income rates overall have improved for seniors, inequalities in retirement income have started to rise and are expected to continue to do so. As Robert Dobie pointed out: "It is becoming clear that inequalities in retirement income will increase in the future."<sup>97</sup>

The main sources of income for seniors are government transfer payments, private retirement plans, employment earnings and the wealth they have accumulated in their lifetime.<sup>98</sup>

---

<sup>95</sup> Peter Hicks, Human Resources and Social Development Canada, Evidence, December 4, 2006.

<sup>96</sup> Statistics Canada, *Income in Canada 2004*, March 2006, p. 16.

<sup>97</sup> Robert Dobie, National Advisory Council on Aging, Evidence, November 27, 2006.

<sup>98</sup> National Advisory Council on Aging, *1999 and Beyond, Challenges of an Aging Canadian Society*, Ottawa, 1999, p. 53.

## **PART 2: PHASE I SUMMARY OF EVIDENCE**

---

In 2004, 99 per cent of all seniors, both single and in families, received some income in the form of government transfers. These transfers came largely from the Canada Pension Plan, the Quebec Pension Plan, Old Age Security, and the Guaranteed Income Supplement. Despite the fact that the median level of government transfers to seniors has remained relatively constant over the last decade, government transfers remain an important portion of seniors' incomes – in 2004, senior families received almost six times as much of their total income from government transfers as non-senior families. For every \$100 of pre-tax income in 2004, senior families received \$41 from government transfers, compared to just over \$7 for non-senior families. Of the remaining \$59 in income for senior families, \$34 came from private pensions (up from \$27 in 1996), \$12 from earnings, \$10 from investment income, and the rest from other sources.<sup>99</sup>

### **Employment and Retirement**

The new demographic reality of the aging workforce and potential labour shortages has made way for discussions of alternative approaches to the work-life cycle. Although the majority of seniors retire at 65, there still exists a percentage that chooses to continue to work. In fact, "about one-third of those who retired between 1992 and 2002 were healthy individuals who would have been willing to continue working if circumstances had been different."<sup>100</sup> The percentage of working seniors increased from 6 per cent in 2001 to 8 per cent in 2005.<sup>101</sup> Many seniors also return to paid work following an initial retirement, mostly on a part-time basis.<sup>102</sup> The growth in employment among seniors aged 65 to 69 – the fastest rising employment age group in 2004 – contributed to a 30 per cent increase

---

<sup>99</sup> Statistics Canada, *Income in Canada 2004*, Catalogue no. 75-202-XIE, 2006.

<sup>100</sup> René Morissette, Grant Schellenberg and Cyntia Silver, "Retaining older workers" in *Perspectives on Labour and Income*, vol. 5, No. 10, Catalogue No. 75-001-XIE, Statistics Canada, October 2004, p. 3.

<sup>101</sup> National Advisory Council on Aging, *Seniors in Canada 2006 Report Card*, p. 52.

<sup>102</sup> Health Canada, *Canada's Aging Population*, Ottawa, 2002, p. 15.

in the market income of the average senior family between 1996 and 2004.<sup>103</sup>

Mandatory retirement has been banned in Alberta, Manitoba, Ontario, Québec, Prince Edward Island, Nunavut, the Yukon and the Northwest Territories. Ontario's legislation came into effect in December 2006. In November, Saskatchewan introduced a bill to end mandatory retirement, and B.C. Premier Gordon Campbell has said that his government would address the issue during the Spring 2007 sitting of the legislature.<sup>104</sup> The number of seniors indicating that they were forced into retirement because of mandatory retirement policies fell from 16.2 per cent in 1994 to 14.5 per cent in 2002.<sup>105</sup> The Canadian Association for the Fifty-Plus indicated that mandatory retirement has had a negative impact on the lives of many Canadians noting, for example, that "...we hear from many for whom mandatory retirement means poverty, social isolation and the loss of meaningful activity, all of which can lead to physical and mental illnesses, thereby putting unnecessary stress on the health care system. The alternative contributes to independence and quality of life."<sup>106</sup>

In provinces where mandatory retirement has been eliminated, the Committee heard that forms of age-based discrimination remain. "[E]ven where mandatory retirement has ended older workers still face the challenges of ageist employers who discriminate against those who are as young as 45 when it comes to hiring practices."<sup>107</sup> Human Resources and Social Development Canada described a recent government investment of, "\$70 million for a national cost-shared program with the provinces and territories called the Targeted

---

<sup>103</sup> Statistics Canada, *Income in Canada 2004*, Catalogue no. 75-202-XIE, 2006.

<sup>104</sup> Cynthia Ross Cravit, "B.C., Saskatchewan to end mandatory retirement", part of CARP News Articles, CARP – Canada's Association of the Fifty Plus, [www.carp.ca](http://www.carp.ca), January 17, 2007.

<sup>105</sup> National Advisory Council on Aging, *Seniors in Canada 2006 Report Card*, p. 52.

<sup>106</sup> Judy Cutler, CARP – Canada's Association for the Fifty Plus, Evidence, December 11, 2006.

<sup>107</sup> *Ibid.*

## **PART 2: PHASE I SUMMARY OF EVIDENCE**

---

Initiative for Older Workers"<sup>108</sup> that is designed to help unemployed older workers remain active and productive participants in the labour market while their communities undergo adjustment.

Both CARP – Canada's Association for the Fifty-Plus and the International Federation on Ageing suggested that there is a need for a comprehensive review of pension reform to remove disincentives for continued employment for those seniors who would like to remain employed. They cautioned, however, that any proposed reforms should be carefully considered to ensure that they would not create situations where seniors would be obliged to continue working when they would prefer retirement (i.e. by delaying the age of pension eligibility), or reduce benefits for workers who have planned for retirement based on current arrangements. The International Federation on Ageing noted that many other developed countries have undertaken pension reform to deal with this issue.

### **Canada Pension Plan and Private Pensions**

Established in 1966, the Canada Pension Plan (CPP) provides over 3 million retired Canadians with maximum benefits of up to \$844 per month. Federal and provincial Ministers of Finance, as joint stewards of the CPP, completed a triennial financial review in June 2006<sup>109</sup> and the Committee heard that the CPP is on "sound financial footing for at least the next 75 years and that includes the peak of the aging population."<sup>110</sup>

Because benefits are tied to employment earnings, a gender gap still exists in benefit coverage. In 2002, only 83.8% of female tax filers 65 or older reported income from the C/QPP, compared to 94.5%

---

<sup>108</sup> Peter Hicks, Human Resources and Social Development Canada, Evidence, December 4, 2006.

<sup>109</sup> Department of Finance Canada, "Review Finds Canada Pension Plan is Financially Sound," 27 June 2006, [www.fin.gc.ca/cpp/news/20060627\\_e.html](http://www.fin.gc.ca/cpp/news/20060627_e.html)

<sup>110</sup> Peter Hicks, Human Resources and Social Development Canada, Evidence, December 4, 2006.

for men.<sup>111</sup> Unpaid work most often done by women, including child and elder care, interrupt or reduce paid work and diminish women's ability to accumulate pension benefits and retirement savings.

The Committee heard from numerous witnesses that disincentives to postponing retirement must be reduced. One of those disincentives is the CPP benefit structure:

**"You can elect to receive retirement benefits under the Canada Pension Plan as young as age 60, or you can defer them to age 70, the normal age being defined as 65. If you take the benefits younger than age 65, you get a reduced benefit, and the reduction is roughly in keeping with life expectancy on average. If you opt to take them at an older age, you get an increased benefit, but it does not increase as much as the loss in life expectancy after age 65. From a policy point of view, there is clearly some incentive built into the Canada Pension Plan not to defer benefits until after age 65 but rather to take them then."**<sup>112</sup>

As retirement income levels increase, private pension plans represent a growing share of seniors' incomes.<sup>113</sup> However, less than 50 per cent of seniors benefit from a private pension plan.<sup>114</sup> The Committee heard that, "Less than a third of Canadians who are not employed in the public service ... have private pension plan coverage."<sup>115</sup>

Compounding the inadequacy of low levels of private pension coverage is that in many cases the pension investments are not portable: "[E]ven among those who do have some coverage, many

---

<sup>111</sup> Ken Battle, *Sustaining Public Pensions in Canada: A Tale of Two Reforms*, Ottawa, Caledon Institute of Social Policy, 2003, [www.caledoninst.org/PDF/553820622.pdf](http://www.caledoninst.org/PDF/553820622.pdf)

<sup>112</sup> Byron Spencer, McMaster University, Evidence, November 27, 2006.

<sup>113</sup> National Advisory Council on Aging, *Seniors in Canada 2006 Report Card*, 2006, p. 31.

<sup>114</sup> *Ibid*, p. 34.

<sup>115</sup> Byron Spencer, McMaster University, Evidence, November 27, 2006.

## **PART 2: PHASE I SUMMARY OF EVIDENCE**

---

will not realize the coverage because they change jobs and the coverage will not go with them... That is really quite a serious concern among people who are in very low-income groups; they certainly are people who very rarely have any significant amount of private pension coverage."<sup>116</sup>

A recent study by Statistics Canada found a sharply widening gap in pension contributions between families at the top and the bottom of the earnings scale. The maturation of the Canada and Québec Pension Plans had led to a substantial reduction in income inequality between the early 1980s and the mid-1990s, but the now growing inequality in contributions towards retirement could make the distribution of family income among seniors more unequal in years to come.<sup>117</sup>

Another disincentive to continued labour force participation in the case of specific retirees such as teachers and nurses are pension caps. The Committee heard that, "Presently, we have a disincentive to getting people back into the workforce, with their cap in the pension at \$58,000. If a teacher, for instance, gets \$45,000 or \$50,000 pension, as soon as he or she finds another type of employment, then starts getting \$58,000 or \$60,000, she is working for absolutely nothing. There is a disincentive now with the caps."<sup>118</sup>

### **Old Age Security and the Guaranteed Income Supplement**

The Old Age Security (OAS) program provides a basic income to persons over 65 years of age who have lived in Canada for at least 10 years. Its benefits include the Old Age Security pension, the Guaranteed Income Supplement (GIS) and the Allowance for spouses. In 2005-2006, around 4.2 million people received OAS benefits, totalling \$29 billion.<sup>119</sup>

---

<sup>116</sup> *Ibid.*

<sup>117</sup> Statistics Canada, "Study: Pension coverage and retirement savings of Canadian families" in *The Daily*, 26 September 2006.

<sup>118</sup> Robert Dobie, National Advisory Council on Aging, Evidence, November 27, 2006.

<sup>119</sup> Human Resources and Social Development Canada, "C-36: An Act to Amend the Canada Pension Plan and the Old Age Security Act", November 28, 2006.



The Chief Actuary of Canada estimates that the number of people receiving OAS pensions will more than double from 2005 to 2030,<sup>120</sup> leading to a rise in the ratio of OAS expenditures to GDP from 2.4 per cent in 2010 to 3.2 per cent by 2030.<sup>121</sup> The Committee heard from Dr. Byron Spencer that "...government programs will remain manageable, at least in response to population aging. The popular view is that increases in health care costs, which everybody thinks are obviously attributable to population aging, will break the bank — in particular, break government budgets — and things will be unmanageable. I think this view simply is not true. It is not true of public pension programs and income security programs, and it is not true of health care programs."<sup>122</sup>

Similarly, in evidence to the Standing Senate Committee on Banking, Trade and Commerce earlier this year, the Chief Actuary of Canada confirmed that the retirement income "system is expected to be sustainable and affordable well into the future in the face of changing demographic conditions." Notwithstanding, "ongoing review of the system will help to ensure this remains the case."<sup>123</sup>

The Committee is also concerned to make sure that all efforts are being made to reduce the number of seniors who do not receive the OAS benefits for which they are eligible. The annual number of persons eligible to receive the GIS but who did not receive it decreased by 34 per cent between 1999-2001 and 2003.<sup>124</sup> Still, it is estimated that 3 per cent of the seniors population — approximately 137,000 seniors in 2003 — did not receive the GIS despite being eligible for it, losing benefits of \$204 million in total. Service Canada's process for reaching out to seniors who fail to re-apply was the subject

---

<sup>120</sup> Auditor General of Canada, *Report of the Auditor General of Canada to the House of Commons*, Chapter 6: Old Age Security, November 2006.

<sup>121</sup> Standing Senate Committee on Banking, Trade and Commerce, *The Demographic Time Bomb: Mitigating the Effects of Demographic Change in Canada*, June 2006.

<sup>122</sup> Byron Spencer, McMaster University, Evidence, November 27, 2006.

<sup>123</sup> Standing Senate Committee on Banking, Trade and Commerce, *The Demographic Time Bomb: Mitigating the Effects of Demographic Change in Canada*, June 2006.

<sup>124</sup> National Advisory Council on Aging, *Seniors in Canada 2006 Report Card*, p. 33.

## **PART 2: PHASE I SUMMARY OF EVIDENCE**

---

of some discussion between Committee members and witnesses from HRSDC and Service Canada, concerning whether there are language literacy barriers for seniors who receive notification only by letter.

While the Committee's hearings were being carried out, the Minister of Human Resources and Social Development Canada introduced legislation to amend the CPP and OAS, making it easier for seniors to apply for benefits and ease eligibilities for certain claimants. Bill C-36 would allow for ongoing renewal, waiving the requirement for a renewal application once an initial application has been made, allow the Minister of HRSDC to co-administer similar provincial benefits for seniors based on federal provincial agreements, and simplify the reporting of income for couples and seniors.<sup>125</sup>

OAS benefits are adjusted quarterly to keep pace with the Consumer Price Index, but the base amount of the GIS was last increased in 1985. Because wage increases have generally been higher than CPI increases over the last 20 years, the gap in standard of living between GIS recipients and the working-age population is growing.<sup>126</sup> In some cases, the GIS is insufficient to allow seniors, especially unattached seniors, to live above the low-income cut off. An unattached person who received only the OAS and GIS in 2004 had an annual income of \$12,239 – an amount less than the low-income cut-off for urban areas.<sup>127</sup> The Committee heard from the Canadian Association for the Fifty-Plus that a band of supplementary income should be allowed without clawback of the GIS in order to help address this situation.

### **4.3 Volunteering**

For many older adults, engaging in volunteer activities can offer an opportunity to continue using skills and provide a sense of purpose

---

<sup>125</sup> Human Resources and Social Development Canada, "C-36: An Act to Amend the Canada Pension Plan and the Old Age Security Act", November 28, 2006.

<sup>126</sup> Georgina Barnwell, *Women and Public Pensions: Working Towards Equitable Policy Change*, An Initiative of the Women's Centres in the Western area of Nova Scotia, January 2006.

<sup>127</sup> National Advisory Council on Aging, *Seniors in Canada 2006 Report Card*.

during a phase of transition in one's life. Unpaid work can add to one's sense of identity and place, and are a means of giving back to society as a whole.<sup>128</sup>

One of the biggest basins of volunteers is young seniors. The National Advisory Council on Aging spoke to the Committee about how young seniors are increasingly volunteering with older seniors. In 2000, seniors accounted for 17 per cent of all formal volunteer hours, even though they represented only 12 per cent of the population. While the number of seniors volunteering fell from 23 per cent to 18 per cent between 1997 and 2000, the average number of hours volunteered per capita rose from 202 to 269.<sup>129</sup>

The benefits of inter-generational volunteering were highlighted by CARP – Canada's Association for the 50-plus:

**“There is a whole world of possibilities if we bring the young and the elderly together to exchange, learn and share from each other in terms of skills, experiences and ideas. Such inter-generational initiatives such as mentoring, counselling, consulting and coaching can augment the knowledge of both the young and the elderly, and create a dynamic, robust and productive workforce, community and society, and go a long way in dispelling ageist views.”<sup>130</sup>**

The Committee's attention was also drawn to the distinction between formal and informal volunteering and the valuable role that informal social networks can play in supporting seniors:

**“In Aboriginal communities, informal support is given by the cooperative nature of many communities, and is fundamental to allowing seniors to stay in those communities. There are things such**

---

<sup>128</sup> Statistics Canada, *Aging Well: Time Use Patterns of Older Canadians 2005*, July 2006.

<sup>129</sup> National Advisory Council on Aging, *Seniors in Canada 2006 Report Card*.

<sup>130</sup> Judy Cutler, CARP – Canada's Association for the Fifty-Plus, Evidence, December 11, 2006.

**as food sharing. Especially in remote Inuit communities, where food prices may be so high, a lot of hunters will share their food with the seniors in the community, making the lives of those seniors that much easier.”<sup>131</sup>**

CARP suggested to the Committee that measures be taken to strengthen the voluntary sector, including tax credits and compensation for volunteers, as well as financial support for a sound infrastructure for recruitment, screening, training, monitoring, evaluation and recognition.

#### 4.4 Lifelong Learning

The slowing labour force growth rates that are expected highlight the need to maximize the human resource potential of all elements of the population. Witnesses emphasized to the Committee that older Canadians are mostly in good health and able to learn new information and skills, including technology. Lifelong learning for seniors is seen not only as a way of supporting seniors' participation in society and the economy, but also as a strategy to ensure the continuing prosperity and productivity of the nation.

#### 4.5 Questions for Further Study

- What planning or coordination have governments done with respect to the anticipated needs for technical aids among seniors?
- Is there further action the federal government can or should take regarding mandatory retirement?
- Does the Targeted Initiative for Older Workers adequately address the employment issues faced by older workers?
- What specific pension reforms should be undertaken? Which countries have had the most success with pension reform and what can Canada learn from those experiences?

---

<sup>131</sup> Mark Buell, National Aboriginal Health Organization, Evidence, November 27, 2006.

- What can be done to improve portability of pension coverage?
- Should any changes in eligibility be considered for the CPP?
- Should the CPP benefit structure be adjusted to remove disincentives to postponing retirement?
- What can be done to increase private pension coverage and reduce inequalities in savings and investment for retirement?
- Should the impact of pension caps on labour force participation be examined, with a view to removing disincentives to continued employment?
- Should the GIS be adjusted to at least meet low-income cut off levels?
- Is further action needed to further reduce the number of seniors eligible for but not receiving the GIS?
- Should additional employment income be exempted from the GIS clawback?
- Should alternative means of communicating with seniors regarding their available benefits be considered?
- What steps should be considered to strengthen volunteering?
- How is the government addressing the issue of lifelong learning for seniors?

## **5. Health: Promotion, Prevention and Care**

**"Canadians are not only living longer but they also are living longer in good health."<sup>132</sup>**

Various definitions have been used to measure 'healthy' aging. While some studies have defined health as the absence of disease or chronic conditions, it is more common to consider health in terms of an individual's functional impairment and positive health perceptions. This latter approach is the one taken by the World Health Organization, whose definition states that "Health is a state of

---

<sup>132</sup> Pamela White, Statistics Canada, Evidence, November 27, 2006.

**PART 2: PHASE I SUMMARY OF EVIDENCE**

---

complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity." Statistics Canada's recent analysis of healthy living among seniors verified four criteria for a senior to be considered in "good health": good functional health, independence in activities of daily living, positive self-perceived general health, and positive self-perceived mental health.<sup>133</sup>

Although the majority of Canada's roughly 4 million seniors were in good health in 2003, seniors remain disproportionately heavy users of the health care system. Seniors make up 13 per cent of the population, but they account for one-third of all hospitalizations, more than one-half of all hospital stays,<sup>134</sup> and 44 per cent of health care expenditures overall.<sup>135</sup> Nonetheless, the anticipated impact of the aging population on Canada's health care system from a financial sustainability viewpoint does not seem to be as serious as some might fear.

Dr. Byron Spencer told the Committee about a recent OECD study which isolated the effects of population aging on increases in health care expenditures in OECD countries over the last three decades. This study found that the portion of increases that was attributable to population aging was 11 per cent, a figure which was consistent with his own research findings. This position is backed up by Health Canada's Applied Research and Analysis Directorate, which, after undertaking a comprehensive examination of the implication of aging for the Canadian health care system, concluded that "...aging due to greater longevity, which has been the driver of population aging that has occurred to date, does not appear to put pressure on health care costs." Their analysis does show that, "...the aging that will start to occur as a result of the baby boom bulge will add to cost pressures, but these effects are smaller than the pressures arising from other drivers of health care costs, such as increases in utilization or new

---

<sup>133</sup> Statistics Canada, "Healthy Living Among Seniors" in *How Healthy Are Canadians? Health at Older Ages*, Health Report Special Issue, Supplement to Volume 16, Catalogue no. 82-003-XPE, February 2006, p.9.

<sup>134</sup> Statistics Canada, "Health Reports: Seniors Health Care Use" in *The Daily*, February 7, 2006.

<sup>135</sup> Margaret Gillis, Public Health Agency of Canada, Evidence, December 4, 2006.

treatments."<sup>136</sup> According to the OECD, it is advances in medical technology and rapid increases in health services which are in fact the main sources of long-term upward pressure on public spending on health.<sup>137</sup> Spending specifically on long-term care and formal care services, however, may see a higher demand increase than other sectors of health care as a result of the aging population.<sup>138</sup>

The International Federation on Ageing suggested to the Committee that a healthy aging perspective can inform a policy strategy which would have far-reaching impacts:

**"After canvassing the aging policies and programs for many different countries not unlike Canada and reflecting on the work of our NGO members who represent 50 million older people in the world, I ask myself the question: What is the single broadest policy intervention that could in some way impact on each of these substantive issues? The answer is "healthy aging." My caveat to this term is that aging — growing old — is not a health issue, nor should we see it as a health issue in the future, but rather part of the life-course approach. I have a belief that aging starts at birth and throughout the life-course we experience changes in our life, and at times we need specialist services and care."**<sup>139</sup>

This perspective on healthy aging requires a long-term commitment to action on a wide range of influences or determinants – economic, health and social services, behavioural, social, personal and physical – which affect individuals, families and nations. Jane Barratt affirmed

---

<sup>136</sup> Sara Hogan and Jeremey Lise, "Life Expectancy, Health Expectancy, and the Life Cycle" in *Horizons*, Vol. 6, No. 2, p.17.

<sup>137</sup> Organization for Economic Co-operation and Development, "Study Projects Growing Pressure on Public Health Spending Over and Above Effects of Ageing Society", February 9, 2006.

<sup>138</sup> Organization for Economic Co-operation and Development, "III. Future Budget Pressures Arising from Spending on Health and Long-Term Care" in *OECD Economic Outlook 79*, 2006.

<sup>139</sup> Jane Barratt, International Federation on Ageing, Evidence, December 11, 2006.

that a healthy aging policy orientation over the life-course can have long-term benefits, including economic returns, to society.

## 5.1 Health Promotion

The central concept behind health promotion is that health is determined by many interacting social, psychological, and biological factors that are amenable to intervention by individuals and society. The health promotion approach focuses on improving the health of the population by addressing these determinants of health.

Witnesses emphasized the importance of health promotion as part of an overall strategy to improve seniors' health and well-being.

**"...an effective health system must place as much emphasis on health promotion as it does on health care. The causes of some serious conditions associated with aging will elude us, as will their prevention and treatment methods. However, many ill effects of chronic conditions associated with aging are avoidable."**<sup>140</sup>

By reducing the rates and impacts of some conditions, health promotion and disease prevention strategies improve the overall health of the population, and reduce some pressure on healthcare costs in doing so.

**"Of our total health care expenditures, 44 per cent are attributed to seniors — who are 13 per cent of the population. We will have more Canadians over age 65 than under age 15 in the next 10 years. Studies show that health promotion and disease prevention strategies can help those who are aging well, those with chronic conditions and those who are at risk for serious health problems even late in life. It follows, then, that investments in health**

---

<sup>140</sup> Robert Dobie, National Advisory Council on Aging, Evidence, November 27, 2006.



**promotion and disease prevention should also be a given.”<sup>141</sup>**

The Royal Canadian Legion suggested that, "the integration of health promotion and preventative health measures into medical programs, coupled with more affordable housing options," would be a way of reducing overall health care expenditures.<sup>142</sup>

Once again, a key to effective health promotion outcomes is a life-course approach. The Canadian Association on Gerontology reminded the Committee that, "The term 'health promotion' we support and encourage, but healthy aging does not start at 65; it starts the day that one is born."<sup>143</sup>

The National Advisory Council on Aging urged that the prevention of falls and lifestyle changes related to physical activity and nutrition be given priority in promotion and prevention programs for the aging population.

## 5.2 Injury Prevention

Injuries can reduce seniors' independence, limit their activities, or even result in death. Seniors are injured at home more than any other location, with falls being the main cause of injury-related hospitalizations.<sup>144</sup> In 2003, 5 per cent of the senior population experienced a fall<sup>145</sup> and the Committee heard evidence from the Public Health Agency of Canada that falls are the second leading cause of seniors' deaths. The National Advisory Council on Aging reviewed some of the striking statistics on falls for the Committee:

**“Also, did you know that every hour in Canada, an older person dies as a result of a fall? Close to 1**

---

<sup>141</sup> Margaret Gillis, Public Health Agency of Canada, Evidence, December 4, 2006.

<sup>142</sup> Jack Frost, Royal Canadian Legion, Evidence, December 11, 2006.

<sup>143</sup> Sandra Hirst, Canadian Association on Gerontology, Evidence, December 11, 2006.

<sup>144</sup> Public Health Agency of Canada, *Report on Seniors Falls in Canada*, 2005.

<sup>145</sup> National Advisory Council on Aging, *Seniors in Canada: 20006 Report Card*, 2006.

**million seniors will experience at least one fall per year, and that fall causes 84 per cent of injury-related hospital admissions of seniors in Canada. An incredible amount of money — \$1 billion annually in direct health care costs — is a result of falls. It is important to note that evidence has shown that the causes and impacts of falls can be reduced.”<sup>146</sup>**

The magnitude of the problem of falls among older adults is reflected by a 300 per cent increase in publications on the issue between 1985 and 2005.<sup>147</sup> To reduce the incidence of falls among seniors, the Public Health Agency of Canada reported to the Committee that it has been active in a number of falls prevention initiatives, including education and information materials for seniors, and a 2005 report that provides comprehensive data on falls, injuries and deaths, evidence on risk factors and best practices for prevention.

The National Advisory Council on Aging found that the rate of injuries resulting in limitations and hospitalizations due to falls remained stable between 1998-99 and 2002-03. The Public Health Agency of Canada informed the Committee that it will be hosting a national forum to discuss seniors' falls surveillance data in 2007, involving falls prevention practitioners, surveillance experts and researchers from across Canada. The outcomes of this forum will be used to help design interventions to reduce falls. The Agency also noted that, "Because of our success with falls prevention, the World Health Organization is using our approach to conduct a similar project on a global scale."

### 5.3 Chronic Diseases

As people age, they are more likely to be afflicted with chronic conditions. A chronic condition is defined in Statistics Canada's National Population Health Survey as a long-term health condition that has lasted or is expected to last six months or more and that has been

---

<sup>146</sup> Robert Dobie, National Advisory Council on Aging, Evidence, November 27, 2006.

<sup>147</sup> Public Health Agency of Canada, *Report on Seniors Falls in Canada*, 2005.

diagnosed by a health professional.<sup>148</sup> The most common chronic conditions affecting seniors are heart disease, arthritis, diabetes and dementia.<sup>149</sup>

The Committee heard that because the number of seniors is increasing, particularly in the 85-plus group, the prevalence of chronic disease is increasing, and is expected to continue to grow. "In 2005, 91 per cent of seniors reported one or more chronic health condition as diagnosed by a health professional, compared with 87 per cent in 2000-01."<sup>150</sup> The National Advisory Council on Aging warned that the growth in the number of chronic conditions may end up, "...posing a number of challenges for health care."

The Aboriginal population is especially affected by chronic conditions. The National Aboriginal Health Organization told the committee that, "one in five Métis report arthritis or rheumatism, in comparison to one in ten in the non-Aboriginal population." First Nations seniors also report suffering from, "a variety of concurrent, long-term health conditions such as arthritis, rheumatism, high blood pressure, asthma and heart disease. Additionally, type 2 diabetes is also a cause of significant concern in elderly First Nations people."<sup>151</sup>

The Canadian Association on Gerontology reminded the Committee that healthy aging begins at birth. "The chronic condition does not start when one turns 65. It has its roots in the 30s and 40s."<sup>152</sup> This re-emphasizes the value of a life-course perspective on healthy aging, suggesting once again that strategies for reducing the prevalence of chronic disease in later life need to include the targeting of determinants and risk factors earlier in life.

---

<sup>148</sup> Statistics Canada, "Health at Older Ages" in Health Reports Special Issue, Supplement to Volume 16, 2006, p. 52.

<sup>149</sup> Robert Dobie, National Advisory Council on Aging, Evidence, November 27, 2006.

<sup>150</sup> Jane Barratt, International Federation on Ageing, Evidence, December 11, 2006.

<sup>151</sup> Carole Lafontaine, National Aboriginal Health Organization, Evidence, November 27, 2006.

<sup>152</sup> Sandra Hirst, Canadian Association on Gerontology, Evidence, December 11, 2006.

## 5.4 Medication Use

Seniors use a variety of medications to cope with chronic conditions such as diabetes, arthritis, or high blood pressure. In 2003, 9 out of 10 non-institutionalized seniors reported having taken at least one type of medication in the previous month. On average, they took three different types. These high rates of medication use, particularly with multiple medications, make medication safety a critical issue, especially concerning the possibility of drug interactions.<sup>153</sup> Studies have revealed that between 18 and 50 per cent of drugs taken by seniors are not used appropriately. It is not surprising, then, that between 19 and 28 per cent of hospitalizations of patients over the age of 50 are attributable to medication problems.<sup>154</sup>

In an effort to reduce complications related to multiple prescriptions and drug interactions, the Institute of Aging indicated that the health transition fund had supported a number of demonstration projects involving pharmacists working collaboratively with physicians, sharing full profiles of medications that may be prescribed by different physicians and reviewing potential interactions. One of the recommendations emerging from the health transition fund research addresses the integration of pharmacists and physicians based on these experiences.

Additionally, the cost of medications can be overwhelming for seniors living on a fixed income. The Committee heard that,

**“While virtually all seniors are covered by some type of prescription drug insurance, either public or private, the extent of this coverage varies significantly from province to province, leaving many seniors vulnerable to financial hardship. In its special report to the Romanow Commission on the Future of Health Care in Canada, NACA recommended that a national comprehensive**

---

<sup>153</sup> Public Health Agency of Canada, *The Safe Living Guide*, 2005, p. 21.

<sup>154</sup> National Advisory Council on Aging, *1999 and Beyond, Challenges of an Aging Canadian Society*, Ottawa, 1999, p. 31.

**publicly-insured or publicly-privately-insured  
prescription plan be established.”<sup>155</sup>**

## 5.5 Mental Health, Mental Illness and Dementia

As is also often the case with the population at large, issues that relate to the mental health of seniors are not always given the priority they deserve. In this vein, Margaret Gillis told the Committee that:

**“Seniors’ mental health is often overlooked. Problems such as depression are often viewed as an inevitable part of aging. In fact, mental health problems in later life occur in the context of mental illness, disability and poor social support.”<sup>156</sup>**

The impact of mental illness and dementia on the older population is considerable. For example:

- **Studies suggest that between 15 per cent and 25 per cent of nursing home residents have symptoms of major depression, and another 25 per cent have depressive symptoms of lesser severity.<sup>157</sup> The prevalence of mental disorders in general among nursing home residents is extraordinarily high, between 80 per cent and 90 per cent.<sup>158</sup>**
- **The incidence of suicide amongst men 80 years of age and older is the highest of any age group (31 per 100,000).<sup>159</sup>**
- **Dementia affects approximately 8 per cent of all people aged 65 and over, and almost 35 per cent of**

---

<sup>155</sup> Robert Dobie, National Advisory Council on Aging, Evidence, November 27, 2006.

<sup>156</sup> Margaret Gillis, Public Health Agency of Canada, Evidence, December 4, 2006.

<sup>157</sup> Canadian Coalition on Seniors’ Mental Health (CCSMH) brief to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, p. 4.

<sup>158</sup> Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, *Interim Report on Mental Health Mental Illness and Addictions in Canada*, 2004, p. 88.

<sup>159</sup> CCSMH brief, *op. cit.*, p. 5.

**PART 2: PHASE I SUMMARY OF EVIDENCE**

---

**persons aged 85 and over. It has been estimated that by 2031, over 750,000 Canadians will have Alzheimer's disease and related dementias (up from 364,000 in 2003).<sup>160</sup>**

In her testimony to the Committee, Judy Cutler noted that there is currently no comprehensive strategy for addressing mental health issues in Canada, including those that affect seniors in particular:

**"As well, a national mental health strategy as outlined in the Kirby-Keon report would contribute to the health and quality of life of caregivers and care recipients. It is unconscionable that Canada is the only G8 country without such a strategy to serve millions of those suffering from mental illnesses. We are concerned about the aging of the mentally ill, whose needs are specific, unique and ignored."<sup>161</sup>**

This points to the way that mental disorders experienced by older adults may differ from those experienced by younger people, which can make accurate diagnosis and treatment difficult. For example, depression is often under-diagnosed and under-treated because it is confused with or masked by other problems, or because the observed symptoms are considered to be part of the normal aging process. In addition, seniors typically have co-morbidities which complicate issues of assessment and treatment.

And, as Margaret Gillis told the Committee:

**"Similarly, Alzheimer's disease and related dementias represent a crucial health issue among seniors, their families and caregivers. We now have evidence that early intervention can delay progress of the disease."<sup>162</sup>**

---

<sup>160</sup> *Ibid.*

<sup>161</sup> Judy Cutler, CARP - Canadian Association for the Fifty Plus, Evidence, December 11, 2006.

<sup>162</sup> Margaret Gillis, Public Health Agency of Canada, Evidence, December 4, 2006.

Timely diagnosis can allow for the use of effective therapies which can slow the progress of Alzheimer's disease, reduce excess disability caused by depression and anxiety, and allow for patients with treatable conditions to regain their quality of life and prevent or delay long-term care placement. However, the diagnosis of dementia can be complicated because there are other disorders that coexist with Alzheimer's disease or have similar features to it.

## 5.6 Palliative Care

Palliative care "offers the relief of pain and other symptoms; it seeks to meet not only the physical needs but also the social, psychological, emotional, and spiritual needs of persons with terminal illness, their families, caregivers and other loved ones."<sup>163</sup> Palliative care may be received at home, in a hospital, in long-term care facilities, or in hospices.

There are several dimensions to adequately addressing palliative and end-of life care issues for seniors. A 2004 poll indicated that 90 per cent of Canadians wish to remain in their own homes during the final stages of life, yet about 75 per cent of deaths today still take place in hospitals and long-term care facilities.<sup>164</sup> There is a shortage of health care professionals trained in palliative care and in geriatric medicine. Caregivers who are offering palliative and end-of-life care also require ongoing training and support, as only 6 per cent of informal caregivers feel they can adequately care for their loved ones without additional support.<sup>165</sup> New indicators and data need to be developed to better measure palliative and end-of-life care.<sup>166</sup> Across the country, programs and services available to those at end-of-life vary from jurisdiction to jurisdiction, as do the eligibility criteria for those services.

---

<sup>163</sup> National Advisory Council on Aging, *1999 and Beyond, Challenges of an Aging Canadian Society*, Ottawa, 1991, p.35.

<sup>164</sup> Canadian Hospice Palliative Care Association, Fact Sheet, September 2004.

<sup>165</sup> *Ibid.*

<sup>166</sup> National Advisory Council on Aging, *Seniors in Canada: 2006 Report Card*, 2006, p.25.

## **PART 2: PHASE I SUMMARY OF EVIDENCE**

---

One of the most important initiatives to support Canadians at end-of-life was the implementation of the Compassionate Care Leave Benefit<sup>167</sup> under the *Employment Insurance Act* in 2004. Human Resources and Social Development Canada (HRSDC) pointed out to the Committee that the government had recently expanded the definition of "family member" to make it easier for Canadians to take advantage of the benefit. However, there are still a number of deficiencies with the program, especially in regards to the length of the benefit and the qualification that the gravely-ill individual is at risk of dying within the next six months. Officials from HRSDC indicated that research is currently ongoing within the Department on compassionate care and other issues regarding caregiving, such as respite care.

**"For many of those issues, you really would have to take a different approach to it, rather than the EI vehicle itself. Our sense is we may have gone as far on the Employment Insurance vehicle as we can. When you look at these broader issues, it might make sense to look at a broader set of instruments."**<sup>168</sup>

Witnesses before the committee pointed to the Veterans Affairs Canada palliative care program for at-home care as a potential model of palliative care. Veterans Affairs Canada reported that it is currently undergoing a health-care program review and will be examining how the department handles end-of-life care interventions to ensure a comprehensive approach to the handling of their clients needs in this area. As part of the health-care review, they "want to look at what are the necessary interventions at the right place and time, as opposed to looking at criteria based on eligibility that is largely driven by entitlement as opposed to need."<sup>169</sup>

**"Oftentimes these palliative cases do not have a particular time frame associated with them. The**

---

<sup>167</sup> The Benefit provides up to six weeks of paid leave to qualified persons who may need to leave work to provide care or support to a gravely-ill family member who is at risk of dying within six months.

<sup>168</sup> Peter Hicks, Human Resources and Social Development Canada, Evidence, December 4, 2006.

<sup>169</sup> Bryson Guptill, Veterans Affairs Canada, Evidence, December 4, 2006.



**expectation might have been that someone would only be living for a short period of time. In some cases, they lived longer. You cannot have an artificial time limit around palliative care in those situations. I am pleased to say we have been very flexible in our policy in that sense. Our intention would be to help people in the home environment in any cases where it is possible. That sometimes is restricted...”<sup>170</sup>**

## 5.7 Caregiving, Paid and Unpaid Caregivers

### **Unpaid Caregivers**

The aging population is translating into an increased requirement for individuals to care for family members or friends who have chronic health problems or disabilities. As people age and they deal with various health conditions, they will require some type of assistance with housework, personal chores, or health-related home care services. For some, this caregiver role is filled by a spouse, a family member, or a friend. Caregiving can range from a few hours a week to round-the-clock care. These informal caregivers are a vital part of the health care system, both for seniors at home and in institutional care. They provide about 80 per cent of all home care to seniors living in the community and up to 30 per cent of services to seniors living in institutions.<sup>171</sup>

**“In 2002, more than 1.7 million adults aged 45 to 64 provided informal care to almost 2.3 million seniors with long-term disabilities or physical limitations. Roughly equal numbers of men and women aged 45 to 65 are involved in informal caregiving. Women are more likely to be high intensity caregivers, while men work longer hours at paid employment. Yet most of these caregivers are also in the labour force,**

---

<sup>170</sup> *Ibid.*

<sup>171</sup> National Advisory Council on Aging, *1999 and Beyond, Challenges of an Aging Canadian Society*, Ottawa, 1999, p. 40.

**PART 2: PHASE I SUMMARY OF EVIDENCE**

---

**with 70 per cent being employed. Just under half of these employed caregivers were women. One third of male caregivers spent one hour or less per week providing care compared with less than a quarter of women. Women are more likely to spend four or more hours per week.”<sup>172</sup>**

Being a caregiver presents physical, mental, emotional, and financial challenges to the caregivers themselves, particularly those who balance caregiving and paid employment.

**“Two thirds of women and nearly half of men who combined more than 40 hours of employment with four or more hours of caregiving per week experienced substantial job related consequences such as reduction in hours or income or change in work patterns.”<sup>173</sup>**

Witnesses pointed out that Canada’s informal caregivers, many of whom are seniors themselves, also need support.

**“The added responsibility of informal caregiving can lead to physical and mental exhaustion and have a detrimental effect on the health of caregivers. Lack of formal supports can lead to burn out, causing caregivers to withdraw from caregiving. This, in turn, can lead to higher rates of institutionalization for seniors. In any case, future generations of seniors will not be able to count on large families to provide personal care and will likely be more reliant on public services.”<sup>174</sup>**

To offset the physical, mental, emotional and financial challenges faced by caregivers, CARP – Canada’s Association for the Fifty Plus has called for a national respite program and a national home care

---

<sup>172</sup> Pamela White, Statistics Canada, Evidence, November 27, 2006.

<sup>173</sup> *Ibid.*

<sup>174</sup> Robert Dobie, National Advisory Council on Aging, Evidence, November 27, 2006.

program "that includes chronic and community non-medical care with government transparency and accountability."<sup>175</sup>

To enable caregivers to balance work and caregiving, CARP also recommended establishing policies for flexible work hours and reasonable leaves of absence. Where there is a need for a substantial leave of absence from work to provide elder care, they suggested income protection similar to that of the Compassionate Care Leave Benefit under the *Employment Insurance Act* and for amendments to the Canada Pension Plan similar to those extended to new parents. CARP also noted the difficulty faced by caregivers in re-entering the workforce once caregiving has ceased and noted the "need to have post caregiving support systems to help build or rebuild skills and build confidence for a successful transition back into life and into the labour market."<sup>176</sup>

Witnesses advised the Committee to be mindful of the importance of informal social supports such as food sharing in Aboriginal communities. "In Aboriginal communities, informal support is given by the cooperative nature of many communities and is fundamental to allowing seniors to stay in those communities."<sup>177</sup> Officials from Health Canada echoed the importance of families and the informal care system for elderly aboriginal Canadians, stating that their research indicates that some caregivers are caring for up to five relatives each day, requiring a system that supports both the clients and their families.<sup>178</sup>

### **Paid Caregivers**

According to Anne Martin-Matthews, Scientific Director of the Canadian Institutes of Health Research's Institute of Aging, there are approximately 32,000 individuals, primarily women, providing home support care such as bathing, feeding, toileting and dressing to

---

<sup>175</sup> Judy Cutler, CARP - Canadian Association for the Fifty Plus, Evidence, December 11, 2006.

<sup>176</sup> *Ibid.*

<sup>177</sup> Mark Buell, National Aboriginal Health Organization, Evidence, November 27, 2006.

<sup>178</sup> Shelagh Jane Woods, Health Canada, Evidence, December 4, 2006.

**PART 2: PHASE I SUMMARY OF EVIDENCE**

---

seniors. Many have little training and are paid on a per-visit basis to a home.<sup>179</sup> Unfortunately, as Sandra Hirst stated to the Committee, "there is no consistent standard of care nationally as to how we actually give physical, psychological and emotional care to older adults."<sup>180</sup>

Furthermore, many personal care workers without any education or training are hired by families, nursing homes and long-term care institutions to assist seniors. According to Lynn MacDonald, Scientific Director of the National Initiative for Care of the Elderly, many "are being paid under the table; are not being paid minimum wage; are hidden much of the time; and would likely belong to the cadre that you are speaking of that require a great deal of education."<sup>181</sup>

**"In considering the education aspects, we have to respect how important it is in relation to professionals. Over the next 10-15 years, we will need an additional 32,000 home support workers to meet that future need. Yet, we are not recruiting to those fields. The minute people have sufficient training; they go to work for long term care facilities, where they can have continuity of payment. They know what job they will do from day to day. The way in which the delivery of home support services is structured, they cannot know what job they will do each day or where it will be done. I would like to plea for recognition of that full continuum of workforce that we need in respect of our aging population."**<sup>182</sup>

---

<sup>179</sup> Anne Martin-Matthews, Institute of Aging, Evidence, December 11, 2006.

<sup>180</sup> Sandra Hirst, Canadian Association on Gerontology, Evidence, December 11, 2006.

<sup>181</sup> Lynn McDonald, National Initiative for the Care of the Elderly, Evidence, December 11, 2006.

<sup>182</sup> Anne Martin-Matthews, Evidence, December 11, 2006.

## 5.8 Long-Term Care, Continuing Care and Home Care

In general, long-term care facilities provide living accommodation for people who require on-site delivery of 24-hour, 7-days-a-week supervised care, including professional health services, personal care and services such as meals, laundry and housekeeping. Long-term, facilities-based care is not publicly insured under the *Canada Health Act*. The Committee was told that,

**"From a facility perspective, there is no clear definition of long-term care nationally. Each province and territory employs different terms to describe the experience. The staffing requirements and legislation that governs these facilities differ across Canada."**<sup>183</sup>

This also means that, across the country, jurisdictions offer a range of services and cost coverage. Consequently, there is little consistency across Canada in what facilities are called (e.g., nursing home, personal care facility, residential continuing care facility, etc.), the level or type of care offered and how it is measured; how facilities are governed or who owns them.<sup>184</sup>

To deal with those inconsistencies, the Royal Canadian Legion indicated that it has been advocating for national standards of long-term care. "When seniors and veterans face the reality of transitioning to those facilities, there should be a well-defined level of care, which should be the same whether they reside in Newfoundland and Labrador or British Columbia. Seniors should be covered by a seniors' bill of rights to establish national standards of care, benefits and services."<sup>185</sup>

The Committee heard that most older people will not enter institutional care. According to the International Federation on Ageing,

---

<sup>183</sup> Sandra Hirst, Canadian Association on Gerontology, Evidence, December 11, 2006.

<sup>184</sup> This description of long-term care is taken from the website of Health Canada at:  
[www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/home-domicile/longdur/index\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/home-domicile/longdur/index_e.html)

<sup>185</sup> Jack Frost, Royal Canadian Legion, Evidence, December 11, 2006.

## **PART 2: PHASE I SUMMARY OF EVIDENCE**

---

only "One in seven people over the age of 75 in developed countries are likely to go into some institutional care." The National Advisory Council on Aging provided a portrait of the long-term care situation in Canada:

**"Approximately 7 per cent of all seniors and as many as 40 per cent of the very old, presently reside in long-term care facilities due to health problems. While future generations of seniors might be less prone to living in long-term care facilities, the sharp increase among very old seniors in years to come will place considerable pressure on long-term care systems. Increasingly, these facilities are called on to care for seniors who are older and sicker than they were in the past. The organization and funding of health care, as well as the hiring, training, and remuneration of health personnel, must adjust to this new reality."**<sup>186</sup>

The care required in long-term care facilities is indeed changing, becoming more demanding and complex. The Canadian Association on Gerontology noted: "we are asked to provide care to complex older adults who have a variety of needs. Older adults entering long-term care rarely present with one health issue. They have multiple concerns."<sup>187</sup> Instead of investments in personnel training and expansions in the staff teams at long-term care facilities, staff in many provinces have had to cope with cutbacks. "Where we had registered nurses, for example, we are now using licensed practical nurses – LPNs – or registered psychiatric nurses. Where we had LPNs, we are now using nurse's aides, because of funding."<sup>188</sup>

The increasing ethnocultural diversity of seniors in long-term care facilities poses a challenge for some institutions, which can have difficulty understanding and adapting to the needs of seniors from

---

<sup>186</sup> Robert Dobie, National Advisory Council on Aging, Evidence, November 27, 2006.

<sup>187</sup> Sandra Hirst, Canadian Association on Gerontology, Evidence, December 11, 2006.

<sup>188</sup> *Ibid.*

different ethnocultural backgrounds. Douglas Durst told the Committee that for these seniors, even beyond immediate issues of language, diet, and customs, "...attitudes about receiving and accepting help, dependency, self sufficiency, and so on, are different, as is wanting and asking for help from professionals..."<sup>189</sup> Culture-specific facilities were identified by the Canadian Association on Gerontology as a possible solution to providing culturally-adapted, facility-based care.

An emerging subgroup of older adults in society and long-term facilities is adults with intellectual and developmental disabilities. The Canadian Association on Gerontology told the Committee that, "We have populations now in their 40s who are demonstrating Alzheimer's-like symptoms. By the time they reach 60, at least 50 per cent of individuals who have Down Syndrome will develop Alzheimer's-like symptoms." As their families age, these adults are admitted to long-term care. "Regardless of the setting in which care is delivered, this subgroup of our senior population will warrant our attention."<sup>190</sup>

A number of witnesses suggested that a national home care program could be a cost-effective way of delivering medical services to seniors that contributes to their quality of life. As with long-term care, "Every province and the territories have different home care programs all with different eligibility programs, different levels of care, different amounts of care, and so forth. The different programs create a patchwork quilt across the country. We have advocated for a national home care program with standards and with the provision of core services comparable from province to province..."<sup>191</sup> CARP specified that a national home care program should include chronic care and home and community support services, and not be restricted to acute care and medical care.

---

<sup>189</sup> Douglas Durst, University of Regina, Evidence, November 27, 2006.

<sup>190</sup> Sandra Hirst, Canadian Association on Gerontology, Evidence, December 11, 2006.

<sup>191</sup> Judy Cutler, CARP – Canada's Association for the Fifty Plus, Evidence, December 11, 2006.

## **PART 2: PHASE I SUMMARY OF EVIDENCE**

---

Jane Barratt of the International Federation on Ageing provided the example of Australia as a model for the development of a national home care program.

**"I was intimately involved with a national home care program that was equitable across the provinces. The program had national standards that were met through consensus with the provinces and had accreditation with the approved providers. Services ranged from community-aged care packages — packages of care that were worked out with the person receiving the care and their family in the home — right up to what were called "EACH" packages, or Extended Aged Care in the Home. Those packages were more detailed and had intensive nurse care. I am aware of and have been closely involved with national programs that have a track record of 15 years. They extended to rural and remote areas, the indigenous population and culturally specific programs called culturally and linguistically diverse — CALD — programs in different languages."**<sup>192</sup>

Within Canada, the New Brunswick Extra-Mural Program (known by many as the 'hospital without walls') was suggested by the National Advisory Council on Aging as an innovative model for the delivery of comprehensive home health care services.

The Committee heard that the greatest current weakness in home care services across the country is the provision of home support services delivered primarily by non-professional or paraprofessional workers that provide most of the paid home care services in the country.

**"This particular cadre of individuals are perhaps the lowest paid, work with the fewest benefits, often pay for their own training, in some provinces pay**

---

<sup>192</sup> Jane Barratt, International Federation on Ageing, Evidence, December 11, 2006.



**their own travel expenses, and so on. Yet these people are relied upon to provide the bulk of home care services. ... It is critical that this group of individuals be an integral component of a national home care program. When we think of home care, we tend to think of professional services but paraprofessionals are the bedrock of the home care programs.”<sup>193</sup>**

The lack of a national human resources strategy and training standards for this sector has a significant impact on the quality of care from one region to another.

**“There is an urgent need for a national human resources strategy in home care across the country because the supply and distribution of home care workers varies tremendously across the country. Many provinces are recruiting from out of country to try to enlist home care workers in Canada. That supply and distribution is critical to an equitable provision of services across the country within the home care sector itself.”<sup>194</sup>**

## 5.9 Strengthening the Gerontological / Geriatric Healthcare Workforce

As the population ages, there will be an increasing demand for healthcare professionals and medical specialists to treat seniors.

Recent consultations with seniors' organizations by the National Institute of Aging found that the top health issues for seniors included training in standards of practice for clinicians who work with older adults, and access to age-appropriate health service, which is limited by the acute shortage of geriatrics specialists.<sup>195</sup> "We need more

---

<sup>193</sup> Taylor Alexander, CARP – Canada's Association for the Fifty Plus, Evidence, December 11, 2006.

<sup>194</sup> *Ibid.*

<sup>195</sup> Anne Martin-Matthews, National Institute of Aging, Evidence, December 11, 2006.

**PART 2: PHASE I SUMMARY OF EVIDENCE**

---

people dedicated to careers in geriatrics and gerontology, and to basic research on the biological aspects of aging, all with the goal of improving health services delivery to an aging and elderly population."<sup>196</sup>

For example, the Committee heard that in 2000-01, seven medical students went into geriatric medicine in the entire country.<sup>197</sup> In 2000, there were 144 geriatricians in Canada, compared to an estimated 481 that were needed. By 2005, the number of geriatricians had risen to 191, but was still far short of the 538 that were estimated to be needed in 2006.<sup>198</sup>

Compounding the challenge of the existing shortage is that the current healthcare workforce is itself aging, and recruitment numbers are not meeting current or projected demand. The Canadian Association on Gerontology reported to the Committee that already, "The average age of a registered nurse in this country is close to 50." Attracting young people to the field of aging was a challenge mentioned by a number of witnesses.

Lynn McDonald cited a lack of professional training and education in geriatric medicine, gerontological social work and gerontological nursing as a key impediment to attracting and producing the number of health professionals needed. Beyond gerontological and geriatric specialists, the incorporation of interdisciplinary geriatric education into the core education program of all health professionals would improve the ability of the health care field on the whole to offer age-appropriate services.

Finally, Anne Martin-Mathews suggested that finding a way to recognize the credentials of immigrants with health care training would also help alleviate the shortage of health care professionals.

---

<sup>196</sup> *Ibid.*

<sup>197</sup> Sandra Hirst, Canadian Association on Gerontology, Evidence, December 11, 2006.

<sup>198</sup> National Advisory Council on Aging, *Seniors in Canada 2006 Report Card*, 2006, p.19.

## 5.10 Questions for Further Study

- What cost pressures can be anticipated on long-term care and formal care services, and what can be done to mitigate or best meet those needs?
- Are health promotion efforts getting the priority they deserve compared to health care or other issues?
- Are falls prevention initiatives having an effect in reducing the number of falls in recent years, and have they explored the role of complex medical interactions in falls?
- What is being done, and what needs to be done, to reduce the higher rates of chronic illnesses among Aboriginal populations, and aboriginal seniors?
- Have promising practices been implemented to reduce medication-related complications and interactions? What measures are in place to avoid negative drug interactions with both prescription and over-the-counter medications?
- What would be the costs and advantages of a national, comprehensive, publicly-insured or publicly-privately-insured prescription plan as recommended by the National Advisory Council on Aging?
- What early interventions should be taken to delay progress of mental illness among seniors? What action is being taken by the government in response to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology's report *Out of the Shadows at Last: Transforming Mental Health, Mental Illness and Addiction Services in Canada*, including issues related to seniors' mental health?
- What changes are being proposed to the Veterans Affairs Canada model of palliative care, and should it be considered as a template for a broader program for all Canadian seniors?
- What would be the costs and advantages of a national respite program and a national home care program as recommended by witnesses?

- How can better recruitment, training, support and employment conditions be provided to the paid homecare and home support sector?
- Is any work being done on establishing national standards of care for long-term care facilities or home care?
- What is being done to meet the anticipated need for geriatric and gerontological health professionals?

## **6. Housing and Transport**

Appropriate services and infrastructure can help seniors maximize their independence and quality of life as they age. Seniors today require a broad range of housing options that reflect their personal preferences and meet their physical, mental and social needs. In addition, access to transportation can play a significant role in maintaining seniors' independence, social networks and quality of life.

The National Advisory Council on Aging recommended increased funding for affordable housing and public transit, "in both rural and urban areas because housing and transportation are key to seniors' autonomy and social participation -- two ingredients that benefit Canadian society as a whole."<sup>199</sup>

A wide range of terms are used in different jurisdictions and among different researchers and stakeholders to identify the variety of housing arrangements and non-medical support services available for seniors. For the purposes of this interim report, we look at housing, home and community support services, assisted living and supportive housing.

### **6.1 Housing**

In 2001, there were a total of 2.4 million senior-led households in Canada. The vast majority of seniors – 93 per cent – lived in private

---

<sup>199</sup> Robert Dobie, National Advisory Council on Aging, Evidence, November 27, 2006.

dwellings, with the remaining 7 per cent residing in collective settings such as health care institutions, shelters, religious establishments and others. Among seniors over 75, the number living in collective dwellings is higher at 13 per cent, down slightly from 14 per cent in 1996.<sup>200</sup>

A significant difference between senior and non-senior households can be found in the rate of persons living alone. Among senior-led households, 43 per cent were persons living alone, compared to 21 per cent of non-senior households. The majority of seniors living alone were women, and those who lived alone were most likely to be renters.<sup>201</sup>

The Canada Mortgage and Housing Corporation (CMHC) reported to the Committee that most seniors in Canada are well-housed, meaning that their housing is in adequate condition, suitable in size to meet their needs and affordable, requiring less than 30 per cent of their pre-tax household income. "Over two thirds of senior-led households own their own home, 85 per cent of these home owners are mortgage free and 57 per cent of them live in single detached dwellings."<sup>202</sup>

There were, however, 17 per cent of senior households who lived in 'core housing need' in 2001, a slight decrease from 18 per cent in 1996, but still higher than the non-senior household rate of 13 per cent.<sup>203</sup> 'Core housing need' refers to households that are crowded, in poor condition or did not have affordable shelter. Affordability was the main reason why Canadian senior households fell into core housing need.<sup>204</sup> Affordability problems were four times more common with

---

<sup>200</sup> Canadian Mortgage and Housing Corporation, *Research Highlight Socio-Economic Series*, "2001 Census Housing Series: Issue 9 Revised The Housing Conditions of Canada's Seniors," April 2005.

<sup>201</sup> *Ibid.*

<sup>202</sup> Douglas Stewart, Canada Mortgage and Housing Corporation, Evidence, December 4, 2006.

<sup>203</sup> National Advisory Council on Aging, *Seniors in Canada 2006 Report Card*, 2006.

<sup>204</sup> Douglas Stewart, Canada Mortgage and Housing Corporation, Evidence, December 4, 2006.

## **PART 2: PHASE I SUMMARY OF EVIDENCE**

---

senior renters than with senior homeowners, and also disproportionately affected seniors living alone.<sup>205</sup>

The National Aboriginal Health Organization emphasized the particular housing challenges facing Inuit seniors. Up to 31 per cent of senior-led Inuit households faced core housing need in 2001.<sup>206</sup>

**"Regarding housing, Inuit seniors are especially affected, as they must either live within their children's multi-generation crowded homes or have other family members move into their small subsidized residences. Inuit seniors in Northern Canada live within a fragile infrastructure which impacts on housing and the high cost of living threatens their already minimal income."**<sup>207</sup>

Seniors with disabilities, recent senior immigrants, and the broader Aboriginal senior population also have higher levels of core housing need than their non-senior counterparts.

The most pressing current housing issues facing seniors, according to CHMC, are "housing affordability, the need for more housing options, and the coordination of housing with services that support independent living."<sup>208</sup> These points echoed remarks made to the Committee by Robert Dobie of the National Advisory Council on Aging, who highlighted the urgency of investments in social housing.

**"The lack of investment in social housing is another issue that must be considered. Many seniors cannot afford upscale private "adult lifestyle" or retirement**

---

<sup>205</sup> National Advisory Council on Aging, *Seniors in Canada 2006 Report Card*, 2006.

<sup>206</sup> *Ibid.*

<sup>207</sup> Carole Lafontaine, National Aboriginal Health Organization, Evidence, November 27, 2006.

<sup>208</sup> Douglas Stewart, Canada Mortgage and Housing Corporation, Evidence, December 4, 2006.

**homes. Seniors' housing developments should not focus on "the gold in the grey" only."<sup>209</sup>**

CMHC provides federal funding for 633,000 social housing units, of which about one third are occupied by seniors. The agency told the Committee that it is currently working with provinces and territories on the delivery of the \$1 billion Affordable Housing Initiative, with most provinces "using a portion of that funding for affordable rental housing for seniors, including supported housing."<sup>210</sup>

CMHC also indicated that it spends "about \$2 billion a year in support of the existing housing stock. Most of that money actually is transferred to provinces for the administration of existing public and social housing units."<sup>211</sup>

As well, CMHC offers programs for residential rehabilitation and home adaptations to reduce the costs of repairs and minor home adaptations that allow seniors to stay in their homes longer. However, the need for these in the future could be greatly reduced if the most recent building standards and designs are used in new constructions.

**"The National Building Code actually has accessibility standards within them, so to the extent that the National Building Code is adopted by provincial agencies as their building code, or is adapted to meet their needs, a certain level of accessibility will apply. I also mention a concept that CMHC has developed over the years and we call it Flex Housing. The idea is that the design and construction of the house will allow that house to grow with its occupants. So as the family grows, the number of rooms in the house can expand as the family; as the kids leave, those rooms can contract. But also, if you are careful about how you design hallways and doorways and the positioning of**

---

<sup>209</sup> Robert Dobie, National Advisory Council on Aging, Evidence, November 27, 2006.

<sup>210</sup> Douglas Stewart, Canada Mortgage and Housing Corporation, Evidence, December 4, 2006.

<sup>211</sup> *Ibid.*

**bathrooms, as the family ages you can accommodate varying degrees of disability.”<sup>212</sup>**

## 6.2 Home and Community Support Services

The Canadian Association on Gerontology told the Committee that, “The vast majority of seniors wish to live in their own homes... Aging in place is a preferred future, but it should not be defined by financial means or physical limitations or capabilities. Opportunities must be provided for all seniors to have access to services such as mowing the lawn, snow shovelling and grocery delivery that will support their ability within their own homes, and will support the choices they want to make.”<sup>213</sup> A national home care program that expanded seniors' choice of living arrangements was recommended by the Canadian Association on Gerontology.

The Committee heard that both seniors and public services benefit from programs supporting aging in place. The National Advisory Council on Aging indicated that keeping seniors at home and in their setting as long as possible with the support of support services or assisted living programs is “much cheaper, a third of the price and quality of life is so much better,” compared to institutionalization. The Royal Canadian Legion recommended the creation of a needs-based ‘Seniors Independence Program’ for all Canadian seniors, modelled after the Veterans Independence Program (VIP) that is offered by Veterans’ Affairs Canada. The VIP provides “personal care, housekeeping and grounds maintenance in order to help veterans and their survivors remain healthy and in their own homes to the extent possible and for as long as possible.”<sup>214</sup> The Legion suggested that such a program, extended to all Canadian seniors, could “...reduce the hospital expenditures for hospitalization and long-term care.”<sup>215</sup>

Ensuring that immigrant families have the support and resources needed to care for seniors at home also requires attention. Douglas

---

<sup>212</sup> *Ibid.*

<sup>213</sup> Sandra Hirst, Canadian Association on Gerontology, Evidence, December 11, 2006.

<sup>214</sup> Bryson Guptill, Veterans Affairs Canada, Evidence, December 4, 2006.

<sup>215</sup> Jack Frost, Royal Canadian Legion, Evidence, December 11, 2006.



Embracing the Challenge of Aging

**PART 2: PHASE I SUMMARY OF EVIDENCE**

---

Durst told the Committee, "Reaching that population of family reunification immigrants and making sure they get adequate support and care while they are still in their family, is one method whereby we can make sure they have a high standard of life, high quality of life, and, in fact, will have less demand on the services later."<sup>216</sup>

In terms of services to the Aboriginal population, Health Canada reported that 95 per cent of First Nations and Inuit have access to basic home care services through the First Nations and Inuit Home and Community Care Program which was created seven years ago. This program serves seniors, persons with disabilities and persons suffering from chronic illness, with 50 per cent of its clients last year over age 65. It is Indian and Northern Affairs Canada (INAC), through its Assisted Living Program, that provides "non-medical social support services to First Nations people who have functional limitations because of age, health problems or disabilities, to help them maintain their independence, to maximize their level of functioning and to enable them to live in conditions of health and safety."<sup>217</sup>

Indian and Northern Affairs Canada reported that they are working closely with Health Canada and co-funding a "multi-stakeholder initiative for developing a national policy program and program framework for continuing care, of which assisted living is an integral part."<sup>218</sup> The goal of this initiative is to develop a seamless approach to the delivery of services provided by Health Canada, INAC and, in some instances, provincial departments.

Witnesses, however, suggested that support services for Aboriginal seniors were inadequate in many cases. Douglas Durst cited cases of Aboriginal persons in poor health leaving a reserve to come to the city for formalized medical services and hospital care, but then returning home, where "there is a reoccurrence of the same kinds of issues and problems."<sup>219</sup> Inadequate medical and support services on reserves can exclude Aboriginal seniors from the benefits of living at home with

---

<sup>216</sup> Douglas Durst, University of Regina, Evidence, November 27, 2006.

<sup>217</sup> Havelin Anand, Indian and Northern Affairs Canada, Evidence, December 4, 2006.

<sup>218</sup> *Ibid.*

<sup>219</sup> Douglas Durst, University of Regina, Evidence, November 27, 2006.

their family. The Committee heard from the National Aboriginal Health Organization that, "In reality on reserves, you do not have the support. You do not have the doctors, nurses or support system to give that care at home. The ability to provide nutritious meals and so on sometimes is not doable."

### 6.3 Assisted Living and Supportive Housing

As people age, there is often a gradually increasing need for assistance with daily activities to support independent living. Between the two poles of independent living and institutional living there are a wide range of settings which combine independent housing with support services.

The terms used to describe these settings often vary from one province or region to another, and even when the same term is used, its definition may differ. Two of the most frequently used terms are 'assisted living' and 'supportive housing.'

According to the Public Health Agency of Canada, the term 'assisted living' refers to supportive housing, congregate housing, and other settings which offer personal care as well as housekeeping, laundry, meals, and recreational opportunities. "Retirement homes, residential care homes and assisted living facilities vary in location, size, price, amenities, programs and services. The mix of staff and residents also contributes greatly to the 'personality' of each place."<sup>220</sup>

Similarly, CMHC describes 'supportive housing' as "the type of housing that helps people in their daily living through the provision of a physical environment that is safe, secure, enabling and home-like and through the provision of support services such as meals, housekeeping, and social and recreational activities. It is also the type of housing that allows people to maximize their independence, privacy,

---

<sup>220</sup> Canadian Health Network, Public Health Agency of Canada. "I want to stay as independent as I can. What are some options for seniors' housing besides nursing homes or other facilities?" consulted online, January 2007.

decision-making, and involvement, dignity and choices and preferences."<sup>221</sup>

The National Advisory Council on Aging emphasized to the Committee that this type of housing is a topic requiring attention.

**"There is also a need to develop alternatives to institutionalization such as supportive housing and assisted living. Supportive housing and assisted living can serve as an intermediate solution for seniors who require more care than is possible to provide at home, but less than that provided in extended care facilities. ... Planning for an aging society calls for an inter-sectoral approach that combines health care, social services and housing. There are a number of good examples in Canada of integrating housing within a continuum of care for seniors."**<sup>222</sup>

The Committee heard that non-profit community organizations, religious and cultural groups are increasingly applying for and building various residential facilities for seniors. "Some of them are intergenerational with a variety of health care needs, and they have been quite successful,"<sup>223</sup> as many are able to offer a less expensive alternative to private, personal care homes.

The Royal Canadian Legion told the Committee that it has operated a housing program since the 1980s. The biggest challenge its branches face in launching a new housing project is, "...meeting the mandatory equity requirements to qualify for Canada Mortgage and Housing Corporation insurance. The challenge is because of the more stringent insurance criteria CMHC is imposing for small corporations. This results in increases in the loan-to-equity ratio for small projects. Unfortunately, a small equity gap of \$150,000 on a \$3 million project could be the only obstacle preventing a project from securing

---

<sup>221</sup> Canada Mortgage and Housing Corporation, *Supportive Housing for Seniors*, 2000.

<sup>222</sup> Robert Dobie, National Advisory Council on Aging, Evidence, November 27, 2006.

<sup>223</sup> Douglas Durst, University of Regina, Evidence, November 27, 2006.

construction funding."<sup>224</sup> The Legion proposed the creation of a small revolving fund which would offer gap financing loans with a 5-year deferral on repayment as a potentially self-sustaining tool that would allow smaller residential development projects to get started. An increase in the stock of affordable, supportive housing through projects such as these would ultimately reduce the strain on healthcare and long-term health funding, the Legion suggested.

## 6.4 Transportation

One of the factors contributing to seniors' well-being, along with health, independence and financial security, is the opportunity to socialize and have meaningful contact with others. Although transportation needs vary with geographic location and health status, transportation options play a key role in giving seniors access to services and activities which can prevent isolation and promote well-being. Transportation issues are particularly significant for seniors in rural and remote communities, where public transit is not as widely available, as well as for the increasing number of seniors living alone, who are at greater risk of isolation.

While almost all seniors have 'theoretical' access to transportation, through their own vehicle, public transit, taxis or the assistance of a friend or family member, the actual level of mobility – the ability to go when and where an individual wants – varies considerably from one individual to another. Data from Statistics Canada's 2005 General Social Survey suggest that many seniors were limited in their social activities because of a lack of access to transportation, and that when access to transportation is inadequate, it can translate into negative consequences for seniors' lives, including a lesser probability of getting out of the house, and a lesser probability of having done volunteer work in the preceding year. Seniors living in rural areas were most likely to have limited access to transportation.<sup>225</sup>

---

<sup>224</sup> Jack Frost, Royal Canadian Legion, Evidence, December 11, 2006.

<sup>225</sup> Martin Turcotte, "Seniors' access to transportation" in *Canadian Social Trends*, December 2006, pp.43-50. Statistics Canada Catalogue No. 11-008.

This is despite significant improvements in the number of senior households with a vehicle between 1999 and 2003. The rate increased most substantially for senior women living alone, from 41 per cent to 50 per cent, and for couples, from 84 per cent to 92 per cent.<sup>226</sup>

In 2003, 67 per cent of seniors had a driver's licence (86 per cent of men and 52 per cent of women), a 2 percentage point increase from 2000.<sup>227</sup> The Committee heard that the issue of driving cessation has a large psychological impact on the perception of mobility. "It is interesting that when people come to the point of no longer being able to drive, they see that as the end of being able to be independent and mobile." Some witnesses suggested that there was a need for education of seniors and private sector transportation providers on the availability of services and possible adaptations which might increase the accessibility of taxi services to seniors, such as, "having certain kinds of service on off-peak times, or for set distances that you can go."<sup>228</sup>

The Canadian Association on Gerontology described a system in the United Kingdom whereby a senior can pay gas costs for a neighbour who volunteers to provide transport. It was one example of a variety of models that could serve as examples for Canada.

According to the National Advisory Council on Aging, seniors make up 10 per cent of the national public transit customer base, with the percentage as high as 30 per cent in smaller communities.

## 6.5 Questions for Further Study

- Does the growing rate of seniors living alone have implications for the type of housing stock that will be required in the future?
- What needs to be done to reduce the incidence of core housing need among Inuit seniors, seniors with disabilities, recent senior immigrants, and the broader Aboriginal senior population?

---

<sup>226</sup> National Advisory Council on Aging, *Seniors in Canada 2006 Report Card*, 2006, p.42.

<sup>227</sup> *Ibid.*

<sup>228</sup> Anne Martin-Matthews, Institute of Aging, Evidence, December 11, 2006.

**PART 2: PHASE I SUMMARY OF EVIDENCE**

---

- How much of CHMC funding transferred to the provinces is going towards the creation of affordable housing for seniors?
- Does more need to be done to encourage the use of Flex Housing designs in home construction?
- Could the 'Veterans Independence Program' operated by Veterans Affairs Canada be extended to all Canadian seniors?
- What should Health Canada and Indian and Northern Affairs Canada be doing to improve support services for First Nations seniors on-reserve?
- What are the most effective models for integrating housing within a continuum of care for seniors?
- Beyond addressing the equity requirements for CMHC insurance, what should the government be doing to facilitate the creation of seniors' residential development projects, especially by community groups and small, local developers?
- What are some innovative models for improving seniors' transportation options, especially in rural and remote areas?
- Transportation, housing, and social services are areas of provincial jurisdiction. What role could or should be played by the federal government in these areas?

## **7. Intergovernmental and Federal Interdepartmental Cooperation and Coordination**

The diverse aspects related to seniors (health, income, work, etc.) do not fit neatly within the jurisdiction of any level of government, but cross over the federal, provincial/territorial and municipal levels. Even within the federal level of government, programs for seniors cross several departmental lines. For example, the meeting this Committee held with federal government departments to understand the range of programs provided to seniors brought together eight (8) departments.

This section will provide a summary of the evidence on the range of federal programs and services for seniors; the population groups under federal responsibility; federal interdepartmental co-ordination; the co-

ordination of programs, services and information between jurisdictions; and Canada's role and obligations as part of the 2002 *Madrid Plan of Action on Ageing*.

## 7.1 Federal Programs and Services for Seniors

**"Seniors and aging are broad horizontal issues and they are a fundamental part of the federal agenda."**<sup>229</sup>

Aging and seniors issues fall within the mandates of a number of federal departments and agencies. The federal government plays a variety of significant roles in regards to seniors, including the dissemination of information, facilitation of dialogue among other levels of government and with international bodies, and the direct provision of service to a number of population groups. In addition, as the largest employer in Canada, the federal government can play a leadership role in workplace and pension accommodations for senior workers.

At the time of the Committee's hearing, the Committee heard that the Minister of the Department of Human Resources and Social Development Canada was also the Minister for seniors. A Secretary of State for Seniors was appointed in January of 2007.

Some of the key activities of federal government departments in the area of seniors and aging include:

**Human Resources and Social Development Canada** (HRSDC) is the lead department with respect to seniors' issues within the federal government. Its specific responsibilities include pensions, income support and income security, and the New Horizons for Seniors Program, which provides funding for community-based projects across Canada. HRSDC is also responsible for literacy and lifelong learning and support for older workers, and, through Service Canada, prepares the Guide to Government of Canada Services for Seniors.

---

<sup>229</sup> Margaret Gillis, Public Health Agency of Canada, Evidence, December 4, 2006.

## PART 2: PHASE I SUMMARY OF EVIDENCE

---

Officials informed the Committee that a national cost-shared program with the provinces and territories called the Targeted Initiative for Older Workers had recently been announced to "help unemployed older workers remain active and productive participants in the labour market while their communities undergo adjustment."<sup>230</sup> The Committee also heard that the Department is undertaking "some feasibility work around longer-term approaches towards older workers."<sup>231</sup>

**Public Health Agency of Canada – Division of Aging and Seniors** deals with health issues related to aging and seniors. The agency currently focuses its resources on four main areas: active aging, emergency preparedness, mental health and falls prevention. It also provides operational support to the National Advisory Council on Aging. The Agency has made efforts to ensure that emergency planning incorporates the needs of seniors. The Committee has heard that "the agency will host an international workshop on emergency preparedness and seniors in Winnipeg in February 2007, with 100 world experts and seniors, to develop a blueprint for action and to influence changes to emergency preparedness policy and practice in order to better integrate seniors' contributions and needs."<sup>232</sup>

In the area of active aging, the Public Health Agency is working with the World Health Organization and other international and domestic partners on a global initiative to foster the development of age-friendly cities that promote active aging and focus on seniors. The Committee heard that "thirty-four cities, including four Canadian cities — Portage la Prairie, Manitoba, Saanich, British Columbia, Sherbrooke, Quebec, and Halifax, Nova Scotia — are participating in this initiative."<sup>233</sup>

**Health Canada – First Nations and Inuit Health Branch** works with First Nations and Inuit communities in developing home and community care services. In addition, its Non-Insured Health Benefits

---

<sup>230</sup> Peter Hicks, Human Resources and Social Development Canada, Evidence, December 4, 2006.

<sup>231</sup> *Ibid.*

<sup>232</sup> Margaret Gillis, Public Health Agency of Canada, Evidence, December 4, 2006.

<sup>233</sup> *Ibid.*



(NIHB) Program provides coverage for a range of goods and services to First Nations and Inuit persons when these services are not insured elsewhere. Key benefits delivered under the NIHB Program include pharmacy, dental services, vision care, mental health counselling and medical transportation to access health care services that are not available on-reserve or in the community where people live. The pharmacy benefit funds prescription drugs, some over-the-counter medications, as well as medical supplies and equipment, such as wheelchairs and hearing aids.<sup>234</sup>

Health Canada works with First Nations and Inuit communities in developing comprehensive home and community care services to assist people who have chronic and acute illnesses in receiving the care they need in their home or community. Departmental officials told the Committee that, "The First Nations and Inuit Home and Community Care Program experiences similar pressures to those of the provincial and territorial home care programs: increasing complexity of care needs to respond to multiple conditions as the served population ages and, of course, an increasing desire for home-based palliative care."<sup>235</sup>

**Indian and Northern Affairs Canada** provides an Adult Care Program which assists First Nations people with functional limitations to maintain their independence. It offers in-home supportive care, institutional care, and foster care.

**Veterans Affairs Canada** provides health care, caregiver support programs, disability pensions and income support for eligible veterans and their survivors. The Department told the Committee that it is in a unique position to consider the needs of and services for an aging population, as the average age of war service veterans is about 82 years of age. As a departmental official told this Committee, "the department has been a pathfinder in terms of programs it offers to an aging population."<sup>236</sup> Veterans Affairs Canada delivers a

---

<sup>234</sup> Leslie MacLean, Health Canada, First Nations and Inuit Health Branch, Evidence, December 4, 2006.

<sup>235</sup> Shelagh Jane Woods, Health Canada, First Nations and Inuit Health Branch, Evidence, December 4, 2006.

<sup>236</sup> Bryson Guptill, Veterans Affairs Canada, Evidence, December 4, 2006.

**PART 2: PHASE I SUMMARY OF EVIDENCE**

---

comprehensive home care program (the Veterans Independence Program), a prescription drug program, and a long-term care program. The Department is currently undertaking an extensive and comprehensive health care review with a Gerontological Advisory Council, which is composed of expert gerontologists from all parts of Canada. The witness from Veterans Affairs provided the Committee with some of the preliminary recommendations of this Advisory Council, including the integration all of Veterans Affairs' health care programs into a single program with a common point of entry, and moving towards a needs-based approach rather than one based on entitlement.

The **Canada Mortgage and Housing Corporation** (CMHC) provides research and information on seniors' housing, as well as social housing contributions and renovation programs. The Committee heard that "CMHC is actively involved in research and information transfer activities that address housing challenges for seniors, as well as the possible solutions. This service includes documenting seniors' housing conditions, exploring innovative housing options and providing information to help seniors live safely and independently in their homes and communities."<sup>237</sup>

The **Treasury Board Secretariat** (TBS) supports the Treasury Board in its role as the general manager and employer of the federal public service. This is significant, as the Government of Canada is the largest employer in Canada. In his presentation to the Committee, the witness from the TBS spoke to the impact of the aging population for employees covered under the Public Service Superannuation Act (including employees in the federal public service, Crown corporations, the Canadian Forces and RCMP personnel). According to the Treasury Board Secretariat, "projections and recent experience do not point to a baby boomer exit rush from the federal public service in the immediate future. In fact, based on current trends, we estimate that retirements will increase from present levels, but will do so in a gradual and orderly manner over the next 14 years."<sup>238</sup>

---

<sup>237</sup> Douglas Stewart, Canada Mortgage and Housing Corporation, Evidence, December 4, 2006.

<sup>238</sup> Dan Danagher, Treasury Board Secretariat, Evidence, December 4, 2006.

## 7.2 Population Groups Under Federal Jurisdiction

Even in areas of jurisdiction which are commonly relegated to the provincial level (including the provision of health services, social services, and labour affairs), the federal government has specific Constitutional responsibility for a number of population groups. The Committee heard evidence related to two of these population groups: Aboriginal people and veterans. The Committee also heard about the role of the federal government as Canada's largest single employer.

The population groups served by the federal government differ dramatically. On the one hand, the Committee has heard that the programs offered by Veterans Affairs to eligible veterans offer a range of services which could serve as a model for seniors programs in Canada. On the other hand, the Committee has heard disturbing testimony about the poor health status and living conditions of many of Aboriginal seniors, and the difficulty many Aboriginal seniors face in accessing services in cities as well as in rural and remote areas. In addition, the Committee heard that "there is a serious lack of good data on Aboriginal people; where they are, what they are accessing, what they are unable to access. Winnipeg is a great example; ten per cent of the population is Aboriginal but we do not know where they are, what they are doing, what they are accessing, what they cannot access."<sup>239</sup> It is important to note that the meetings held by the Committee to date have provided limited opportunities for stakeholders from First Nations and Inuit communities to comment on the adequacy of programs and services provided by the federal government.

## 7.3 Interdepartmental Collaboration

In the meeting with federal government officials, it was difficult to access how successfully federal government departments were working together to provide cohesive policy-making around aging and seniors issues, and to ensure the seamless delivery of programs and services to seniors.

---

<sup>239</sup> Mark Buell, National Aboriginal Health Organization, Evidence, November 27, 2006.

**PART 2: PHASE I SUMMARY OF EVIDENCE**

---

The Committee heard that an interdepartmental committee usually meets three or four times a year, except when all departments are working together on a common project, as they are this year in the preparation of a review of the implementation of the *Madrid Plan of Action on Ageing* in Canada.

Certain departments work together on specific seniors-related initiatives. The Committee heard, for example, that Health Canada and the Department of Indian and Northern Affairs Canada are "co-funding a multi-stakeholder initiative for developing a national policy program and program framework for continuing care of which assisted living is an integral part. The objective of this work in the policy and program framework is to develop a seamless approach to the delivery of care services currently delivered by Health Canada, INAC and in some instances, the province."<sup>240</sup>

Some witnesses suggested that "having a minister involved and dedicated strictly to seniors"<sup>241</sup> would increase the cohesiveness of the federal government's approach to seniors. Other witnesses urged the Committee to carefully consider mixed results in countries which have taken the route of appointing a Minister responsible for seniors.

#### 7.4 Federal / Provincial / Territorial Co-operation

The Committee has heard very little about how jurisdictional divisions of powers impact the range of services available to seniors. It has heard, however, that the Minister of HRSDC chairs a "forum of federal, provincial and territorial ministers with responsibility for seniors, which is currently focusing its work on elder abuse, healthy aging and social isolation."<sup>242</sup> The Public Health Agency is also using this mechanism to work with the provinces and territories to develop

---

<sup>240</sup> Havelin Anand, Indian and Northern Affairs Canada, Evidence, December 4, 2006.

<sup>241</sup> Robert Dobie, National Advisory Council on Aging, Evidence, November 27, 2006.

<sup>242</sup> Peter Hicks, Human Resources and Social Development Canada, Evidence, December 4, 2006.

an initiative that will "explore the age-friendly city factors in small, rural and remote Canadian communities."<sup>243</sup>

## 7.5 Impact of Internal Migration on Population Aging

When the working-age population is displaced within the country (either from rural to urban areas, or across regions) to find paid employment, the senior population is often left behind. This results in regional variations in population aging. The Committee has been cautioned to pay close attention to the implications of these regional variations. In his presentation, Dr. Byron Spencer noted that:

**"The proportion in this so-called 'seniors' group," 65 years and over, also varies unevenly across the country. That is one big concern, importantly, because of divided jurisdictions and jurisdictional responsibilities for health care expenditures. As we know, health care is already absorbing large fractions of provincial budgets; so the unevenness of this group matters a great deal."**<sup>244</sup>

As the Committee continues its study, it could examine what, if any, role the federal government could play to address the uneven impact of population aging across the country.

## 7.6 Madrid International Plan of Action on Ageing,<sup>245</sup> 2002

The United Nations Second World Assembly on Ageing was held in Madrid in 2002 and resulted in the development of the *International Plan of Action on Ageing, 2002*. Canada played an important role in the development of the Plan and was one of almost 190 countries to sign. The *International Plan of Action on Ageing, 2002* is meant to be a call to action for changes in attitudes, policy and practices to ensure that persons everywhere are able to age with security and dignity as

---

<sup>243</sup> Margaret Gillis, Public Health Agency of Canada, Evidence, December 4, 2006.

<sup>244</sup> Byron Spencer, McMaster University, Evidence, November 27, 2006.

<sup>245</sup> The United Nations uses the spelling "Ageing".

## **PART 2: PHASE I SUMMARY OF EVIDENCE**

---

full participants in society. The recommendations in the Plan are organized according to three priority areas for action: older persons and development; advancing health and well-being into old-age; and ensuring enabling and supportive environments.

Witnesses raised the *International Plan of Action on Ageing, 2002* as an important policy tool in developing programs and policies which ensure the full participation of seniors in our society.

**"Is it time to consider using this plan as a framework for the future: An important national planning tool that addresses inequities across the provinces and creates the vehicle for social change where older persons will know intuitively that they are one of the keys to healthy and vibrant communities?"<sup>246</sup>**

The Plan called for global monitoring, review, and updating. Witnesses before the Committee indicated that Human Resources and Social Development Canada was currently working, in collaboration with other federal departments, on the development of a report of Canada's progress under the *International Plan of Action on Ageing, 2002*.

**"Countries have been asked to voluntarily review their progress made. Currently, we are assembling different departments and it is helpful to have you on this committee to know where we stand in terms of the progress made. We are making a decision to go forward, to report on progress and to listen to other countries to learn of measures taken abroad so that we are better informed. I believe that in February or March we will report to the United Nations."<sup>247</sup>**

---

<sup>246</sup> Jane Barratt, International Federation on Ageing, Evidence, December 11, 2006.

<sup>247</sup> Marla Israel, Human Resources and Social Development Canada, Evidence, December 4, 2006.

## 7.7 Questions for Further Study

- Should or could the federal government play a role in mediating the potentially uneven impact of health-related costs associated with the uneven distribution of older seniors among the provinces and territories? If so, how?
- How does the federal government coordinate its efforts with the provinces and territories in areas of shared jurisdiction?
- How well is the federal government providing for seniors for which it has jurisdictional responsibility, such as veterans, First Nations on reserve and the Inuit?
- Is there a role for the federal government in setting national standards in areas such long-term care, as has been proposed by several witnesses?
- How accessible is information about the Government of Canada's programs and services for seniors? Are communication tools being used by the federal government appropriate to the current cohorts of seniors?





## **Witness List**

### **November 27, 2006**

Statistics Canada

**Pamela White**, Director, Demography Division;  
**Laurent Martel**, Analyst, Research and Analysis Section.

As an individual

**Byron Spencer**, Professor, Economics, McMaster University.

National Aboriginal Health Organization

**Carole Lafontaine**, Acting CEO;  
**Mark Buell**, Manager, Policy Communication Unit.

National Advisory Council on Aging

**Robert Dobie**, Acting Chair.

As an individual

**Douglas Durst**, Professor, Faculty of Social Work, University of Regina.

### **December 4, 2006**

Human Resources and Social Development Canada

**Peter Hicks**, Executive Director, Strategic Analysis, Audit and Evaluation;  
**John Connolly**, Director, Partnerships Division, Community Development and Partnerships Directorate;  
**Marla Israel**, Director, International Policy and Agreements, Seniors and Pensions Policy Secretariat.

Public Health Agency of Canada

**Margaret Gillis**, Director, Division of Aging and Seniors.

Health Canada, First Nations and Inuit Health Branch

**Leslie MacLean**, Director General, Non-Insured Health Benefits;  
**Shelagh Jane Woods**, Director General, Primary Health Care and Public Health Directorate.

**WITNESS LIST**

---

Indian and Northern Affairs Canada

**Havelin Anand**, Director General, Social Policy and Programs Branch.

Veterans Affairs Canada

**Bryson Guphill**, Director General, Program and Service Policy Division

Canada Mortgage and Housing Corporation

**Douglas Stewart**, Vice President, Policy and Planning.

Treasury Board of Canada Secretariat

**Dan Danagher**, Executive Director, Labour Relations and Compensation Operations.

Public Service Human Resources Management Agency of Canada

**Cecilia Muir**, Director General, Public Service Renewal and Diversity.

**December 11, 2006**

CARP – Canadian Association for the Fifty-plus

**Judy Cutler**, Director of Government Relations;  
**Taylor Alexander**, Consultant in Aging Policy and Continuing Care.

Royal Canadian Legion

**Jack Frost**, Dominion President;  
**Pierre Allard**, Director, Service Bureau.

International Federation on Ageing

**Jane Barratt**, Secretary General.

Canadian Institutes of Health Research

**Anne Martin-Matthews**, Scientific Director, Institute of Aging.

Canadian Association on Gerontology

**Sandra P. Hirst**, President.

National Initiative for the Care of the Elderly

**Lynn McDonald**, Scientific Director.





**Comité sénatorial spécial sur le  
vieillissement  
Premier rapport provisoire**

**Relever le défi du vieillissement**

L'honorable Sharon Carstairs, C.P., présidente  
L'honorable Wilbert Joseph Keon, vice-président

**Mars 2007**

Pour plus de renseignements, prière de nous contacter  
par courriel : [age@sen.parl.gc.ca](mailto:age@sen.parl.gc.ca)  
par téléphone : (613) 990-0088  
sans frais : 1 800 267-7362  
par la poste : Le comité sénatorial spécial sur le vieillissement  
Le Sénat, Ottawa (Ontario) Canada K1A 0A4

Ce rapport peut être téléchargé à l'adresse suivante :  
[www.senate-senat.ca/age.asp](http://www.senate-senat.ca/age.asp)

*This report is also available in English*

## Table des matières

Membres .....	iii
Ordre de renvoi .....	v
Introduction .....	1

### **PARTIE 1 : DÉFINITION DES QUESTIONS..... 5**

1. Défi du vieillissement de la population.....	5
1.1 Définition des « aînés » .....	7
1.2 Diversité de la population des aînés .....	11
1.3 Approches stratégiques en matière de vieillissement : vieillessement actif et déterminants sociaux de la santé.....	14
1.4 Rôle du gouvernement fédéral.....	19
1.5 Prochaines étapes.....	21

### **PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS ..... 23**

2. Comprendre le vieillissement de la population du Canada .....	23
2.1 Données démographiques .....	23
2.2 Troisième, quatrième et cinquième âges .....	27
2.3 Inégalité entre les hommes et les femmes .....	28
2.4 Diversité multiculturelle.....	29
2.5 Différences régionales au Canada .....	30
2.6 Questions urbaines et rurales .....	31
2.7 Lacunes dans l'information.....	32
2.8 Questions à examiner plus à fond .....	34
3. Aînés à risque.....	35
3.1 Aînés immigrants.....	35
3.2 Aînés autochtones .....	36
3.3 Aînés vivant seuls .....	39
3.4 Mauvais traitements et négligence .....	40
3.5 Planification d'urgence.....	42
3.6 Questions à examiner plus à fond .....	43
4. Participation active à la vie sociale et économique .....	44
4.1 Promouvoir le vieillissement actif, le bien-être et la participation.....	44

## TABLE DES MATIÈRES

---

4.2 Sécurité financière et retraite .....	47
4.3 Bénévolat .....	56
4.4 Apprentissage continu .....	57
4.5 Questions à examiner plus à fond .....	58
5. Santé : promotion, prévention et soins.....	59
5.1 Promotion de la santé .....	62
5.2 Prévention des blessures .....	63
5.3 Maladies chroniques.....	65
5.4 Usage de médicaments .....	66
5.5 Santé mentale, maladie mentale et démence.....	67
5.6 Soins palliatifs.....	70
5.7 Prestation de soins et soignants rémunérés et aidants non rémunérés.....	72
5.8 Soins de longue durée, soins prolongés et soins à domicile.....	77
5.9 Renforcement de l'effectif des soins de santé gériatriques et gériatriques .....	82
5.10 Questions à examiner plus à fond.....	83
6. Logement et transport .....	85
6.1 Logement .....	85
6.2 Services de soutien à domicile et communautaires .....	89
6.3 Logements-services et logements supervisés.....	91
6.4 Transport .....	94
6.5 Questions à examiner plus à fond .....	95
7. Coopération et concertation entre ordres de gouvernement et entre ministères fédéraux .....	97
7.1 Programmes et services fédéraux pour les personnes âgées ...	97
7.2 Segments démographiques dont la responsabilité incombe au gouvernement fédéral .....	102
7.3 Collaboration interministérielle .....	103
7.4 Coopération fédérale- provinciale- territoriale .....	104
7.5 Incidence des migrations internes sur le vieillissement de la population.....	104
7.6 Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement, 2002 .....	105
7.7 Questions à examiner plus à fond .....	106
Liste des témoins.....	109



## **Membres**

L'honorable Sharon Carstairs, C.P., présidente  
L'honorable Wilbert Joseph Keon, vice-président

et

Les honorables sénateurs :  
Maria Chaput  
Jane Cordy  
Terry M. Mercer  
Lowell Murray, C.P.

Membres d'office du comité :

L'honorable Céline Hervieux-Payette, C.P., (ou Claudette Tardif) et  
Marjory LeBreton, C.P., (ou Gérald Comeau)

En outre, l'honorable sénateur Janis G. Johnson a participé aux travaux du Comité relativement à cette étude.

De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du  
Parlement :

Julie Cool, analyste  
Michael Toye, analyste  
Howard Chodos, analyste

Monique Régimbald  
Adjointe administrative

François Michaud  
Greffier du Comité



## Ordre de renvoi

Extrait des Journaux du Sénat du mardi 7 novembre 2006:

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur Carstairs, C.P., appuyée par l'honorable sénateur Bryden,

Qu'un comité spécial du Sénat soit chargé d'examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne et d'en faire rapport;

Que, nonobstant l'alinéa 85(1)*b*) du *Règlement*, le Comité soit composé de sept membres, à savoir les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Chaput, Cordy, Johnson, Keon, Mercer et Murray, C.P., et que trois membres constituent le quorum;

Que le Comité examine la question du vieillissement dans notre société sur divers plans, notamment :

- la promotion de la vie active et du bien-être;
- les besoins en matière de logement et de transport;
- la sécurité financière et la retraite;
- les mauvais traitements et la négligence;
- la promotion de la santé et la prévention;
- les besoins en matière de soins de santé, y compris en ce qui touche les maladies chroniques, la consommation de médicaments, la santé mentale, les soins palliatifs, les soins à domicile et la prestation de soins;

Que le Comité examine les programmes et les services publics destinés aux aînés, les lacunes qu'il faut corriger pour répondre aux besoins des aînés, et les incidences du vieillissement de la population sur la prestation future des services;

Que le comité examine des stratégies sur le vieillissement mises en œuvre dans d'autres pays;

Que le Comité examine le rôle et les obligations du Canada découlant du Plan d'action international sur le vieillissement des populations, établi à Madrid en 2002;

## **ORDRE DE RENVOI**

---

Que le Comité se penche sur le rôle que doit jouer le gouvernement fédéral pour aider les Canadiens à bien vieillir;

Que le Comité soit habilité à convoquer des personnes, à obtenir des documents et des dossiers, à interroger des témoins, à faire rapport de temps à autre et à faire imprimer au jour le jour les documents et témoignages dont il peut ordonner l'impression;

Que le Comité soit habilité à se déplacer d'un endroit à l'autre au Canada;

Que le Comité soit autorisé à permettre aux médias d'information électroniques de diffuser ses délibérations publiques en dérangeant le moins possible ses audiences;

Que, conformément à l'alinéa 95(3)a) du *Règlement*, le Comité soit autorisé à se réunir pendant les périodes où le Sénat est ajourné pendant plus d'une semaine;

Que l'ordre de renvoi au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie concernant le vieillissement de la population, adopté par le Sénat le 28 juin 2006, soit retiré;

Que le Comité présente son rapport final au Sénat au plus tard le 31 décembre 2007, et qu'il conserve jusqu'au 31 mars 2008 tous les pouvoirs nécessaires pour diffuser les conclusions de ce rapport.

La question, mise aux voix, est adoptée.

Le Greffier du Sénat

Paul C. Bélisle

## Introduction

**« Comme société, nous avons le choix entre deux options : entretenir les mythes selon lesquels les aînés vont drainer les systèmes de santé et de pensions, par exemple, ou tirer profit du fait que les personnes âgées peuvent continuer de contribuer à la société<sup>1</sup>. »**

Les prédictions relatives au « phénomène du vieillissement » sont imprégnées dans notre conscience collective et nous font craindre une incapacité imminente de maintenir les niveaux actuels de soutien des soins de santé et du revenu. Le Comité a entendu des témoins qui ont plutôt affirmé le contraire. Même si le départ à la retraite des membres de la génération du baby-boom aura probablement des conséquences importantes pour le marché du travail, il ne se traduira pas nécessairement par une baisse du niveau de vie. Plusieurs témoins ont affirmé au Comité que la « viabilité des programmes gouvernementaux ne fait aucun doute<sup>2</sup> ».

Le Comité considère le vieillissement de la population comme une histoire de réussite et les aînés comme une composante riche et dynamique de notre population. Alors que nous faisons de plus en plus appel aux aînés pour répondre aux besoins en main-d'œuvre qu'ont intensifiés des décennies de faible natalité, notre société est poussée à valoriser les aînés en tant que membres utiles de la collectivité et non comme des fardeaux qui créent des problèmes. Parallèlement, il est nécessaire d'offrir des services et de l'aide qui permettent aux aînés de vivre dans la dignité.

Le Comité tient à souligner que toutes les générations ne peuvent que bénéficier de l'adoption de mesures efficaces pour s'occuper des questions relatives aux aînés. Il a été mis en garde contre le fait de considérer comme des « questions relatives aux aînés » les expériences d'invalidité, de maladie et de décès que l'on associe fréquemment au vieillissement. Il reconnaît que les dernières années

---

<sup>1</sup> Judy Cutler, CARP, Témoignages, 11 décembre 2006.

<sup>2</sup> Byron Spencer, Université McMaster, Témoignages, 27 novembre 2006.

## INTRODUCTION

---

de la vie comportent une myriade de défis pour les personnes, les familles, le système de santé et la société, mais c'est le cas que les dernières années de la vie se déroulent pendant la jeunesse, l'âge mûr ou la vieillesse. Par conséquent, même si des questions comme les soins de fin de vie, les soins à domicile et les transports accessibles sont examinées dans le cadre de l'étude, et que le fait de régler les problèmes à cet égard aura d'importantes répercussions pour les aînés, le Comité fait remarquer que les Canadiens de tous âges peuvent profiter des progrès réalisés pour résoudre ces questions complexes. Comme l'a dit un témoin, « [...] vieillir en santé, ça ne commence pas à 65 ans; ça débute dès la naissance. La maladie chronique n'apparaît pas à votre soixante-cinquième anniversaire. Elle tire ses origines de ce que vous avez fait dans la trentaine et dans la quarantaine<sup>3</sup>. »

Conformément au mandat que lui a confié le Sénat du Canada, le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement doit se pencher sur un large éventail de questions complexes, allant de la sécurité financière et de la retraite aux maladies chroniques et aux soins palliatifs, afin de déterminer si nous offrons les programmes et les services appropriés au moment opportun aux personnes qui en ont besoin. En examinant ces questions selon une perspective de santé publique, le Comité étudiera les programmes et les services publics offerts aux aînés, trouvera les lacunes dans la façon de répondre à leurs besoins et analysera les incidences sur la prestation de services dans l'avenir.

Le Comité aborde la présente étude sous deux angles : premièrement, il remet en question les hypothèses concernant les aînés et le vieillissement et envisage d'autres modes d'organisation de la société afin de mieux combler les aspirations de chacun; deuxièmement, il examine de quelle façon les politiques publiques peuvent et doivent aider tous les aînés à vivre dans la dignité. Dans le cadre de son étude, le Comité garde à l'esprit le rôle que joue le gouvernement fédéral pour aider les Canadiens à vieillir en santé. Il entend s'inspirer des expériences d'autres pays dans le domaine du vieillissement de la population et examiner le rôle du Canada sur la scène internationale.

---

<sup>3</sup> Sandra Hirst, Association canadienne de gérontologie, Témoignages, 11 décembre 2006.

Pour s'acquitter de son mandat, le Comité a choisi de diviser son étude en deux phases : une description succincte des principales questions, suivie d'un examen plus approfondi de ces questions. Il a commencé la première phase de son étude sur le vieillissement en convoquant cinq groupes formés d'experts reconnus, de représentants d'organisations d'aînés et de responsables de ministères et d'organismes fédéraux pertinents. Ces groupes ont permis de présenter de nouvelles questions et de nouvelles façons d'aborder les choses, et de remettre en question certaines idées répandues au sujet du vieillissement.

Le présent rapport provisoire est l'aboutissement de la première phase de l'étude du Comité. La première partie du rapport dégage quatre grands thèmes qui orienteront les travaux du Comité pendant la deuxième phase. Elle soulève une série de questions se rattachant aux thèmes que sont la définition des « aînés », la diversité de la population des aînés et de ses besoins, la détermination de l'approche stratégique et le rôle du gouvernement fédéral. L'examen de ces importantes questions guidera l'étude des programmes et services publics offerts aux aînés, des lacunes qu'ils comportent et des services qu'il faudra offrir à mesure que la population vieillira.

La deuxième partie du rapport présente un résumé des témoignages que le Comité a entendus jusqu'à présent à propos du profil démographique des aînés d'aujourd'hui au Canada, et dégage les changements susceptibles de se produire dans l'avenir. Elle soulève des questions relatives à la diversité des aînés et à ses incidences sur les besoins de la population. Enfin, elle fait ressortir les principales questions que les témoins ont systématiquement abordées au cours de la première phase de l'étude : la participation active des aînés à la société et à la vie économique de leur collectivité, le vieillissement en santé et l'éventail de services de soutien offerts aux aînés plus fragiles.

Pour le Comité, le vieillissement de la population représente une occasion de revoir la façon de concilier le travail, la famille et les loisirs au cours de la vie, de même que les idées sur les aînés et la valeur accordée à leurs expériences. Nous devons relever un important défi qui comporte de multiples possibilités.





## **Partie 1 : Définition des questions**

### **1. Défi du vieillissement de la population**

Conformément à son mandat, le Comité doit examiner les programmes et les services publics offerts aux aînés, les besoins non comblés des aînés et les services qui s'imposeront à mesure que la population vieillira. Des témoins ont cependant expliqué au Comité que certaines des lacunes qui existent au chapitre des programmes et services destinés aux aînés pourraient résulter d'hypothèses désuètes à leur sujet. D'autres témoins lui ont rappelé que le vieillissement n'est pas un processus qui touche exclusivement le groupe des 65 ans et plus, mais un processus qui s'étend sur toute la vie. Ils ont donc invité le Comité à se pencher sur le vieillissement dans une perspective globale qui embrasse à la fois les expériences et le bien-être pendant tout le cours de la vie.

Le Comité aborde la présente étude sous deux angles : premièrement, en remettant en question les hypothèses concernant les aînés et le vieillissement et en envisageant d'autres modes d'organisation de la société afin de mieux combler les aspirations de chacun; deuxièmement, en examinant de quelle façon les politiques publiques peuvent et devraient aider les aînés à vivre dans la dignité. En menant à bien son étude, le Comité garde à l'esprit le rôle que joue le gouvernement fédéral pour favoriser le sain vieillissement des Canadiens. Il compte également s'inspirer des expériences d'autres pays dans le domaine du vieillissement des populations.

Les conséquences socioéconomiques du vieillissement de la population teintent les débats d'orientation depuis une dizaine d'années. Les discussions sur l'abordabilité des régimes de retraite offerts dans d'autres pays alimentent ces débats. Des analystes ont prédit, d'une part, des pressions financières découlant de la demande croissante de services de santé et sociaux pour les aînés et, d'autre

## **PARTIE 1 : DÉFINITION DES QUESTIONS**

---

part, un rétrécissement du bassin de travailleurs résultant du départ à la retraite de la génération du baby-boom. La principale préoccupation que suscite le vieillissement de la population est que la population en âge de travailler ne sera peut-être pas assez nombreuse pour soutenir les « personnes à charge », incluant les enfants et les aînés. Les solutions proposées pour enrayer le déséquilibre touchent non seulement les aînés mais tous les segments de la population canadienne : il s'agit tantôt de politiques visant à accroître les taux de fertilité, tantôt de stratégies favorisant l'augmentation de la productivité de la main-d'œuvre, tantôt de mesures visant à éviter les pénuries de main-d'œuvre par le recours à l'immigration.

La majorité des témoins qui ont comparu devant le Comité durant la phase un de l'étude soutient que la viabilité du régime de retraite de l'État et du système de santé n'est pas en péril au Canada et que des augmentations de la productivité peuvent atténuer les répercussions du vieillissement de la population sur la main-d'œuvre. Le témoignage de Byron Spencer illustre bien l'ensemble des propos tenus à cet égard :

**« Les programmes gouvernementaux demeureront gérables, du moins en réaction au vieillissement de la population. [...] La plupart des gens pensent que l'augmentation des coûts des soins de santé, qu'ils attribuent de toute évidence au vieillissement de la population, feront sauter la banque — en particulier, les budgets des gouvernements — ce qui rendra les choses ingérables. À mon avis, c'est tout simplement faux. C'est faux en ce qui concerne le régime de pension de l'État, les programmes de la sécurité du revenu et des soins de santé<sup>4</sup>. »**

M. Spencer a également indiqué au Comité que « le Canada a beaucoup moins de raisons de se préoccuper du vieillissement de la population que la plupart des pays déjà prospères<sup>5</sup> ».

---

<sup>4</sup> Byron Spencer, Université McMaster, Témoignages, 27 novembre 2006.

<sup>5</sup> *Ibid.*

**PARTIE 1 : DÉFINITION DES QUESTIONS**

---

Mais l'histoire ne s'arrête pas là. La population ne vieillit pas partout au pays au même rythme. Les Canadiens âgés n'ont pas tous également accès aux biens et services et ne peuvent faire les mêmes choix à l'égard des soins, du logement et de la participation active à la vie sociale. L'espérance de vie des Autochtones est considérablement inférieure à celle des autres Canadiens. Les régions rurales n'ont pas les mêmes défis à relever que les régions urbaines pour soutenir la population âgée; en effet, dans les régions rurales, il est difficile de maintenir les services offerts à la population âgée qui diminue peu à peu. Certains segments de la population âgée, notamment les aînés vivant seuls, les immigrants et les personnes fragiles se heurtent à des difficultés particulières.

La tâche dont le Comité doit s'acquitter consiste à déterminer si nous offrons les programmes et les services qui conviennent aux personnes qui en ont besoin et au moment voulu. Le Comité, qui amorce la phase suivante de son étude, se penchera sur quatre thèmes : la définition des « aînés », la diversité de la population des aînés et de ses besoins, la détermination de l'approche stratégique et le rôle du gouvernement fédéral. L'examen des grandes questions se rapportant à chacun de ces thèmes guidera l'étude des programmes et services publics offerts aux aînés, des lacunes qu'ils comportent et des services qu'il faudra offrir à mesure que la population vieillira.

### 1.1 Définition des « aînés »

**« Il est évident pour quiconque vivait en 1951 qu'une personne de 65 ans à l'époque est différente d'une personne de 65 ans en 2006. Ce sont des personnes différentes. En moyenne, les personnes qui ont 65 ans aujourd'hui sont en meilleure santé et peuvent espérer vivre encore de nombreuses années en bonne santé. Je pense qu'il est logique de modifier la définition de ce que nous considérons être, au plan juridique, l'âge d'admissibilité aux prestations intégrales du régime de sécurité sociale, ou autre et ce, de façon systématique, à mesure qu'augmente l'espérance de vie. En supposant que**

## **PARTIE 1 : DÉFINITION DES QUESTIONS**

---

### **l'espérance de vie continue de croître, ce à quoi nous pouvons raisonnablement nous attendre<sup>6</sup>. »**

Au Canada, « aîné » s'entend généralement de toute personne âgée de plus de 65 ans, mais pourquoi 65 ans? Cette définition sert-elle bien les aînés? La question a été largement débattue par les témoins qui ont comparu devant le Comité.

L'âge de 65 ans revêt une importance particulière pour les politiques publiques relatives au vieillissement au Canada, car il représente l'âge de l'admissibilité aux programmes nationaux de la sécurité du revenu<sup>7</sup> et, dans les provinces et territoires où la retraite est toujours obligatoire, il représente l'âge à partir duquel les employés ne sont plus protégés contre la discrimination fondée sur l'âge.

D'une part, « les pouvoirs publics ont recours au critère d'âge car cela semble fournir un standard transparent et objectif<sup>8</sup> ». L'admissibilité aux pensions gouvernementales a pour effet d'abaisser considérablement le taux de pauvreté des personnes âgées de 65 ans et plus par rapport aux taux des autres catégories d'âge. D'autre part, le seuil d'âge donne lieu, dit-on, à des stéréotypes négatifs qui justifient « l'exclusion des personnes âgées des différentes sphères d'activité<sup>9</sup> ».

Un témoin a indiqué au Comité que l'utilisation de l'âge chronologique de 65 ans par les démographes et les administrateurs des pensions gouvernementales reflète un choix social fait dans un contexte historique. Au Canada comme dans la plupart des pays industrialisés pendant la période d'après-guerre, la création de l'État

---

<sup>6</sup> *Ibid.*

<sup>7</sup> Il faut avoir 65 ans pour être admissible à la Sécurité de la vieillesse et au Supplément de revenu garanti. Dans le cadre du programme de la Sécurité de la vieillesse, un conjoint survivant ou un conjoint de fait âgé de 60 à 64 ans qui satisfait à l'exigence du seuil de revenu est admissible à l'allocation au survivant.

<sup>8</sup> Jef Breda et David Schoenmaekers, « Le critère discutable de l'âge dans les dispositifs juridiques », *Ageing and Society*, 2006, vol. 26, p. 529 à 547.

<sup>9</sup> Pierre-Joseph Ulysse, pour la Division du vieillissement et des aînés, Santé Canada, *Le vieillissement des populations : les trente dernières années en perspective – Revue de la littérature*, 1997.

**PARTIE 1 : DÉFINITION DES QUESTIONS**

---

providence comprenait un éventail de programmes sociaux visant à améliorer les conditions de vie des personnes âgées. Les gouvernements des pays industrialisés ont fixé un âge pour la retraite et un âge pour l'admissibilité aux prestations de vieillesse, « induisant ainsi un mode de gestion construit sur une association formelle entre l'entrée dans la vieillesse et cet âge chronologique déterminé<sup>10</sup> ».

C'est en Allemagne, à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, que le concept d'admissibilité liée à l'âge a été introduit : le chancelier Otto von Bismarck fixe alors à 70 ans l'âge auquel des prestations peuvent être versées. Or, comme on l'a indiqué au Comité, très peu de personnes vivaient assez longtemps à cette époque pour toucher des prestations. Dans les années 1920, l'âge d'admissibilité aux prestations est ramené à 65 ans au Royaume-Uni et dans les pays du continent européen. Une décennie plus tard, les États-Unis leur emboîtent le pas en raison du taux de chômage grimpant et de la nécessité de libérer des emplois pour la génération montante.

Jusqu'à la fin des années 1960, l'âge de l'admissibilité à la Sécurité de la vieillesse était fixé à 70 ans. Les Canadiens pour qui l'heure de la retraite allait bientôt sonner avaient vécu la Crise de 29 et les années de la Deuxième Guerre mondiale; aussi, n'avaient-ils généralement pas beaucoup économisé en prévision de leur retraite. Vu les niveaux de pauvreté élevés chez les aînés, le gouvernement a mis en place le Régime de pensions du Canada (RPC) en 1966 afin de fournir un revenu de retraite aux travailleurs canadiens et à leurs familles. L'âge d'admissibilité au RPC, fixé d'abord à 68 ans, a peu à peu été abaissé et s'établissait à 65 ans en 1970. Quant à la Sécurité de la vieillesse, l'âge d'admissibilité est progressivement passé de 65 à 70 ans entre 1966 et 1970<sup>11</sup>.

Une personne de 65 ans peut aussi être mise à la retraite conformément à des politiques en matière de retraite obligatoire. Ces politiques ont peu à peu été contestées et déclarées discriminatoires en vertu des lois sur les droits de la personne de plusieurs

---

<sup>10</sup> *Ibid.*, p.i.

<sup>11</sup> Document d'information pour les consultations sur le Régime de pensions du Canada, publié par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, 1996, [www.fin.gc.ca/cpp/maindoc/cppf.pdf](http://www.fin.gc.ca/cpp/maindoc/cppf.pdf)

## **PARTIE 1 : DÉFINITION DES QUESTIONS**

---

compétences. L'abandon progressif de critères de retraite fondés sur l'âge soulève toutefois un certain nombre de problèmes complexes, notamment la détermination des compétences persistantes des travailleurs âgés.

Bien que le Canada ait maintenu l'âge de 65 ans, on a indiqué au Comité que la définition du troisième âge varie d'un pays à l'autre :

**« [...] les États-Unis ont décidé de hausser graduellement à 67 ans l'âge de l'admissibilité aux prestations intégrales de leur système de sécurité sociale. Ce changement est en train de se faire petit à petit. En agissant de la sorte, les États-Unis se trouvent concrètement à redéfinir ce qu'est une « personne âgée ». En Suède, l'âge de l'admissibilité aux prestations de retraite fournies par l'État est aussi indexé à l'augmentation de la longévité. Il est donc en hausse<sup>12</sup>. »**

L'évolution de l'âge d'admissibilité aux prestations pour aînés montre bien qu'il s'agit d'un choix social fait dans un contexte socioéconomique. On a vivement recommandé au Comité de prendre en considération les répercussions que peut avoir le maintien d'une définition fondée sur l'âge (par opposition à une définition qui tiendrait compte des capacités de la personne, de son état de santé, etc.) et qui pourraient se traduire par de l'âgisme. On lui a aussi recommandé de déterminer s'il convient de revoir la série d'hypothèses sur laquelle repose le choix de l'âge de 65 ans comme âge d'admissibilité aux prestations pour aînés, en tenant compte du contexte socioéconomique et de la santé et du bien-être des aînés d'aujourd'hui. À ce propos, voici quelques statistiques.

**« En 1971, au Canada, 8 p. 100 de la population était âgée de plus de 65 ans. [...] Aujourd'hui, les 8 p. 100 des gens au sommet de la pyramide des âges, donc dans la dernière tranche de vie, ont 81 ans. Cela**

---

<sup>12</sup> Byron Spencer, Université McMaster, Témoignages, 27 novembre 2006.

**PARTIE 1 : DÉFINITION DES QUESTIONS**

---

**donne une idée des progrès phénoménaux qu'on a faits en mortalité<sup>13</sup>. »**

Compte tenu de ce qui précède, le Comité déterminera si les seuils d'âge établis dans les années 1960 sont toujours adaptés à la réalité socioéconomique actuelle. Cependant, il est conscient que l'abandon des critères fondés sur l'âge entraînera des décisions stratégiques complexes concernant notamment l'évaluation des compétences professionnelles. Il se penchera plus avant sur les questions suivantes :

- L'admissibilité aux programmes devrait-elle être fondée sur l'âge?
- La définition actuelle des aînés (personnes âgées de plus de 65 ans) sert-elle toujours les aînés, les employeurs et le reste de la société?
- Les politiques publiques ont-elle lieu d'établir une discrimination fondée sur l'âge?

## 1.2 Diversité de la population des aînés

**« Les aînés ne sont pas un ensemble monolithique de personnes pauvres, fragiles, malades ou dépendantes. Le groupe d'âge des 65 ans et plus présente une diversité considérable en termes d'expériences de vie, de situation économique, d'état de santé et de ressources permettant un mode de vie autonome<sup>14</sup>. »**

Les personnes âgées de 65 ans et plus ne forment pas un groupe homogène. Leurs expériences diffèrent en fonction des ressources disponibles, de l'état de santé et du degré d'intégration à des réseaux sociaux et familiaux. Les divers segments de la population vivent différemment cette période selon la catégorie d'âge, le lieu de résidence en milieu rural ou urbain, le sexe, la culture et la race. Cela donne à penser que des programmes et politiques fondés sur des critères d'âge risquent d'entraîner un cas d'âgisme, où les différences

---

<sup>13</sup> Laurent Martel, Statistique Canada, Témoignages, 27 novembre 2006.

<sup>14</sup> Robert Dobie, Conseil consultatif national sur le troisième âge, Témoignages, 27 novembre 2006.

## **PARTIE 1 : DÉFINITION DES QUESTIONS**

---

entre aînés reposent sur des hypothèses à l'appui du caractère homogène du groupe d'âge.

En raison des récentes augmentations de l'espérance de vie, un nombre croissant de Canadiens vivent plus longtemps et jouissent d'une meilleure santé physique et mentale. Des témoins ont signalé qu'il importe de reconnaître les différences entre les groupes d'âge chez les aînés :

**« Il y a un écart de 25 ans entre un aîné de 65 ans et un aîné de 90 ans. Il y a une différence entre un adulte de 25 ans et un autre de 50 ans. Pourquoi mettre ces deux personnes dans la même catégorie? Leurs besoins sont différents, et nous devons adopter un schème de pensée différent à l'égard de ces groupes<sup>15</sup>. »**

Douglas Durst a également fait observer que les ouvrages sur les aînés renvoient souvent à trois grands groupes d'âge : le troisième âge, qui est en santé, en forme et plutôt à l'aise financièrement; le quatrième âge, qui ralentit le rythme et qui a moins d'argent et de ressources; le cinquième âge, qui a des besoins physiques et sociaux particuliers. Bien que ces catégories d'âge puissent varier en raison d'une multitude de facteurs qui interviennent au cours de la vie, il pourrait être utile de tenir compte des différentes étapes de la vie et des niveaux de capacité correspondants des personnes âgées de 65 ans et plus.

Les aînés qui vivent en milieu urbain et ceux qui vivent en milieu rural n'ont pas les mêmes besoins. Par exemple, leurs options en matière de transport et de logement diffèrent souvent. En outre, l'effet du vieillissement sur la population active et sur les soins de santé peut différer en raison de disparités régionales dans le vieillissement de la population.

Le Comité a pris connaissance de données troublantes selon lesquelles les Canadiens autochtones ont une espérance de vie de loin inférieure à celle des autres Canadiens. « Deux auteurs ont proposé

---

<sup>15</sup> Douglas Durst, Université de Regina, Témoignages, 27 novembre 2006.



## **PARTIE 1 : DÉFINITION DES QUESTIONS**

---

d'utiliser l'âge de 55 ans comme équivalent de 65 ans pour les personnes âgées et le vieillissement des Premières nations et des Autochtones. Selon eux, nous devrions envisager d'offrir des services et des programmes à un groupe de personnes âgées chronologiquement plus jeunes, à cause de leur état de santé, de leurs conditions sociales, du diabète, etc.<sup>16</sup> » Les besoins des Autochtones ne sont pas les mêmes que ceux des autres Canadiens.

Il est difficile de prédire les conséquences du vieillissement de la population, en partie parce que les expériences de vie, les niveaux de bien-être et les attentes ne sont pas les mêmes d'un groupe d'aînés à l'autre. Ainsi, même s'il est clair que, proportionnellement parlant, les aînés seront plus nombreux au cours des prochaines décennies, les décideurs doivent s'efforcer de prévoir quels seront les besoins et désirs des personnes qui feront partie du groupe des 65 ans et plus. Il est d'autant plus nécessaire d'examiner périodiquement la validité de certaines hypothèses qui sous-tendent actuellement les programmes et politiques du Canada concernant les aînés.

Compte tenu de ce qui précède, le Comité voudra déterminer si les programmes et les services offerts aux aînés répondent encore aux besoins d'une population diversifiée. Voici quelques questions qui méritent un examen approfondi :

- Les programmes fédéraux actuels tiennent-ils compte des besoins, des circonstances et des aspirations de la population aînée?
- Reflètent-ils les différentes réalités entre les sexes?
- Tiennent-ils compte des différentes habitudes de travail (p. ex. congé pris dans le cadre d'un emploi rémunéré pour prodiguer des soins ou poursuivre des études) et des groupes professionnels (p. ex. administration ou métiers)?
- Reflètent-ils les disparités régionales et les tendances du vieillissement dans les différentes parties du pays, et les modalités de financement F/P/T tiennent-elles compte de ces disparités?

---

<sup>16</sup> *Ibid.*

## **PARTIE 1 : DÉFINITION DES QUESTIONS**

---

- Est-il réaliste de fixer à 65 ans l'âge d'admissibilité aux programmes dans le cas des aînés autochtones ou d'autres Canadiens vulnérables?

### 1.3 Approches stratégiques en matière de vieillissement : vieillessement actif et déterminants sociaux de la santé

**« [...] il peut y avoir conflit entre un programme d'action axé sur le vieillissement et un programme d'action axé sur les aînés. Ce n'est pas la même chose<sup>17</sup>. »**

**« Vieillir en restant actif s'applique à toutes les personnes âgées, individuellement ou collectivement. Un vieillissement actif permet aux personnes âgées de réaliser leur potentiel de bien-être physique, social et mental tout au long de la vie et de s'impliquer dans la société selon leurs besoins, leurs souhaits et leurs capacités, tout en jouissant d'une protection, d'une sécurité et de soins adaptés lorsqu'elles en ont besoin<sup>18</sup>. »**

**« Le vieillissement en santé dépend d'une foule de facteurs touchant les individus, les familles et les pays. Nous parlons parfois des personnes âgées comme d'un groupe distinct. Les aînés, comme nous tous qui vieillissons aujourd'hui, font partie d'une collectivité. Pour concevoir des politiques et des programmes, il nous est utile de comprendre ce qui se cache derrière ces facteurs — situation économique, services de santé et services sociaux,**

---

<sup>17</sup> Peter Hicks, Ressources humaines et Développement social Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

<sup>18</sup> Nations Unies – Organisation mondiale de la Santé, *Vieillir en restant actif – Cadre d'orientation*, 2002.

**facteurs comportementaux, sociaux, personnels et physiques<sup>19</sup>. »**

Des témoins établissent une distinction entre le dossier du vieillissement de la population et un programme d'action pour les aînés. Par exemple, les solutions proposées au problème du vieillissement de la population, notamment des politiques visant à accroître la productivité de la main-d'œuvre ou le taux de natalité, sont des initiatives distinctes de celles qui pourraient faire partie d'un programme d'action pour les aînés.

Les modèles fondés sur le « cours normal de la vie » ou sur le « vieillissement actif » qu'utilisent des ministères fédéraux et des organismes internationaux tels l'Organisation de coopération et de développement économiques illustrent une perspective intégrée du vieillissement. Dans les modèles fondés sur le cours normal de la vie, on prend en considération les transitions importantes dans la vie, notamment l'éducation, la constitution d'une famille et la retraite, afin d'en venir à des politiques qui les facilitent, entre autres grâce à des programmes de congé parental, d'apprentissage continu et de retraite progressive. L'Organisation mondiale de la Santé a adopté l'expression « vieillissement actif » pour décrire « le processus consistant à optimiser les possibilités de bonne santé, de participation et de sécurité afin d'accroître la qualité de la vie pendant la vieillesse<sup>20</sup> ». Pour promouvoir le vieillissement actif, il faut bien comprendre ce que veulent les différents groupes d'aînés et faciliter les rôles qu'ils décident de jouer : emploi rémunéré, bénévolat, prestation de soins et loisirs. Qu'il s'agisse d'activités récréatives, d'éducation permanente ou de bénévolat, les possibilités de rester physiquement et mentalement actifs jouent un rôle important dans le bien-être des Canadiens âgés.

Jane Barratt, de la Fédération internationale du vieillissement, a souligné l'importance de cette approche dans le témoignage qu'elle a présenté au Comité :

---

<sup>19</sup> Jane Barratt, Fédération internationale du vieillissement, Témoignages, 11 décembre 2006.

<sup>20</sup> Nations Unies – Organisation mondiale de la Santé – *Vieillir en restant actif – Cadre d'orientation*, 2002.

## **PARTIE 1 : DÉFINITION DES QUESTIONS**

---

**« Après avoir examiné les politiques et les programmes liés au vieillissement de nombreux pays qui ne sont pas différents du Canada et après avoir réfléchi sur le travail des ONG membres qui représentent 50 millions d'aînés dans le monde, je pose moi-même la question suivante : quelle est l'unique intervention globale qui pourrait avoir une influence quelconque sur chacun de ces enjeux? La réponse est « le vieillissement en santé ». La mise en garde que je fais concernant cette expression, c'est que le vieillissement — le fait de devenir vieux — n'est pas un problème de santé et ne devrait pas être perçu de la sorte. Il s'agit plutôt du cours normal de la vie. À mon sens, le vieillissement débute à la naissance et, tout au long de notre vie, nous expérimentons des changements et nous avons parfois besoin de services et de soins spécialisés<sup>21</sup>. »**

Il y a déjà un certain temps qu'on se penche sur la distribution du travail tout au long de la vie. Le rapport présenté par le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement en 1966 expose l'enjeu de la façon suivante :

**« Comment allons-nous partager les loisirs que la nouvelle technologie met à notre disposition? Allons-nous en faire profiter surtout les personnes âgées en abaissant l'âge de la retraite, lorsque la longévité s'accroît, et les chômeurs qu'on exclut du marché du travail? Ou bien serait-il plus sensé de répartir ces avantages entre les personnes de tous âges en réduisant la semaine de travail et en donnant des congés plus généreux, en donnant des congés d'études aux travailleurs, afin qu'ils puissent**

---

<sup>21</sup> Jane Barratt, Fédération internationale du vieillissement, Témoignages, 11 décembre 2006.

**PARTIE 1 : DÉFINITION DES QUESTIONS**

---

**parfaire leur formation et acquérir des connaissances<sup>22?</sup> »**

Le Comité sénatorial de 1966 indiquait en conclusion qu'il « appuierait fortement cette seconde solution ou, de toute façon, un mélange des deux qui laisserait les travailleurs, au moment de leur retraite, 'vraiment en mesure de choisir de demeurer sur le marché du travail ou de s'en retirer'<sup>23</sup> ».

Dans son exposé au Comité, Peter Hicks a mentionné : « Le fait de se concentrer sur le vieillissement pourrait mener, malencontreusement, à adopter une manière de penser âgiste, par rapport à une approche fondée sur les parcours de vie<sup>24</sup> ». Des attentes à l'égard de la retraite imminente des travailleurs âgés auraient pour effet d'amener ces travailleurs, ainsi que leurs employeurs, à adopter une perspective limitée dans le temps face aux décisions touchant le recyclage ou un changement d'emploi ou de carrière. Un témoin a indiqué au Comité que, même dans les régions où la retraite n'est plus obligatoire, des travailleurs âgés continuent d'être confrontés au problème de l'âgisme, car certains employeurs exercent de la discrimination dans leurs pratiques d'embauche à l'égard d'employés qui ont à peine 45 ans<sup>25</sup>. Plusieurs témoins ont également indiqué au Comité que des mesures financières tendent à dissuader les aînés de continuer à travailler. Des témoins estiment que des modifications devraient être apportées aux programmes comme le Supplément de revenu garanti et le RPC/RRQ et demandent que la transférabilité des pensions fasse l'objet d'un examen.

Un témoin a dit au Comité que de telles modifications seraient peut-être insuffisantes et que « nous devrions examiner l'ensemble du système dans une perspective globale et intégrée<sup>26</sup> ». Pour adopter comme cadre d'orientation un modèle tenant compte du cours normal

---

<sup>22</sup> Comité spécial sénatorial d'enquête sur la gérontologie, *Rapport final*, 1966, p. 29.

<sup>23</sup> *Ibid.*

<sup>24</sup> Peter Hicks, Ressources humaines et Développement social Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

<sup>25</sup> Judy Cutler, CARP, Témoignages, 11 décembre 2006.

<sup>26</sup> *Ibid.*

## **PARTIE 1 : DÉFINITION DES QUESTIONS**

---

de la vie, il faudrait modifier les programmes actuels; il faudrait aussi que la société reconnaisse et appuie différemment l'éventail de choix qui s'offrent tout au long de la vie, y compris le choix de travailler après 65 ans.

On a fait valoir au Comité que la santé des aînés est intimement liée aux expériences vécues au cours de leur vie. Plusieurs témoins ont rappelé au Comité que le vieillissement est un processus qui s'étend sur toute la vie et que la santé des aînés dépend de milieux favorables dans lesquels ils ont évolué et continuent d'évoluer. Les inégalités qui peuvent se présenter au cours de la vie donnent lieu à des résultats différents sur le plan de la santé des aînés. Par exemple, un témoin a mentionné au Comité qu'il importe de comprendre les déterminants sociaux de la santé pour comprendre les écarts de santé et d'espérance de vie entre les Autochtones et les autres Canadiens. Dans son exposé, l'Organisation nationale de la santé autochtone a indiqué : « Les collectivités inuites, métisses et des Premières nations sont toujours confrontées à de graves pénuries de logements, à des taux de chômage élevés, à un accès insuffisant aux services de santé de base, ainsi qu'à une faible scolarisation; tous ces facteurs ont un effet à la fois sur l'espérance de vie et sur la qualité de vie pendant la vieillesse<sup>27</sup>. » Un témoin a également dit au Comité : « Les principaux facteurs de risque d'une mauvaise santé sont les suivants : un revenu faible, particulièrement pour de nombreuses femmes âgées seules, une alphabétisation déficiente, une faible scolarisation et l'isolement social<sup>28</sup>. »

Compte tenu de ce qui précède, le Comité voudra déterminer s'il faut adopter un cadre d'orientation qui permettrait de mieux répartir le travail productif sur toute la durée de vie et de « fournir aux Canadiens plus âgés des occasions de participer de façon active, créative et intéressante à la société<sup>29</sup> ». En outre, le Comité voudra examiner les déterminants de la santé qui contribuent à la santé des

---

<sup>27</sup> Carole Lafontaine, Organisation nationale de la santé autochtone, Témoignages, 27 novembre 2006.

<sup>28</sup> Robert Dobie, Conseil consultatif national sur le troisième âge, Témoignages, 27 novembre 2006.

<sup>29</sup> Jane Barratt, Fédération internationale du vieillissement, Témoignages, 11 décembre 2006.

## **PARTIE 1 : DÉFINITION DES QUESTIONS**

aînés ou qui occasionnent des risques pour eux. En particulier, il voudra se pencher sur les questions suivantes :

- Quelles sont les répercussions de l'adoption d'un modèle axé sur le vieillissement actif/cours normal de la vie sur les politiques publiques? Quels sont les programmes fédéraux qui s'en trouveraient touchés? De quelle façon? D'autres pays ont-ils adopté un tel modèle?
- Quels sont les coûts et les avantages de ce modèle pour la société canadienne et les divers groupes d'aînés? L'adoption de ce modèle occasionnerait-elle des coûts ou des économies ou n'aurait-elle aucune incidence sur les recettes?
- De quelle manière l'exécution d'un programme d'action concernant le vieillissement actif se répercuterait-elle sur les politiques et les programmes actuels qui touchent les personnes âgées de 65 ans et plus, tels le RPC/RRQ, la Sécurité de la vieillesse et le Supplément de revenu garanti? Si des modifications sont apportées aux conditions d'admissibilité, comment les gérer de manière à en réduire le plus possible les répercussions négatives sur les gens qui comptent sur ces programmes?
- Quels sont les déterminants qui influent le plus sur la participation, la santé et le bien-être des aînés et quels sont les risques pour ces derniers? Quels sont les déterminants qui améliorent le plus la santé des aînés et qui leur permettent de vivre pleinement leur vie?
- Quelle influence les déterminants de la santé, s'ils étaient modifiés, auraient-ils sur les programmes et les politiques concernant les personnes âgées de 65 ans et plus<sup>30</sup>?

### 1.4 Rôle du gouvernement fédéral

**« Pour être à l'écoute de ce segment de la population, le meilleur moyen pour les gouvernements n'est-il pas d'avoir un ministre**

---

<sup>30</sup> Ces questions sont exposées dans le document *Pour une société qui vieillit en santé – Une approche axée sur l'amélioration de la santé de la population*, préparé pour la Division du vieillissement et des aînés de Santé Canada par Linda MacLeod et associés, 1997.

## **PARTIE 1 : DÉFINITION DES QUESTIONS**

---

**exclusivement chargé du dossier des personnes âgées? Il faut que cette approche devienne pratique courante sous peu. Au sein du gouvernement fédéral précédent, deux ou trois ministres se partageaient le dossier. D'ailleurs, c'est encore le cas dans le gouvernement actuel. Il semble que chacun veuille sa part du gâteau, mais il n'y a aucune cohérence. Il serait bon que la population des aînés puisse compter sur un ministère strictement voué à ses intérêts<sup>31</sup>. »**

Les responsabilités reliées aux programmes et aux services destinés aux aînés incombent à la fois au gouvernement fédéral et aux gouvernements provinciaux/territoriaux. Plusieurs ministères fédéraux, provinciaux et territoriaux sont responsables des divers dossiers et doivent faire équipe pour régler les questions qui touchent les aînés. À l'échelle fédérale, même si Ressources humaines et Développement social Canada a la responsabilité globale du dossier des aînés, plusieurs ministères administrent les programmes destinés aux aînés. Comme l'a indiqué un témoin au Comité : « Les personnes âgées et le vieillissement sont deux enjeux horizontaux très vastes qui constituent un volet fondamental du programme fédéral<sup>32</sup>. » Des témoins ont indiqué au Comité qu'ils souhaitaient qu'un ministre fédéral responsable des aînés soit nommé; on a toutefois affirmé au Comité qu'une telle approche avait donné divers résultats dans d'autres pays et que cela dépendait en grande partie du mandat confié au ministre. Le Comité prend acte qu'un secrétaire d'État aux aînés a été nommé en janvier 2007 et félicite le gouvernement de reconnaître la nécessité de répondre aux besoins des aînés.

Comme plusieurs ministères et sphères de compétence sont responsables des programmes et des services destinés aux aînés, ceux-ci peuvent avoir du mal à obtenir des renseignements et à se prévaloir des services. Des témoins ont fait part des difficultés qu'ils avaient à fournir des renseignements facilement accessibles aux aînés

---

<sup>31</sup> Robert Dobie, Conseil consultatif national sur le troisième âge, Témoignages, 27 novembre 2006.

<sup>32</sup> Margaret Gillis, Agence de santé publique du Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.



## **PARTIE 1 : DÉFINITION DES QUESTIONS**

---

sur un large éventail de services. Ils ont aussi mentionné la difficulté de coordonner les services des centres d'information à guichet unique pour les aînés en raison de la complexité du système.

Compte tenu de ce qui précède, le Comité voudra examiner le rôle du gouvernement fédéral dans l'exécution des programmes et la prestation des services offerts aux aînés. Plus particulièrement, il se penchera sur les questions suivantes :

- Convierait-il de désigner un ministre fédéral qui serait responsable du dossier des aînés, qui serait précisément mandaté à cette fin et qui disposerait des ressources voulues pour administrer un éventail de services?
- Comment l'entente-cadre sur l'union sociale influe-t-elle sur le rôle que pourrait jouer le gouvernement fédéral en la matière?
- Des renseignements exacts et facilement accessibles en tout temps sont indispensables. Les moyens que prend le gouvernement fédéral pour renseigner les aînés répondent-ils à leurs divers besoins?
- Faut-il adopter des normes nationales dans certains domaines tels que les soins à domicile et les soins de longue durée? Seraient-elles compatibles avec le rôle du gouvernement fédéral?
- Les Canadiens s'attendent-ils à ce que le gouvernement fédéral prenne les devants en élaborant des programmes qui répondent aux besoins de la population aînée?

### 1.5 Prochaines étapes

**« [...] le vieillissement de la population est inévitable. Contrairement aux idées reçues, ce phénomène est irréversible. [...] le vieillissement de la population est inévitable<sup>33</sup>. »**

Le Comité a un mandat fort ambitieux. On peut dire qu'il a terminé la première phase de son étude avec beaucoup plus de questions que de réponses. Chacune des questions susmentionnées peut ouvrir la

---

<sup>33</sup> Byron Spencer, Université McMaster, Témoignages, 27 novembre 2006.

## **PARTIE 1 : DÉFINITION DES QUESTIONS**

---

voie à un examen approfondi et déboucher sur des recommandations à l'appui de changements qui profiteraient aux aînés. Il importe de signaler que, même si le Comité décidait d'axer les audiences de la seconde phase sur les quatre thèmes exposés précédemment, rien ne l'empêcherait de formuler des recommandations visant à améliorer le bien-être des Canadiens aînés dans des secteurs stratégiques ou dans le cadre de certains programmes.

Au moment de passer à la seconde phase de son étude, le Comité se doit de réfléchir à des façons d'envisager la question du vieillissement et des aînés sous d'autres angles et de déterminer si le vieillissement de la génération du baby-boom se prête à un changement de paradigme à cet égard. Qu'il s'agisse d'une crise ou d'un enjeu, le vieillissement de la population mérite une étude sérieuse.

## **Partie 2 : Phase I – Résumé des témoignages entendus**

### **2. Comprendre le vieillissement de la population du Canada**

#### **2.1 Données démographiques**

« Vieillissement de la population » s'entend de l'augmentation de l'âge moyen dans une société. Ce phénomène se caractérise par l'émergence d'un plus grand nombre d'ainés dans l'ensemble de la population. Les changements démographiques, notamment le vieillissement de la population, sont déterminés par le taux national de fécondité (natalité), le taux national de mortalité (décès) ainsi que la nature et de l'immigration et le nombre d'immigrants.

À compter de la fin du XIX<sup>e</sup> et durant presque tout le XX<sup>e</sup> siècle, l'espérance de vie dans les pays développés a généralement augmenté de façon continue, tandis que les taux de fécondité ont diminué. À l'exception de l'augmentation des taux de fécondité pendant la période du baby-boom qui a suivi la Deuxième Guerre mondiale, ces tendances se sont reflétées dans la croissance démographique de la population canadienne. « Un indice de 2,1 est requis afin de remplacer les générations; le Canada affiche une fécondité sous ce seuil depuis 1971<sup>34</sup>. » Bien que le taux de fécondité des Autochtones du Canada soit nettement plus élevé que celui des autres Canadiens, « la population autochtone représente seulement 3 p. 100 de la population

---

<sup>34</sup> Pamela White, Statistique Canada, Témoignages, 27 novembre 2006.

## **PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

canadienne et contribue à 7 p. 100 environ de la croissance démographique naturelle nationale<sup>35</sup> ».

Les plus récentes projections démographiques de Statistique Canada indiquent que la population du Canada continuera de croître, mais que le taux de croissance diminuera au fil du temps. On prévoit que la population du Canada passera de 32,3 millions d'habitants en 2005 à environ 39 millions en 2031 et à 42,5 millions en 2056<sup>36</sup>. « L'accroissement naturel pourrait du reste devenir négatif entre 2025 et 2030 si la fécondité se maintient au faible niveau actuel, soit environ 1,5 enfant par femme<sup>37</sup> », après quoi l'immigration permettra de soutenir les taux à la baisse de croissance démographique. La migration internationale est déjà la principale source d'accroissement de la population. « Depuis 2000, plus des deux tiers de la croissance de la population provient de la migration internationale<sup>38</sup>. » Même si le taux de croissance démographique du Canada n'a jamais été aussi bas, il « demeure nettement supérieur à celui des populations de l'Europe de l'Ouest ou du Japon<sup>39</sup> ». En fait, le Comité a appris que « selon les normes internationales, [...] le Canada a beaucoup moins de raisons de se préoccuper du vieillissement de la population que la plupart des pays déjà prospères<sup>40</sup> ».

La baisse du taux de fécondité et la hausse de l'espérance de vie donnent également lieu à une augmentation du nombre d'aînés au sein de la population canadienne.

### **« La proportion de personnes âgées de 65 ans et plus est passée de 8 p. 100 en 1971 à 13 p. 100**

---

<sup>35</sup> *Ibid.*

<sup>36</sup> L'étude la plus récente, intitulée *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires (2005-2031)*, a été publiée en 2005 et contient des projections démographiques pour le Canada de 2006 à 2056. Sauf indication contraire, toutes les figures reflètent un scénario de croissance moyenne, qui part du principe selon lequel les tendances démographiques actuelles se maintiennent (taux de natalité, espérance de vie et immigration).

<sup>37</sup> Pamela White, Statistique Canada, Témoignages, 27 novembre 2006.

<sup>38</sup> *Ibid.*

<sup>39</sup> *Ibid.*

<sup>40</sup> Byron Spencer, Université McMaster, Témoignages, 27 novembre 2006.

**PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

**aujourd'hui. Lorsque les premiers baby-boomers atteindront le groupe d'âge des 65 ans et plus, en 2011, on assistera alors, autre tendance lourde, à une augmentation rapide de la proportion de personnes âgées au sein de la population canadienne. Selon les projections, en 2031, près d'un Canadien sur quatre aura 65 ans ou plus. La population du Canada vieillit rapidement. [...] En outre, la proportion d'aînés plus âgés, c'est-à-dire de personnes de 80 ans ou plus, augmenterait fortement. En 2056, environ un Canadien sur dix serait âgé de 80 ans ou plus, comparativement à un sur 30 aujourd'hui<sup>41</sup>. »**

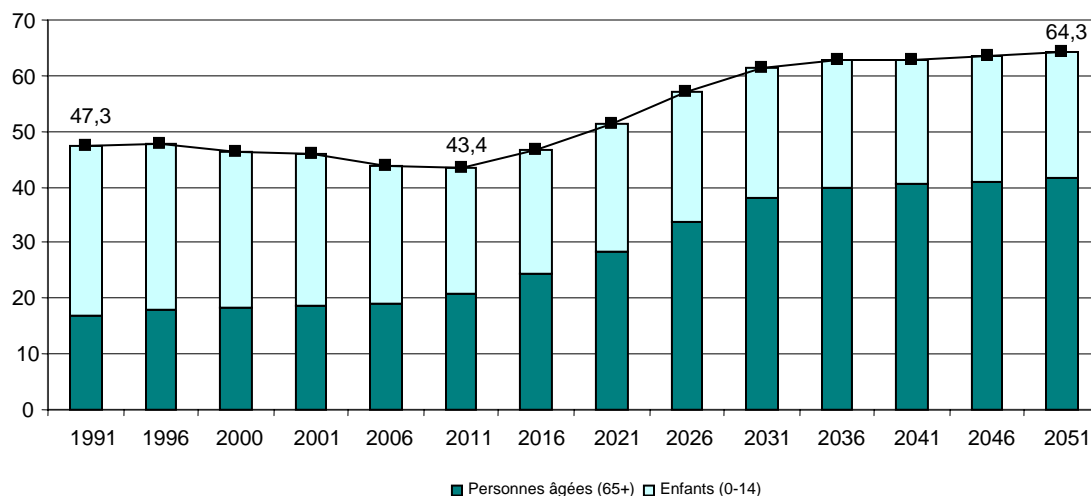
L'augmentation du nombre d'aînés au sein de la population a une incidence sur le rapport de dépendance, qui est défini comme la proportion d'enfants (de 0 à 14 ans) et d'aînés (de 65 ans et plus) par rapport à la population en âge de travailler (de 15 à 64 ans). Comme l'indique la figure 2-1, le rapport de dépendance devrait augmenter considérablement de 2011 à 2051, alors que les premiers membres de la génération du baby-boom atteindront l'âge de la retraite et que les cohortes plus modestes de personnes nées après eux vivront leurs années les plus productives. On prévoit également que la composition du groupe des « personnes à charge » changera : « Indépendamment des scénarios de croissance, les personnes âgées de 65 ans ou plus deviendraient plus nombreuses que les enfants âgés de moins de 15 ans autour de l'année 2015. Il s'agirait d'une première dans l'histoire de la population du Canada<sup>42</sup>. »

---

<sup>41</sup> Pamela White, Statistique Canada, Témoignages, 27 novembre 2006.

<sup>42</sup> *Ibid.*

**Figure 2-1 : Rapport de dépendance au Canada, 1991-2051**



Source : Statistique Canada, *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 2000-2026*, mars 2001, tableau 21, p. 77.<sup>43</sup>

Dans l'ensemble, les tendances nationales d'une population vieillissante masquent d'importantes différences entre les régions et les sous-groupes de la population. Des témoins ont rappelé au Comité que les « aînés ne sont pas un ensemble monolithique de personnes pauvres, fragiles, malades ou dépendantes. Le groupe d'âge des 65 ans et plus présente une diversité considérable en termes d'expériences de vie, de situation économique, d'état de santé et de ressources permettant un mode de vie autonome<sup>44</sup>. » L'espérance de vie à la naissance des Indiens inscrits, des Inuits et de l'ensemble de la population canadienne est un exemple frappant à cet égard :

<sup>43</sup> Le rapport de dépendance exprime le nombre de « personnes à charge » pour 100 personnes « en âge de travailler ». À partir de 2001, tous les chiffres sont des projections.

<sup>44</sup> Robert Dobie, Conseil consultatif national sur le troisième âge, Témoignages, 27 novembre 2006.

**PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS****Figure 2-2 : Espérance de vie (ans) des Canadiens (2001), des Indiens inscrits (2001) et des Inuits (1999-2002)**

	Ensemble des Canadiens	Indiens inscrits	Inuits
Hommes	77	70	65
Femmes	81	76	70

Source : Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, 16 novembre 2006.

Comme la population canadienne en général, le segment en expansion des aînés comporte une grande diversité sur le plan de l'âge, du sexe, de l'origine ethnoculturelle, de la région et du milieu, urbain ou rural, où ils vivent. Des témoins ont également fait remarquer que le vieillissement de la population ne se produit pas de façon uniforme au Canada, notamment en raison de la migration. Le déséquilibre régional en matière de vieillissement de la population a des incidences importantes sur la planification du marché du travail et sur la distribution des coûts liés au vieillissement.

## 2.2 Troisième, quatrième et cinquième âges

Compte tenu des gains récents sur le plan de l'espérance de vie, un nombre croissant de Canadiens vivent plus longtemps et sont en meilleure santé physique et mentale. « Aujourd'hui, un homme âgé de 65 ans a une espérance de vie de près de 18 années additionnelles; une femme âgée de 65 ans aujourd'hui a une espérance de vie de 21 ans de plus<sup>45</sup> ». Des témoins ont signalé l'importance de prendre conscience des différences entre chacun des groupes d'âge chez les aînés :

**« Il y a un écart de 25 ans entre un aîné de 65 ans et un aîné de 90 ans. Il y a une différence entre un adulte de 25 ans et un autre de 50 ans. Pourquoi mettre ces deux personnes dans la même catégorie? Leurs besoins sont très différents, et nous devons**

<sup>45</sup> *Ibid.*

**adopter un schème de pensée différent à l'égard de ces groupes<sup>46</sup>. »**

Douglas Durst a aussi signalé que la documentation sur les aînés mentionne souvent la nécessité de faire une distinction entre trois grandes catégories d'âges :

**« Premièrement, les aînés de 65 à 75 ans — [le troisième âge] —, qui sont en santé, en forme et plutôt à l'aise financièrement. Ces aînés veulent voyager et s'adonner à des activités. Ils sont encore dans une phase créative et productive de leur vie. Le deuxième groupe est constitué des gens de 75 à 85 ans — [le quatrième âge] — qui ralentissent le rythme et préfèrent jardiner et passer du temps avec leurs petits-enfants. Ils ont encore de l'argent et des ressources, mais ils commencent à surveiller leurs dépenses, et ils sont moins enclins à voyager et à faire des acquisitions importantes. Le troisième groupe, constitué des aînés de 85 à 90 ans et plus — [le cinquième âge] — ont des besoins physiques et sociaux spéciaux<sup>47</sup>. »**

### 2.3 Inégalité entre les hommes et les femmes

Au cours des années 1980 et 1990, le taux de faible revenu chez les aînés du Canada a diminué de façon importante (pour en savoir plus sur la sécurité du revenu, voir la partie 3). En dépit de ces améliorations, il subsiste chez les aînés un écart significatif entre les hommes et les femmes. Qu'elles vivent seules ou qu'elles soient le principal soutien financier de leur conjoint, les femmes âgées sont plus susceptibles que les hommes âgés de vivre avec un faible revenu.

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge a déterminé que les femmes âgées, et surtout celles qui vivent seules, sont particulièrement à risque. Les femmes âgées ont généralement un revenu plus faible que celui des hommes en raison d'un taux de

---

<sup>46</sup> Douglas Durst, Université de Regina, Témoignages, 27 novembre 2006.

<sup>47</sup> *Ibid.*



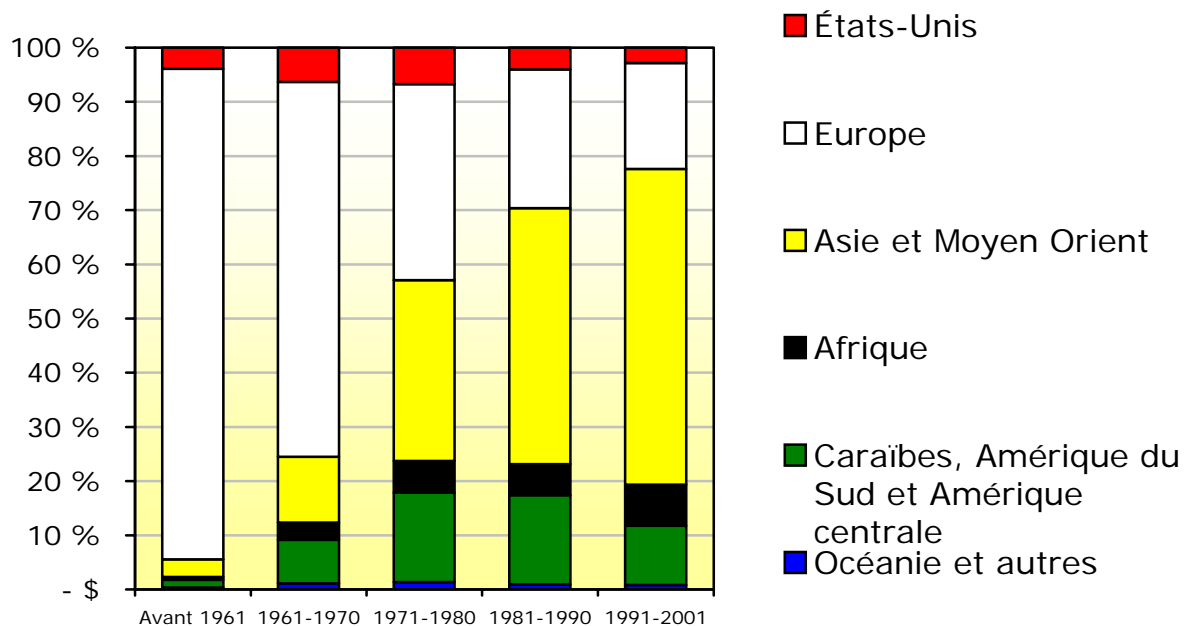
## PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS

présence moins élevée sur le marché du travail rémunéré et d'un salaire moins élevé pour un emploi rémunéré. En 2005, près d'une aînée sur cinq n'avait jamais travaillé à l'extérieur du foyer. Comme les femmes vivent plus longtemps que les hommes, elles risquent davantage d'épuiser leurs réserves<sup>48</sup>.

### 2.4 Diversité multiculturelle

L'importance accrue de l'immigration dans la croissance démographique du Canada est un facteur important qui influe déjà sur la composition de la population âgée. La figure ci-dessous illustre les variations dans les pays d'origine des immigrants au Canada pendant la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle.

**Figure 2-3 : Origine des immigrants au Canada, 1961-2001<sup>49</sup>**



Cette tendance modifie rapidement la démographie du Canada : entre 1996 et 2001, la population totale a connu une croissance de

<sup>48</sup> Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Les aînés au Canada – Bulletin 2006*.

<sup>49</sup> Mémoire présenté par Pamela White, Statistique Canada, 27 novembre 2006, p. 7.

## **PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

4 p. 100, tandis que les minorités visibles ont augmenté de 25 p. 100. Elle commence déjà à se faire sentir au sein de la population âgée du Canada.

**« Au cours des 25 dernières années, un changement radical s'est produit dans la composante immigrante de la population âgée. En effet, [...] près de 20 p. 100, de la totalité des personnes âgées sont originaires d'Europe. Toutefois, les courbes d'immigration en provenance de l'Asie montrent que 5,4 p. 100, soit une personne âgée sur 20 au Canada, est asiatique. Au total, 7,2 p. 100 de la population âgée au Canada sont issus d'une minorité visible. Une telle augmentation en l'espace de dix ans est considérable<sup>50</sup>. »**

En outre, la population immigrante est plus âgée en moyenne que la population canadienne dans son ensemble. « Près de 19 p. 100 de la population immigrante au Canada a plus de 65 ans, un pourcentage qui est supérieur à la moyenne nationale de 12,2 p. 100<sup>51</sup>. »

### **2.5 Différences régionales au Canada**

Des témoins ont confirmé que les effets du vieillissement de la population ne se font pas sentir de la même façon dans l'ensemble du Canada. « Sauf quelques exceptions, les populations plus âgées au Canada se trouvent à l'est de l'Ontario, tandis que les populations vivant à l'ouest du Québec et dans les territoires sont plus jeunes<sup>52</sup>. » On prévoit que l'écart entre l'âge moyen dans les provinces de l'Est et celui dans les provinces de l'Ouest s'accroîtra à mesure que la population vieillira, comme le montrent les exemples ci-après concernant les différences entre la croissance démographique et la proportion d'aînés dans l'ensemble de la population que Byron Spencer a présentés au Comité. « Les provinces de l'Atlantique et le Québec

---

<sup>50</sup> Douglas Durst, Université de Regina, Témoignages, 27 novembre 2006.

<sup>51</sup> *Ibid.*

<sup>52</sup> Pamela White, Statistique Canada, Témoignages, 27 novembre 2006.

**PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

connaîtront un vieillissement de leur population plus rapide que les provinces de l'ouest du pays et des territoires<sup>53</sup>. »

## 2.6 Questions urbaines et rurales

Des témoins ont confirmé que l'âge médian dans les zones urbaines tend à être moins élevé que l'âge médian dans les zones rurales. Pamela White, de Statistique Canada, a déclaré au Comité que « de façon générale, l'âge médian de la population habitant dans des régions métropolitaines est plus bas (37,7 ans) que celui de la population habitant ailleurs (40,7 ans)<sup>54</sup>. »

Les zones urbaines et rurales sont confrontées à différents problèmes touchant le soutien des aînés. Dans les régions rurales, l'exode des jeunes, de faibles taux d'immigration, de faibles taux de natalité et la tendance accrue de certains à y prendre leur retraite contribuent au déclin démographique et au vieillissement de la population. Bien que le tiers des aînés canadiens vivent en milieu rural, le déclin démographique représente un défi pour le maintien des services dans ces régions.

**« La dynamique rurale/urbaine [...] exacerbe les effets associés à ce vieillissement dans les régions de départ, les petites collectivités et les zones rurales. [...] Dans de nombreuses petites localités de la région de l'Atlantique, il ne reste effectivement que des populations très âgées. L'âge médian peut être de 60 ans, et même plus, dans certaines petites communautés. Cela pose des problèmes de taille pour ce qui est de fournir des services non seulement de santé, mais aussi d'éducation étant donné qu'on se retrouve avec un très petit nombre d'enfants dans les écoles<sup>55</sup>. »**

Le Comité a appris que les aînés des collectivités éloignées doivent fréquemment se rendre dans les zones urbaines pour avoir accès à des

---

<sup>53</sup> *Ibid.*

<sup>54</sup> *Ibid.*

<sup>55</sup> Byron Spencer, Université McMaster, Témoignages, 27 novembre 2006.

## **PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

soins de longue durée. Toutefois, si les centres urbains peuvent offrir les services spécialisés nécessaires, la coordination des services de soutien et des soins prolongés laisse souvent à désirer. Ces problèmes sont exacerbés pour les aînés autochtones, qui éprouvent un sentiment d'aliénation culturelle dans un milieu urbain :

**« L'aspect social [des soins] est négligé. La question des repas est un gros problème. C'est d'ailleurs ce que nous ont signalé les représentants des peuples autochtones que nous avons rencontrés. La question des repas et des différences culturelles font problème. C'est assez pour qu'ils retombent malades<sup>56</sup>. »**

L'Agence de santé publique du Canada a signalé que 34 villes dans le monde, y compris quatre villes canadiennes, à savoir Portage la Prairie (Manitoba), Saanich (Colombie-Britannique), Sherbrooke (Québec) et Halifax (Nouvelle-Écosse), participent à une initiative visant à favoriser le développement de villes-amies des aînés qui fait la promotion du vieillissement actif et qui met l'accent sur les personnes âgées. L'Agence travaille en collaboration avec Ressources humaines et Développement social Canada, par l'entremise des ministres responsables des aînés, à l'élaboration d'une initiative parallèle qui examinera les facteurs déterminants des villes-amies des aînés dans les petites collectivités ainsi que les collectivités rurales et éloignées du Canada<sup>57</sup>.

### **2.7 Lacunes dans l'information**

Des témoins ont mentionné qu'un certain nombre de sous-groupes de la population et de domaines devraient être étudiés plus avant, notamment les aînés autochtones, les aînés immigrants et les aînés ayant une déficience intellectuelle ou développementale.

---

<sup>56</sup> Robert Dobie, Conseil consultatif national sur le troisième âge, Témoignages, 27 novembre 2006.

<sup>57</sup> Margaret Gillis, Agence de santé publique du Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

## **PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

Par exemple, même si l'on sait que les résultats en matière de santé des Autochtones sont moins bons que ceux de la population canadienne dans son ensemble, l'Organisation nationale de la santé autochtone a souligné la nécessité d'avoir plus d'information sur les aînés autochtones :

**« De manière générale, on manque cruellement d'information sur la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis, surtout pour ce qui est des personnes âgées autochtones. On connaît davantage la situation des jeunes, parce qu'il y a tellement de jeunes autochtones<sup>58</sup>. »**

Douglas Durst a fait une mise en garde au Comité :

**« Il est dangereux d'appliquer des modèles et de réunir ensemble des données relatives à différents groupes. En effet, cela traduit un certain réductionnisme qui invite à des généralisations et à des hypothèses qui peuvent se révéler fausses ou trompeuses<sup>59</sup>. »**

Comme l'ensemble de la population canadienne, les aînés vivent des changements dynamiques, ce qui implique que la planification doit être fondée sur les caractéristiques prévues pour l'avenir.

**« Pour ce qui est des services de base, il faut également considérer le fait que notre population d'aînés est en pleine évolution. Nous savons que les femmes y sont majoritaires — c'est une évidence. Leur situation financière change, tout comme leur niveau d'instruction. Nous planifions en fonction de la population des aînés dans sa forme actuelle mais, dans dix ans, elle aura changé<sup>60</sup>. »**

---

<sup>58</sup> Mark Buell, Organisation nationale de la santé autochtone, Témoignages, 27 novembre 2006.

<sup>59</sup> Douglas Durst, Université de Regina, Témoignages, 27 novembre 2006.

<sup>60</sup> Sandra Hirst, Association canadienne de gérontologie, Témoignages, 11 décembre 2006.

## 2.8 Questions à examiner plus à fond

Les données démographiques présentées au Comité font apparaître un certain nombre de questions qu'il faudrait approfondir. En outre, le profil démographique de la population vieillissante soulève diverses questions que le Comité intégrera au processus d'élaboration de recommandations dans la deuxième phase de l'étude.

### *Questions particulières*

- Les disparités régionales relatives au vieillissement exacerberont-elles les différences entre les ensembles de services actuellement offerts dans les provinces et les territoires? Les mesures de financement fédérales, provinciales et territoriales tiennent-elles compte des déséquilibres régionaux sur le plan de la population âgée?
- Les femmes âgées sont plus pauvres que les hommes âgés. Prévoit-on que l'écart sera comblé pour les futures cohortes de femmes âgées, qui auront eu une participation accrue au marché du travail? Dans la négative, pourquoi pas?
- De quels types de services les communautés d'immigrants auront-elles besoin à mesure que leurs aînés vieilliront? En quoi ces besoins sont-ils semblables ou différents de ceux de la population en général?

### *Questions démographiques à prendre en considération au moment de l'élaboration des recommandations*

- Le Comité prend note des questions stratégiques suivantes (définies par les ministres fédéraux-provinciaux responsables des aînés<sup>61</sup> dans leur Cadre national sur le vieillissement en 1998) qui l'aideront à évaluer les options stratégiques au moment d'entreprendre la deuxième partie de l'étude :
  - Est-ce que la politique ou le programme traite des divers besoins, situations et aspirations des sous-groupes qui forment la population des aînés (p. ex., l'âge, le sexe, la situation familiale, l'emplacement géographique, le statut d'Autochtone,

---

<sup>61</sup> À l'exception du Québec.

## **PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

les minorités de langue officielle et les communautés ethnoculturelles minoritaires, le revenu et l'état de santé)?

- La politique ou le programme reflète-t-il les réalités particulières de chaque sexe et s'y adapte-t-il?
- Tient-il suffisamment compte de la diversité des différents groupes d'âge de la population âgée du Canada (p. ex., les aînés qui ont vécu la grande crise de 1929 et la guerre, et les différences de langue et de culture)?

### **3. Aînés à risque**

Dans son exposé devant le Comité, le Conseil consultatif national sur le troisième âge a mentionné des groupes d'aînés qui sont confrontés à des problèmes particuliers. « À l'heure actuelle, le bien-être économique de certains aînés continue d'être à risque. [...] Certains groupes, notamment les femmes âgées, les aînés vivant seuls et les aînés immigrants sont particulièrement à risque<sup>62</sup>. » Dans la présente partie, nous nous pencherons également sur d'autres questions importantes pour les aînés, notamment la planification d'urgence ainsi que la violence et la négligence.

#### **3.1 Aînés immigrants**

La partie précédente contient certains renseignements au sujet de la diversité ethnoculturelle croissante de la population canadienne, y compris le groupe des aînés. En général, toutefois, le Comité a appris que les politiques et les programmes liés à l'âge continuent de traiter les aînés comme un groupe homogène et, souvent, ne tiennent pas compte de la diversité des besoins, des préoccupations et des situations des aînés des minorités ethnoculturelles<sup>63</sup>. Il peut y avoir d'importants obstacles à l'accès aux soins de santé et à d'autres services, des obstacles qui résultent des différences linguistiques et culturelles, d'un faible revenu, de la discrimination et du racisme.

---

<sup>62</sup> Robert Dobie, Conseil consultatif national sur le troisième âge, Témoignages, 27 novembre 2006.

<sup>63</sup> Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Aînés en marge : Les aînés des minorités ethnoculturelles*, 2005.

## **PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

Même si, dans l'ensemble, le bien-être économique des aînés s'est amélioré au cours des dernières décennies du XX<sup>e</sup> siècle, il subsiste un écart entre les aînés immigrants et les aînés non immigrants.

**« En 1995, les immigrants âgés (hommes) avaient un revenu inférieur de 8,5 p. 100 à celui des hommes nés au Canada et les immigrantes âgées avaient un revenu inférieur de 9,2 p. 100 à celui des femmes nées au Canada. Chez les immigrants âgés, surtout chez les femmes, le taux de pauvreté est plus élevé que chez les aînés nés au Canada. En 1995, 17,5 p. 100 des immigrants âgés et 26,5 p. 100 des immigrantes âgées avaient un faible revenu, comparativement à 11,5 p. 100 des aînés non immigrants et à 23 p. 100 des aînées non immigrantes<sup>64</sup>. »**

L'insécurité économique touche plus gravement les aînés immigrants qui sont au Canada depuis moins de dix ans. En fait, plus l'âge au moment de l'immigration est avancé, plus la personne risque de vivre dans la pauvreté<sup>65</sup> étant donné que l'admissibilité aux programmes gouvernementaux de soutien du revenu pour les aînés est fonction de la période qui s'est écoulée depuis l'arrivée au pays.

Les croyances culturelles particulières au sujet de la maladie et de la santé, les attitudes à propos de la dépendance et de l'autonomie et les obstacles linguistiques peuvent bloquer ou réduire l'accès aux soins de santé et aux soins de longue durée, à l'aide à la famille et aux services communautaires. Le Comité a entendu des témoignages sur la difficulté qu'éprouvent certains établissements de soins à s'adapter aux différents besoins ainsi qu'aux maladies et aux déficiences des aînés immigrants.

### **3.2 Aînés autochtones**

La population autochtone est plus jeune que la population non autochtone du Canada. Près de la moitié des Autochtones du pays ont

---

<sup>64</sup> *Ibid.*

<sup>65</sup> A. Kazemipur et S. S. Halli, « Poverty Experiences of Immigrants: Some Reflections », *Thèmes canadiens*, avril 2003.



**PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

moins de 20 ans, alors que moins de 6 p. 100 ont plus de 65 ans<sup>66</sup>. Par comparaison, 22 p. 100 de l'ensemble de la population canadienne avaient moins de 20 ans en 2006, et 13 p. 100 étaient âgés de plus de 65 ans<sup>67</sup>. On prévoit toutefois une importante augmentation du nombre d'aînés autochtones.

**« Des données statistiques actuelles indiquent que d'ici à 2026, le pourcentage des aînés autochtones aura triplé; bien que nous devions nous efforcer d'obtenir des conditions optimales pour la population âgée du Canada, l'état de santé précaire des aînés autochtones nécessite une attention particulière et des interventions qui tiennent compte des différences culturelles<sup>68</sup>. »**

Au Canada, les résultats en matière de santé des Autochtones ont tendance à être moins bons que ceux des autres citoyens, et il en est de même pour les aînés. Chez les Premières nations et les Inuits, les maladies chroniques sont habituellement associées au vieillissement. Le diabète, l'arthrite rhumatoïde et les maladies cardiaques sont plus fréquents qu'ils ne le sont dans la population en général et se manifestent plus tôt<sup>69</sup>.

Les problèmes que soulèvent les piètres résultats en matière de santé sont exacerbés par les conditions dans lesquelles vivent de nombreux Autochtones et par l'accès plus difficile aux soins de santé et aux services d'aide. Douglas Durst a décrit la situation de certains aînés des Premières nations en Saskatchewan :

**« La plupart des aînés autochtones restent généralement dans la réserve, au sein de la population. Pour la plupart, ils habitent dans des logements surpeuplés, insalubres et dépourvus**

---

<sup>66</sup> Leslie MacLean, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

<sup>67</sup> Statistique Canada, Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires (2005-2031), n° 91-520-XIE au catalogue, 2006.

<sup>68</sup> Carole Lafontaine, Organisation nationale de la santé autochtone, Témoignages, 27 novembre 2006.

<sup>69</sup> Leslie MacLean, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

**d'eau potable. À partir d'un certain âge, la presque totalité d'entre eux souffrent de diabète de type II. [...] Ils habitent avec leurs familles, mais à mesure qu'augmente leur niveau d'incapacité, ils sont de plus en plus isolés socialement dans la réserve. Ensuite, lorsqu'ils arrivent à Regina, ils sont en mauvaise santé et en mauvaise condition physique et ont grandement besoin de services. Il ne semble pas y avoir une infrastructure solide pour appuyer les soins à domicile et venir en aide aux familles qui s'occupent de leurs proches<sup>70</sup>. »**

La petite taille et la situation éloignée de nombreuses collectivités des Premières nations et des Inuits impliquent qu'il faut se déplacer pour obtenir un grand nombre de services médicaux professionnels. En raison d'une préférence pour les soins familiaux et d'une réticence à quitter le domicile pour recevoir des traitements, beaucoup de problèmes de santé ont le temps de s'aggraver et de créer des complications avant que des professionnels de la santé ne soient consultés.

Les aînés autochtones en milieu urbain qui ont accès à des services de santé sont généralement en meilleure santé, mais ils ont tendance à ne pas recourir aux programmes et aux services qui sont offerts et à demeurer ainsi isolés. Le Comité a appris que certains Autochtones en milieu urbain « ne se sentent pas à l'aise de fréquenter des organismes dirigés par des blancs<sup>71</sup> ». Beaucoup se sentent pris dans le système et les gouvernements fédéral, provincial et de bande « se renvoie la balle », ce qui complique l'accès aux programmes et aux services.

Le Comité a appris que, compte tenu des différences importantes sur le plan de la santé et de l'espérance de vie, l'âge pour être admissible aux programmes et aux services destinés aux aînés, qui est habituellement fixé à 65 ans, pourrait ne pas être approprié pour les Autochtones. Dans l'exposé qu'il a présenté devant le Comité, Douglas Durst a signalé que des travaux de recherche réalisés récemment aux

---

<sup>70</sup> Douglas Durst, Université de Regina, Témoignages, 27 novembre 2006.

<sup>71</sup> *Ibid.*

**PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

États-Unis recommandent d'utiliser « l'âge de 55 ans comme équivalent de 65 ans » quand il s'agit des Autochtones, et que « nous devrions envisager d'offrir des services et des programmes à un groupe de personnes âgées chronologiquement plus jeunes, à cause de leur état de santé, de leurs conditions sociales, du diabète, etc.<sup>72</sup> ».

L'état de santé actuel des populations autochtones et l'augmentation prévue du nombre d'aînés font ressortir l'importance de prendre des mesures sans tarder. Selon l'Organisation nationale de la santé autochtone, « des investissements [...] à long terme doivent être effectués dans la santé des personnes au cours de leur vie, de même que dans les infrastructures des collectivités afin de répondre aux besoins des 10 à 25 prochaines années<sup>73</sup> ».

L'Organisation nationale de la santé autochtone a également signalé au Comité que les approches s'adressant à tous les Autochtones sans distinction ne sont pas efficaces pour aborder les problèmes auxquels sont confrontés les aînés autochtones. « Les Premières nations, les Inuits et les Métis ont des réalités qui leur sont propres et qui sont influencées par des déterminants tels que la langue, la géographie et la culture. [...] L'élaboration des politiques et la prestation des programmes doivent s'effectuer à partir de données précises qui reflètent les besoins selon les réalités des Premières nations, des Inuits et des Métis<sup>74</sup>. »

### 3.3 Aînés vivant seuls

De 1991 à 2001, le nombre d'aînés vivant seuls a augmenté, plus particulièrement chez les personnes de plus de 85 ans. Plus d'un million d'aînés vivaient seuls en 2001; près des trois quarts étaient des femmes. Le Conseil consultatif national sur le troisième âge insiste sur le fait qu'« apprendre à vivre seul après le décès de son conjoint peut

---

<sup>72</sup> *Ibid.*

<sup>73</sup> Carole Lafontaine, Organisation nationale de la santé autochtone, Témoignages, 27 novembre 2006.

<sup>74</sup> *Ibid.*

## **PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

représenter un défi important, tant au niveau psychologique que financier<sup>75</sup>.

Les ménages formés d'une seule personne ont invariablement des taux plus élevés de faible revenu que ceux des autres ménages de tous âges au sein de la population canadienne, y compris les aînés. Selon Statistique Canada, les aînés vivant seuls avaient un taux de faible revenu de 15,5 p. 100 en 2004, comparativement à 5,6 p. 100 pour l'ensemble des personnes âgées<sup>76</sup>.

**Figure 3-1 : Pourcentage d'aînés ayant un revenu après impôt faible**

	Les deux sexes	Hommes	Femmes
Tous les aînés	5,6 p. 100	3,5 p. 100	7,3 p. 100
Familles d'aînés	1,6 p. 100	1,7 p. 100	1,6 p. 100
Aînés seuls	15,5 p. 100	11,6 p. 100	17 p. 100

Source : Statistique Canada, *Le revenu au Canada* - 2004

Les aînés vivant seuls sont plus susceptibles d'avoir du mal à trouver un logement abordable, d'avoir des problèmes de santé et de souffrir d'isolement social. Ils sont aussi généralement moins heureux, comparativement aux aînés vivant avec un conjoint ou avec leurs enfants, en partie parce que ces gens passent plus de temps seuls et qu'ils ont un revenu plus faible<sup>77</sup>.

### **3.4 Mauvais traitements et négligence**

Les mauvais traitements infligés aux aînés peuvent se produire à la maison ou dans un établissement; ils englobent la violence psychologique et physique, l'exploitation financière et la négligence.

<sup>75</sup> Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Les aînés au Canada – Bulletin 2006*.

<sup>76</sup> Statistique Canada, *Le revenu au Canada – 2004*, n° 75-202-XIE au catalogue, 2006.

<sup>77</sup> Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Les aînés au Canada – Bulletin 2006*.

**PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

L'Enquête sociale générale sur la victimisation menée en 1999 a révélé que 7 p. 100 des adultes de 65 ans et plus ont indiqué avoir fait l'objet d'une certaine forme de violence émotionnelle ou d'exploitation financière de la part d'un enfant adulte, de leur conjoint ou d'un fournisseur de soins au cours de la période de cinq ans précédant l'enquête. Dans la grande majorité des cas, cette violence a été exercée par le conjoint. Seule une faible proportion d'aînés (1 p. 100) ont déclaré avoir été victimes de violence physique ou sexuelle<sup>78</sup>. Les cas réels de mauvais traitements peuvent toutefois être plus nombreux que ceux signalés étant donné que les victimes peuvent ne pas vouloir signaler les actes commis à leur égard, ou être incapables de le faire, pour diverses raisons, notamment la déficience cognitive, la dépendance par rapport à l'agresseur, les obstacles linguistiques ou culturels, la crainte de représailles et la honte ou la crainte des préjugés.

Comme c'est le cas dans la population générale, la plupart des actes de violence contre des aînés sont commis par quelqu'un que la victime connaît. Il s'agit souvent d'un membre de la famille, d'un ami, d'un soignant, du propriétaire du logement ou du personnel d'un établissement<sup>79</sup>. Certains aînés sont plus à risque que d'autres, notamment les aînés plus âgés, les femmes, les aînés socialement isolés, les aînés handicapés qui sont dépendants, les aînés ayant une capacité cognitive réduite et les aînés dont les soignants abusent d'alcool ou de drogues<sup>80</sup>.

Bien que seulement 7 p. 100 des Canadiens âgés vivent dans un établissement, la violence institutionnelle reste un problème. Elle peut prendre diverses formes : relations inadéquates ou inexistantes entre le personnel et les résidents, soins infirmiers de piètre qualité, vols et fraude, alimentation inadéquate, surpeuplement de l'établissement, manque d'intimité et malpropreté<sup>81</sup>. Le Comité a été informé des

---

<sup>78</sup> Justice Canada, « La violence à l'égard des personnes âgées – Fiche d'information du ministère de la Justice du Canada », [www.justice.gc.ca/fr/ps/fm/adultsfs.html](http://www.justice.gc.ca/fr/ps/fm/adultsfs.html)

<sup>79</sup> Conseil consultatif national sur le troisième âge, « Détresse cachée : les aînés violentés », *Expression*, vol. 17, no 1, hiver 2003-2004.

<sup>80</sup> *Ibid.*

<sup>81</sup> Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Les aînés au Canada – Bulletin 2006*, p.45.

## **PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

nouveaux défis que doivent relever les établissements de soins de longue durée. « Les soins à dispenser sont plus complexes et le personnel n'a pas la formation requise. C'est un phénomène qui est en train de se développer devant nos yeux<sup>82</sup>. » Les témoins ont laissé entendre que cet environnement pouvait contribuer à l'épuisement professionnel du personnel, à une baisse de la qualité des soins, à la négligence et à la violence.

Le gouvernement de l'Ontario a présenté un projet de loi qui établira un nouveau système de gouvernance des maisons de soins de longue durée et renforcera l'application de la loi afin d'améliorer les soins et la responsabilisation. Lynn McDonald a parlé du projet de loi 140 de l'Ontario comme d'un modèle largement reconnu pour la façon dont il établit des normes et propose un protocole à suivre en cas de mauvais de traitement à l'égard de personnes âgées<sup>83</sup>.

### **3.5 Planification d'urgence**

Les crises internationales vécues récemment, notamment l'éclosion du SRAS à Toronto, la vague de chaleur de 2003 en France et l'ouragan Katrina, ont montré à quel point les aînés sont à risque pendant des urgences ou des catastrophes et combien est importante la planification d'urgence qui tient compte des besoins des personnes âgées.

La recherche révèle que ce sont les personnes de plus de 60 ans qui courent le plus grand risque d'être blessées ou tuées en cas de catastrophe<sup>84</sup>. Les aînés qui ont un handicap physique ou une maladie qui touche la mobilité et l'agilité ne sont peut-être pas en mesure d'évacuer rapidement un endroit ou pourraient rater des instructions d'urgence. Ceux qui dépendent de leur famille ou d'un soutien communautaire peuvent être pris au dépourvu si les systèmes de transport et de communication sont en panne. Les aînés à faible revenu et ceux qui dépendent de programmes de soutien du revenu

---

<sup>82</sup> Lynn McDonald, Initiative nationale pour le soin des personnes âgées, Témoignages, 11 décembre 2006.

<sup>83</sup> *Ibid.*

<sup>84</sup> Conseil consultatif national sur le troisième âge, « Catastrophe ! », *Expression*, vol. 19, no 3, été 2006.

## **PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

sont aussi vulnérables du fait que ces programmes pourraient temporairement ne pas être disponibles<sup>85</sup>.

Dans le but de déterminer les meilleurs moyens de s'assurer que les adultes âgés sont pris en compte dans tous les aspects de la planification, de l'intervention et de la reprise des activités en situations d'urgence, l'Agence de santé publique du Canada tiendra un atelier international sur les préparatifs en cas d'urgence et les personnes âgées à Winnipeg, en février 2007, où se rencontreront 100 spécialistes mondiaux et personnes âgées venant de partout [...] pour établir un plan d'action et orienter les changements à apporter à la pratique et aux politiques sur la préparation aux situations d'urgence afin de mieux intégrer les contributions et les besoins des personnes âgées<sup>86</sup>.

### 3.6 Questions à examiner plus à fond

- Dans quelle mesure les politiques et les programmes du gouvernement fédéral sont-ils adaptés aux besoins des aînés immigrants?
- Pour traiter avec les aînés autochtones, le gouvernement fédéral adopte-t-il une approche s'adressant à tous les Autochtones sans distinction?
- Pour avoir accès aux programmes, les aînés autochtones doivent-ils avoir 65 et plus? Compte tenu des problèmes de santé des populations autochtones, n'y aurait-il pas d'autres mesures à prendre?
- Existe-t-il des modèles éprouvés de coordination de services entre plusieurs gouvernements qui pourraient être utiles dans la prestation de services fédéraux, provinciaux et de bande aux aînés autochtones?

---

<sup>85</sup> Agence de santé publique du Canada, « Les aînés en situation d'urgence et de désastre : vulnérables, mais solides », Réseau canadien de la santé.

<sup>86</sup> Margaret Gillis, Agence de santé publique du Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

- Quelles mesures peuvent être prises pour relever le taux de faible revenu et réduire d'autres facteurs de risque pour les aînés vivant seuls?
- Que peut faire le gouvernement fédéral pour prévenir la violence à l'égard des aînés?

## **4. Participation active à la vie sociale et économique**

L'Organisation mondiale de la santé a adopté l'expression *vieillissement actif* pour décrire le processus consistant à optimiser les possibilités de bonne santé, de participation et de sécurité afin d'accroître la qualité de vie pendant la vieillesse<sup>87</sup>. Pour promouvoir le vieillissement actif, il faut bien comprendre ce que veulent les différents groupes d'aînés et faciliter les rôles qu'ils décident de jouer : emploi rémunéré, bénévolat, prestation de soins et loisirs.

### **4.1 Promouvoir le vieillissement actif, le bien-être et la participation**

On a indiqué au Comité que les Canadiens vivent non seulement plus longtemps qu'avant, mais qu'ils vivent également plus longtemps en bonne santé. Pour conserver la santé et la qualité de vie pendant le laps de temps additionnel, il importe, entre autres, de pouvoir se livrer à des activités enrichissantes et s'intégrer à des réseaux sociaux.

**« Une des opinions les plus couramment acceptées consiste à trouver un sens et une utilité aux activités de la personne concernée. On a constaté que les activités significatives sur le plan personnel et librement choisies sont corrélées à des résultats physiques et psychologiques positifs<sup>88</sup>. »**

---

<sup>87</sup> Nations Unies – Organisation mondiale de la santé, *Vieillir en restant actif : cadre d'orientation*, 2002.

<sup>88</sup> Statistique Canada, *Bien vieillir : l'emploi du temps des Canadiens âgés*, Enquête sociale générale sur l'emploi du temps, cycle 19, 2005, n° 89-622-XWF au catalogue.



## **PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

Bien que les aînés en santé continuent d'être actifs auprès de leurs familles et dans leur collectivité, leur emploi du temps n'est plus le même. Statistique Canada a constaté qu'en 2005, un plus grand nombre de Canadiens âgés de 55 à 74 ans faisaient partie de la population active, travaillaient jusqu'à un âge plus avancé et consacraient moins de temps aux loisirs, en comparaison avec 1992 et 1998<sup>89</sup>.

**« Occuper un emploi rémunéré après l'âge normal de la retraite (à condition de le faire de son plein gré et non à cause de difficultés financières) semble améliorer la qualité de vie, tout comme faire du bénévolat et s'occuper des petits-enfants. Ces activités ont toutes pour effet de préserver l'intégration de la personne à un réseau social de collègues, d'amis et de membres de la famille. [...] Le soutien social qu'apporte un tel réseau aide les personnes âgées à conserver une qualité de vie si la maladie survient<sup>90</sup>. »**

Pamela White a indiqué au Comité qu'un mauvais état de santé pèse toujours lourd sur les personnes âgées :

**« Mais comme ces années de vie en bonne santé se sont accrues au même rythme que leur espérance de vie, le fardeau sur l'ensemble de leur cycle de vie que représentent les années de vie passées en mauvaise santé est demeuré à peu près le même au cours de la dernière décennie<sup>91</sup>. »**

Statistique Canada a établi une forte corrélation entre l'état de santé, la vie active, la satisfaction de vivre et l'emploi du temps des Canadiens âgés.

---

<sup>89</sup> Statistique Canada, *Bien vieillir : l'emploi du temps des Canadiens âgés*, 2005, p. 29.

<sup>90</sup> Mel Bartley, *Capability and Resilience: Beating the Odds*, sous la dir. de Mel Bartley, University College of London, Department of Epidemiology and Public Health et Economic and Social Research Council Priority Network on Capability and Resilience, 2006. [traduction]

<sup>91</sup> Pamela White, Statistique Canada, *Témoignages*, 27 novembre 2006.

**« En fait, l'état de santé a une incidence significative sur le temps consacré à diverses activités. Les personnes en bonne santé consacraient plus de temps au travail rémunéré, au travail non rémunéré et aux loisirs. En règle générale, l'adéquation ou l'équilibre des activités chez les femmes en bonne santé et satisfaites de leur vie reposait notamment sur un moins grand nombre d'heures passées à faire du travail rémunéré pour celles qui étaient en âge d'activité que pour celles qui étaient en bonne santé et moins satisfaites de leur vie. Les femmes en bonne santé et satisfaites de leur vie consacraient également plus de temps à des loisirs actifs comme des activités cognitives et physiques. Aucun ensemble constant d'activités n'a été mis au jour d'un groupe d'âge à l'autre pour les hommes en bonne santé et satisfaits de leur vie. Quel que soit le groupe d'âge, les hommes et les femmes en moins bonne santé et moins satisfaits de leur vie consacraient toujours le plus de temps aux loisirs passifs<sup>92</sup>. »**

Les aides techniques, tels que les dispositifs de communication, les aides visuelles et auditives, les prothèses externes et les orthèses, les fauteuils roulants et les aides de marche peuvent prolonger la participation des aînés à la vie sociale. Malheureusement, elles peuvent être coûteuses et difficiles à obtenir; elles supposent l'intervention de divers ministères ou services publics et occasionnent des dépenses qui ne sont pas remboursées par les régimes publics et privés dans le cas de 36 p. 100 des adultes<sup>93</sup>.

---

<sup>92</sup> Statistique Canada, *Bien vieillir : l'emploi du temps des Canadiens âgés*, 2005, p. 29.

<sup>93</sup> Caledon Institute of Social Policy, *Preparing for the Demographic Tsunami*, juillet 2006.

## 4.2 Sécurité financière et retraite

Le soutien du revenu est l'un des secteurs d'intervention gouvernementale les plus importants en ce qui a trait aux aînés. Depuis le début des années 1980, la mise en œuvre d'un ensemble de politiques et de programmes a entraîné une réduction considérable du nombre d'aînés vivant dans la pauvreté; leur proportion s'établissait à 5,6 p. 100 en 2004, alors qu'elle était de 6,8 p. 100 en 2003 et de 21 p. 100 en 1980. Il s'agit du taux le plus bas d'aînés ayant un faible revenu qui a été enregistré au cours de la période de 25 ans allant de 1980 à 2004 et pour laquelle Statistique Canada possède des données. Peter Hicks a signalé que le taux du Canada avait reculé, « [...] se classant parmi les pires des pays de l'OCDE pour devenir l'un des meilleurs, sinon le meilleur, au cours de cette période<sup>94</sup> ».

La proportion de gens à faible revenu chez les aînés (5,6 p. 100 en 2004) est inférieure au taux global enregistré pour la population canadienne (11,2 p. 100). Cependant, comme on l'a mentionné précédemment, la pauvreté guette davantage certains groupes d'aînés, comme ceux vivant seuls. Le taux de faible revenu des personnes âgées vivant seules est dix fois supérieur à celui des aînés vivant dans une famille : 16 p. 100 contre 1,6 p. 100. Les femmes âgées, dont le taux de faible revenu est de 17 p. 100, risquent presque deux fois plus d'avoir un faible revenu, mais ce taux qui était de 57 p. 100 en 1980 a baissé au cours des deux dernières décennies. Chez les hommes âgés, le taux est passé de 47 p. 100 en 1980 à 12 p. 100 en 2004<sup>95</sup>.

Bien que les taux de revenu aient généralement reculé chez les aînés, les inégalités au chapitre du revenu de retraite ont commencé à s'accroître et l'on ne s'attend pas à un revirement. Comme l'a fait observer Robert Dobie : « Il devient évident que les inégalités au chapitre du revenu de retraite augmenteront à l'avenir<sup>96</sup>. »

---

<sup>94</sup> Peter Hicks, Ressources humaines et Développement social Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

<sup>95</sup> Statistique Canada, *Le revenu au Canada 2004*, mars 2006, p. 20.

<sup>96</sup> Robert Dobie, Conseil consultatif national sur le troisième âge, Témoignages, 27 novembre 2006.

## **PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

Les principales sources de revenu pour les aînés sont les transferts gouvernementaux, les régimes de retraite privés, le travail rémunéré et la richesse accumulée tout au long de la vie<sup>97</sup>.

En 2004, 99 p. 100 des aînés, ceux qui vivaient seuls comme ceux qui vivaient dans une famille, ont reçu un certain revenu sous forme de transferts gouvernementaux. Ces transferts provenaient en grande partie du Régime de pensions du Canada, du Régime de rentes du Québec, de la Sécurité de la vieillesse et du Supplément de revenu garanti. Même si le niveau médian de transferts gouvernementaux destinés aux personnes âgées est demeuré relativement constant au cours de la dernière décennie, les transferts constituent encore une partie non négligeable des revenus des personnes âgées : en 2004, les transferts gouvernementaux entrant dans la composition du revenu global des familles d'aînés étaient presque six fois supérieurs à ceux des autres familles. En 2004, dans chaque tranche de 100 \$ du revenu des familles d'aînés avant impôt, 41 \$ provenaient des transferts gouvernementaux, comparativement à tout juste plus de 7 \$ pour les autres familles. Des 59 \$ restants, 34 \$ provenaient de régimes de retraite privés (une hausse par rapport à 27 \$ en 1996), 12 \$ de leurs gains, 10 \$ de revenus de placements et le reste d'autres revenus<sup>98</sup>.

### **Emploi et retraite**

La nouvelle réalité démographique découlant du vieillissement de la population active et les pénuries de main-d'œuvre possibles donnent lieu à des discussions au sujet de mesures de rechange concernant le cycle de vie professionnelle. Bien que la plupart des aînés prennent leur retraite à l'âge de 65 ans, un petit pourcentage décide de continuer de travailler. En fait, « environ un tiers des personnes ayant pris leur retraite entre 1992 et 2002 étaient des gens bien portants qui auraient été disposés à continuer à travailler si les circonstances avaient été différentes<sup>99</sup> ». Le pourcentage de travailleurs aînés est

---

<sup>97</sup> Conseil consultatif national sur le troisième âge, *1999 et après – Les défis d'une société canadienne vieillissante*, Ottawa, 1999, p. 71.

<sup>98</sup> Statistique Canada, *Le revenu au Canada 2004*, n° 75-202-XIF au catalogue, 2006.

<sup>99</sup> René Morissette, Grant Schellenberg et Cyntia Silver, « Inciter les travailleurs âgés à rester au poste », *L'emploi et le revenu en perspective*,

**PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

passé de 6 p. 100 en 2001 à 8 p. 100 en 2005<sup>100</sup>. Un grand nombre de personnes âgées se remettent à travailler, la plupart à temps partiel, après une période de retraite<sup>101</sup>. La croissance de l'emploi chez les aînés de 65 à 69 ans, soit le groupe d'âge dans lequel l'emploi s'est accru le plus rapidement en 2004, a contribué à accroître de 30 p. 100 le revenu du marché de la famille moyenne de personnes âgées de 1996 à 2004<sup>102</sup>.

La retraite obligatoire a été interdite en Alberta, au Manitoba, en Ontario, au Québec, à l'Île-du-Prince-Édouard, au Nunavut, au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest. En Ontario, la loi à cet égard est entrée en vigueur en décembre 2006. La Saskatchewan a présenté en novembre 2006 un projet de loi visant à mettre fin à la retraite obligatoire, et le premier ministre de la Colombie-Britannique, Gordon Campbell a déclaré que son gouvernement se pencherait sur la question dans le cadre des travaux de l'assemblée législative au printemps 2007<sup>103</sup>. Le nombre d'aînés qui disent avoir été contraints à prendre leur retraite en raison de politiques de retraite obligatoire est passé de 16,2 p. 100 en 1994 à 14,5 p. 100 en 2002<sup>104</sup>. L'Association du Canada pour les gens de 50 ans et plus a indiqué que la retraite obligatoire avait des répercussions négatives sur la vie de nombreux Canadiens : « [...] nous entendons souvent parler de gens pour qui la retraite obligatoire signifie pauvreté, isolement social et fin d'une vie active intéressante. Ce sont tous des éléments qui peuvent conduire à des maladies physiques ou mentales, et j'ajouterai que ce sont aussi des éléments qui font peser inutilement un poids sur le système des soins de santé. Par contre, si nous n'obligeons pas ces gens à prendre

---

vol. 5, n° 10, n° 75-001-XIF au catalogue, Statistique Canada, octobre 2004, p. 3.

<sup>100</sup> Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Les aînés au Canada – Bulletin 2006*, p. 57.

<sup>101</sup> Santé Canada, *Vieillir au Canada*, Ottawa, 2002, p. 15.

<sup>102</sup> Statistique Canada, *Le revenu au Canada 2004*, n° 75-202-XIF au catalogue, 2006.

<sup>103</sup> Cinthia Ross Cravit, « B.C., Saskatchewan to end mandatory retirement », *CARP News Articles*, CARP – Association du Canada pour les gens de 50 ans et plus, [www.carp.ca](http://www.carp.ca), 17 janvier 2007.

<sup>104</sup> Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Les aînés au Canada – Bulletin 2006*, p. 60.

## **PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

leur retraite, nous contribuons à leur indépendance et à leur qualité de vie<sup>105</sup> ».

On a fait savoir au Comité que des formes de discrimination fondée sur l'âge persistaient dans les provinces où la retraite obligatoire avait été abolie. « [M]ême dans les régions où la retraite n'est plus obligatoire, des travailleurs plus âgés continuent d'être confrontés au problème de l'âgisme car certains employeurs exercent de la discrimination dans leurs pratiques d'embauche<sup>106</sup>. » Ressources humaines et Développement social Canada a fait mention d'un investissement effectué récemment par le gouvernement, un montant de « 70 millions de dollars [affecté] à la mise en œuvre d'un nouveau programme national à frais partagés avec les provinces et les territoires, soit l'Initiative ciblée pour les travailleurs âgés<sup>107</sup> », qui vise à aider les travailleurs âgés sans emploi à demeurer des participants productifs au marché du travail pendant que leurs collectivités s'adaptent aux changements qu'elles subissent.

La CARP – Association du Canada pour les gens de 50 ans et plus et la Fédération internationale du vieillissement estiment toutes deux qu'un examen approfondi de la réforme des pensions s'impose pour éliminer les obstacles à l'emploi continu des aînés qui voudraient rester sur le marché du travail. Elles ont toutefois signalé qu'il convient d'étudier soigneusement toute réforme proposée pour s'assurer que rien n'obligerait les aînés préférant prendre leur retraite à continuer de travailler (par exemple en repoussant l'âge de l'admissibilité à la retraite) ou que rien n'amoinerait les prestations des travailleurs qui planifient leur retraite en fonction des modalités actuelles. La Fédération internationale du vieillissement a fait observer que de nombreux autres pays développés ont procédé à une réforme des pensions pour régler cette question.

---

<sup>105</sup> Judy Cutler, CARP, Témoignages, 11 décembre 2006.

<sup>106</sup> *Ibid.*

<sup>107</sup> Peter Hicks, Ressources humaines et Développement social Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

**PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

**Régime de pensions du Canada et régimes privés**

Établi en 1966, le Régime de pensions du Canada (RPC) fournit à plus de trois millions de retraités canadiens des prestations pouvant s'élever jusqu'à 844 dollars par mois. À titre de gestionnaires conjoints du RPC, les ministres fédéral et provinciaux des Finances ont mené à bien un examen financier triennal du Régime en juin 2006<sup>108</sup>, et l'on a affirmé au Comité que « les changements apportés au Régime de pensions du Canada ont permis d'assurer les assises du Régime au moins pour les 75 années à venir, y compris pendant les années où le vieillissement de la population sera à son niveau le plus élevé<sup>109</sup> ».

Comme les prestations sont reliées au revenu d'emploi, un fossé subsiste entre hommes et femmes sur le plan de la protection. En 2002, seulement 83,8 p. 100 des femmes âgées de 65 ou plus qui ont soumis une déclaration de revenus ont déclaré un revenu provenant du RPC ou Régime de rentes du Québec (RRQ), comparativement à 94,5 p. 100 chez les hommes<sup>110</sup>. Le travail non rémunéré, le plus souvent effectué par des femmes et incluant les soins prodigués aux enfants ainsi qu'aux aînés, met fin au travail rémunéré ou le réduit et restreint la capacité des femmes d'accumuler des prestations de retraite ainsi qu'une épargne-retraite.

De nombreux témoins ont indiqué au Comité qu'il fallait réduire les mesures dissuadant les cotisants de retarder l'heure de la retraite. L'une de ces mesures se trouve dans la structure même du RPC :

**« Nous pouvons choisir de recevoir les prestations de retraite du Régime de pensions du Canada dès l'âge de 60 ans, ou attendre à 70 ans, l'âge normal pour le faire étant défini comme étant 65 ans. La personne âgée de moins de 65 ans qui décide de se**

---

<sup>108</sup> Ministère des Finances du Canada, « Un examen conclut que le Régime de pensions du Canada est en bonne santé financière », 27 juin 2006, [www.fin.gc.ca/cpp/news/20060627\\_f.html](http://www.fin.gc.ca/cpp/news/20060627_f.html)

<sup>109</sup> Peter Hicks, Ressources humaines et Développement social Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

<sup>110</sup> Ken Battle, *Sustaining Public Pensions in Canada: A Tale of Two Reforms*, Ottawa, Caledon Institute of Social Policy, 2003, [www.caledoninst.org/PDF/553820622.pdf](http://www.caledoninst.org/PDF/553820622.pdf)

**prévaloir de ce choix reçoit des prestations réduites. La réduction en question est plus ou moins axée sur l'espérance de vie en moyenne. La personne qui décide d'attendre à un âge plus avancé reçoit des prestations accrues, mais celles-ci n'augmentent pas autant que l'espérance de vie diminue après l'âge de 65 ans. D'un point de vue politique, il est clair que le Régime de pensions du Canada incite les gens à ne pas retarder le moment de se prévaloir des prestations après l'âge de 65 ans, mais plutôt à les prendre dès qu'ils le peuvent<sup>111</sup>. »**

Les revenus provenant de régimes de retraite privés sont le signe d'un niveau plus élevé de revenus de retraite<sup>112</sup>. Toutefois, moins de 50 p. 100 des aînés profitent de régimes de retraite privés<sup>113</sup>. On a fait valoir au Comité que « moins du tiers des Canadiens qui ne sont pas employés dans la fonction publique souscrivent à un régime de pension privé<sup>114</sup> ».

À la protection insuffisante qu'offrent les régimes de retraite privés s'ajoute, dans bien des cas, l'impossibilité de transférer les fonds de retraite : « Parmi les Canadiens ayant une couverture quelconque [...], bon nombre ne seront pas couverts parce qu'ils ont changé d'emploi et que leur couverture n'a pas suivi. Cela préoccupe sérieusement les travailleurs à faible revenu. Il est rare que ces gens-là aient une protection importante auprès de régimes de retraite privés<sup>115</sup>. »

Une récente étude de Statistique Canada révèle que, au chapitre des cotisations de retraite, le fossé va s'élargissant de manière abrupte entre les familles qui se trouvent au sommet de l'échelle de rémunération et celles qui s'en trouvent au bas. Le mûrissement du RPC et du RRQ a entraîné une réduction sensible de l'inégalité du revenu chez les personnes âgées, depuis le début des années 1980

---

<sup>111</sup> Byron Spencer, Université McMaster, Témoignages, 27 novembre 2006.

<sup>112</sup> Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Les aînés au Canada – Bulletin 2006*, p. 39.

<sup>113</sup> *Ibid*, p. 34.

<sup>114</sup> Byron Spencer, Université McMaster, Témoignages, 27 novembre 2006.

<sup>115</sup> *Ibid*.



**PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

jusqu'au milieu des années 1990. Or, l'inégalité croissante au chapitre des cotisations de retraite pourrait accentuer la répartition inégale du revenu chez les aînés au cours des prochaines années<sup>116</sup>.

Les plafonds imposés aux pensions constituent un autre frein à la participation de certains retraités au marché du travail, dont les enseignants et le personnel infirmier. Voici ce qu'un témoin a dit au Comité : « Actuellement, il y a une désincitation pour ce qui est de faire revenir les gens dans la population active, leur pension étant plafonnée à 58 000 \$. Si un enseignant, par exemple, touche une pension de 45 000 \$ ou 50 000 \$, dès qu'il trouve un autre emploi, pour lequel il est payé 58 000 \$ ou 60 000 \$, il travaille alors absolument gratuitement. Ce plafonnement constitue actuellement une désincitation<sup>117</sup>. »

**Sécurité de la vieillesse et Supplément de revenu garanti**

Le programme de la Sécurité de la vieillesse (SV) offre un revenu de base aux personnes âgées de plus de 65 ans qui ont vécu au Canada pendant au moins dix ans. Les prestations versées dans le cadre du programme comprennent la pension de la SV, le Supplément de revenu garanti (SRG) et l'Allocation au conjoint. En 2005-2006, environ 4,2 millions de personnes ont touché des prestations de la SV, ce qui représente un total de 29 milliards de dollars<sup>118</sup>.

Selon l'actuaire en chef du Canada, de 2005 à 2030, le nombre de personnes qui toucheront des pensions de la SV augmentera de plus du double<sup>119</sup>, entraînant une augmentation du ratio entre les dépenses de la SV et le PIB, lequel passera de 2,4 p. 100 en 2010 à 3,2 p. 100

---

<sup>116</sup> Statistique Canada, « La protection en matière de pensions et l'épargne-retraite des familles canadiennes », *Le Quotidien*, 26 septembre 2006.

<sup>117</sup> Robert Dobie, Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Témoignages*, 27 novembre 2006.

<sup>118</sup> Ressources humaines et Développement social Canada, C-36 : Loi modifiant le Régime de pensions du Canada et la Loi sur la sécurité de la vieillesse, 28 novembre 2006.

<sup>119</sup> Vérificateur général du Canada, *Rapport du Vérificateur général à la Chambre des communes*, chapitre 6 : Sécurité de la vieillesse, novembre 2006.

## **PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

en 2030<sup>120</sup>. Byron Spencer a indiqué au Comité: « Les programmes gouvernementaux demeureront gérables, du moins en réaction au vieillissement de la population. Encore là, ce n'est pas une opinion répandue. La plupart des gens pensent que l'augmentation des coûts des soins de santé, qu'ils attribuent de toute évidence au vieillissement de la population, feront sauter la banque — en particulier, les budgets des gouvernements — ce qui rendra les choses ingérables. À mon avis, c'est tout simplement faux. C'est faux en ce qui concerne le régime de pension de l'État, les programmes de la sécurité du revenu et des soins de santé<sup>121</sup>. »

De même, dans le témoignage présenté au Comité sénatorial permanent des banques et du commerce au début de l'année, l'actuaire en chef du Canada a confirmé que « ce régime devrait continuer de bien fonctionner et d'être à la fois abordable et soutenable dans le futur malgré les changements démographiques. Une revue régulière du système permettra de s'assurer que cela soit toujours le cas<sup>122</sup> ».

Le Comité tient également à s'assurer qu'on ne ménage aucun effort pour réduire le nombre d'aînés qui ne reçoivent pas les prestations de la SV auxquelles ils ont droit. Chaque année entre 1999-2001 et 2003, le nombre de personnes qui ne touchaient pas le SRG mais qui y avaient droit a diminué de 34 p. 100<sup>123</sup>. Par contre, on estime que 3 p. 100 des aînés, environ 137 000 en 2003, ne l'avaient pas reçu même s'ils y étaient admissibles; les prestations non versées totalisaient 204 millions de dollars. Les membres du Comité et les témoins de Ressources humaines et Développement social Canada ainsi que de Service Canada ont discuté des moyens utilisés par Service Canada pour prendre contact avec les aînés qui ne présentent pas de demande de renouvellement; on s'est demandé si les aînés qui

---

<sup>120</sup> Comité sénatorial permanent des banques et du commerce, *La bombe à retardement démographique : Atténuer les effets des changements démographiques au Canada*, juin 2006.

<sup>121</sup> Byron Spencer, Université McMaster, Témoignages, 27 novembre 2006.

<sup>122</sup> Comité sénatorial permanent des banques et du commerce, *La bombe à retardement démographique : Atténuer les effets des changements démographiques au Canada*, juin 2006.

<sup>123</sup> Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Les aînés au Canada – Bulletin 2006*, p. 41.

**PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

sont avisés du renouvellement par lettre uniquement se heurtaient à un obstacle linguistique.

Pendant que le Comité tenait ses audiences, la ministre des Ressources humaines et du Développement social a déposé un projet de loi visant à modifier le RPC et la SV, afin de faciliter aux aînés la présentation des demandes de prestations et d'assouplir les conditions d'admissibilité de certains prestataires. Le projet de loi C-36 prévoit le renouvellement continu des prestations, abolissant l'exigence des demandes de renouvellement une fois qu'une première demande a été présentée. Il permettrait aussi à la Ministre d'administrer conjointement les prestations provinciales destinées aux aînés en vertu d'ententes fédérales-provinciales et simplifierait la déclaration de revenus des couples et des aînés<sup>124</sup>.

Les prestations de la SV sont rajustées tous les trois mois en fonction de l'indice des prix à la consommation, mais la dernière fois où le montant de base du SRG a été majoré remonte à 1985. Comme les augmentations de salaires et de traitements dépassent généralement les augmentations de l'indice des prix à la consommation depuis vingt ans, l'écart de niveau de vie s'élargit entre les bénéficiaires du SRG et la population en âge de travailler<sup>125</sup>. Dans certains cas, le SRG ne permet pas aux aînés, en particulier ceux qui sont seuls, de vivre au-dessus du seuil de faible revenu. En 2004, une personne seule qui ne touchait que la SV et le SRG recevait tout au plus 12 239 \$, soit une somme inférieure au seuil de faible revenu des zones urbaines<sup>126</sup>. L'Association du Canada pour les gens de 50 ans et plus a indiqué au Comité que l'établissement d'une tranche de revenu supplémentaire pour laquelle le SRG ne serait pas récupéré permettrait de régler ce problème.

---

<sup>124</sup> Ressources humaines et Développement social Canada, C-36 : Loi modifiant le Régime de pensions du Canada et la Loi sur la sécurité de la vieillesse, 28 novembre 2006.

<sup>125</sup> Georgina Barnwell, *Women and Public Pensions: Working Towards Equitable Policy Change*, initiative des centres pour femmes dans l'Ouest de la Nouvelle-Écosse, janvier 2006.

<sup>126</sup> Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Les aînés au Canada - Bulletin 2006*.

### 4.3 Bénévolat

Pour de nombreux adultes âgés, le bénévolat représente une occasion de continuer à faire valoir leurs compétences et d'éprouver un sentiment d'utilité pendant une période de transition. Le travail non rémunéré peut également contribuer à forger un sentiment d'identité et d'appartenance, et constitue un moyen de rendre à la société ce qu'elle a donné<sup>127</sup>.

Les jeunes aînés représentent l'un des plus grands bassins de bénévoles. Le Conseil consultatif national sur le troisième âge a indiqué au Comité que les jeunes aînés font de plus en plus de bénévolat auprès d'aînés plus âgés. Les aînés ne constituaient que 12 p. 100 de la population canadienne en 2000, mais leur travail bénévole représentait près de 17 p. 100 de toutes les heures de bénévolat encadré au Canada. Même si le nombre d'aînés effectuant du bénévolat est passé de 23 à 18 p. 100 entre 1997 et 2000, le nombre moyen d'heures de bénévolat par habitant s'est accru, passant de 202 à 269<sup>128</sup>.

L'Association du Canada pour les gens de 50 ans et plus a souligné les avantages du bénévolat intergénérationnel :

**« Les possibilités qui s'offrent à nous sont innombrables si nous réussissons à réunir les jeunes et les aînés afin qu'ils échangent, partagent et apprennent les uns des autres, que ce soit sur le plan des compétences, de l'expérience et des idées. Des initiatives intergénérationnelles comme le mentorat, le counseling, la consultation et le coaching peuvent permettre autant aux jeunes qu'aux aînés d'améliorer leurs connaissances tout en créant une dynamique forte, intéressante et productive, que ce soit au travail, dans la communauté ou dans la société — et cela peut**

---

<sup>127</sup> Statistique Canada, Bien vieillir : l'emploi du temps des Canadiens âgés, juillet 2006.

<sup>128</sup> Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Les aînés au Canada – Bulletin* 2006.

## **PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

**énormément contribuer à réfuter les idées répandues sur le vieillissement<sup>129</sup>. »**

On a aussi attiré l'attention du Comité sur la distinction entre bénévolat officiel et bénévolat non officiel, ainsi que sur le rôle important des réseaux sociaux informels à l'appui des aînés :

**« Dans les communautés autochtones, la nature communautaire de la société fait en sorte que chacun apporte une aide informelle et c'est fondamental pour permettre aux personnes âgées de rester dans ces communautés. On y partage même la nourriture. Surtout dans les localités inuites, où la nourriture coûte tellement cher, beaucoup de chasseurs partagent leur nourriture avec les personnes âgées de leur communauté, ce qui leur rend la vie beaucoup plus facile<sup>130</sup>. »**

L'Association du Canada pour les gens de 50 ans et plus a également suggéré au Comité l'adoption de mesures visant à fortifier le secteur bénévole, notamment au moyen de crédits d'impôt et d'une indemnité pour les bénévoles, ainsi que d'une aide financière pour la création d'une solide infrastructure pour le recrutement, la sélection, la formation, la surveillance, l'évaluation et la reconnaissance.

### **4.4 Apprentissage continu**

En raison du ralentissement prévu des taux de croissance de la population active, il est nécessaire de mettre le plus possible en valeur le potentiel de ressources humaines de tous les segments de la population. Les témoins ont signalé au Comité que les Canadiens âgés sont, pour la plupart, en bonne santé et en mesure d'acquérir de nouvelles connaissances et compétences, y compris dans le domaine de la technologie. On considère que l'apprentissage continu est non seulement un moyen de favoriser la participation des aînés à la vie

---

<sup>129</sup> Judy Cutler, CARP, Témoignages, 11 décembre 2006.

<sup>130</sup> Mark Buell, Organisation nationale de la santé autochtone, Témoignages, 27 novembre 2006.

## **PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

sociale et économique, mais également une stratégie visant à garantir la prospérité et la productivité du pays.

### 4.5 Questions à examiner plus à fond

- Quelles mesures de planification et de coordination les gouvernements ont-ils prises pour aider les aînés à obtenir les aides techniques dont ils devraient avoir besoin?
- Y a-t-il d'autres mesures que le gouvernement fédéral peut prendre ou devrait prendre à l'égard de la retraite obligatoire?
- L'Initiative ciblée pour les travailleurs âgés permet-elle vraiment de régler les problèmes d'emploi des travailleurs âgés?
- À quelle réforme des pensions conviendrait-il de procéder? Quels sont les pays qui ont procédé à une réforme fructueuse? Quels enseignements le Canada peut-il en tirer?
- Que peut-on faire pour améliorer la transférabilité des régimes de pension?
- Devrait-on envisager de modifier les conditions d'admissibilité au RPC?
- Conviendrait-il de rajuster la structure de prestations du RPC pour en supprimer les mesures dissuadant les cotisants de retarder l'heure de la retraite?
- Que peut-on faire pour accroître la protection offerte par les régimes de retraite privés et pour réduire les inégalités relativement aux épargnes et à l'investissement effectués aux fins de la retraite?
- Faudrait-il examiner l'incidence des plafonds de retraite sur la participation au marché du travail, afin de supprimer les freins à l'emploi continu?
- Conviendrait-il de rajuster le SRG pour qu'il corresponde au moins au seuil de faible revenu?
- D'autres mesures s'imposent-elles pour réduire davantage le nombre d'aînés qui ne reçoivent pas le SRG mais qui y sont admissibles?

## **PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

- Convierait-il de soustraire d'autres revenus d'emploi à la disposition de récupération du SRG?
- Devrait-on envisager d'autres moyens de communication avec les aînés pour les informer des prestations offertes?
- Quelles mesures faudrait-il envisager pour encourager le bénévolat?
- Que fait le gouvernement pour favoriser l'apprentissage continu chez les aînés?

### **5. Santé : promotion, prévention et soins**

**« Les Canadiens vivent non seulement plus longtemps, mais ils vivent également plus longtemps en bonne santé<sup>131</sup>. »**

Diverses définitions ont servi à évaluer le vieillissement en santé. Même si certaines études définissent la santé comme étant l'absence de maladie ou de troubles chroniques, il est plus fréquent d'aborder la santé sous l'angle du dysfonctionnement d'une personne et des perceptions positives de sa santé. C'est cette approche qu'adopte l'Organisation mondiale de la santé selon qui « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Dans sa récente analyse d'une vie saine chez les aînés, Statistique Canada a retenu quatre critères pour déterminer si un aîné peut être considéré comme étant « en bonne santé » : avoir une bonne santé fonctionnelle, être autonome dans les activités de la vie quotidienne, avoir une perception positive de sa santé générale ainsi qu'une perception positive de sa santé mentale<sup>132</sup>.

Même si la majorité des quelque quatre millions d'aînés au Canada étaient en bonne santé en 2003, ces personnes font appel de façon disproportionnée au système de soins de santé. Les aînés représentent

---

<sup>131</sup> Pamela White, Statistique Canada, Témoignages, 27 novembre 2006.

<sup>132</sup> Statistique Canada, « *Des aînés en bonne santé* », *La santé de la population canadienne – La santé au troisième âge*, Supplément aux Rapports sur la santé, vol. 16, no de catalogue 82-003-XPE, février 2006, p. 10.

## **PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

13 p. 100 de l'ensemble de la population, mais ils comptent pour le tiers des hospitalisations et plus de la moitié des journées d'hospitalisation<sup>133</sup>, et pour 44 p. 100 de l'ensemble des dépenses engagées au titre des soins de santé<sup>134</sup>. Néanmoins, du point de vue de la viabilité financière, l'incidence prévue du vieillissement de la population sur le système de santé du Canada ne semble pas aussi inquiétante que certains pourraient le craindre.

Byron Spencer a parlé au Comité d'une étude menée récemment par l'OCDE, qui a isolé les effets du vieillissement de la population sur l'augmentation des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE au cours des 30 dernières années. L'étude a permis d'établir que 11 p. 100 des augmentations étaient attribuables au vieillissement de la population, ce qui concorde avec les propres constatations de M. Spencer. La Direction de la recherche appliquée et de l'analyse de Santé Canada donne raison à ce dernier; après avoir entrepris un examen exhaustif des incidences du vieillissement sur le système de santé du Canada, elle a conclu que « le vieillissement découlant d'une longévité accrue – qui explique le vieillissement de la population observé jusqu'à présent – ne semble pas exercer de pressions sur les coûts des soins de santé ». Son examen démontre toutefois que « le vieillissement engendré par l'explosion démographique de l'après-guerre exercera davantage de pressions sur les coûts, mais que ces effets seront moins importants que les pressions exercées par d'autres causes de la hausse des coûts des soins de santé, telles que l'augmentation de l'utilisation des services ou les nouveaux traitements<sup>135</sup> ». Selon l'OCDE, les percées en technologie médicale et l'augmentation rapide des soins de santé sont en fait les principales sources de pression à la hausse sur les dépenses publiques en santé à long terme<sup>136</sup>. La pression pourrait toutefois être plus intense sur les

---

<sup>133</sup> Statistique Canada, « Rapports sur la santé : utilisation des services de santé par les personnes âgées », *Le Quotidien*, 7 février 2006.

<sup>134</sup> Margaret Gillis, Agence de santé publique du Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

<sup>135</sup> Sara Hogan et Jeremey Lise, « Espérance de vie, espérance de vie en santé et cycle de vie », *Horizons*, vol. 6, n° 2, p. 17.

<sup>136</sup> Organisation de coopération et de développement économiques, Selon une nouvelle étude, les pressions à la hausse vont s'accroître sur les dépenses publiques de santé, au-delà même des effets du vieillissement de la société, 9 février 2006.



## **PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

dépenses engagées spécialement au titre des services de soins à long terme et des services de soins professionnels que sur tout autre secteur de la santé par suite du vieillissement de la population<sup>137</sup>.

La Fédération internationale du vieillissement a mentionné au Comité qu'une perspective de vieillissement en santé pouvait inspirer une orientation stratégique qui aurait des incidences à long terme :

**« Après avoir examiné les politiques et les programmes liés au vieillissement de nombreux pays qui ne sont pas différents du Canada et après avoir réfléchi sur le travail des ONG membres qui représentent 50 millions d'ainés dans le monde, je pose moi-même la question suivante : quelle est l'unique intervention globale qui pourrait avoir une influence quelconque sur chacun de ces enjeux? La réponse est « le vieillissement en santé ». La mise en garde que je fais concernant cette expression, c'est que le vieillissement — le fait de devenir vieux — n'est pas un problème de santé et ne devrait pas être perçu de la sorte. Il s'agit plutôt du cours normal de la vie. À mon sens, le vieillissement débute à la naissance et, tout au long de notre vie, nous expérimentons des changements et nous avons parfois besoin de services et de soins spécialisés<sup>138</sup>. »**

Cette perspective de vieillissement en santé exige un engagement à long terme envers une vaste gamme d'influences ou de déterminants – sur le plan économique, comportemental, social, personnel et physique ainsi que sur le plan de la santé et des services sociaux – qui touchent les personnes, les familles et les pays. Jane Barratt a affirmé qu'une orientation stratégique sur le vieillissement en santé au cours

---

<sup>137</sup> Organisation de coopération et de développement économiques, « Les pressions budgétaires à prévoir pour les dépenses relatives aux soins de santé et aux soins de longue durée », chap III, *Perspectives économiques de l'OCDE* N° 79, 2006.

<sup>138</sup> Jane Barratt, Fédération internationale du vieillissement, Témoignages, 11 décembre 2006.

de la vie peut avoir des avantages à long terme pour la société, y compris des retombées économiques.

### 5.1 Promotion de la santé

Le concept central de la promotion de la santé est que la santé dépend de nombreux facteurs sociaux, psychologiques et biologiques liés entre eux et susceptibles d'être influencés par des interventions individuelles et collectives. La promotion de la santé vise à améliorer la santé de la population en tenant compte des déterminants de la santé.

Les témoins ont souligné l'importance de la promotion de la santé dans une stratégie globale visant l'amélioration de la santé et du bien-être des aînés.

**« [...] pour être efficace, le système de santé doit mettre autant l'accent sur la promotion de la santé que sur les soins de santé. Les causes de certaines maladies graves associées au vieillissement nous échappent, de même que leur prévention et les méthodes de traitement. Toutefois, de nombreux effets néfastes de maladies chroniques associées au vieillissement sont évitables<sup>139</sup>. »**

En réduisant le nombre de cas et les conséquences de certains troubles, les stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies permettent d'améliorer l'état de santé global de la population et, ce faisant, d'alléger la pression sur les coûts des soins de santé.

**« Du total des dépenses engagées au titre des soins de santé, 44 p. 100 sont affectées aux personnes âgées — lesquelles constituent 13 p. 100 de la population. Dans 10 ans, le Canada comptera un plus grand nombre de personnes âgées de plus de 65 ans que de moins de 15 ans. Les études montrent que les stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies peuvent aider les personnes qui**

---

<sup>139</sup> Robert Dobie, Conseil consultatif national sur le troisième âge, Témoignages, 27 novembre 2006.

## **PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

**vieillissent bien, celles qui sont aux prises avec des maladies chroniques et celles qui risquent d'avoir des problèmes de santé graves même à la fin de leur vie. Il s'ensuit donc que les investissements en matière de prévention des maladies et de promotion de la santé doivent être également un acquis<sup>140</sup>. »**

La Légion royale canadienne a signalé que « l'intégration de la promotion de la santé et de mesures préventives dans les programmes médicaux, ainsi que davantage de choix de logements abordables » sont des moyens qui auraient pour effet de réduire l'ensemble des dépenses en santé<sup>141</sup>.

Là encore, un élément clé d'une promotion de la santé efficace se trouve dans une approche fondée sur le parcours de vie. L'Association canadienne de gérontologie a déclaré au Comité : « Nous appuyons et encourageons les efforts de « promotion de la santé » mais vieillir en santé, ça ne commence pas à 65 ans; ça débute dès la naissance<sup>142</sup> ».

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge a recommandé d'accorder la priorité à la prévention des chutes et aux changements au mode de vie touchant l'activité physique et l'alimentation dans les programmes de promotion et de prévention destinés à une population vieillissante.

### **5.2 Prévention des blessures**

Les blessures peuvent réduire l'autonomie des aînés, restreindre leurs activités et même entraîner la mort. Les aînés subissent plus de blessures à la maison qu'ailleurs, et les chutes sont la principale cause des hospitalisations liées à des blessures<sup>143</sup>. En 2003, 5 p. 100 des

---

<sup>140</sup> Margaret Gillis, Agence de santé publique du Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

<sup>141</sup> Jack Frost, Légion royale canadienne, Témoignages, 11 décembre 2006.

<sup>142</sup> Sandra Hirst, Association canadienne de gérontologie, Témoignages, 11 décembre 2006.

<sup>143</sup> Agence de santé publique du Canada, *Rapport sur les chutes des aînés au Canada*, 2005.

## **PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

aînés ont fait une chute<sup>144</sup>, et le Comité a appris dans le témoignage de l'Agence de santé publique du Canada que les chutes sont la deuxième cause en importance de décès chez les personnes âgées. Devant le Comité, le Conseil consultatif national sur le troisième âge a passé en revue certaines statistiques frappantes sur les chutes :

**« En outre, saviez-vous qu'au Canada, une personne âgée meurt à toutes les heures des suites d'une chute? Près d'un million d'aînés font au moins une chute par année, et ces chutes causent 84 p. 100 des admissions des personnes âgées dans les hôpitaux pour cause de blessure. Les chutes coûtent des sommes colossales, soit un milliard de dollars par année en coûts de santé directs. Il importe de noter qu'il est prouvé que l'on peut réduire les causes et les conséquences des chutes<sup>145</sup>. »**

L'ampleur du problème des chutes chez les aînés se reflète dans l'augmentation de 300 p. 100 des publications sur cette question entre 1985 et 2005<sup>146</sup>. L'Agence de santé publique du Canada a signalé au Comité que, pour réduire le nombre de chutes chez les aînés, elle a joué un rôle actif dans diverses initiatives de prévention des chutes, notamment l'élaboration de documents d'information et de sensibilisation à l'intention des aînés, et la production en 2005 d'un rapport qui contient des données exhaustives sur les chutes, les blessures et les décès, des faits sur les facteurs de risque et des pratiques exemplaires en matière de prévention.

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge a constaté que le nombre de blessures entraînant des limitations et l'hospitalisation à la suite d'une chute est demeuré stable entre 1998-1999 et 2002-2003. L'Agence de santé publique du Canada a mentionné au Comité qu'elle tiendra en 2007 un forum national au cours duquel se dérouleront des discussions sur les données de surveillance des chutes des personnes

---

<sup>144</sup> Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Les aînés au Canada – Bulletin 2006*.

<sup>145</sup> Robert Dobie, Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Témoignages*, 27 novembre 2006.

<sup>146</sup> Agence de santé publique du Canada, *Rapport sur les chutes des aînés au Canada*, 2005.

**PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

âgées. Des spécialistes de la prévention des chutes, des experts en matière de surveillance et des chercheurs de tout le Canada participeront à ce forum dont les résultats aideront à concevoir des interventions permettant de réduire les chutes. L'Agence a également déclaré : « Étant donné le succès que nous avons eu avec la prévention des chutes, l'Organisation mondiale de la santé utilise notre approche pour réaliser un projet semblable à l'échelle internationale. »

### 5.3 Maladies chroniques

À mesure qu'ils prennent de l'âge, les gens sont plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé chroniques. Dans son Enquête nationale sur la santé de la population, Statistique Canada définit les problèmes de santé chroniques comme étant des problèmes de santé de longue durée diagnostiqués par un professionnel de la santé qui persistent ou devraient persister six mois ou plus<sup>147</sup>. Les problèmes de santé chroniques les plus courants chez les aînés sont les maladies cardiovasculaires, l'arthrite, le diabète et la démence<sup>148</sup>.

Le Comité a appris qu'en raison de l'augmentation du nombre de personnes âgées, surtout chez les 85 ans et plus, la prévalence de maladies chroniques est en hausse constante. « En 2005, 91 p. 100 des personnes âgées se disaient atteintes d'un ou de plusieurs problèmes de santé chroniques, diagnostiqués par un professionnel de la santé, contre 87 p. 100 en 2000-2001<sup>149</sup>. » Le Conseil consultatif national sur le troisième âge a prédit que l'augmentation de la prévalence de problèmes de santé chroniques pourrait « poser un certain nombre de défis au régime de soins de santé ».

La population autochtone est particulièrement touchée par les problèmes de santé chroniques. L'Organisation nationale de la santé

---

<sup>147</sup> Statistique Canada, « Des aînés en bonne santé », *La santé de la population canadienne – La santé au troisième âge*, Supplément aux Rapports sur la santé, vol. 16, n° de catalogue 82-003-XPE, février 2006, p. 56.

<sup>148</sup> Robert Dobie, Conseil consultatif national sur le troisième âge, Témoignages, 27 novembre 2006.

<sup>149</sup> Jane Barratt, Fédération internationale du vieillissement, Témoignages, 11 décembre 2006.

## **PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

autochtone a signalé au Comité qu'« un Métis sur cinq souffre d'arthrite ou de rhumatisme alors que la proportion est de un sur dix chez les non-Autochtones ». Les aînés des Premières nations « souffrent de différents problèmes de santé concomitants et à long terme tels que : arthrite/rhumatisme, hypertension, asthme et maladie du cœur. De plus, le diabète de type II est très préoccupant chez les personnes âgées issues des Premières nations<sup>150</sup> ».

L'Association canadienne de gérontologie a rappelé au Comité que le vieillissement en santé commence dès la naissance. « La maladie chronique n'apparaît pas à votre soixante-cinquième anniversaire. Elle tire ses origines de ce que vous avez fait dans la trentaine et dans la quarantaine<sup>151</sup>. » Ces propos font ressortir l'importance d'une perspective de vieillissement en santé fondée sur le parcours de vie et rappellent encore une fois que les stratégies visant à réduire la prévalence de maladies chroniques chez les aînés doivent comporter le ciblage des déterminants de la santé et des facteurs de risque plus tôt dans la vie.

### **5.4 Usage de médicaments**

Les aînés prennent divers médicaments pour faire face à des problèmes de santé chroniques comme le diabète, l'arthrite et l'hypertension. En 2003, neuf aînés hors établissement sur dix ont signalé avoir pris au moins une sorte de médicament au cours du mois précédent; la moyenne était de trois médicaments. Ces taux élevés de médication, surtout l'usage de plusieurs médicaments, rendent importante la question de la sécurité des médicaments, notamment en ce qui a trait à d'éventuelles interactions médicamenteuses<sup>152</sup>. Des études ont révélé que dans 18 à 50 p. 100 des cas, les personnes âgées ne respectent pas la posologie. Il n'est donc pas étonnant

---

<sup>150</sup> Carole Lafontaine, Organisation nationale de la santé autochtone, Témoignages, 27 novembre 2006.

<sup>151</sup> Sandra Hirst, Association canadienne de gérontologie, Témoignages, 11 décembre 2006.

<sup>152</sup> Agence de santé publique du Canada, *Chez soi en toute sécurité*, Ottawa, 2005, p. 21.

## **PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

qu'entre 19 et 28 p. 100 des hospitalisations de patients de plus de 50 ans sont imputables à des problèmes de médication<sup>153</sup>.

Dans le but de réduire les complications causées par l'utilisation de plusieurs médicaments sur ordonnance et les interactions médicamenteuses, l'Institut du vieillissement a indiqué que le Fonds pour l'adaptation des services de santé a appuyé divers projets pilotes dans le cadre desquels des pharmaciens ont travaillé en collaboration avec des médecins pour partager le profil complet des médicaments pris par un patient et pouvant être prescrits par différents médecins et examiner les éventuelles interactions médicamenteuses. L'une des recommandations découlant du projet de recherche du Fonds pour l'adaptation des services de santé porte sur l'intégration du travail des pharmaciens et des médecins.

En outre, le coût des médicaments peut être prohibitif pour les aînés qui ont un revenu fixe. Le Comité a appris ce qui suit :

**« Bien que la presque totalité des aînés soient protégés par une assurance-médicaments d'ordonnance quelconque, publique ou privée, l'ampleur de cette protection varie sensiblement d'une province à l'autre, laissant un grand nombre d'entre eux vulnérables aux difficultés financières. Dans le rapport spécial qu'il a présenté à la Commission Romanow sur l'avenir des soins de santé au Canada, le Conseil a recommandé la création d'un régime national d'assurance-médicaments exhaustif financé par l'État ou par un partenariat public-privé<sup>154</sup>. »**

### 5.5 Santé mentale, maladie mentale et démence

Comme c'est souvent le cas pour l'ensemble de la population, les questions relatives à la santé mentale des aînés ne reçoivent pas

---

<sup>153</sup> Conseil consultatif national sur le troisième âge, *1999 et après – Les défis d'une société canadienne vieillissante*, Ottawa, 1999, p. 37-38.

<sup>154</sup> Robert Dobie, Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Témoignages*, 27 novembre 2006.

## **PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

toujours l'attention qu'elles méritent. À cet égard, Margaret Gillis a déclaré au Comité :

**« La santé mentale des personnes âgées est un secteur qui est souvent oublié. Des problèmes comme la dépression sont souvent perçus comme un élément inévitable du vieillissement. En fait, il y a des problèmes de santé mentale à la fin de la vie parce que les gens sont malades, handicapés et privés de soutiens sociaux<sup>155</sup>. »**

Les incidences de la maladie mentale et de la démence sur les aînés sont considérables. Par exemple :

- **Selon les études, entre 15 et 25 p. 100 des pensionnaires recevant des soins de longue durée manifestent des symptômes de dépression majeure et un autre 25 p. 100 manifeste des symptômes de dépression de moindre gravité<sup>156</sup>. La prévalence des troubles mentaux parmi les résidents de foyers pour personnes âgées est extraordinairement élevée, puisqu'ils se situent entre 80 et 90 p. 100<sup>157</sup>.**
- **Le taux de suicide chez les hommes de 80 ans et plus est le plus élevé de tous les groupes d'âge (31 pour 100 000)<sup>158</sup>.**
- **La démence affecte quelque 8 p. 100 des personnes âgées de 65 ans et plus et près de 35 p. 100 des personnes de 85 ans et plus. On estime que d'ici 2031, ce sont plus de 750 000 Canadiens qui seront atteints de la maladie d'Alzheimer et de démences**

---

<sup>155</sup> Margaret Gillis, Agence de santé publique du Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

<sup>156</sup> Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA), mémoire présenté au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, p. 4.

<sup>157</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Rapport provisoire sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*, 2004, p. 97.

<sup>158</sup> CCSMPA, mémoire, *op. cit.*, p. 5



## **PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

**associées à cette maladie (soit une hausse par rapport à 364 000 personnes en 2003)<sup>159</sup>.**

Dans son témoignage devant le Comité, Judy Cutler a fait remarquer qu'il n'existe actuellement aucune stratégie globale pour s'occuper des problèmes de santé mentale au Canada, notamment ceux qui touchent les personnes âgées :

**« Par ailleurs, la mise en œuvre d'une stratégie nationale en matière de santé mentale, comme on l'explique dans le rapport Kirby-Keon, permettrait d'améliorer la santé et la qualité de vie des aidants naturels et des bénéficiaires de l'aide. [...] Il est inconcevable que le Canada soit le seul pays du G8 à ne pas s'être déjà doté d'une telle stratégie afin de venir en aide aux millions de personnes atteintes de maladies mentales. Nous sommes préoccupés par le vieillissement des personnes atteintes de maladies mentales ayant des besoins spécifiques dont on ne tient pas compte<sup>160</sup>. »**

Les troubles mentaux que vivent les adultes âgés peuvent être différents de ceux que connaissent des personnes plus jeunes, ce qui peut rendre plus difficiles un diagnostic précis et un traitement approprié. Par exemple, la dépression est souvent sous-diagnostiquée et mal traitée parce qu'elle est prise pour d'autres problèmes ou masquée par ceux-ci, ou encore parce que les symptômes observés sont considérés comme faisant partie du processus normal du vieillissement. De plus, les aînés souffrent généralement de comorbidité, ce qui complique l'évaluation et le traitement.

Margaret Gillis a déclaré au Comité :

**« De même, la maladie d'Alzheimer et les démences connexes constituent un grave problème de santé mentale pour les personnes âgées, leurs familles et les aidants. Nous avons maintenant des preuves**

---

<sup>159</sup> *Ibid.*

<sup>160</sup> Judy Cutler, CARP, Témoignages, 11 décembre 2006.

**qu'une intervention hâtive peut retarder la progression de la maladie<sup>161</sup>. »**

Un diagnostic précoce peut favoriser le recours à des thérapies efficaces pour ralentir la progression de la maladie d'Alzheimer, réduire l'incapacité excessive causée par la dépression et l'anxiété, permettre aux patients dont l'état peut être traité de retrouver leur qualité de vie et prévenir ou retarder le placement dans un établissement de soins de longue durée. Il peut toutefois être difficile de poser un diagnostic de démence en raison d'éventuels troubles concomitants de la maladie d'Alzheimer ou d'affections ayant des caractéristiques semblables.

## 5.6 Soins palliatifs

Les soins palliatifs permettent de « traiter la douleur et ses symptômes et de répondre aux besoins sociaux, psychologiques, émotionnels et spirituels des malades en phase terminale et de leurs proches<sup>162</sup> ». Ils peuvent être dispensés à domicile, à l'hôpital, dans un établissement de soins de longue durée ou dans un centre de soins palliatifs.

Pour procéder à un examen utile des soins palliatifs et des soins de fin de vie, il faut tenir compte de plusieurs aspects. Un sondage de 2004 a indiqué que 90 p. 100 des Canadiens désirent vivre à la maison les dernières étapes de leur vie, mais que 75 p. 100 des décès ont lieu dans les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée<sup>163</sup>. Il n'y a pas suffisamment de professionnels de la santé qui ont suivi de la formation en soins palliatifs et en médecine gériatrique. Les aidants naturels qui donnent des soins palliatifs et des soins de fin de vie ont aussi besoin de formation et de soutien permanents; seulement 6 p. 100 d'entre eux jugent qu'ils sont en mesure de dispenser des soins adéquats sans soutien supplémentaire<sup>164</sup>. Il faut établir de

---

<sup>161</sup> Margaret Gillis, Agence de santé publique du Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

<sup>162</sup> Conseil consultatif national sur le troisième âge, *1999 et après – Les défis d'une société canadienne vieillissante*, Ottawa, 1991, p. 42.

<sup>163</sup> Association canadienne de soins palliatifs, feuille de données, septembre 2004.

<sup>164</sup> *Ibid.*

**PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

nouveaux indicateurs et de nouvelles données pour mieux mesurer les soins palliatifs et les soins de fin de vie<sup>165</sup>. Partout au pays, les programmes et les services offerts aux personnes en fin de vie varient d'une compétence à l'autre, tout comme les critères d'admissibilité aux services.

L'instauration des prestations de soignant<sup>166</sup> en vertu de la *Loi sur l'assurance-emploi* en 2004 a été l'une des initiatives les plus importantes pour aider les Canadiens en fin de vie. Ressources humaines et Développement social Canada (RHDSC) a signalé au Comité que le gouvernement a récemment élargi la définition de « membre de la famille » afin de faciliter l'admissibilité des Canadiens aux prestations. Malheureusement, le programme comporte toujours des lacunes, notamment en ce qui a trait à la durée de la période de prestations et à la condition selon laquelle la personne gravement malade doit être à risque de mourir dans les six mois à venir. Des représentants de RHDSC ont indiqué que le ministère étudie actuellement le congé de soignant et d'autres questions relatives à la prestation de soins, notamment les soins de relève.

**« Pour nombre de ces enjeux, nous devons adopter une approche différente, plutôt qu'utiliser le véhicule de l'assurance-emploi. Nous croyons être allés aussi loin que l'assurance-emploi nous le permet. Lorsque vous examinez ces enjeux de façon plus large, il pourrait être judicieux d'examiner un ensemble plus large d'instruments<sup>167</sup>. »**

Des témoins ont déclaré au Comité que le programme de soins palliatifs à domicile d'Anciens Combattants Canada pourrait servir de modèle. L'organisme a indiqué qu'il procède actuellement à un examen de ses programmes de soins de santé et qu'il étudiera les modes

---

<sup>165</sup> Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Les aînés au Canada – Bilan 2006*, p. 25.

<sup>166</sup> Les prestations de soignant permettent aux personnes admissibles de prendre un congé payé de six semaines pour dispenser des soins ou de l'aide à un membre de la famille qui est gravement malade et dont le risque de décès est important au cours des six mois qui suivent.

<sup>167</sup> Peter Hicks, Ressources humaines et Développement social Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

## **PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

d'intervention en fin de vie afin de s'assurer de répondre à tous les besoins de ses clients qui en sont à cette étape. Dans le cadre de son examen des soins de santé, il veut s'intéresser « à toutes les interventions nécessaires au bon moment et au bon endroit, plutôt que d'examiner les critères fondés sur l'admissibilité qui dépend largement des droits, par opposition aux besoins<sup>168</sup> ».

**« Souvent, dans le cas des soins palliatifs, on ne sait pas combien de temps ça va durer. On s'attendait peut-être à ce que la personne ne vive pas longtemps. Dans certains cas, la personne vit plus longtemps. On ne peut pas avoir de délai artificiel concernant les soins palliatifs en pareilles situations. Je suis heureux de dire que notre politique à cet égard est souple<sup>169</sup>. »**

### **5.7 Prestation de soins et soignants rémunérés et aidants non rémunérés**

#### **Aidants non rémunérés**

Le vieillissement de la population se traduit par une augmentation du nombre de personnes qui doivent prendre soin d'un membre de leur famille ou d'un ami souffrant de problèmes de santé chroniques ou d'une incapacité. À mesure que les gens vieillissent et sont aux prises avec divers troubles de santé, ils ont besoin d'aide pour accomplir les travaux ménagers et des tâches personnelles ou obtenir des services de soins de santé à domicile. Le rôle d'aidant est parfois joué par un conjoint, un membre de la famille ou un ami. Dans certains cas, l'aide ne représente que quelques heures par semaine, tandis que dans d'autres cas, elle doit être dispensée 24 heures par jour. Les aidants naturels sont une partie essentielle du système de soins de santé, tant pour les aînés à la maison que pour ceux en établissement de soins. Ils offrent près de 80 p. 100 des soins

---

<sup>168</sup> Bryson Guptill, Anciens Combattants Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

<sup>169</sup> *Ibid.*

## **PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

dispensés aux aînés qui vivent dans la collectivité et jusqu'à 30 p. 100 des services aux aînés vivant dans un établissement<sup>170</sup>.

**« En 2002, plus de 1,7 million d'adultes de 45 à 64 ans ont fourni des soins informels à près de 2,3 millions de personnes âgées ayant une incapacité ou des limitations physiques chroniques. Un nombre à peu près égal d'hommes et de femmes de 45 à 64 ans offrent des soins informels à des personnes âgées. Les femmes sont plus susceptibles d'offrir des soins d'intensité élevée, tandis que les hommes font plus d'heures de travail rémunéré. La plupart de ces fournisseurs de soins travaillaient. En effet, 70 p. 100 occupaient un emploi et un peu moins de la moitié de ces soignants étaient des femmes. Un tiers des hommes fournisseurs de soins ont consacré une heure ou moins par semaine à cette tâche, contre presque un quart des femmes. Les femmes y consacraient généralement quatre heures ou plus<sup>171</sup>. »**

Les aidants doivent surmonter des problèmes d'ordre physique, psychologique, affectif et financier, surtout ceux qui doivent concilier la prestation de soins et l'occupation d'un emploi.

**« Les deux tiers des femmes et près de la moitié des hommes combinant plus de 40 heures d'emploi et au moins quatre heures de soins par semaine ont subi des conséquences importantes, à savoir une baisse des heures de travail ou de revenu, ou une modification de l'horaire de travail<sup>172</sup>. »**

Des témoins ont fait remarquer que les aidants naturels du Canada, qui sont souvent eux-mêmes des aînés, ont aussi besoin d'aide.

---

<sup>170</sup> Conseil consultatif national sur le troisième âge, *1999 et après – Les défis d'une société canadienne vieillissante*, Ottawa, 1999, p. 48.

<sup>171</sup> Pamela White, Statistique Canada, Témoignages, 27 novembre 2006.

<sup>172</sup> *Ibid.*

**« Prodiguier des soins de façon informelle est une lourde responsabilité qui peut engendrer un épuisement physique et mental et avoir un effet préjudiciable sur la santé des dispensateurs. Le manque de mécanismes de soutien formels peut provoquer l'épuisement et amener les aidants à abandonner. Cet abandon peut ensuite se traduire par des taux élevés d'institutionnalisation des personnes âgées. Quoi qu'il en soit, les aînés des générations futures ne pourront compter sur de grosses familles pour leur prodiguer des soins personnels et ils dépendront vraisemblablement davantage des services publics<sup>173</sup>. »**

Pour pallier les problèmes d'ordre physique, psychologique, affectif et financier que vivent les aidants, la CARP – Association du Canada pour les gens de 50 ans et plus a plaidé en faveur d'un programme national de relève et d'un programme national de soins à domicile « qui inclurait des soins aux malades chroniques et des soins de santé communautaire non médicaux — le gouvernement en assurerait la transparence et aurait l'obligation de rendre des comptes<sup>174</sup> ».

Pour permettre aux aidants de concilier le travail et la prestation de soins, la CARP a également recommandé d'établir des politiques pour permettre des horaires de travail souples et autoriser les absences d'une durée raisonnable. Dans les cas où l'aidant naturel doit s'absenter de son travail pendant une longue période pour dispenser des soins à un aîné, la CARP propose la mise en place d'une garantie de traitement semblable aux prestations de soignant prévues par la *Loi sur l'assurance-emploi*, de même que des modifications au Régime de pensions du Canada semblables aux dispositions pour arrêt de travail des nouveaux parents. Elle a également fait état des difficultés qui se posent aux aidants naturels qui réintègrent la population active après avoir terminé de prodiguer des soins, et elle a demandé la mise en place d'un « système pour permettre de soutenir les aidants naturels une fois qu'ils ont terminé leur mandat et tentent de retrouver une vie

---

<sup>173</sup> Robert Dobie, Conseil consultatif national sur le troisième âge, Témoignages, 27 novembre 2006.

<sup>174</sup> Judy Cutler, CARP, Témoignages, 11 décembre 2006.

**PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

normale car ils ont besoins de reprendre confiance en eux et peut-être d'une mise à niveau de leurs connaissances pour pouvoir réintégrer le marché du travail<sup>175</sup> ».

Des témoins ont demandé au Comité de tenir compte de l'importance de l'aide sociale informelle comme le partage de nourriture dans les collectivités autochtones. « Dans les communautés autochtones, la nature communautaire de la société fait en sorte que chacun apporte une aide informelle et c'est fondamental pour permettre aux personnes âgées de rester dans ces communautés<sup>176</sup>. » Des représentants de Santé Canada ont rappelé l'importance de la famille et du système de soins informel pour les aînés autochtones du pays, et ils ont signalé que dans le cadre de leur recherche, ils ont constaté que certaines personnes s'occupent de jusqu'à cinq parents par jour. Il faut donc un système qui puisse appuyer à la fois les clients et leur famille<sup>177</sup>.

**Soignants rémunérés**

Selon Anne Martin-Matthews, directrice scientifique de l'Institut du vieillissement des Instituts de recherche en santé du Canada, il y a quelque 32 000 personnes, des femmes principalement, qui offrent des services de soins à domicile pour le bain, l'alimentation, l'hygiène et l'habillement de personnes âgées. La plupart de ces personnes n'ont reçu qu'une formation minimale et sont rémunérées pour chaque visite à domicile<sup>178</sup>. Malheureusement, comme Sandra Hirst l'a fait remarquer au Comité, « il n'existe pas de normes nationales quant aux soins physiques et psychologiques et au soutien affectif à dispenser aux personnes âgées<sup>179</sup> ».

---

<sup>175</sup> *Ibid.*

<sup>176</sup> Mark Buell, Organisation nationale de la santé autochtone, Témoignages, 27 novembre 2006.

<sup>177</sup> Shelagh Jane Woods, Santé Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

<sup>178</sup> Anne Martin-Matthews, Institut du vieillissement Témoignages, 11 décembre 2006.

<sup>179</sup> Sandra Hirst, Association canadienne de gérontologie, Témoignages, 11 décembre 2006.

## **PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

De plus, de nombreux préposés aux soins personnels n'ayant reçu aucune formation sont embauchés par les familles, les maisons de soins infirmiers et les établissements de soins de longue durée pour s'occuper des aînés. Selon Lynn MacDonald, directrice scientifique de l'Initiative nationale pour le soin des personnes âgées, « le recours, caché dans la plupart des cas, à ces personnes qui sont payées sous la table sans avoir droit au salaire minimum fait probablement partie de ces phénomènes dont vous parlez qui nécessitent un grand travail de sensibilisation<sup>180</sup> ».

**« Lorsqu'on se penche sur les aspects liés à l'éducation, il faut tenir compte du rôle important que jouent ces intervenants en conjonction avec les professionnels. Il faudra 32 000 travailleurs de plus pour répondre à la demande en soutien à domicile au cours des 10 à 15 prochaines années. Nous ne faisons toutefois aucun recrutement dans ce domaine. Dès que ces intervenants ont une formation suffisante, ils vont travailler dans des établissements de soins de longue durée, ce qui leur assure une rémunération stable. Ils savent ainsi quel travail ils auront à accomplir jour après jour. Compte tenu de la structure actuelle de prestation des services de soins à domicile, il leur est impossible de savoir ce qu'ils feront le lendemain et à quel endroit ils vont travailler. Je veux que tout le monde prenne bien conscience du fait que nous avons besoin de ce continuum complet de main-d'œuvre pour servir notre population vieillissante<sup>181</sup>. »**

---

<sup>180</sup> Lynn McDonald, Initiative nationale pour le soin des personnes âgées, Témoignages, 11 décembre 2006.

<sup>181</sup> Anne Martin-Matthews, Institut du vieillissement Témoignages, 11 décembre 2006.



## 5.8 Soins de longue durée, soins prolongés et soins à domicile

Généralement, les établissements de soins de longue durée hébergent des personnes qui ont besoin de soins supervisés sur place, jour et nuit, y compris des soins de santé professionnels, des services et des soins personnels tels que les repas, la lessive et le ménage. Les soins de longue durée offerts dans ces établissements ne sont pas assurés par l'État en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. Le Comité a appris ce qui suit :

**« Du point de vue des établissements, il n'existe pas de définition claire des soins de longue durée à l'échelle nationale. Chaque province et chaque territoire utilise des termes différents pour décrire l'expérience. Les exigences en matière de personnel et les lois qui régissent ces établissements diffèrent d'une région à l'autre du Canada<sup>182</sup>. »**

Cela signifie aussi qu'au pays, les compétences offrent un éventail de services et de couverture de coûts. Il y a donc peu d'uniformité dans l'ensemble du Canada sur la désignation des établissements (p. ex., les maisons de soins infirmiers, les centres de soins personnels et les établissements de soins prolongés pour bénéficiaires internes), le niveau ou le type de soins dispensés et la manière de les évaluer, la façon dont les établissements sont régis et qui en est le propriétaire<sup>183</sup>.

La Légion royale canadienne a mentionné que, dans le but de corriger le manque d'uniformité, elle plaide en faveur de l'adoption de normes nationales de soins de longue durée. « Lorsque les aînés et les anciens combattants doivent faire la transition vers ces établissements, le niveau de soins devrait être bien défini et être identique de Terre Neuve et Labrador à la Colombie-Britannique. Les aînés devraient être protégés par une déclaration des droits des personnes âgées de sorte

---

<sup>182</sup> Sandra Hirst, Association canadienne de gérontologie, Témoignages, 11 décembre 2006.

<sup>183</sup> Cette description des soins de longue durée est tirée du site Web de Santé Canada, [www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/home-domicile/longdur/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/home-domicile/longdur/index_f.html)

## **PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

que des normes nationales de soins, de prestations et de services soient établies<sup>184</sup>. »

Le Comité a appris que la plupart des personnes âgées ne recevront pas de soins en établissement. Selon la Fédération internationale du vieillissement, « dans les pays développés, [seulement] une personne de plus de 75 ans sur sept recevra probablement des soins institutionnels ». Le Conseil consultatif national sur le troisième âge a brossé un tableau de la situation des soins de santé au Canada :

**« Environ 7 p. 100 de tous les aînés, et jusqu'à 40 p. 100 des personnes très avancées en âge résident présentement dans des établissements de soins de longue durée à cause de problèmes de santé. Même si les futures générations de personnes âgées seront sans doute moins enclines à vivre dans des établissements de soins de longue durée, l'augmentation prononcée du nombre de personnes très âgées au cours des années à venir exercera une pression considérable sur le système des soins de longue durée. De plus en plus, on demande à ces établissements de s'occuper d'aînés qui sont plus âgés et plus malades qu'ils ne l'étaient dans le passé. L'organisation et le financement des soins de santé, de même que l'embauche, la formation et la rémunération du personnel du milieu de la santé, doivent s'adapter à cette nouvelle réalité<sup>185</sup>. »**

Il est vrai que les soins que dispensent ces établissements évoluent, devenant plus exigeants et complexes. L'Association canadienne de gérontologie a déclaré qu'il « faut offrir des soins à des aînés [qui ont des problèmes de santé complexes] et dont les besoins sont très variés. Les personnes qui sont admises dans ces établissements souffrent rarement d'un seul problème de santé. Leurs

---

<sup>184</sup> Jack Frost, Légion royale canadienne, Témoignages, 11 décembre 2006.

<sup>185</sup> Robert Dobie, Conseil consultatif national sur le troisième âge, Témoignages, 27 novembre 2006.

**PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

malaises sont multiples<sup>186</sup>. » Loin d'obtenir des investissements dans la formation de personnel et l'élargissement des équipes dans les établissements de soins de longue durée, les employés dans de nombreuses provinces ont dû subir des compressions. « Là où nous avions auparavant des infirmières autorisées, par exemple, nous faisons maintenant appel à des infirmières auxiliaires ou à des auxiliaires psychiatriques. Pour les tâches qui étaient confiées à des infirmières auxiliaires, nous utilisons maintenant des aides soignants, en raison des préoccupations de financement<sup>187</sup>. »

La diversité ethnoculturelle grandissante des aînés dans les établissements de soins de longue durée représente un défi pour certains établissements, qui peuvent éprouver de la difficulté à comprendre les besoins de personnes âgées provenant d'un autre milieu ethnoculturel et à y répondre. Douglas Durst a expliqué au Comité qu'en dehors même des problèmes immédiats liés à la langue, à l'alimentation et aux coutumes, « l'attitude peut être différente pour ce qui est de recevoir, d'accepter de l'aide, d'être dépendant, de ne plus être autonome. Ce peut être difficile pour ces gens-là de demander l'aide des professionnels<sup>188</sup>. » L'Association canadienne de gérontologie a proposé comme solution la création d'établissements monoculturels où pourraient être dispensés des soins tenant compte de la culture.

Il y a un nouveau sous-groupe d'aînés qui fait son apparition dans notre société et dans les établissements de soins de longue durée : les personnes âgées qui ont une déficience intellectuelle ou des troubles du développement. L'Association canadienne de gérontologie a signalé au Comité qu'on « voit maintenant des gens dans la quarantaine qui ont des symptômes assimilables à la maladie d'Alzheimer. Au moins 50 p. 100 des personnes affectées par le syndrome de Down présenteront des symptômes apparentés à la maladie d'Alzheimer à l'âge de 60 ans ». Lorsque leur famille vieillit, ces personnes sont admises dans des établissements de soins de longue durée. « Quel que soit le cadre dans lequel les soins sont dispensés, nous devons nous

---

<sup>186</sup> Sandra Hirst, Association canadienne de gérontologie, Témoignages, 11 décembre 2006.

<sup>187</sup> *Ibid.*

<sup>188</sup> Douglas Durst, Université de Regina, Témoignages, 27 novembre 2006.

## **PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

intéresser tout particulièrement à ce sous-groupe de notre population d'aînés<sup>189</sup>. »

Un certain nombre de témoins ont fait valoir qu'un programme national de soins à domicile pourrait être un moyen rentable d'offrir aux aînés des services médicaux qui contribuent à leur qualité de vie. Comme c'est le cas pour les soins de longue durée, « les provinces et les territoires ont des programmes différents de soins à domicile qui comportent différents critères d'admissibilité, différents niveaux de soin, différentes quantités de soin, etc. Cette diversité crée un véritable méli-mélo au pays. Nous avons plaidé en faveur d'un programme national de soins à domicile dont les normes et la prestation des services essentiels seraient comparables d'une province à l'autre<sup>190</sup> ». La CARP a précisé qu'un programme national de soins à domicile devrait inclure des soins aux malades chroniques ainsi que des services de soutien à domicile et communautaires, et ne pas se limiter aux soins de courte durée et aux soins médicaux.

Jane Barratt de la Fédération internationale du vieillissement a mentionné l'Australie comme un modèle à suivre en matière d'élaboration d'un programme national de soins à domicile.

**« Je me suis personnellement occupée d'un programme national de soins à domicile qui était équitable dans toutes les provinces. Le programme était assorti de normes nationales qui avaient été fixées par consensus avec les provinces, et les fournisseurs de soins étaient accrédités. Parmi les services offerts, il y avait différentes formules de soins communautaires offertes aux personnes âgées — un plan qui était décidé avec la personne recevant les soins à domicile et sa famille — ou encore des formules de soins prolongés à domicile. Celles-ci étaient plus détaillées et comportaient des soins infirmiers intensifs. Je suis au courant et je me suis occupée de près de certains programmes nationaux**

---

<sup>189</sup> Sandra Hirst, Association canadienne de gérontologie, Témoignages, 11 décembre 2006.

<sup>190</sup> Judy Cutler, CARP, Témoignages, 11 décembre 2006.

## **PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

**qui existent depuis 15 ans. On les a élargis pour les offrir aux régions rurales et éloignées, à la population indigène et à des groupes culturels et linguistiques divers, dans différentes langues<sup>191</sup>. »**

Selon le Conseil consultatif sur le troisième âge, au Canada, le Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick (que beaucoup appelle l'hôpital sans murs) est un modèle novateur de prestation de services complets de soins de santé à domicile.

Le Comité a appris qu'actuellement la plus grande faiblesse des services de soins de santé à domicile partout au Canada touche les services de soutien à domicile rendus principalement par des travailleurs non professionnels ou paraprofessionnels, lesquels fournissent la plupart des services rémunérés de soins à domicile au pays.

**« Ce groupe particulier de personnes est peut-être le moins bien rémunéré, celui qui a le moins d'avantages sociaux, qui paie souvent pour sa propre formation, qui, dans certaines provinces, assume ses propres dépenses de déplacement, etc. Or, on s'en remet à ces personnes pour fournir le gros des services de soins à domicile. [...] Il est essentiel que ce groupe soit intégré à un programme national de soins à domicile. Lorsque nous songeons aux soins à domicile, nous avons tendance à penser à des services professionnels, mais ces programmes reposent sur les paraprofessionnels<sup>192</sup>. »**

L'absence d'une stratégie nationale en matière de ressources humaines et de normes de formation pour ce secteur a une incidence importante sur la qualité des soins d'une région à l'autre.

**« Il est urgent d'adopter une stratégie nationale en matière de ressources humaines pour les soins à domicile partout au pays, parce que la disponibilité**

---

<sup>191</sup> Jane Barratt, Fédération internationale du vieillissement, Témoignages, 11 décembre 2006.

<sup>192</sup> Taylor Alexander, CARP, Témoignages, 11 décembre 2006.

**et la répartition des travailleurs dans ce domaine varient énormément au Canada. De nombreuses provinces recrutent à l'extérieur du pays pour essayer d'enrôler des fournisseurs de soins à domicile. Il faut assurer cette disponibilité et cette répartition pour offrir des services équitables partout au pays<sup>193</sup>. »**

### 5.9 Renforcement de l'effectif des soins de santé gériatologiques et gériatriques

À mesure que la population vieillira, il y aura une hausse de la demande de professionnels des soins de santé et de médecins spécialistes pour traiter les personnes âgées.

Des consultations tenues récemment par l'Institut du vieillissement auprès d'organismes de personnes âgées ont permis de constater que leurs principaux problèmes en matière de santé comprennent la formation liée aux normes de pratique pour les cliniciens qui travaillent auprès des personnes âgées et l'accès à des services de santé adaptés aux aînés, ce que limite le manque criant de spécialistes en gériatrie<sup>194</sup>. « Un plus grand nombre de personnes doivent embrasser des carrières en gériatrie et en gériatologie et entreprendre des travaux de recherche fondamentale sur les aspects biologiques du vieillissement, tout cela afin d'améliorer les services de santé offerts à une population vieillissante et âgée<sup>195</sup>. »

À cet égard, le Comité a appris qu'en 2000-2001, il n'y avait que sept étudiants en médecine gériatrique dans tout le pays<sup>196</sup>. En 2000, il y avait 144 gériatres au Canada et l'on estimait à 481 le nombre de

---

<sup>193</sup> *Ibid.*

<sup>194</sup> Anne Martin-Matthews, Institut du vieillissement Témoignages, 11 décembre 2006.

<sup>195</sup> *Ibid.*

<sup>196</sup> Sandra Hirst, Association canadienne de gériatologie, Témoignages, 11 décembre 2006.

**PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

gériatres nécessaire. En 2005, il y en avait 191, ce qui est insuffisant compte tenu des besoins estimés pour 2006, soit 538<sup>197</sup>.

Au problème du manque actuel de spécialistes du domaine s'ajoute le fait que les travailleurs de la santé vieillissent eux aussi, mais que les recrutements ne suffisent pas à répondre à la demande actuelle ni à celle prévue. L'Association canadienne de gérontologie a indiqué au Comité que déjà « l'âge moyen des infirmières et infirmiers autorisés au Canada atteint presque 50 ans ». Divers témoins ont mentionné qu'il est difficile d'attirer des jeunes dans le domaine du vieillissement.

Lynn McDonald a indiqué que le manque criant au chapitre de la formation et de l'éducation en médecine gériatrique, en travail social gérontologique et en soins infirmiers gérontologiques constitue un obstacle important au recrutement et à la formation du nombre nécessaire de professionnels de la santé. Hormis la nécessité d'avoir plus de spécialistes en gérontologie et en gériatrie, l'intégration de la formation interdisciplinaire en gériatrie au programme d'éducation de base de tous les professionnels de la santé permettrait au domaine des soins de santé dans son ensemble de renforcer ses capacités d'offrir des services adaptés aux besoins des aînés.

Enfin, Anne Martin-Mathews a fait valoir qu'en trouvant une façon de reconnaître les titres de compétences des immigrants qui ont reçu de la formation en matière de soins de santé, il serait possible d'atténuer la pénurie de professionnels de la santé.

### 5.10 Questions à examiner plus à fond

- Prévoit-on que des pressions financières s'exerceront sur les soins de longue durée et les soins professionnels, et que peut-on faire pour réduire les besoins à cet égard ou y répondre le mieux possible?
- Les efforts de promotion de la santé reçoivent-ils l'attention qu'ils méritent comparativement aux soins de santé ou à d'autres questions?

---

<sup>197</sup> Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Les aînés au Canada – Bulletin 2006*, p. 19.

## **PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

- Les initiatives de prévention des chutes ont-elles permis de réduire le nombre de chutes au cours des dernières années et ont-elles examiné le rôle que jouent les interactions médicamenteuses complexes dans les chutes?
- Que fait-on et que doit-on faire pour réduire les taux élevés de maladies chroniques chez les populations autochtones et les aînés autochtones?
- Des pratiques prometteuses ont-elles été instituées dans le but de réduire les complications liées à la médication et les interactions médicamenteuses? Quelles mesures sont en place pour éviter les interactions médicamenteuses néfastes, tant en ce qui a trait aux médicaments sur ordonnance qu'aux médicaments en vente libre?
- Quels seraient les coûts et les avantages d'un régime national d'assurance médicaments exhaustif financé par l'État ou par un partenariat public privé comme celui que recommande le Conseil consultatif national sur le troisième âge?
- À quelles interventions précoces devrait-on recourir pour retarder la progression de la maladie mentale chez les aînés? Quelles mesures le gouvernement prend-il pour donner suite au rapport du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie intitulé *De l'ombre à la lumière : la transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*, notamment aux questions relatives à la santé mentale des personnes âgées?
- Quelles modifications propose-t-on au programme de soins palliatifs d'Anciens Combattants Canada? Le programme devrait-il servir de modèle pour un programme général à l'intention de tous les aînés canadiens?
- Quels seraient les coûts et les avantages du programme national de relève et du programme national de soins à domicile recommandés par des témoins?
- Comment favoriser le recrutement, la formation, le soutien et les conditions d'emploi dans le secteur des services rémunérés de soins et de soutien à domicile?
- Travaille-t-on à l'établissement de normes nationales en matière de soins de longue durée en établissement et de soins à domicile?



- Quelles mesures sont prises pour répondre aux besoins prévus de professionnels des soins gériatriques et gérontologiques?

## 6. Logement et transport

Des services et une infrastructure appropriés peuvent aider les aînés à jouir de toute l'autonomie et de toute la qualité de vie possible à mesure qu'ils avancent en âge. Les aînés d'aujourd'hui ont besoin d'un large éventail d'options en matière de logement, qui tiennent compte de leurs préférences ainsi que de leurs besoins physiques, mentaux et sociaux. En outre, l'accès à des moyens de transport peut vraiment les aider à conserver leur autonomie, leurs réseaux sociaux et leur qualité de vie.

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge a recommandé d'augmenter le financement d'unités de logement à prix modique et du transport en commun « à la fois dans les régions rurales et urbaines. En effet, le logement et le transport représentent la clé de l'autonomie et de la participation sociale des personnes âgées — deux ingrédients bénéfiques pour l'ensemble de la société canadienne<sup>198</sup> ».

Les différentes administrations de même que les chercheurs et les intervenants utilisent de nombreux termes et expressions pour définir la diversité de logements et de services de soutien non médicaux offerts aux aînés. Aux fins du présent rapport, nous parlerons du logement, de services de soutien à domicile et communautaires, ainsi que de logements-services et de logements supervisés.

### 6.1 Logement

En 2001, le Canada comptait 2,4 millions de ménages d'aînés. La vaste majorité des aînés, soit 93 p. 100, vivaient dans des logements privés et 7 p. 100 dans des logements collectifs, par exemple des établissements de soins de santé, des refuges et des établissements religieux. La proportion d'aînés vivant dans des logements collectifs est

---

<sup>198</sup> Robert Dobie, Conseil consultatif national sur le troisième âge, Témoignages, 27 novembre 2006.

## **PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

supérieure chez les personnes âgées de plus de 75 ans; elle s'établit à 13 p. 100, soit une légère baisse par rapport au taux enregistré en 1996 (14 p. 100)<sup>199</sup>.

La proportion de personnes vivant seules diffère considérablement entre les ménages d'aînés et les autres ménages. Parmi les ménages d'aînés, 43 p. 100 étaient formés de personnes vivant seules, contre 21 p. 100 chez les autres ménages. La majorité des aînés vivant seuls étaient des femmes et les personnes vivant seules étaient principalement des locataires<sup>200</sup>.

La Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) a indiqué au Comité que la majorité des aînés au Canada sont bien logés : leurs logements sont en bon état, suffisamment grands pour leurs besoins et abordables, exigeant moins de 30 p. 100 du revenu total du ménage avant impôt. « [...] plus des deux tiers des ménages d'aînés sont propriétaires, 85 p. 100 des aînés propriétaires ont remboursé leur prêt hypothécaire et 57 p. 100 habitent dans une maison individuelle<sup>201</sup> ».

Cependant, 17 p. 100 des ménages d'aînés avaient un « besoin impérieux de logement » en 2001, soit une légère baisse par rapport au taux de 18 p. 100 en 1996; ce taux demeure quand même supérieur à celui des autres ménages (13 p. 100)<sup>202</sup>. L'expression « besoin impérieux de logement » renvoie à des ménages qui vivent dans des logements surpeuplés ou en mauvais état, ou encore qui n'ont pas les moyens d'obtenir un logement acceptable. L'abordabilité est la principale cause des besoins impérieux de logement qu'éprouvent les ménages aînés au Canada<sup>203</sup>. Les aînés locataires risquent quatre fois plus de vivre dans un logement trop cher pour leur

---

<sup>199</sup> Société canadienne d'hypothèques et de logement, Série sur le logement selon les données du Recensement de 2000 : Numéro 9 – Révisé Conditions de logement des aînés au Canada, avril 2005.

<sup>200</sup> *Ibid.*

<sup>201</sup> Douglas Stewart, Société canadienne d'hypothèques et de logement, Témoignages, 4 décembre 2006.

<sup>202</sup> Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Les aînés au Canada : Bulletin 2006*.

<sup>203</sup> Douglas Stewart, Société canadienne d'hypothèques et de logement, Témoignages, 4 décembre 2006.

## **PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

revenu que les aînés propriétaires, et cette situation touche démesurément les aînés vivant seuls<sup>204</sup>.

L'Organisation nationale de la santé autochtone a exposé les difficultés particulières auxquelles se heurtent les aînés inuits. Jusqu'à 31 p. 100 des ménages aînés chez les Inuits avaient un besoin impérieux de logement en 2001<sup>205</sup>.

**« Pour ce qui est du logement, les aînés inuits sont particulièrement touchés puisqu'ils doivent vivre dans les maisons multigénérationnelles et bondées de leurs enfants, ou encore accepter de partager leurs petites résidences subventionnées avec des membres de la famille. Les aînés inuits du Nord canadien habitent au sein d'une infrastructure fragile, ce qui a des répercussions sur le logement, tandis que le coût de la vie élevé amenuise un revenu déjà faible<sup>206</sup>. »**

Par rapport au reste de la population, le besoin impérieux de logement est plus grand chez les aînés qui sont handicapés, nouveaux immigrants ou autochtones.

Selon la SCHL, les problèmes de logement les plus pressants pour les aînés sont « l'abordabilité, le manque d'options en matière de logement et la coordination du logement avec des services de soutien leur permettant de vivre de façon autonome<sup>207</sup> ». Robert Dobie, du Conseil consultatif national sur le troisième âge, abondait dans ce sens et signalait qu'il fallait de toute urgence investir dans le logement social.

**« Le manque d'investissement dans le logement social est un autre problème à considérer. De**

---

<sup>204</sup> Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Les aînés au Canada : Bulletin 2006*.

<sup>205</sup> *Ibid.*

<sup>206</sup> Carole Lafontaine, Organisation nationale de la santé autochtone, *Témoignages*, 27 novembre 2006.

<sup>207</sup> Douglas Stewart, Société canadienne d'hypothèques et de logement, *Témoignages*, 4 décembre 2006.

**nombreux aînés ne peuvent se permettre financièrement de résider dans des complexes privés haut de gamme accessibles aux adultes seulement ou dans des maisons de retraite. Les projets domiciliaires pour personnes âgées ne devraient pas viser uniquement la clientèle fortunée parmi cette population<sup>208</sup>. »**

La SCHL finance 633 000 logements sociaux, dont environ le tiers est occupé par des aînés. Elle a indiqué au Comité qu'elle collabore actuellement avec les provinces et les territoires à la mise en œuvre de l'Initiative en matière de logement abordable, à laquelle est affecté un milliard de dollars. La plupart des provinces « consacrent une partie des fonds à la production de logements locatifs abordables pour les aînés, notamment des logements en milieu de soutien<sup>209</sup> ».

La SCHL a également indiqué qu'« [elle] verse environ 2 milliards de dollars par année pour l'entretien du parc de logements existants. La majeure partie de ces crédits sont transférés aux provinces pour l'administration des unités de logement social et public existantes<sup>210</sup> ».

La SCHL offre également des programmes de remise en état des logements et d'adaptation des domiciles; ces programmes permettent de réduire les coûts des réparations et des adaptations mineures des logements afin que les aînés puissent occuper plus longtemps leurs logements actuels. Si les plans et normes de construction récents sont utilisés dans les nouvelles constructions, il se pourrait qu'on ait beaucoup moins besoin de ces programmes.

**« Le Code national du bâtiment renferme des normes sur l'accessibilité si bien que dans la mesure où le Code national du bâtiment est adopté par les organismes provinciaux, ou qu'il est adapté à leurs besoins, on retrouvera un certain niveau d'accessibilité à ces immeubles. En outre, la SCHL a**

---

<sup>208</sup> Robert Dobie, Conseil consultatif national sur le troisième âge, Témoignages, 27 novembre 2006.

<sup>209</sup> Douglas Stewart, Société canadienne d'hypothèques et de logement, Témoignages, 4 décembre 2006.

<sup>210</sup> *Ibid.*

**PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

**élaboré un concept au fil des ans que nous appelons Bâti-Flex. L'idée est que la conception et la construction de la maison permettront à celle-ci de prendre de l'expansion au fur et à mesure que ses occupants augmenteront. Au moment où grandit la famille, le nombre de pièces de la maison peut augmenter; quand les enfants partent, ces pièces peuvent être rapetissées. En outre, si on fait attention à la façon dont on conçoit les corridors et les portes, ainsi qu'à l'emplacement des salles de bain, au fur et à mesure que la famille vieillit, la maison peut répondre aux diverses incapacités<sup>211</sup>. »**

## 6.2 Services de soutien à domicile et communautaires

L'Association canadienne de gérontologie a affirmé au Comité que : « La vaste majorité des aînés veulent vivre dans leur propre maison (...). Vieillir chez soi est une option privilégiée pour l'avenir, mais elle ne devrait pas être définie en fonction des moyens financiers, des capacités ou des limitations physiques. Toutes les personnes âgées doivent avoir accès à des services comme la tonte du gazon, le pelletage de la neige et la livraison de l'épicerie, ce qui les rendra aptes à demeurer à domicile et leur facilitera les choix qu'elles ont à faire<sup>212</sup>. » L'Association recommande l'adoption d'un programme national de soins à domicile afin de favoriser l'accès à de telles options.

On a fait valoir au Comité qu'autant les aînés que les services publics profitent de programmes de soutien des aînés à domicile. Le Conseil consultatif national sur le troisième âge a indiqué que le maintien des aînés à domicile et dans leur milieu le plus longtemps possible grâce à des services de soutien ou à des programmes d'aide à la vie autonome est « beaucoup moins cher – le tiers du prix – et la qualité de vie est bien meilleure », comparativement à l'institutionnalisation. Pour sa part, la Légion royale canadienne

---

<sup>211</sup> *Ibid.*

<sup>212</sup> Sandra Hirst, Association canadienne de gérontologie, Témoignages, 11 décembre 2006.

## **PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

recommande la création d'un programme pour l'autonomie des aînés qui serait fondé sur les besoins et calqué sur le Programme pour l'autonomie des anciens combattants qu'offre Anciens combattants Canada. Dans le cadre de ce programme, des soins personnels et des services d'entretien intérieur et extérieur sont offerts aux anciens combattants et à leurs survivants pour les aider à demeurer en santé, chez eux, dans la mesure du possible et le plus longtemps possible<sup>213</sup>. La Légion plaide en faveur de l'extension de ce programme à tous les aînés au Canada, car il permettrait de « réduire [...] les dépenses d'hospitalisation et de soins de longue durée<sup>214</sup> ».

Il faut également veiller à ce que les familles d'immigrants aient le soutien et les ressources voulus pour prendre soin des aînés à domicile. Douglas Durst a indiqué au Comité que : « Rejoindre cette population des immigrants issus de la réunification de la famille pour s'assurer qu'ils reçoivent un soutien et des soins adéquats pendant qu'ils sont encore dans leurs familles est une façon de leur assurer un niveau et une qualité de vie élevés. De plus, ils exigeront moins de services plus tard<sup>215</sup>. »

En ce qui concerne les services destinés à la population autochtone, Santé Canada a mentionné que 95 p. 100 des membres des Premières nations et des Inuits peuvent se prévaloir de services de base dans le cadre du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits, créé il y a sept ans. Ce programme s'adresse aux aînés, aux personnes handicapées et aux personnes atteintes d'une maladie chronique; l'an dernier, la moitié de ses clients étaient âgés de plus de 65 ans. C'est Affaires indiennes et du Nord Canada qui offre, par l'entremise du Programme d'aide à la vie autonome, « des services de soutien social à caractère non médical aux membres des Premières nations qui ont des limitations fonctionnelles en raison de l'âge et des problèmes de santé ou d'incapacité, pour les aider à maintenir leur autonomie, à maximiser

---

<sup>213</sup> Bryson Guptill, Anciens combattants Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

<sup>214</sup> Jack Frost, Légion royale canadienne, Témoignages, 11 décembre 2006.

<sup>215</sup> Douglas Durst, Université de Regina, Témoignages, 27 novembre 2006.

**PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

leur niveau de fonctionnement et à leur permettre de vivre dans des conditions de santé et de sécurité acceptables<sup>216</sup> ».

Affaires indiennes et du Nord Canada a indiqué qu'il travaille en étroite collaboration avec les fonctionnaires de Santé Canada; il cofinance « une initiative menée par plusieurs intervenants pour élaborer un programme national de politiques et un cadre de programme pour les soins continus dont les soins assistés font partie intégrante<sup>217</sup> ». L'objectif de cette initiative est d'élaborer une approche harmonieuse pour la prestation des soins actuellement assurés par Santé Canada, par Affaires indiennes et du Nord Canada et, dans certains cas, par les provinces.

Des témoins ont toutefois laissé entendre que les services de soutien offerts aux aînés autochtones étaient bien souvent inadéquats. Douglas Durst a parlé d'Autochtones à la santé précaire qui déménagent de la réserve à la ville pour y recevoir des services médicaux officiels et des soins adéquats dans le milieu hospitalier, mais qui, à leur retour chez eux, « sont de nouveau aux prises avec les mêmes difficultés et problèmes<sup>218</sup> ». Des aînés autochtones peuvent être privés des avantages qu'ils tireraient de la vie à domicile avec leur famille à cause de services médicaux et de soutien inadéquats dans les réserves. L'Organisation nationale de la santé autochtone a affirmé au Comité que, « en réalité, dans les réserves, [les personnes âgées] n'ont pas accès au soutien nécessaire. Il n'y a pas de réseau de médecins et d'infirmières, pas de système de soutien pour offrir des soins à domicile. Il est parfois impossible de fournir aux aînés des repas nutritifs. »

### 6.3 Logements-services et logements supervisés

À mesure qu'ils avancent en âge, les aînés ont souvent de plus en plus besoin d'aide pour mener une vie autonome dans le quotidien. Entre la vie autonome et la vie en institution, il existe un large éventail

---

<sup>216</sup> Havelin Anand, Affaires indiennes et du Nord Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

<sup>217</sup> *Ibid.*

<sup>218</sup> Douglas Durst, Université de Regina, Témoignages, 27 novembre 2006.

## **PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

d'options qui permettent aux aînés de vivre de façon autonome dans leur milieu grâce à des services de soutien.

Les expressions qui décrivent ces options varient souvent d'une province ou d'une région à l'autre, et les mêmes expressions peuvent être définies différemment. Deux de ces expressions sont « logement-service » et « logement supervisé ».

Selon l'Agence de la santé publique du Canada, l'expression « logement-service » englobe le logement supervisé, l'habitation collective et d'autres types de logement qui offrent des soins personnels ainsi que l'entretien ménager, les services de blanchisserie, les repas et des activités récréatives. « L'emplacement, la superficie, le prix ainsi que les commodités, les programmes et les services offerts varient selon les habitations pour personnes âgées, les maisons de santé résidentielles et les logements-services. La combinaison des employés et des résidents contribue grandement au climat qui règne dans chaque habitation<sup>219</sup>. »

De façon analogue, la SCHL décrit comme suit l'expression « logement-services » : « une forme d'hébergement qui facilite le quotidien des personnes, en leur offrant, d'une part, un milieu de vie sûr, stimulant et accueillant et, d'autre part, des services d'aide tels que la préparation de repas, la tenue et l'entretien des lieux, les activités sociales et les loisirs. C'est aussi la forme de logement qui respecte le mieux l'indépendance, l'intimité, la liberté de décision et d'engagement, la dignité ainsi que les choix et les préférences des gens<sup>220</sup> ».

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge a signalé au Comité qu'il fallait se pencher sur ce type de logement.

### **« Il faut également trouver des solutions de remplacement à l'institutionnalisation des personnes »**

---

<sup>219</sup> Réseau canadien de la santé, Agence de la santé publique du Canada, Je veux demeurer aussi autonome que possible. Quelles sont les options de logement pour les aînés, à part les maisons de soins infirmiers et les autres établissements? Consultation en ligne, janvier 2007.

<sup>220</sup> Société canadienne d'hypothèques et de logement, *Le logement-services pour les aînés*, 2000.



**PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

**âgées, comme les logements supervisés et l'aide à la vie autonome. Ces deux options peuvent constituer une solution intermédiaire pour les personnes âgées qui exigent davantage de soins qu'il n'est possible de leur en offrir à domicile, mais moins que ce qui leur est fourni dans les établissements de soins de longue durée. Planifier une société vieillissante exige une approche intersectorielle qui combine les soins de santé, les services sociaux et le logement. Il y a au Canada de multiples exemples de logements intégrés offrant un continuum de soins aux personnes âgées<sup>221</sup>. »**

On a fait savoir au Comité que des organismes communautaires sans but lucratif, ainsi que des groupes religieux et culturels, présentent de plus en plus de demandes de construction et construisent diverses installations résidentielles, « dont certaines sont intergénérationnelles et offrent divers services de santé et ont été couronnées de succès<sup>222</sup> », car bon nombre peuvent offrir des solutions moins onéreuses que les foyers de soins infirmiers privés.

La Légion royale canadienne a indiqué au Comité qu'elle gère un programme de logement depuis les années 1980. Le défi le plus important auquel nos filiales font face pour lancer un nouveau projet est de « satisfaire aux exigences obligatoires en matière d'équité pour se qualifier afin d'obtenir une assurance de la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL). Le défi vient des critères plus serrés que la SCHL impose aux petites entreprises sur le plan des assurances. Ces critères font augmenter le coefficient du prêt en fonction de la mise de fonds pour les petits projets. Malheureusement, on peut se faire refuser un financement simplement parce qu'il manque 150 000 \$ à la mise de fond pour un projet de construction de 3 millions de dollars<sup>223</sup> ». La Légion propose la création d'un modeste fonds renouvelable qui fournirait un financement complémentaire du capital, dont le remboursement serait étalé sur cinq ans. Il s'agirait

---

<sup>221</sup> Robert Dobie, Conseil consultatif national sur le troisième âge, Témoignages, 27 novembre 2006.

<sup>222</sup> Douglas Durst, Université de Regina, Témoignages, 27 novembre 2006.

<sup>223</sup> Jack Frost, Légion royale canadienne, Témoignages, 11 décembre 2006.

d'un programme autosuffisant qui favoriserait le démarrage de projets de développement résidentiel de moindre envergure. De l'avis de la Légion, l'augmentation du parc de logements supervisés à prix modique à l'aide de tels projets réduirait en définitive les dépenses en matière de soins de santé et de soins de longue durée.

## 6.4 Transport

L'un des facteurs qui contribuent au bien-être des aînés, outre la santé, l'autonomie et la sécurité financière, est la possibilité d'entretenir des contacts significatifs avec autrui. Bien que les besoins de transport varient selon l'emplacement géographique et l'état de santé, les possibilités de transport permettent aux aînés de se prévaloir de services et de mener des activités qui peuvent prévenir l'isolement et favoriser le bien-être. Des problèmes de transport se posent tout particulièrement aux aînés des collectivités rurales et éloignées, où le transport en commun est moins accessible, de même qu'au nombre grandissant d'aînés qui vivent seuls et que guette l'isolement.

Même si presque tous les aînés ont accès « en théorie » au transport (véhicule leur appartenant, transport en commun, taxi ou aide provenant d'amis et de membres de la famille), leur niveau de mobilité actuel, c'est-à-dire la capacité de se déplacer comme bon leur semble, diffère considérablement d'une personne à l'autre. Selon des données provenant de l'Enquête sociale générale réalisée en 2005 par Statistique Canada, un grand nombre d'aînés avaient des activités sociales limitées faute d'accès au transport; « lorsque les aînés ont un moins bon accès au transport, cela peut se traduire par certaines conséquences négatives dans leur vie de tous les jours, entre autres, une plus faible probabilité d'être sorti de chez soi une journée donnée et une plus faible probabilité d'avoir fait du bénévolat l'année précédente. Les aînés qui vivent en milieu rural sont plus susceptibles d'avoir un accès limité au transport<sup>224</sup> ».

---

<sup>224</sup> Martin Turcotte, « L'accès des aînés au transport », *Tendances sociales canadiennes*, décembre 2006, Statistique Canada, n° 11 008 au catalogue, p. 47-50.

**PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

Voilà quelle était la situation en dépit de l'augmentation du nombre de ménages d'âinés disposant d'un véhicule entre 1999 et 2003. Cette augmentation était plus marquée chez les femmes âinées vivant seules; leur proportion est passée de 41 p. 100 à 50 p. 100 tandis que, chez les couples, elle est passée de 84 p. 100 à 92 p. 100<sup>225</sup>.

En 2003, 67 p. 100 des âinés possédaient un permis de conduire (86 p. 100 des hommes et 52 p. 100 des femmes), soit une augmentation de 2 points de pourcentage par rapport à 2000<sup>226</sup>. On a fait savoir au Comité que la perte de la capacité de conduire a une grande incidence psychologique sur la perception de la mobilité. « Lorsqu'une personne en arrive au point où elle n'est plus en mesure de conduire, elle y voit une perte de son autonomie et de sa mobilité. » Des témoins croient qu'il est nécessaire de sensibiliser les âinés et les services de transport privés à la disponibilité des services et aux mesures d'adaptation possibles qui pourraient accroître l'accès des âinés aux services de taxi, par exemple « pour qu'ils offrent certains services en dehors des heures de pointe ou qu'ils prévoient des tarifs fixes<sup>227</sup> ».

L'Association canadienne de gérontologie a décrit un système qui existe au Royaume-Uni et qui permet à une personne âgée de payer les frais d'essence à un voisin pour son transport. Il s'agit d'un exemple des divers modèles qui pourraient être utilisés au Canada.

Selon le Conseil consultatif national sur le troisième âge, les âinés représentent 10 p. 100 de la clientèle des services nationaux de transport en commun et cette proportion s'établit à non moins de 30 p. 100 dans les petites collectivités.

## 6.5 Questions à examiner plus à fond

➤ Le taux croissant d'âinés vivant seuls a-t-il des répercussions sur le genre de parc de logements qui sera nécessaire plus tard?

<sup>225</sup> Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Les âinés au Canada : Bulletin 2006*, p. 50.

<sup>226</sup> *Ibid.*

<sup>227</sup> Anne Martin-Matthews, Institut du vieillissement Témoignages, 11 décembre 2006.

**PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

- Que faut-il faire pour réduire l'incidence du besoin impérieux de logement chez les aînés qui sont inuits, handicapés ou nouveaux immigrants, et dans l'ensemble de la population d'aînés autochtones?
- Quelle proportion des fonds de la SCHL transférés aux provinces sert à la création de logements abordables pour les aînés?
- Faut-il en faire davantage pour encourager l'utilisation des concepts du programme Bâti-Flex dans la construction d'habitations?
- Serait-il possible d'étendre à l'ensemble des aînés canadiens le Programme pour l'autonomie des anciens combattants, géré par Anciens combattants Canada?
- Que devraient faire Santé Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada pour améliorer les services de soutien offerts aux aînés des Premières nations dans les réserves?
- Quels sont les modèles permettant le mieux d'intégrer le logement dans la gamme de soins destinés aux aînés?
- En plus de se pencher sur la question des exigences obligatoires en matière d'équité aux fins de l'assurance de la SCHL, quelles mesures devrait prendre le gouvernement pour faciliter l'exécution de projets de développement résidentiel pour les aînés, en particulier par les groupes communautaires et par les petits promoteurs locaux?
- Quels sont certains des programmes novateurs permettant d'améliorer les options de transport offertes aux aînés, en particulier dans les régions rurales et éloignées?
- Le transport, le logement et les services sociaux sont des secteurs de compétence provinciale. Quel rôle le gouvernement fédéral pourrait-il ou devrait-il jouer dans ces secteurs?

## **7. Coopération et concertation entre ordres de gouvernement et entre ministères fédéraux**

Les divers aspects de la vie des personnes âgées (santé, revenu, travail, etc.) n'incombent pas à des ordres bien définis de gouvernement, mais sont partagés entre le gouvernement fédéral, les provinces et territoires et les municipalités. Même au sein du gouvernement fédéral, les programmes pour les aînés concernent plusieurs ministères. D'ailleurs, à la réunion que le Comité a tenue avec les ministères fédéraux dans le but de comprendre cette gamme de programmes, huit ministères étaient représentés.

Nous résumerons dans le présent chapitre les témoignages entendus sur l'éventail de services et de programmes fédéraux destinés aux aînés; sur les groupes démographiques sous responsabilité fédérale; sur la concertation interministérielle au niveau fédéral; sur la coordination des programmes, des services et de l'information entre ordres de gouvernement et sur le rôle et les obligations du Canada dans le cadre du *Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement* de 2002.

### **7.1 Programmes et services fédéraux pour les personnes âgées**

**« Les personnes âgées et le vieillissement sont deux enjeux horizontaux très vastes qui constituent un volet fondamental du programme fédéral<sup>228</sup>. »**

Les questions relatives au vieillissement et aux aînés entrent dans le mandat de plusieurs ministères et organismes fédéraux. Le gouvernement fédéral assume diverses fonctions clés à l'égard des aînés, notamment la diffusion de l'information, la facilitation du dialogue avec d'autres ordres de gouvernement et avec les organismes internationaux et la fourniture directe de services à certains segments de la population. En outre, étant le principal employeur au pays, il

---

<sup>228</sup> Margaret Gillis, Agence de santé publique du Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

## **PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

peut jouer un rôle de leadership pour ce qui est des aménagements sur le plan des retraites et du lieu de travail pour les travailleurs âgés.

Dans l'une de ses audiences, le Comité s'est fait préciser que le ministre des Ressources humaines et du Développement social était également responsable des personnes âgées. Un secrétaire d'État (Aînés) a été nommé en janvier 2007.

Sont décrits ci-après les ministères fédéraux qui s'occupent des personnes âgées et du vieillissement et leurs principales activités.

**Ressources humaines et Développement social Canada** (RHDSC) est le principal ministère chargé des questions concernant les aînés au sein du gouvernement fédéral. Ses responsabilités particulières touchent les retraites, le soutien au revenu et la sécurité du revenu ainsi que le programme Nouveaux horizons pour aînés, dans le cadre duquel des projets communautaires sont financés un peu partout au pays. RHDSC est également responsable de l'alphabétisation, de l'apprentissage continu et de l'appui des travailleurs âgés et, par l'entremise de Service Canada, de la préparation du Guide des services du gouvernement du Canada pour les aînés et leurs familles.

Les représentants du ministère ont informé le Comité qu'un programme national à coûts partagés avec les provinces et les territoires, appelé Initiative ciblée pour les travailleurs âgés, venait d'être annoncé et aiderait « les travailleurs âgés sans emploi à demeurer des participants productifs au marché du travail pendant que leurs collectivités s'adaptent aux changements qu'elles subissent<sup>229</sup> ». Le ministère devrait également entreprendre, nous a-t-on dit, « une étude de faisabilité sur les mesures à l'intention des travailleurs âgés<sup>230</sup> ».

**L'Agence de santé publique du Canada — Division du vieillissement et des aînés** s'occupe des questions de santé liées au vieillissement et aux personnes âgées. Actuellement, elle axe ses ressources sur quatre grands enjeux : le vieillissement actif, la

---

<sup>229</sup> Peter Hicks, Ressources humaines et Développement social Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

<sup>230</sup> *Ibid.*

**PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

préparation en situation d'urgence, la santé mentale et la prévention des chutes. Elle fournit aussi un soutien opérationnel au Conseil consultatif national sur le troisième âge. L'Agence veille à ce que la planification des situations d'urgence tienne compte des besoins des personnes âgées. On a dit au Comité que « l'Agence tiendra un atelier international sur les préparatifs en cas d'urgence et les personnes âgées à Winnipeg en février 2007, où se rencontreront 100 spécialistes mondiaux et personnes âgées venant de partout. Cet atelier vise à établir un plan d'action et à orienter les changements à apporter à la pratique et aux politiques sur la préparation aux situations d'urgence afin de mieux intégrer les contributions et les besoins des personnes âgées<sup>231</sup> ».

Dans le domaine du vieillissement actif, l'Agence de santé publique du Canada collabore, avec l'Organisation mondiale de la Santé et d'autres partenaires nationaux et étrangers, à une initiative mondiale visant à favoriser l'établissement de villes-amies des aînés, favorables au vieillissement actif et axées sur les personnes âgées. Le Comité s'est fait dire que « trente-quatre villes, y compris quatre villes canadiennes – Portage la Prairie, au Manitoba, Saanich, en Colombie Britannique, Sherbrooke, au Québec, et Halifax, en Nouvelle-Écosse – participent à cette initiative<sup>232</sup> ».

**Santé Canada — Santé des Premières nations et des Inuits** collabore avec les communautés des Premières nations et des Inuits à la mise sur pied de services de soins à domicile et dans la collectivité. Le programme de Services de santé non assurés (SSNA) offre aux membres des Premières nations et aux Inuits la protection nécessaire relative aux biens et services d'ordre médical qui ne sont pas couverts par d'autres régimes d'assurance-maladie. Parmi ces biens ou services, mentionnons les produits pharmaceutiques, les soins dentaires, les soins de la vue, le counseling en santé mentale et le transport à des fins médicales permettant d'obtenir les services de soins de santé inexistants dans la réserve ou dans la collectivité. Les produits pharmaceutiques assurés sont les médicaments sur ordonnance, certains médicaments en vente libre ainsi que des

---

<sup>231</sup> Margaret Gillis, Agence de santé publique du Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

<sup>232</sup> *Ibid.*

## **PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

fournitures et équipements médicaux comme les fauteuils roulants et les appareils auditifs<sup>233</sup>.

Santé Canada collabore avec les collectivités des Premières nations et des Inuits à la mise sur pied de services de soins à domicile et dans la collectivité à l'intention des personnes souffrant de maladies chroniques et aiguës. La représentante du ministère a expliqué au Comité que « le Programme de soins communautaires à domicile des Inuits et des Premières nations subit des pressions semblables à celles qui s'exercent sur les programmes provinciaux et territoriaux : une plus grande complexité des besoins en matière de santé pour réagir à des situations multiples au fur et à mesure que vieillit la population desservie et bien sûr, un désir accru d'obtenir des soins palliatifs à la maison<sup>234</sup> ».

**Affaires indiennes et du Nord Canada** offre également un Programme de soins aux adultes visant à aider les membres des Premières nations souffrant d'une limitation fonctionnelle à maintenir leur indépendance. Ce programme prévoit des services d'aide à domicile, des soins en établissement et le placement familial.

**Anciens Combattants Canada** (ACC) offre aux anciens combattants admissibles et à leurs survivants des services de santé, des programmes d'aide aux fournisseurs de soins, des pensions d'invalidité et un soutien au revenu. Les représentants du ministère ont fait savoir au Comité qu'ACC se trouve dans une position privilégiée pour répondre aux besoins d'une population vieillissante et offrir les services adéquats, l'âge moyen des anciens combattants ayant servi en temps de guerre étant d'environ 82 ans. Comme l'a expliqué un de ses représentants au Comité, « le ministère a fait office d'éclaireur en ce qui concerne les programmes qu'il offre à une population vieillissante<sup>235</sup> ». ACC offre une gamme complète de services à domicile dans le cadre du Programme pour l'autonomie des

---

<sup>233</sup> Leslie MacLean, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

<sup>234</sup> Shelagh Jane Woods, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

<sup>235</sup> Bryson Guphill, Anciens Combattants Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.



**PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

anciens combattants, d'un programme de remboursement des médicaments sur ordonnance et d'un programme de soins de longue durée. Le ministère mène actuellement un examen complet et approfondi des soins de santé en partenariat avec un Conseil consultatif de gérontologie, composé de gérontologues de toutes les régions du Canada. Les témoins d'ACC ont communiqué au Comité quelques-unes des premières recommandations du Conseil, notamment l'intégration de tous les programmes de soins de santé du ministère en un seul programme, doté d'un guichet unique, et l'adoption d'une approche fondée sur les besoins plutôt que sur les droits.

La **Société canadienne d'hypothèques et de logement** (SCHL) effectue des recherches sur le logement des personnes âgées et offre de l'information sur le sujet ainsi que des programmes de subventions et de rénovation des logements sociaux. Son représentant a expliqué que « la SCHL participe activement à des activités de recherche et de diffusion de l'information qui portent sur les défis de logement des aînés et les solutions possibles. Cela comprend la documentation des conditions de logement des aînés, l'exploration de solutions novatrices en matière de logement et la diffusion d'information visant à permettre aux aînés de continuer à vivre dans leur logement et leur collectivité de façon sûre et autonome<sup>236</sup> ».

Le **Secrétariat du Conseil du Trésor** (SCT) aide le Conseil du Trésor à exercer son rôle d'administrateur général et d'employeur de la fonction publique, ce qui est considérable puisque le gouvernement du Canada est le principal employeur au pays. Dans son exposé devant le Comité, le représentant du SCT a évoqué l'incidence du vieillissement de la population pour les employés assujettis à la *Loi sur la pension de la fonction publique* (notamment les employés de l'administration publique fédérale, des sociétés d'État, des Forces canadiennes et de la GRC). Il a précisé : « nos projections et les récentes expériences ne témoignent pas d'une « ruée vers la sortie » de la fonction publique par les enfants d'après-guerre. En fait, selon les tendances actuelles, nous estimons que les départs à la retraite

---

<sup>236</sup> Douglas Stewart, Société canadienne d'hypothèques et de logement, Témoignages, 4 décembre 2006.

augmenteront par rapport aux niveaux actuels, mais d'une manière graduelle et ordonnée pendant les 14 prochaines années<sup>237</sup>. »

## 7.2 Segments démographiques dont la responsabilité incombe au gouvernement fédéral

Même dans les domaines d'habitude relégués aux provinces et aux territoires (notamment les soins de santé, les services sociaux et le travail), le gouvernement fédéral assume des responsabilités aux termes de la Constitution à l'égard de certains groupes. Des témoins ont évoqué la situation de deux de ces groupes, les Autochtones et les Anciens combattants. On a également précisé au Comité le rôle particulier qui incombe au gouvernement fédéral compte tenu de son statut de principal employeur au pays.

La situation des groupes dont le gouvernement fédéral s'occupe est très différente. D'après les témoignages entendus, d'une part, Anciens Combattants Canada offre aux anciens combattants admissibles des programmes qui pourraient constituer un modèle pour l'ensemble des personnes âgées au Canada et, d'autre part, bon nombre d'Autochtones âgés sont en mauvaise santé, ont de piètres conditions de vie et il leur est très difficile d'avoir accès à des services tant dans les villes que dans les régions rurales et éloignées. Les témoignages sur ce dernier groupe étaient particulièrement dérangeants. Un témoin a également expliqué que « le manque d'information est un problème de taille. Nous manquons cruellement de données valables sur les Autochtones : où sont-ils? À quels services ont-ils accès ou non? Winnipeg est un excellent exemple de cela. Sa population est composée d'Autochtones dans une proportion de 10 p. 100, mais nous ignorons qui ils sont, ce qu'ils font, et à quels services ils peuvent avoir accès ou non<sup>238</sup> ». Il importe de noter que les représentants des collectivités des Premières nations et des Inuits ont eu peu d'occasions de commenter la qualité des programmes et des services fournis par le

---

<sup>237</sup> Dan Danagher, Secrétariat du Conseil du Trésor, Témoignages, 4 décembre 2006.

<sup>238</sup> Mark Buell, Organisation nationale de la santé autochtone, Témoignages, 27 novembre 2006.

**PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

gouvernement fédéral au cours des réunions le Comité a tenues jusqu'ici.

### 7.3 Collaboration interministérielle

Il a été difficile, lors de la réunion avec les représentants du gouvernement fédéral, d'établir à quel point les ministères fédéraux collaborent afin d'assurer la cohésion des politiques relatives au vieillissement et aux personnes âgées et l'homogénéité des programmes et services offerts aux aînés.

Le Comité a appris qu'un comité interministériel se réunit d'habitude de trois à quatre fois par an, sauf lorsque tous les ministères travaillent ensemble à un projet commun, comme ils le font cette année en préparation d'un examen de l'application au Canada du *Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement*.

Certains ministères collaborent à des projets particuliers concernant les personnes âgées. Un témoin a expliqué, par exemple, que Santé Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada cofinancent « une initiative menée par plusieurs intervenants pour élaborer un programme national de politiques et un cadre de programme pour les soins continus dont les soins assistés font partie intégrante. L'objectif de ce travail est d'élaborer une approche harmonieuse pour la prestation des soins actuellement assurée par Santé Canada, le MAINC et, dans certains cas, la province<sup>239</sup>. »

Certains témoins se sont demandés si « le meilleur moyen pour les gouvernements [n'était] pas d'avoir un ministre exclusivement chargé du dossier des personnes âgées<sup>240</sup> », pour que l'approche du gouvernement fédéral en la matière soit mieux concertée. D'autres ont pressé le Comité d'examiner soigneusement les résultats mitigés qu'ont obtenus les pays ayant choisi de nommer un ministre responsable des personnes âgées.

---

<sup>239</sup> Havelin Anand, Affaires indiennes et du Nord Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

<sup>240</sup> Robert Dobie, Conseil consultatif national sur le troisième âge, Témoignages, 27 novembre 2006.

## 7.4 Coopération fédérale- provinciale- territoriale

Le Comité a entendu très peu de témoignages sur l'incidence que la séparation des pouvoirs entre ordres de gouvernement a sur la gamme de services offerts aux personnes âgées. Il a toutefois appris que le ministre de RHDSC préside un « forum des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des aînés, dont les travaux se concentrent actuellement sur des questions comme la violence faite aux aînés, le vieillissement en santé et l'isolement social<sup>241</sup> ». L'Agence de santé publique du Canada recourt également à ce mécanisme pour collaborer avec les provinces et les territoires à l'élaboration d'une initiative qui « explorera les facteurs déterminants des villes-amies des aînés dans les collectivités canadiennes, petites, rurales et éloignées<sup>242</sup> ».

## 7.5 Incidence des migrations internes sur le vieillissement de la population

Lorsque la population en âge de travailler se déplace au sein d'un pays (quittant les régions rurales pour s'installer dans les régions urbaines, ou passant d'une région à l'autre, par exemple) en quête d'emplois, les personnes âgées restent souvent derrière. Il en résulte des variations dans l'âge moyen de la population selon les régions. On a dit au Comité de prêter une attention soutenue aux répercussions de ces disparités régionales. Dans son exposé, M. Byron Spencer a souligné que :

**« La proportion de citoyens faisant partie du groupe des « aînés », les 65 ans et plus, varie aussi énormément d'un bout à l'autre du pays. Cela est fort préoccupant, surtout à cause du partage des compétences et des responsabilités juridictionnelles dans le domaine de la santé. Comme on le sait, les dépenses au chapitre des soins de santé absorbent une grande part des budgets provinciaux. Voilà**

---

<sup>241</sup> Peter Hicks, Ressources humaines et Développement social Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

<sup>242</sup> Margaret Gillis, Agence de santé publique du Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

## PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS

---

**pourquoi l'inégalité qui caractérise ce groupe compte beaucoup<sup>243</sup>. »**

Lors de son étude, le Comité pourrait chercher à établir si le gouvernement peut intervenir pour corriger les disparités sur le plan de l'âge de la population selon les régions et de quelle façon.

### 7.6 Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement, 2002

Les Nations Unies ont tenu leur deuxième assemblée mondiale sur le vieillissement à Madrid en 2002 et ont produit à cette occasion le *Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement*. Le Canada a joué un rôle important dans l'élaboration de ce plan et comptait parmi ses quelque 190 signataires. Ce plan d'action appelle à un changement d'attitudes, de politiques et de pratiques pour que chacun, où qu'il réside, puisse vieillir dans la sécurité et la dignité en tant que membre à part entière de la société. Les recommandations contenues dans ce plan sont structurées selon trois orientations prioritaires : les personnes âgées et le développement; promouvoir la santé et le bien-être des personnes âgées et assurer un environnement porteur favorable.

Des témoins ont salué le *Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement de 2002* comme un bel outil stratégique pour l'élaboration de programmes et de politiques, propres à assurer la participation pleine et entière des personnes âgées à notre société.

**« Le temps est-il venu d'envisager d'utiliser ce plan comme cadre de travail pour l'avenir, un important outil de planification nationale qui s'attaque aux inégalités entre les provinces et qui sert de véhicule aux changements sociaux qui permettront aux personnes âgées de savoir intuitivement qu'elles**

---

<sup>243</sup> Byron Spencer, Université McMaster, Témoignages, 27 novembre 2006.

**forment un des éléments clés d'une collectivité saine et dynamique<sup>244</sup>? »**

Le Plan appelait chaque pays à surveiller, examiner et communiquer ses progrès dans le domaine. Les témoins qu'a entendus le Comité ont fait savoir que Ressources humaines et Développement social Canada travaille actuellement, en collaboration avec d'autres ministères fédéraux, à l'élaboration d'un rapport sur les progrès accomplis par le Canada dans le cadre du *Plan international sur le vieillissement de 2002*.

**« Les pays ont demandé de revoir leurs progrès sur une base volontaire. Actuellement, nous réunissons différents ministères et il est utile que vous siégiez à ce comité pour savoir où nous en sommes en ce qui concerne les progrès accomplis. Nous avons décidé d'aller de l'avant, de faire rapport sur les progrès et d'écouter ce que les autres pays ont à dire pour être au courant des mesures prises à l'étranger de sorte que nous soyons mieux informés. Je crois qu'en février ou en mars, nous ferons rapport aux Nations Unies<sup>245</sup>. »**

## 7.7 Questions à examiner plus à fond

- Le gouvernement fédéral doit-il ou peut-il atténuer l'incidence éventuellement inégale, entre provinces ou territoires, d'une répartition déséquilibrée des personnes âgées sur les dépenses au titre de la santé? Si tel est le cas, comment?
- Comment le gouvernement fédéral concerte-t-il ses efforts avec les provinces et les territoires dans les domaines de responsabilités partagées?
- Le gouvernement fédéral s'occupe-t-il comme il le devrait des personnes âgées dont il a la responsabilité, comme les anciens

---

<sup>244</sup> Jane Barratt, Fédération internationale du vieillissement, Témoignages, 11 décembre 2006.

<sup>245</sup> Marla Israel, Ressources humaines et Développement social Canada, Témoignages, 4 décembre 2006.

**PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS**

---

combattants, les membres des Premières nations vivant dans des réserves et les Inuits?

- Le gouvernement fédéral devrait-il participer à l'établissement de normes nationales dans des secteurs comme les soins de longue durée, comme le proposent plusieurs témoins?
- Les personnes âgées peuvent-elles facilement obtenir les renseignements sur les programmes et services du gouvernement canadien qui leur sont destinés? Les outils de communication qu'utilise le gouvernement fédéral conviennent-ils aux cohortes actuelles de personnes âgées?





## Liste des témoins

### 27 novembre 2006

Statistique Canada

**Pamela White**, directrice, Division de la démographie;

**Laurent Martel**, analyste, Section de la recherche et de l'analyse.

À titre personnel

**Byron Spencer**, professeur d'économie, Université McMaster.

Organisation nationale de la santé autochtone

**Carole Lafontaine**, présidente-directrice générale intérimaire;

**Mark Buell**, gestionnaire, Politiques et communications.

Conseil consultatif national sur le troisième âge

**Robert Dobie**, président intérimaire.

À titre personnel

**Douglas Durst**, professeur, Faculté de travail social, Université de Regina.

### 4 décembre 2006

Ressources humaines et développement social Canada

**Peter Hicks**, directeur exécutif, Analyse stratégique, vérification et évaluation;

**John Connolly**, directeur, Division des partenariats, Direction du développement communautaire et des partenariats;

**Marla Israel**, directrice, Politique et accords internationaux, Secrétariat des politiques sur les aînés et les pensions.

Agence de santé publique du Canada

**Margaret Gillis**, directrice, Division du vieillissement et des personnes âgées.

Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

**Leslie MacLean**, directrice générale, Services de santé non assurés;

**Shelagh Jane Woods**, directrice générale, Direction des soins de santé primaires et de la santé publique.

## LISTE DES TÉMOINS

---

Affaires indiennes et du Nord Canada

**Havelin Anand**, directrice générale, Direction générale de la politique sociale et des programmes.

Anciens Combattants Canada

**Bryson Guptill**, directeur général, Politique en matière de programmes et de services.

Société canadienne d'hypothèques et de logement

**Douglas Stewart**, vice-président, Planification des politiques.

Secrétariat du Conseil du Trésor

**Dan Danagher**, directeur exécutif, Relations de travail et opérations de rémunération.

Agence de gestion des ressources humaines de la fonction publique du Canada

**Cecilia Muir**, directrice générale, Renouvellement et diversité de la fonction publique.

### 11 décembre 2006

CARP – Association du Canada pour les gens de 50 ans et plus

**Judy Cutler**, directrice, Relations gouvernementales;

**Taylor Alexander**, consultant en politique sur le vieillissement et en soins continus.

Légion royale canadienne

**Jack Frost**, président national;

**Pierre Allard**, directeur, Bureau d'entraide.

Fédération internationale du vieillissement

**Jane Barratt**, secrétaire générale.

Instituts de recherche en santé du Canada

**Anne Martin-Matthews**, directrice scientifique, Institut du vieillissement.

Association canadienne de gérontologie

**Sandra P. Hirst**, présidente.

Initiative nationale pour le soin des personnes âgées

**Lynn McDonald**, directrice scientifique.





*If undelivered, return COVER ONLY to:*

Public Works and Government Services Canada –  
Publishing and Depository Services  
Ottawa, Ontario K1A 0S5

*En cas de non-livraison,  
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*

Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –  
Les Éditions et Services de dépôt  
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

---

WITNESS

**Monday, February 12, 2007**

*Human Resources and Social Development Canada:*

Peter Hicks, Executive Director, Strategic Analysis, Audit and  
Evaluation.

TÉMOIN

**Le lundi 12 février 2007**

*Ressources humaines et Développement social Canada :*

Peter Hicks, directeur exécutif, Analyse stratégique, vérification  
et évaluation.