

**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>. »**

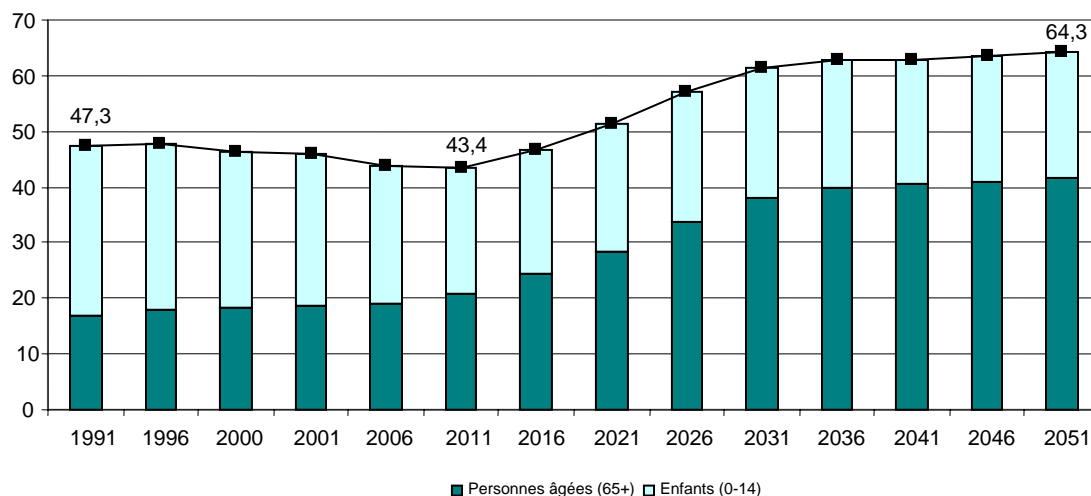
L'augmentation du nombre d'aînés au sein de la population a une incidence sur le rapport de dépendance, qui est défini comme la proportion d'enfants (de 0 à 14 ans) et d'aînés (de 65 ans et plus) par rapport à la population en âge de travailler (de 15 à 64 ans). Comme l'indique la figure 2-1, le rapport 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.*

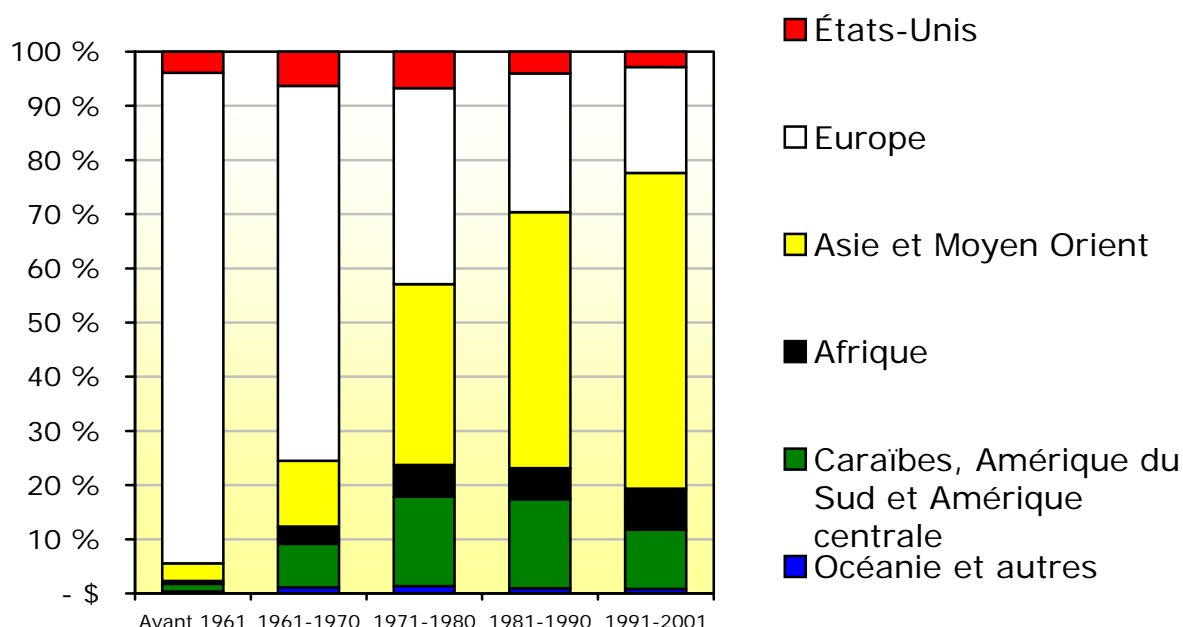
## PARTIE 2 : PHASE I – RÉSUMÉ DES TÉMOIGNAGES ENTENDUS

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.

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.

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 élevé, 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.*

**« Prodiguer 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 gériatriques et gérontologiques

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 gérontologie 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 gérontologie, 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'ânés disposant d'un véhicule entre 1999 et 2003. Cette augmentation était plus marquée chez les femmes âgées 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 ânés 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 ânés et les services de transport privés à la disponibilité des services et aux mesures d'adaptation possibles qui pourraient accroître l'accès des ânés 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 ânés 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'ânés 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 ânés 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.