



Second Session  
Fortieth Parliament, 2009

## SENATE OF CANADA

---

*Proceedings of the Special  
Senate Committee on*

# Aging

*Chair:*

The Honourable SHARON CARSTAIRS, P.C.

---

Monday, March 23, 2009 (in camera)

---

### Issue No. 2

**Second (final) meeting on:**  
Special study on aging

---

INCLUDING:  
THE SECOND REPORT OF THE COMMITTEE  
(Special Study Budget 2008-09)  
and  
THE THIRD REPORT OF THE COMMITTEE  
(Final Report: *Canada's Aging Population:  
Seizing the Opportunity*)

---

Deuxième session de la  
quarantième législature, 2009

## SÉNAT DU CANADA

---

*Délibérations du Comité  
sénatorial spécial sur le*

# Vieillessement

*Présidente :*

L'honorable SHARON CARSTAIRS, C.P.

---

Le lundi 23 mars 2009 (à huis clos)

---

### Fascicule n° 2

**Deuxième (dernière) réunion concernant :**  
L'étude spéciale sur le vieillissement

---

Y COMPRIS :  
LE DEUXIÈME RAPPORT DU COMITÉ  
(Budget pour l'étude spéciale de 2008-2009)  
et  
LE TROISIÈME RAPPORT DU COMITÉ  
(Rapport final : *Le vieillissement de la population,  
un phénomène à valoriser*)

---

THE SPECIAL SENATE COMMITTEE  
ON AGING

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

The Honourable Wilbert J. Keon, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

|             |                  |
|-------------|------------------|
| Chaput      | * LeBreton, P.C. |
| Cordy       | (or Comeau)      |
| Cools       | Mercer           |
| * Cowan     | Stratton         |
| (or Tardif) |                  |

\*Ex officio members

(Quorum 3)

*Changes in membership of the committee:*

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

The Honourable Senator Stratton replaced the Honourable Senator Greene (*March 23, 2009*).

The Honourable Senator Greene replaced the Honourable Senator Stratton (*March 19, 2009*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL SUR  
LE VIEILLISSEMENT

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

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

et

Les honorables sénateurs :

|             |                  |
|-------------|------------------|
| Chaput      | * LeBreton, C.P. |
| Cordy       | (ou Comeau)      |
| Cools       | Mercer           |
| * Cowan     | Stratton         |
| (ou Tardif) |                  |

\* Membres d'office

(Quorum 3)

*Modifications de la composition du comité :*

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

L'honorable sénateur Stratton a remplacé l'honorable sénateur Greene (*le 23 mars 2009*).

L'honorable sénateur Greene a remplacé l'honorable sénateur Stratton (*le 19 mars 2009*).

**MINUTES OF PROCEEDINGS**

OTTAWA, Monday, March 23, 2009  
(3)

[*English*]

The Special Senate Committee on Aging met in camera this day at 12:32 p.m., in room 705, Victoria Building, the chair, the Honourable Sharon Carstairs, P.C., presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Carstairs, P.C., Cordy, Greene, Keon and Mercer (5).

*In attendance:* Julie Cool, Analyst, Parliamentary Information and Research Service, Library of Parliament.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, February 10, 2009, the committee continued consideration of the implications of an aging society in Canada.

Pursuant to rule 92(2)(f), the committee considered a draft report.

It was agreed that an additional appendix be added to the report, and that the committee adopt the report entitled *Canada's Aging Population: Seizing the Opportunity*, as amended, and that the chair and deputy chair be empowered to make any editorial, grammatical or stylistic changes required prior to tabling the report in the Senate.

It was agreed that the draft communication plan be adopted.

At 12:56 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

*ATTEST:*

*La greffière du comité,*

Keli Hogan

*Clerk of the Committee*

**PROCÈS-VERBAL**

OTTAWA, le lundi 23 mars 2009  
(3)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui à huis clos, à 12 h 32, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Sharon Carstairs, C.P. (*présidente*).

*Membres du comité présents :* Les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Cordy, Greene, Keon et Mercer (5).

*Également présente :* Julie Cool, analyste, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 10 février 2009, le comité poursuit son étude des répercussions du vieillissement de la société au Canada.

Conformément à l'article 92(2)f) du Règlement, le comité examine une ébauche de rapport.

Il est convenu qu'un document supplémentaire soit annexé au rapport, et que le comité adopte le rapport intitulé *Le vieillissement de la population, un phénomène à valoriser*, tel que modifié, et que la présidente et le vice-président soient autorisés à y apporter les changements requis sur le plan de la rédaction, de la grammaire et du style avant son dépôt au Sénat.

Il est convenu que l'ébauche du plan de communication soit adoptée.

À 12 h 56, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

*ATTESTÉ :*

**REPORTS OF THE COMMITTEE**

Tuesday, March 24, 2009

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

**SECOND REPORT**

Your committee, which was authorized by the Senate on Tuesday, February 10, 2009, to examine and report upon the implications of an aging society in Canada, and was empowered on Wednesday, March 11, 2009 to engage the services of such counsel and technical, clerical and other personnel as may be necessary for the purpose of its study, respectfully requests funds for the fiscal year ending March 31, 2009.

Pursuant to Chapter 3:06, section 2(1)(c) of the *Senate Administrative Rules*, the budget submitted to the Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration and the report thereon of that committee are appended to this report.

Respectfully submitted,

*La présidente,*

SHARON CARSTAIRS

*Chair*

**RAPPORTS DU COMITÉ**

Le mardi 24 mars 2009

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

**DEUXIÈME RAPPORT**

Votre comité qui a été autorisé par le Sénat le mardi 10 février 2009 à examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne et à en faire rapport, et qui a été autorisé le mercredi 11 mars 2009 à retenir les services d'avocats, de conseillers techniques et de tout autre personnel jugé nécessaire aux fins de son enquête, demande respectueusement des fonds pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 2009.

Conformément au chapitre 3:06, article 2(1)c) du *Règlement administratif du Sénat*, le budget présenté au Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration ainsi que le rapport s'y rapportant sont annexés au présent rapport.

Respectueusement soumis,

**SPECIAL SENATE COMMITTEE ON  
AGING  
STUDY ON THE IMPLICATIONS OF AN  
AGING SOCIETY IN CANADA  
APPLICATION FOR BUDGET AUTHORIZATION  
FOR THE FISCAL YEAR ENDING  
MARCH 31, 2009**

Extract from the *Journals of the Senate* of Tuesday, February 10, 2009:

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

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

That, notwithstanding rule 85(1)(b), the committee be comprised of seven members, namely the Honourable Senators Carstairs, P.C., Chaput, Cools, Cordy, Keon, Mercer, and Stratton, and that three members constitute a quorum;

That the committee examine the issue of aging in our

society, relating to, but not limited to, the following:

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

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

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

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

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

That the committee have power to send for persons, papers and records; to examine witnesses; to report from time to time and to print such papers and evidence from day to day as may be ordered by the committee;

**COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL  
SUR LE VIEILLISSEMENT  
ÉTUDE SUR LES INCIDENCES DU VIEILLISSEMENT  
DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE  
DEMANDE D'AUTORISATION DE BUDGET POUR  
L'EXERCICE FINANCIER SE TERMINANT  
LE 31 MARS 2009**

Extrait des *Journaux du Sénat* du mardi 10 février 2009:

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur Carstairs, C.P., appuyée par l'honorable sénateur Hubley,

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'article 85(1)b) du Règlement, le comité soit composé de sept membres, à savoir les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Chaput, Cools, Cordy, Keon, Mercer et Stratton, et que trois membres constituent le quorum;

Que le comité examine la question du vieillissement dans

notre société sous divers aspects, notamment en ce qui concerne:

- 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; et
- 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;

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;

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

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

That the papers and evidence received and taken and work accomplished by the committee on this subject during the First and Second Session of the Thirty-ninth Parliament be referred to the committee; and

That the committee submit its final report no later than April 30, 2009, and that the committee retain all powers necessary to publicize its findings until 90 days after the tabling of the final report.

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

*Le greffier du Sénat,*

Paul C. Bélisle

*Clerk of the Senate*

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'article 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 les documents reçus, les témoignages entendus, et les travaux accomplis par le comité sur ce sujet au cours de la première et de la deuxième sessions de la trente-neuvième législature soient renvoyés au comité;

Que le comité présente son rapport final au plus tard le 30 avril 2009, et qu'il conserve tous les pouvoirs nécessaires pour diffuser ses conclusions dans les 90 jours suivant le dépôt du rapport final.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

#### SUMMARY OF EXPENDITURES

|                                   |                 |
|-----------------------------------|-----------------|
| Professional and Other Services   | \$ 7,800        |
| Transportation and Communications | 400             |
| All Other Expenditures            | <u>800</u>      |
| <b>TOTAL</b>                      | <b>\$ 9,000</b> |

#### SOMMAIRE DES DÉPENSES

|                                   |                 |
|-----------------------------------|-----------------|
| Services professionnels et autres | 7 800 \$        |
| Transports et communications      | 400             |
| Autres dépenses                   | <u>800</u>      |
| <b>TOTAL</b>                      | <b>9 000 \$</b> |

The above budget was approved by the Special Senate Committee on Aging on Monday, March 9, 2009.

The undersigned or an alternate will be in attendance on the date that this budget is considered.

Le budget ci-dessus a été approuvé par le Comité sénatorial spéciale sur le vieillissement lundi le 9 mars 2009.

Le soussigné ou son remplaçant assistera à la séance au cours de laquelle le présent budget sera étudié.

Date \_\_\_\_\_ Sharon Carstairs, P.C.  
Chair, Special Senate Committee on Aging

Date \_\_\_\_\_ Sharon Carstairs, C.P.  
Présidente du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement

Date \_\_\_\_\_ George J. Furey  
Chair, Standing Senate Committee on Internal Economy, Budgets and Administration

Date \_\_\_\_\_ George J. Furey  
Président du Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration

#### HISTORICAL INFORMATION

| Fiscal year    | 2006-2007 | 2007-2008   |             | 2008-2009 |
|----------------|-----------|-------------|-------------|-----------|
|                |           | 1st Session | 2nd Session |           |
| Total approved | \$25,100  | \$96,050    | \$22,770    | \$462,210 |
| Expenditures   | \$16,286  | \$22,770    | \$17,904    | \$229,487 |

#### DONNÉES ANTÉRIEURES

| Année financière   | 2006-2007 | 2007-2008               |                        | 2008-2009  |
|--------------------|-----------|-------------------------|------------------------|------------|
|                    |           | 1 <sup>re</sup> Session | 2 <sup>e</sup> Session |            |
| Budget approuvé    | 25 100 \$ | 96 050 \$               | 22 770 \$              | 462 210 \$ |
| Total des dépenses | 16 286 \$ | 22 770 \$               | 17 904 \$              | 229 487 \$ |

**SPECIAL SENATE COMMITTEE ON  
AGING**

**STUDY ON THE IMPLICATIONS OF AN AGING SOCIETY IN CANADA**

**EXPLANATION OF BUDGET ITEMS  
APPLICATION FOR BUDGET AUTHORIZATION  
FOR THE FISCAL YEAR ENDING MARCH 31, 2009**

**PROFESSIONAL AND OTHER SERVICES**

|           |                                                                                                                                                            |          |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1.        | Working meals (0415)<br><i>(7 meals, \$400/meal)</i>                                                                                                       | 2,800    |
| 2.        | Consultant services (0431)<br><i>(5 days, \$1000/day — sole sourcing Michelle MacDonald — English editing and revision and French editor, if required)</i> | 5,000    |
| Sub-total |                                                                                                                                                            | \$ 7,800 |

**ALL OTHER EXPENDITURES**

**OTHER**

|                |                               |     |
|----------------|-------------------------------|-----|
| 1.             | Miscellaneous expenses (0798) | 800 |
| <b>COURIER</b> |                               |     |
| 2.             | Courier Charges (0261)        | 400 |

Sub-total \$ 1,200

Total \$ 9,000

The Senate administration has reviewed this budget application.

\_\_\_\_\_  
Heather Lank, Principal Clerk,  
Committees Directorate

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Nicole Proulx, Director of Finance

\_\_\_\_\_  
Date

**COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL  
SUR LE VIEILLISSEMENT**

**ÉTUDE SUR LES INCIDENCES DU VIEILLISSEMENT DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE**

**EXPLICATION DES ITEMS BUDGÉTAIRES  
DEMANDE D'AUTORISATION DE BUDGET POUR  
L'EXERCICE FINANCIER SE TERMINANT LE 31 MARS 2009**

**SERVICES PROFESSIONNELS ET AUTRES**

|            |                                                                                                                                                                                 |          |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1.         | Repas de travail (0415)<br><i>(7 repas, 400 \$/repas)</i>                                                                                                                       | 2 800    |
| 2.         | Services de consultation (0431)<br><i>5 jours, 1000 \$/jour — fournisseur exécutif Michelle MacDonald — édition et révision en anglais, et éditeur français, si nécessaire)</i> | 5 000    |
| Sous-total |                                                                                                                                                                                 | 7 800 \$ |

**AUTRES DÉPENSES**

**AUTRES**

|                   |                            |          |
|-------------------|----------------------------|----------|
| 1.                | Frais divers (0798)        | 800      |
| <b>MESSAGERIE</b> |                            |          |
| 2.                | Frais de messagerie (0261) | 400      |
| Sous-total        |                            | 1 200 \$ |

Total 9 000 \$

L'administration du Sénat a examiné la présente demande d'autorisation budgétaire.

\_\_\_\_\_  
Heather Lank, greffière principale,  
Direction des comités

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Nicole Proulx, directrice des Finances

\_\_\_\_\_  
Date



## APPENDIX (B) TO THE REPORT

Thursday, March 12, 2009

The Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration has examined the budget presented to it by the Special Senate Committee on Aging for the proposed expenditures of the said Committee for the fiscal year ending March 31, 2009 for the purpose of its special study on the implications of an aging society in Canada, as authorized by the Senate on Tuesday, February 10, 2009. The said budget is as follows:

|                                   |            |
|-----------------------------------|------------|
| Professional and Other Services   | \$ 7,800   |
| Transportation and Communications | 400        |
| All Other Expenditures            | <u>800</u> |
| TOTAL                             | \$ 9,000   |

Respectfully submitted,

*Le président,*  
GEORGE J. FUREY  
*Chair*

## ANNEXE (B) AU RAPPORT

Le jeudi 12 mars 2009

Le Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration a examiné le budget qui lui a été présenté par le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement concernant les dépenses projetées dudit Comité pour l'exercice se terminant le 31 mars 2009 aux fins de leur étude spéciale sur les incidences du vieillissement de la société canadienne, tel qu'autorisé par le Sénat le mardi 10 février 2009. Ledit budget se lit comme suit:

|                                   |            |
|-----------------------------------|------------|
| Services professionnels et autres | 7 800 \$   |
| Transports et communications      | 400        |
| Autres dépenses                   | <u>800</u> |
| TOTAL                             | 9 000 \$   |

Respectueusement soumis,

Tuesday, April 21, 2009

Le mardi 21 avril 2009

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

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

**THIRD REPORT**

**TROISIÈME RAPPORT**

Your committee, which was authorized by the Senate on Tuesday, February 10, 2009, to examine and report upon the implications of an aging society in Canada, now tables its final report entitled *Canada's Aging Population: Seizing the Opportunity*.

Votre comité a été autorisé par le Sénat le mardi 10 février 2009 à examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne et d'en faire rapport, dépose maintenant son rapport final intitulé *Le vieillissement de la population, un phénomène à valoriser*.

Respectfully submitted,

Respectueusement soumis,

*La présidente,*

SHARON CARSTAIRS

*Chair*





Special Senate  
Committee on Aging  
Final Report

**Canada's Aging Population:  
Seizing the Opportunity**

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

April 2009

This report is dedicated to the seniors who have not had the support they need as our society has tried to come to terms with monumental societal shifts which have inadvertently shunted them to the sidelines.

It is dedicated to seniors who have held onto the hope of a better world in which to age.

It is dedicated to the seniors, advocates, caregivers, health care workers, academics and other experts who have devoted their lives and energies to bringing about this better world, who have so generously shared their passion with this Committee.

For more information, please contact us  
by e-mail: [age@sen.parl.gc.ca](mailto:age@sen.parl.gc.ca)  
by phone: (613) 990-0088  
toll free: 1 800 267-7362  
by mail: The Special Senate Committee on Aging  
The Senate, Ottawa, Ontario, Canada, K1A 0A4  
This report can be downloaded at:  
[www.senate-senat.ca/age.asp](http://www.senate-senat.ca/age.asp)

*Ce rapport est également offert en français*

# Table of Contents

|                                                                                                             |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>MEMBERSHIP .....</b>                                                                                     | <b>V</b>   |
| <b>ORDER OF REFERENCE .....</b>                                                                             | <b>VII</b> |
| <b>A MESSAGE FROM THE CHAIR .....</b>                                                                       | <b>IX</b>  |
| <b>FOREWORD .....</b>                                                                                       | <b>1</b>   |
| A FEW WORDS ABOUT DEFINITIONS .....                                                                         | 2          |
| <b>SETTING THE VISION.....</b>                                                                              | <b>5</b>   |
| WHAT THE COMMITTEE LEARNED .....                                                                            | 5          |
| IMPLEMENTING THE COMMITTEE’S VISION .....                                                                   | 9          |
| <b>CHAPTER 1: COUNTERING AGEISM .....</b>                                                                   | <b>11</b>  |
| 1.1 DEFINING AGEISM .....                                                                                   | 12         |
| 1.2 MOVING TOWARD A POSITIVE VIEW OF AGING .....                                                            | 14         |
| 1.3 COMPETENCY .....                                                                                        | 16         |
| 1.4 COMPETENCY AND DRIVING: NOT JUST A SENIORS<br>ISSUE.....                                                | 19         |
| 1.5 COMPETENCY AND WORK.....                                                                                | 22         |
| 1.6 ABUSE AND NEGLECT .....                                                                                 | 24         |
| <b>CHAPTER 2: INTEGRATING CARE .....</b>                                                                    | <b>33</b>  |
| 2.1 A MOVE TO INTEGRATED CARE.....                                                                          | 34         |
| 2.2 CONTINUUM OF SERVICES AND CARE FOR AGING IN<br>THE PLACE OF CHOICE.....                                 | 41         |
| <b>CHAPTER 3: COMPARABLE ACCESS TO SERVICES<br/>ACROSS THE COUNTRY .....</b>                                | <b>63</b>  |
| 3.1 SENIORS AND HEALTH CARE COSTS .....                                                                     | 63         |
| 3.2 HEALTH PROMOTION EFFORTS CAN HELP REDUCE<br>HEALTH CARE COSTS.....                                      | 65         |
| 3.3 DEMOGRAPHIC PROJECTIONS FOR PROVINCES AND<br>TERRITORIES .....                                          | 67         |
| 3.4 A SUPPLEMENTARY PROGRAM TO COMPENSATE FOR<br>UNEVEN AGING ACROSS THE PROVINCES AND<br>TERRITORIES ..... | 68         |
| 3.5 COMPARABLE ACCESS TO MEDICATIONS: A NATIONAL<br>FORMULARY .....                                         | 70         |

## TABLE OF CONTENTS

---

|                                                                                   |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>CHAPTER 4: ACTIVE AGING IN AGE-FRIENDLY CITIES AND RURAL COMMUNITIES .....</b> | <b>73</b>  |
| 4.1 ACTIVE AGING .....                                                            | 73         |
| 4.2 AGE-FRIENDLY CITIES AND RURAL COMMUNITIES .....                               | 83         |
| 4.3 UNIVERSAL DESIGN .....                                                        | 86         |
| 4.4 TRANSPORTATION .....                                                          | 88         |
| <b>CHAPTER 5: ELIMINATING POVERTY .....</b>                                       | <b>93</b>  |
| 5.1 PENSIONS .....                                                                | 94         |
| 5.2 SAVINGS .....                                                                 | 98         |
| 5.3 OLD AGE SECURITY/GUARANTEED INCOME<br>SUPPLEMENT (OAS/GIS) .....              | 100        |
| 5.4 EARNINGS .....                                                                | 106        |
| 5.5 THE INCOME SECURITY SYSTEM .....                                              | 111        |
| <b>CHAPTER 6: SUPPORTING CAREGIVERS .....</b>                                     | <b>117</b> |
| 6.1 POLICY SUPPORTS TO HELP CAREGIVERS .....                                      | 119        |
| 6.2 A NATIONAL CAREGIVER STRATEGY .....                                           | 128        |
| <b>CHAPTER 7: SUPPORTING THE VOLUNTARY<br/>SECTOR .....</b>                       | <b>131</b> |
| 7.1 SENIORS AND THE VOLUNTARY SECTOR .....                                        | 131        |
| 7.2 NEW HORIZONS FOR SENIORS PROGRAM .....                                        | 136        |
| <b>CHAPTER 8: THE HEALTH AND SOCIAL CARE<br/>WORKFORCE .....</b>                  | <b>139</b> |
| 8.1 INCREASING THE SUPPLY OF TRAINED<br>GERONTOLOGISTS AND GERIATRICIANS .....    | 142        |
| 8.2 ADAPTING TRAINING FOR AN AGING POPULATION .....                               | 147        |
| 8.3 TRAINING OF HOME CARE AND PERSONAL SUPPORT<br>WORKERS .....                   | 149        |
| <b>CHAPTER 9: INCORPORATING RESEARCH AND<br/>NEW TECHNOLOGY .....</b>             | <b>155</b> |
| 9.1 RESEARCH ON AGING .....                                                       | 155        |
| 9.2 TELEMEDICINE AND TELEHOMECARE .....                                           | 158        |
| 9.3 ELECTRONIC HEALTH RECORD .....                                                | 161        |
| <b>CHAPTER 10: FEDERAL POPULATION GROUPS –<br/>LEADING BY EXAMPLE .....</b>       | <b>165</b> |
| 10.1 DIRECT FEDERAL LEADERSHIP .....                                              | 165        |
| 10.2 VETERANS .....                                                               | 165        |
| 10.3 FIRST NATIONS AND INUIT .....                                                | 171        |

|                                                                                       |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 10.4 FEDERAL OFFENDERS .....                                                          | 178        |
| 10.5 NATIONAL LEADERSHIP AND INDIRECT<br>RESPONSIBILITY .....                         | 182        |
| 10.6 OFFICIAL LANGUAGE MINORITY SENIORS .....                                         | 182        |
| 10.7 ABORIGINAL SENIORS .....                                                         | 187        |
| 10.8 THE GOVERNMENT OF CANADA MOVES FORWARD AS<br>LEADER.....                         | 190        |
| <b>APPENDIX I: LIST OF RECOMMENDATIONS BY<br/>FRAMEWORK .....</b>                     | <b>193</b> |
| <b>APPENDIX II: COMPLETE LIST OF<br/>RECOMMENDATIONS .....</b>                        | <b>203</b> |
| <b>APPENDIX III: CHECKLIST OF ESSENTIAL<br/>FEATURES OF AGE-FRIENDLY CITIES.....</b>  | <b>211</b> |
| <b>APPENDIX IV: LIST OF WITNESSES SECOND<br/>SESSION THIRTY-NINTH PARLIAMENT.....</b> | <b>215</b> |
| <b>APPENDIX V: COSTS: COMMUNITY VERSUS<br/>FACILITY .....</b>                         | <b>233</b> |





## **Membership**

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

And

The Honourable Senators:

Maria Chaput  
Anne C. Cools  
Jane Cordy  
Terry M. Mercer  
Terry Stratton

Ex-officio members of the Committee:

The Honourable James Cowan, (or Claudette Tardif) and Marjory LeBreton, P.C., (or Gérald Comeau)

Analysts from the Parliamentary Information and Research Service of  
the Library of Parliament:

Julie Cool  
Havi Echenberg  
Nancy Miller Chenier  
Michael Toye  
Karin Phillips

Senate Committees Directorate:

Keli Hogan, Clerk of the Committee  
Monique Régimbald, Administrative Assistant

Research Staff:

Michelle MacDonald, Special Advisor to the Committee



## Order of Reference

Extract from the *Journals of the Senate* of Tuesday, February 10, 2009:

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

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

That, notwithstanding rule 85(1)(b), the committee be comprised of seven members, namely the Honourable Senators Carstairs, P.C., Chaput, Cools, Cordy, Keon, Mercer, and Stratton, and that three members constitute a quorum;

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

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

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

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

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

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

## **ORDER OF REFERENCE**

---

That the committee have power to send for persons, papers and records; to examine witnesses; to report from time to time and to print such papers and evidence from day to day as may be ordered by the committee;

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

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

That the papers and evidence received and taken and work accomplished by the committee on this subject during the First and Second Session of the Thirty-ninth Parliament be referred to the committee; and

That the committee submit its final report no later than April 30, 2009, and that the committee retain all powers necessary to publicize its findings until 90 days after the tabling of the final report.

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

Paul C. Bélisle

*Clerk of the Senate*

## **A Message from the Chair**

This Committee was originally struck by the Senate in the Fall of 2006. In the intervening two and a half years there have been two prorogations and an election. Each time the Committee has had to be re-struck and given a new order of reference by the Senate.

The Committee worked long hours over many months, requiring the services of a large number of procedural, research and administrative officers, editors, reporters, interpreters, translators, messengers, publications, broadcasting, printing, technical and logistical staff who ensured the progress of the work and reports of the Committee. I wish to extend my appreciation, and the appreciation of my colleagues on the Committee, for their efficiency and hard work.

In particular, I would like to acknowledge the contributions of Julie Cool, Analyst from the Parliamentary Information and Research Service, who has been the key researcher throughout each stage of the Committee's work.

The Committee also benefited from the assistance of two very capable Committee Clerks during the life of the study, François Michaud and Keli Hogan. Along with the administrative assistant to the Clerk of the Committee, Monique Régimbald, they were responsible for organizing all the meetings the Committee, including scheduling the appearances of all the witnesses, for overseeing the translation and printing of all the reports, and for responding to requests for information about the Committee's work and for copies of the Committee's reports.

I would also like to thank Michelle MacDonald, Special Advisor to the Committee, for her valuable assistance throughout the Committee's study.

Karen Schwinghamer, Senate Communications Senior Advisor, also provided valuable assistance throughout the study in helping to publicize the work of the Committee.

But most of all, I would like to acknowledge the dedication and passion of Canadians working with the aged who shared their stories with the Committee. As we work to implement a new vision for

## **A MESSAGE FROM THE CHAIR**

---

embracing the challenge of an aging population in Canada, we must learn from their experiences, build upon our successes, challenge ourselves to embrace new ways of thinking, and seize for opportunities for multi-jurisdictional collaboration to build a better, more inclusive Canada for the future.

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

## **Foreword**

In November 2006, the Special Senate Committee on Aging was created with a broad mandate to review a wide range of complex issues to determine if Canada is providing the right programs and services at the right time to the individuals who need them.

The Committee has reviewed public programs and services for seniors, identified the gaps that exist in meeting their needs, and examined the implications for service delivery in the future as the population ages.

The Committee released an interim report in February 2007, *Embracing the Challenge of Aging*, which summarized the findings of the first phase of the study. That report identified overarching questions, organised into four broad themes: defining seniors; the diversity of seniors and their needs; promising policy approaches; and the role of the federal government.

Using these four broad themes to frame its work, the Committee undertook to examine these issues in more detail in the second phase of its study. This included a series of hearings and a questionnaire sent to seniors' organizations across Canada to elicit their views on issues important to them.

In March 2008, the Committee released a second interim report, *Issues and Options for an Aging Population*. In its second report, the Committee identified key public policy issues with respect to the aging of the population and presented a set of potential options for addressing these issues.

Since March 2008, the Committee was engaged in the third and final phase of its study where it invited expert witnesses to testify at roundtable hearings and travelled throughout Canada to hear from Canadians on the issues and options presented in the second interim report.

The Committee visited Halifax, Nova Scotia, Moncton, New Brunswick, Sherbrooke, Quebec, Welland, Ontario, Ste. Anne, Manitoba, the Sagkeeng First Nation in Manitoba, Vancouver, British



Columbia and Victoria, British Columbia. The Committee went out and met where seniors gather in order to hear their personal stories.

In this final report of the Special Senate Committee on Aging, we set out a comprehensive vision for government, organizations and individuals to embrace the challenges of an aging population.

This report contains recommendations in the broadest sense of the term. The Committee is a creature of the Senate, and as a consequence, it is rooted in the federal level of government. The Senate can only, in the strictest sense, make formal recommendations to the Senate.

At the same time, the Committee wants to share the wisdom it heard from our many witnesses. As a result, this report contains recommendations that represent a consensus reached by members of the Committee to endorse a course of action or an idea that emerged in our deliberations.

Even though many of these concern other levels of government, or the private and volunteer sectors, the Committee felt that it was worthwhile including the recommendations in the hope that they would inform, engage and inspire action at every level and in every aspect of our society.

## A Few Words About Definitions

The Canadian population is aging. It is a demographic trend that can be neatly plotted in graphics, counted in statistics. We are living longer.

Statistics Canada recently put numbers to this fact, pointing out the number of people aged 100 or older increased 50 percent between 1996 and 2006, and is set to triple to more than 14 000 by 2031. This made national headlines.

Meanwhile, Canadians are having fewer babies, shifting the historical balance between the young and the old. Add to that the reality that the baby-boom generation is entering the retirement years, and it becomes unavoidable and clear – the Canadian population is aging.

If we understand growing older to be a proxy for retreat from paid work, for physical decline and inactivity, and for increased dependence, then we have the makings of a crisis on our hands. But the generations that are now in the oldest age groups have charted a new meaning of growing older. They have begun to retire the stereotypes of aging, setting out new and exciting ways of aging.

It is widely believed that the baby-boom generation is likely to push the reality of aging to new limits, completely redefining the concept. This poses a challenge to the crafting of a report such as this – what exactly do we mean by aging and seniors?

Throughout this report, the terms “seniors” and “older Canadians” are used interchangeably. Some commentators have identified categories of “young old”, “middle old” and “frail old” – some have gone further and associated specific age brackets with each of these categories.

In our first interim report, this Committee grappled with the definition of seniors, asking whether age should define eligibility for access to programs, and whether the current definition of seniors as those over the age of 65 still serves seniors, employers, and the rest of society.

In the end, we leave it to the reader to define what they mean by seniors. There are as many ways to age as there are individuals aging. Some 60-year-olds may associate strongly with the term seniors. They many have a positive view of being a senior or elder. The term may be imbued with a sense of the wisdom which one acquires through life experience, or with well-deserved retirement from paid work.

Others may react strongly against the label “senior” and the meaning which is currently ascribed to it.

So we will use the terms “seniors” and “older persons” loosely and give full licence to the reader to determine whether or not these categories apply to them.

As we will see in the next chapter, the ever-present risk we are trying to avoid is falling into the trap of ageism, where individuals are defined by their age alone. So where it is more appropriate, we will define more clearly the groups to which we are referring, such as

## **FOREWORD**

---

“persons eligible for retirement,” “retired persons” or “residents of long-term care facilities.”

Much attention is given in this report to the needs of those who are often described as the “frail elderly”. This is not because the committee perceives this to be the norm for aging, but rather because we have been compelled by the testimony we have heard to raise certain alarms about issues specific to this group.

And here again, we note the inherent risk in the use of the term “frail elderly”, as it suggests that there is a group of people which is predominantly defined by their frailty.

We strongly reaffirm that the frailest among us are much more than the sum total of their incapacities; that they contribute to society, not only in their past achievements, but in the dignity of who they are today.

It is simply our hope that the term “frail elderly” might allow us to find a common language so that seniors, caregivers, practitioners, policy-makers and politicians might boldly set out to bring about changes which fully recognize the human dignity in the options we set forth for the oldest among us.

## **Setting the Vision**

The Committee was tasked with a broad mandate to review public programs and services for seniors, identify the gaps that exist in meeting the needs of our aging population, and make recommendations for service delivery in the future.

The challenge of an aging population goes far beyond the responsibilities of the federal level of government as defined in the Constitution. It must be a concern for every Canadian, for every province, territory and municipality, for every business large and small, for every volunteer organization and NGO.

The federal government has a strong role to play in meeting the challenges of an aging population. In the Committee's view, the federal government has three main roles:

- To provide leadership and coordination for multi-jurisdictional approaches to addressing the needs of our aging population;
- To provide support for research, education and the dissemination of knowledge and best practices; and
- To provide direct services to certain population groups for which it has a direct responsibility.

But, meeting the challenge of an aging population will require engagement and cooperation at every level and in every quarter.

## **What the Committee Learned**

We celebrate statistics demonstrating that each generation lives longer than the last. Much attention has been paid to adding years to life. The exponential growth of the oldest age groups makes front page news.

But the Special Senate Committee on Aging found another story as we travelled across the country speaking to seniors. We heard a call to recognize the place of seniors as active, engaged citizens in our

society; a call to afford older Canadians the right to choose to age in the place of their choice; a call to place as much importance on adding life to years, as we do on adding years to life.

Above all, we heard a call to recognize the aging population as an opportunity for Canada.

The Committee celebrates the aging of our population as a success story, but has identified gaps in services and programs which need to be addressed.

### **The Committee learned...**

#### **Seniors are often unjustly stripped of their rights.**

Seizing the opportunity of an aging population will, first of all, require that we become aware of our own stereotypes relating to aging, and of the barriers which these stereotypes have created in the life of seniors.

There is no place for ageism in a progressive country like Canada. People are capable of much more than they think they are.

Today's seniors run marathons, overcome lifelong challenges, and volunteer countless hours. Stereotypes die hard, however, and too many seniors are limited by "self-adopted ageism" and by overt forms of ageism.

Ageism is pervasive and subtle. Turning the tide of opinion in a youth-oriented society, in such a way that the full rights of seniors are respected, will require an aggressive public relations campaign.

It will require a concerted effort to ensure that the strictest possible standards are adhered to before making competency determinations which can strip seniors of their dignity by denying them the right to make the most intimate decisions about their lives.

### **The Committee learned...**

#### **Illogical care decisions are made because we don't provide the right services at the right time.**

Seizing the opportunity of an aging population will mean enabling a shifting of resources from the acute care health system to

an integrated continuum of care which will allow people to age in the place of their choice with the right services at the right time.

**The Committee learned...**

**The unequal rate of the aging of the population across the country creates challenges for provinces to provide a comparable range of services.**

Seizing the opportunity of an aging population will mean taking steps to make sure that comparable health and social services are available across the country, and that governments and service providers in regions which are aging more rapidly have the financial capacity to provide adequate choices.

**The Committee learned...**

**Some seniors live in isolation or in inappropriate homes because of inadequate housing and transportation.**

Seizing the opportunity of an aging population will mean creating spaces that accommodate active aging in age-friendly cities and rural and northern areas so that our communities can meet the needs of people of all ages and ensure that structural barriers to aging in place are systematically identified and removed.

**The Committee learned...**

**Current income security measures for our poorest seniors are not meeting their basic needs.**

Seizing the opportunity of an aging population will require us to recognize that different groups have different access to income and wealth in their senior years, and to acknowledge the fact that the basic income levels provided by the Old Age Security and the Guaranteed Income Supplement do not even meet the poverty line<sup>1</sup>. No one in Canada should be allowed to age in poverty.

---

<sup>1</sup> Statistics Canada does not have an official poverty line, however many organizations in Canada use Statistics Canada's low income cut-offs (LICOs) as a proxy for poverty. The LICOs identify Canadians who pay a disproportionate share of their income on the necessities of housing, food and clothing. This report uses the terms low income cut-offs and poverty line interchangeably.

### **The Committee learned...**

**The current supports for caregivers are insufficient, and Canadians are forced to choose between keeping their jobs and caring for the ones they love.**

Seizing the opportunity of an aging population will force us to acknowledge the value of providing care to families and friends. Like other Canadians, seniors find themselves on both the providing and receiving ends of care. We all stand to benefit from the range of supports which allow people to care for those they love.

### **The Committee learned...**

**The voluntary sector, a critical component in supporting an aging population, is suffering as volunteers themselves are aging.**

Seizing the opportunity of an aging population will require us to acknowledge the key role played by the voluntary sector. With adequate preparation, the voluntary sector will be able to benefit from the accumulated knowledge and experience of retiring seniors to strengthen our social fabric. At the same time, some seniors also rely on volunteers to help provide them with the programs and services they require. A strong voluntary sector is critical to meeting the needs of our aging population.

### **The Committee learned...**

**Canada is facing challenges in health and social human resources as doctors, nurses and social workers are themselves aging.**

Seizing the opportunity of an aging population requires that we address the human resource challenges in the health and social sectors. Canada needs an informed work force which can identify healthy aging and put high quality services in place when required. This requires education and training.

### **The Committee learned...**

**Technology is providing new opportunities to deliver care.**

Seizing the opportunity of an aging population at a time when technological advances are so well developed will require innovative approaches which will allow people to use technology to age in the place of their choice. Technology can be used to bridge the distance between specialists, who frequently practice in cities, and those in rural and remote communities. It can allow those with chronic conditions to be easily monitored in the comfort of their own homes.

### **The Committee learned...**

**The Canadian government is both a leader and a laggard in providing care to seniors under its jurisdictional responsibility.**

The opportunities of an aging population must be seized for all Canadians, including those for whom the federal government has a direct responsibility. The federal government must lead the way, both as an employer and in the role it plays meeting the needs of veterans, and those in correctional institutions. Equally important is the fiduciary responsibility of the federal government towards First Nations and Inuit communities. Federal resources for First Nations and Inuit communities must at a minimum provide a level of care comparable to other communities.

## **Implementing the Committee's Vision**

The aging population will change the way we do things. We can allow this change to happen by passively reacting to change. Or we can anticipate it and meet the challenge by design.

We believe that in order to realize a society free of ageism, where seniors can access appropriate supports and services when they need them, where no senior is living in poverty, and adequate supports are in place for people to age in their place of choice, governments at all levels will need to work in cooperation with the private and voluntary sector to initiate change.

We feel strongly that there are certain overarching recommendations which are essential underpinnings of our plan to seize the opportunity of an aging population to build a better, more inclusive Canada. These recommendations provide a framework for the Committee's vision.



We recommend that the federal government:

- **Move immediately to take steps to promote active aging and healthy aging and to combat ageism;**
- **Provide leadership and coordination through initiatives such as a National Integrated Care Initiative, a National Caregiver Strategy, a National Pharmacare Program, and a federal transfer to address the needs of provinces with the highest proportion of the aging population;**
- **Ensure the financial security of Canadians by addressing the needs of older workers, pension reform and income security reform;**
- **Facilitate the desire of Canadians to age in their place of choice with adequate housing, transportation, and integrated health and social care services; and**
- **Act immediately to implement changes for those populations groups for which it has a specific direct service responsibility, and in relation to Canada's official language commitments.**

Other recommendations found throughout this report expand upon and provide some specific means of implementing these primary framework recommendations. A complete list of recommendations can be found on page 203.

## **Chapter 1: Countering Ageism**

If this Committee had initiated a study on all Canadians of all ages, what would we have concluded? That some are wealthy, while others live on the margins. That some have been here for many generations, while others are settling into our country. We probably could have concluded that most teen-agers lead very different lives from the average 30-year-old, though they are relatively close in age. It would probably have been impossible to write a report which fully encapsulated all of their realities.

The Special Senate Committee on Aging was struck in November 2006 with a mandate "to examine and report upon the implications of an aging society in Canada". In our first interim report in 2007, the Committee identified overarching questions, including how to define the senior years. We identified the categories of the young-old, middle-old and frail-old, categories which have arisen on a number of occasions in the testimony before us. But do these categories do justice to the diversity among seniors?

Having travelled across the country to meet with seniors, it is abundantly clear that the diversity among seniors is vast. To focus only on the frail elderly would be to neglect the majority of people over 65 who continue to lead healthy, active lives. And to focus only on the frailty of the "frail elderly" detracts from the strengths of individuals in this group.

Clearly, there is much more that differentiates the vast array of people over 65 than unites them. So how do we write a report on aging? What is the common thread weaving through the lives of such diverse people?

As a starting point, they are united by being in an age category which defines them as seniors. This categorization plays a large part in defining the roles they are expected to play in society. Too often, the categorization of "senior" overtly or subtly limits the horizons of the possible. This is ageism.

### 1.1 Defining Ageism

Given the aging population of Canada, my number one recommendation is that the next “ism” we need to address as a federal government is to recognize ageism.

Laura Watts, National Director of the Canadian Centre for Elder Law Studies, Evidence, January 28, 2008

Ageism can be outright discrimination which strips people of their rightful place in society on the basis of their age alone. Ageism can also be more nuanced. It can be externally imposed on seniors through rules and policies. And it can be internally imposed, where people try to comply with societal expectations by limiting their own possibilities.

---

Self-adopted ageism is the idea that “I cannot do that at my age.” For many seniors, the personal definition of “what I am capable of” may be one of the biggest barriers to overcome.

Ageism is defined as discrimination on the basis of age that:

- Makes assumptions about capacity;
- Removes decision-making process;
- Ignores older person’s known wishes; and
- Treats the older adult as a child.<sup>2</sup>

Elaine Gallagher, Centre on Aging, University of Victoria

---

The Committee has heard that “a youth-oriented society often lacks positive images of aging, thus growing older is viewed as something to be denied, avoided at all costs, and kept hidden. A society that values the contributions and wisdom of the older person makes it easier for an older person to maintain his or her right to make his or her own decisions.”<sup>3</sup>

Ageism is receiving attention at the international level. Social movements to combat ageism have emerged in Europe, Japan and Australia. The *Madrid International Plan of Action of Ageing*, 2002 set out a positive view of aging.

---

<sup>2</sup> Butler, R. (1975). *Why Survive: Being Old in America*. Harper & Row: Philadelphia in Ontario Network for the Prevention of Elder Abuse. Stop Abuse. Restore Respect: *Response to Senate Interim Report: Issues and Options for an Aging Population*, May 9, 2008.

<sup>3</sup> Ontario Network for the Prevention of Elder Abuse, *Stop Abuse, Restore Respect: Response to Senate Interim Report: Issues and Options for an Aging Population*, May 9, 2008. Appendix A.

**Madrid International Plan of Action on Ageing, 2002**

Recognition of the authority, wisdom, dignity and restraint that comes with a lifetime of experience has been a normal feature of the respect accorded to the old throughout history. These values are often neglected in some societies and older persons are disproportionately portrayed as a drain on the economy, with their escalating need for health and support services. Although healthy ageing is naturally an increasingly important issue for older persons, public focus on the scale and cost of health care, pensions and other services have sometimes fostered a negative image of ageing. Images of older persons as attractive, diverse and creative individuals making vital contributions should compete for the public's attention. Older women are particularly affected by misleading and negative stereotypes: instead of being portrayed in ways that reflect their contributions, strengths, resourcefulness and humanity, they are often depicted as weak and dependent. This reinforces exclusionary practices at the local and national levels.

There is an ongoing need to foster a positive image of older Canadians which more accurately reflects today's seniors and recognizes their contributions to the family, the community and the economy. This requires us to identify and remove barriers, disincentives, and discrimination, as Rock Lefebvre of the Certified General Accountants Association of Canada told the Committee:

We must ease the stigma associated with the "senior" and the notion that 65 years of age magically equates to withdrawal from productive life. We would not call for the diminishment of rights and benefits but would call for the removal of barriers, disincentives and discrimination perhaps un-intentionally imposed.

Evidence, March 26, 2007

In its second interim report, this Committee proposed initiatives to raise awareness of the benefits of volunteering, lifelong learning, and physical activity. The Committee has been struck by evidence presented to it which suggests that, in some cases, seniors may not take full advantage of opportunities presented to them because of self-imposed ageism. Thus, it seems of critical importance to make significant efforts to counter this form of ageism and to emphasize that age should never hinder people from trying new things and stretching their potential.

### 1.2 Moving Toward a Positive View of Aging

It is difficult to talk about aging in a positive way in a society which fights aging so vigorously. We are assailed with advertising which promises eternal youth. Changing this view will take a concerted effort, as Judy Cutler of the Canadian Association for the Fifty-Plus (CARP) told the Committee:

Mindsets have to be changed if we are to go beyond our obsession with defying aging and youth-oriented society. There is nothing wrong with looking and feeling good, but it should not preclude a dynamic and productive society for all ages. Social attitudes and marketing practices that are based on ageism create demographic silos where age groupings are pitted against each other in the workplace, in health care and in the media. This situation must change.

*Evidence, December 11, 2006*

Society moves and changes. Over the past century, we have radically redefined the roles available to women. Women became “persons”, accessing a full range of legal rights, including the right to stand for office. The *Canadian Charter of Rights and Freedoms* was developed to prohibit discrimination on many grounds, including age.

But it takes time to change perceptions. Several witnesses have identified the need for intergenerational initiatives to expose children and youth to active seniors. Intergenerational activities help younger people develop a healthier image of aging, and provide enriching experiences for all generations involved. Initiatives to facilitate such interaction are occurring throughout the country.

For example, the Neighbours For Peace Program in Vancouver brings together Grade 2 and 3 classes with a group of seniors in order to help children and seniors communicate on ways to promote peace and mutual understanding. These kinds of initiatives need to be supported so that future generations have a healthier appreciation for aging.

**Showcasing Positive Aging:  
UVic's Masterminds Program**

The Masterminds program at the University of Victoria is one way to address ageism. Organized by the UVic Retirees Association and the University's Centre on Aging, the program presents a series of lectures by retired professors to showcase the work they have done since retirement. The program has featured writers, artists, theologians, scientists and others. They talk about books they have written, plays they wrote or acted in and research projects they have spearheaded.

One of the core principles of the European Union's Healthy Ageing Project is that "Older people are an intrinsic value to society. Many older people live a most meaningful life and are a resource for society. They contribute to society, work in a paid or unpaid capacity as volunteers, care for family members and friends, and carry out informal work in organizations and associations."<sup>4</sup>

This vision of aging is similar to that which has been outlined by the ministers responsible for seniors at the federal, provincial, and territorial levels in Canada. Margaret Gillis of the Public Health Agency of Canada told this Committee:

At their ninth meeting in September 2006, FPT Ministers Responsible for Seniors endorsed the report *Healthy Aging in Canada: A New Vision, A Vital Investment*, and the background paper entitled *From Evidence to Action*. The report embraces a vision of healthy aging that values and supports the contributions of older people, celebrates diversity, refutes ageism, reduces inequities and provides opportunities for older Canadians to make healthy choices that will enhance their independence and quality of life.

*Evidence*, December 3, 2007

The Committee believes that this vision needs to be more widely communicated to Canadians. An educational campaign to fight ageism must be developed in cooperation with community organizations. Such a campaign needs to promote the concept of aging well. The Committee recommends:

---

<sup>4</sup> Swedish National Institute of Public Health, *Healthy Ageing – a Challenge for Europe*, 2007.

- 1. That the federal government lead an aggressive public relations campaign to portray healthy aging and to present the benefits of staying active at all ages – in volunteer work, continuous learning and physical activity.**

Proactive campaigns aimed at changing public perceptions of aging cannot change some of the underlying forms of discrimination to which some seniors are subject, however. Ensuring that older adults are afforded the respect of their individual rights as full members of Canadian society requires constant vigilance.

Well-intentioned efforts to keep the frail elderly safe have resulted in decisions made for seniors by others, decisions as intimate as where they are going to live. Increased vulnerability resulting from ageism has exposed too many seniors to forms of abuse and neglect. Competency assessments related to driving or working have relied on age rather than ability. It is to these areas that we now turn our attention.

### 1.3 Competency

I think it is no problem for people to be at risk if they have the capacity to understand their risk. If they know that they are doing something that is high risk behaviour, or that they are putting themselves at risk to do it, and they fully understand and appreciate the consequences of that behaviour, then absolutely, they have that right to risk.

Marge Dempsey, Acting Chief Executive Officer, Alzheimer Society of Niagara Region, *Evidence*, May 9, 2008

In our second interim report, the Committee explored options to allow people to age in the place of their choice. A key condition for this to happen is that we acknowledge and respect the choices that seniors make. Yet the Committee has heard that too many seniors “are not being taken seriously, that others are taking control of their lives and taking away their rights to make their own decisions, testing

their capacity and their competency when in fact they are totally competent.”<sup>5</sup>

Laura Watts of the Canadian Centre for Elder Law Studies outlined for the Committee the enormous social and civil impacts of a challenge to capability:

If a person is determined “incapable,” he or she loses the right to vote, the right of liberty, the right to marry — or in some cases, the right to divorce. That person loses the right to make guardianship and asset decisions. The person becomes a nonentity in law. It is the most severe impact one can have and if we do not understand what our terms mean, the impacts indeed are desperate.

*Evidence*, January 28, 2008

Currently, declaring someone incompetent is too often an all-or-nothing proposition. As Maureen Etkin of the Ontario Network for Prevention of Elder Abuse told the Committee, “a senior may be able to decide where they wish to live, but not able to make decisions about managing their finances. This is a confusing area for seniors and service providers. There is a definite need for more research into best practice in this area.”

The complex issue of competency determination requires sound evidence on competency. The Committee has heard that we do not yet know enough about how to measure mental competency, mental capability and mental capacity and that there is a need for more research on these issues. The knowledge gaps in this area need to be identified in consultation with the professional groups who would use this knowledge.

---

I suggest that the appropriate question in Canada should be: “Capable for what?”. If we address this notion as a standard starting ground, the lexicon can unfold from there as opposed to giving a blanket statement about a number of unknown issues.

Laura Watts,  
National Director,  
Canadian Centre for Elder  
Law Studies

---

---

<sup>5</sup> Judith A. Wahl, Executive Director, Advocacy Centre for the Elderly, *Evidence*, May 28, 2007.



The Committee recommends:

- 2. That the Canadian Institutes of Health Research fund research on mental competency, mental capability and mental capacity. The research should be driven by the information needs of policy-makers and licensing bodies to lead to the development of guidelines based on research evidence.**

Educating Canadians about the importance of advance planning should be an integral part of prevention programs on elder abuse, and the federal government should incorporate such education in its efforts to address elder abuse.

Because capacity assessments have such significant impacts on people, it is essential to ensure that they are being consistently and methodically carried out in all jurisdictions. The federal government needs to play a leadership role in determining what tools and mechanisms would be appropriate for creating capacity assessments.

Despite the significant implications of being judged “incapable”, the Committee has heard many Canadians do not give serious attention to planning for this situation and to designating an appropriate power of attorney. Dr. Duncan Robertson of the BC Medical Association suggested that:

Thinking ahead and making arrangements with respect to financial management and health care decisions are ways of protecting oneself...Failure to make those advance planning decisions renders people vulnerable.

*Evidence, June 5, 2008*

The federal government needs to play a leadership role in determining what tools and mechanisms would be appropriate for creating capacity assessments.

The duties and responsibilities under a Power of Attorney may be very poorly understood. Power of Attorney fraud is one of the fastest growing areas of crime in Canada.<sup>6</sup>

Education on the implications of Power of Attorney is key to allowing people to protect themselves from abuse.

---

<sup>6</sup> Canadian Centre for Elder Law, *Frequently Asked Questions* at <http://www.ccels.ca/forolderadults.htm>.

This is done by different organizations across the country. The Advocacy Centre for the Elderly in Toronto provides a good example of advocacy and education on legal issues confronted by seniors. Educating Canadians about the importance of advance planning should be an integral part of prevention programs on elder abuse, and the federal government should incorporate such education in its efforts to address elder abuse.

**A Community Legal Clinic with a Focus on Elder Law**

Opened in 1984, The Advocacy Centre for the Elderly in Toronto concentrates on elder law. In addition to public legal education, the clinic provides a broad range of services. The greatest demand is for advice and advocacy on issues related to mental capacity problems from the senior's perspective; advocacy on health law issues; access and eligibility to home care and long-term care systems; conflicts around discharge from hospital; mental health problems, particularly those related to access to home care; long-term care; and advice and representation on elder abuse issues, which include abuse of power of attorney, fraud, misuse of authority, financial abuse, physical abuse and neglect.

## 1.4 Competency and Driving: Not Just a Seniors Issue

The majority of unsafe drivers on the road are not unsafe because they are old or sick; they are just not safe drivers.

Dr. Briane Scharfstein, Associate Secretary General of the Canadian Medical Association, *Evidence*, January 28, 2008

Age is not a proxy for competency. Issues such as mandatory retirement and the safety of older drivers capture the public imagination; but, is it appropriate to focus on age in these questions? There are age-related declines in some areas for most people, but these do not occur at the same rate for all individuals.

If age is not, in and of itself, an indicator of ability, then we must develop innovative approaches to ensure that fully capable people are not stripped of their lifelong professions or privileges such as driving. This needs to be balanced against the need to ensure public safety.

Most older drivers are among the safest drivers on the road. Increasing accident rates among seniors are explained by the higher prevalence of medical illness, medication use, and associated impairments for *some* older drivers.

When it becomes necessary, many older drivers impose restrictions on their own driving, such as avoiding driving at night. Although medical conditions that affect one's ability to drive can happen at any age, older drivers are more likely to have certain medical conditions which force them to change their driving habits, including dementia. Research has found that drivers with dementia, however, significantly overestimate their driving competence compared to healthy older drivers.<sup>7</sup> Such drivers may not be able to self-regulate their driving – which makes it necessary to establish formal mechanisms to protect these individuals and the public.

The decision to stop driving is one which is made with great difficulty by seniors, their family members, and their physicians. In Canada, most provinces require physicians to report patients who may be medically unfit to drive. Although guidelines are available, such as the Canadian Medical Association's *Guidelines for Physicians in Determining Medical Fitness to Drive*, physicians have told the Committee that the conversation about driving cessation is one of the most difficult ones a family physician will have with a patient. According to Dr. Shawn Marshall, Associate Professor at the Rehabilitation Centre, Ottawa Hospital:

The physician-patient relationship is often negatively affected. Clearly, you have some conflict. You are an advocate for the patient, yet, under law, you are required to report the patient as possibly unfit to drive. In addition, physicians have identified repeatedly through surveys that they have limited knowledge and education to make decisions. There is also lack of evidence-based information upon which to make these decisions.

*Evidence*, January 28, 2008

Research is currently under way in Canada, looking into questions such as determining at what point a diagnosis that *may* affect an individual's ability to drive develops into a functional

---

<sup>7</sup> Phoebe Dey, "Taking Away the Keys," *Express News*, University of Alberta, 13 June 2003.

impairment that affects their ability to drive. The CanDRIVE Research Network is an example of this research.

**CanDRIVE Research Network**

Funded by the Canadian Institutes of Health Research, the CanDRIVE research network conducts research related to prolonging safe driving periods for older drivers. The network brings together researchers, seniors groups, clinicians, ministries of transportation and other governmental and nongovernmental agencies, so that research evidence can be translated into practice.

The Committee has heard that making our roads safer does not require a focus on seniors. As Dr. Michel Bédard, Canada Research Chair in Aging and Health at Lakehead University, told the Committee:

We need to employ safer driving techniques, and perhaps even take a driver's refresher course every five years. People talk about periodic testing, but not about making people take the occasional new course. It is important to adopt a comprehensive approach to dealing with this issue.

*Evidence, January 28, 2008*

The Committee has received innovative proposals on ways to balance public safety and the rights of individuals. For example, the Canadian Automobile Association (CAA) has recommended that governments introduce conditional licences for drivers who have reduced physical abilities that will affect their driving skills. This would provide these individuals with the opportunity to continue driving with restrictions rather than losing their licences altogether. Restrictions might include certain hours, certain types of highways, or driving aids.

The CAA has identified a number of other issues which would make the roads safer, including improvements to road and highway design that make safe navigating and manoeuvring easier, not just for seniors, but for all drivers; changes in vehicle design to accommodate the physical challenges of aging; and road safety education that includes and addresses the specific needs of aging drivers and their families. These issues will be explored further in Chapter 4, on age-friendly cities.

### **National Blueprint for Injury Prevention in Older Drivers**

The Public Health Agency of Canada is providing funding to McGill University and the Canadian Association of Occupational Therapists for a program called the National Blueprint for Injury Prevention in Older Drivers. This blueprint is looking at developing a strategy for evaluating the best evidence for prolonging the safe driving period, with a special focus on driver refresher courses. Findings will be communicated to various stakeholders.

As a society, we will have to rely on multiple approaches, including the promotion of safe driving and the development of alternative forms of transportation to meet the mobility needs of coming older generations. Flexibility and innovation in the conception and implementation of those approaches will be necessary to meet the needs of older adults living in urban and rural areas.<sup>8</sup> The Committee urges the federal government to take a leadership role in such initiatives.

As the research which is currently under way improves the evidence on which decisions can be based, the Committee recommends:

- 3. That the federal government take a leadership role in federal-provincial-territorial initiatives to address public safety and retirement from driving in a way that is dignified, and that provinces and territories take a leadership role in education and enforcement around the medically-at-risk driver in partnership with other agencies.**

## 1.5 Competency and Work

The majority of workers withdraw from the work force long before they are forced to do so by functional decline. Professional organizations, such as the Canadian Medical Association, have established systems of ongoing evaluation.

---

<sup>8</sup> Dr. Michel Bédard, Canada Research Chair in Aging and Health, Lakehead University, *Evidence*, January 28, 2008.

**Competency for Canadian Physicians -  
Ongoing Evaluation**

The Canadian Medical Association works from the premise that one's competence can be affected by illness and adversity at any stage in one's career and is not specifically reflected in age. Although there may be increased scrutiny in some programs linked to age, the Canadian Medical Association recognizes that age is only one of a multitude of factors. The processes that ensure competence apply throughout the physician's life.

Physicians who practice in institutional settings — predominantly hospitals — adhere to a rigorous process to maintain quality and competence. Rather than having physicians either completely in or out of practice, privileges can be varied over time or linked to declining competency in certain areas — again, avoiding a set age-restriction requirement to leave practice.

---

Eligibility to continue to work should be based on competency, not on some magical age.

There has been rapid change in legislation across the country in regards to mandatory retirement. Over the life of this Committee, several provinces have eliminated mandatory retirement. Nova Scotia will become the last province to eliminate mandatory retirement when legislation comes into effect in that province in July 2009. In most provinces, it is now prohibited to force someone to retire unless it constitutes a *bona fide* occupational requirement under the law.

Gloria Gutman,  
Professor,  
Gerontology, Simon  
Fraser University

---

Federally regulated employees fall under the purview of the *Canadian Human Rights Act* (CHRA), regardless of the province of work or residence of the employee. The *Canadian Human Rights Act* expressly excludes those who have “reached the normal age of retirement” from protection against discrimination in the workplace. As a result, in July 2009, federally regulated employees will be the only employees in Canada not protected from mandatory retirement. Although there is no generalized mandatory retirement age in the public service, this may not be the case for other federally regulated employers.

The Committee shares the view of Canada's Association for the Fifty-Plus (CARP) that "it is a human right for Canadians to have choice about when to retire based on ability and not on age" and recommends:

**4. That the provisions of the Canadian Human Rights Act concerning mandatory retirement be amended to bring federal legislation in line with other human rights legislation in Canada.**

---

### 1.6 Abuse and Neglect

The World Health Organization's *Toronto Declaration on the Prevention of Elder Abuse* defines abuse as follows:

Elder Abuse is a single or repeated act, or lack of appropriate action, occurring within any relationship where there is an expectation of trust which causes harm or distress to an older person. It can be of various forms: physical, psychological/emotional, sexual, financial or simply reflect intentional or unintentional neglect.<sup>9</sup>

Gail Mackenzie-High of the Niagara Elder Abuse Prevention Network<sup>10</sup> presented the Committee with a composite story of Rosa to highlight the many forms of abuse.

#### **Rosa's Story**

Rosa is a 79 year old woman, suddenly widowed less than a year, from her marriage of 55 years. Her income, which was largely dependent upon her husband's private pension, has been significantly reduced. Her home is in need of regular maintenance, bills have been piling up and Rosa is feeling overwhelmed. She has socially withdrawn from her previous activities due to financial worries and emotional exhaustion. She does not want to move from this, her marital home.

---

<sup>9</sup> World Health Organization, *The Toronto Declaration on the Prevention of Elder Abuse*, 2002.

<sup>10</sup> Gail Mackenzie-High, Chair, Niagara Elder Abuse Prevention Network, *Evidence*, May 9, 2008.

Her adult son moved in with her in an effort to offset costs and assist her with maintenance of her home. A community agency is called by neighbours, reporting that they often hear the son yelling and swearing, threatening to have his mother placed “in a home”. In meeting with Rosa, agency staff observes that she appears to have some difficulty with her memory, although it is unclear as to whether this is the result of actual cognitive impairment/decline, or a reactive depression related to the recent loss of her spouse and to her current situation.

Rosa reveals that her son has a history of sporadic employment and that she now suspects that he may have a substance abuse issue and perhaps a gambling problem. He denies this and thus refuses any assistance / help in this area. Rosa gives money to her son to buy groceries for her, but little food is found in the house when agency staff visit and Rosa reports that no change ever comes back from his shopping.

Rosa wants help but expresses fear that if she asks her son to leave she will not be able to stay in her home, and fears her only choice will be long term care placement. She chooses to take no action at the time. Weeks later, Rosa presents to hospital with a fractured wrist, and upon physical examination the physician notices bruising that is inconsistent with her explanations of their cause. With careful probing by hospital staff, Rosa reveals that her son has been “pushing her around” and the police are notified.

Further investigation reveals that her assets have indeed by now been depleted, and she may not be able to maintain living in her home for much longer.

While charges will be laid against the son, Rosa has lost her ability to age in the place of her choice. She has lost her ability to be involved in activities of her choosing, and she has lost her relationship with her son. An able person who only a year ago believed she had control of her choices, found herself in a position of having inadequate income, suffering loss of trust, and in a position of imminent financial loss.

As Rosa’s story indicates, there are many forms of abuse. In some cases, the abuse is a continuation of violence which has occurred throughout a person’s life - a woman who has been abused for much of her adult life will not suddenly be safe when she turns 65 years old.



Older women are at greater risk of abuse due to increased social isolation, cultural norms, familial status, disadvantage or disability.<sup>11</sup>

At other times, the abuse begins in the senior years. Abuse and neglect of older adults can occur at home, in the community, or in institutional settings. It can take many forms.

Although some seniors fall victim to fraudulent behaviour on the part of strangers, most abuse comes from people in positions of trust who are well known to the senior, such as other family members.

The different forms of abuse call for different interventions. Seniors are, after all, adults, and as Marion Smith told the Committee “seniors who are abused by family members don’t want to be separated from them, they just want the abuse to stop.”<sup>12</sup> Fewer than one in five situations of abuse actually come to the attention of any public agency, and fewer still come to the attention of a public agency operating in the criminal justice system.<sup>13</sup>

The Committee has heard that what is needed to address elder abuse is not new laws, but better enforcement of existing laws and enhanced supports to seniors.

### **Shelter for abused seniors**

Kerby Rotary House in Calgary is the first shelter in North America for abused seniors. It offers safe, secure shelter to older men or women over 60 years of age in Calgary and area, who are experiencing family abuse in their lives. The shelter provides crisis intervention, support, advocacy, referral, short-term housing and the necessities of daily life.

On occasion, the abuse might arise due to an inability on the part of caregivers to cope with the many stresses of providing care. While the stress of providing care is real, it never justifies an abusive response. This report outlines options to address caregiver issues in Chapter 6.

---

<sup>11</sup> M. Etkin, Appendix A, The Ontario Network for the Prevention of Elder Abuse: *Stop Abuse, Restore Respect*, Appendix A.

<sup>12</sup> Questionnaire submitted by Marion Smith on October 16, 2007.

<sup>13</sup> Alison Leaney, Canadian Network for the Prevention of Elder Abuse, *Evidence*, May 28, 2007.

Abuse and neglect in institutional settings may arise because of staffing shortages or lack of appropriate training for staff. This must never be tolerated. Staff must be trained to recognize abuse, and be provided necessary education and support to do their job well. An innovative approach which was developed in France to help a facility address abusive behaviour by staff is worth noting:

### **Together Against Abuse**

In France, the Résidences Santé Cousin de Méricourt and Services de l'Aqueduc residential facilities won the City of Paris' Special Jury Prize in 2005 for better care initiatives, as set out in their paper, "Ensemble contre la maltraitance." They recommended an educational approach whereby staff members do self-evaluations in order to identify their own good and bad practices. Their approach promotes collective detection as all staff members are treated identically.<sup>14</sup>

Seniors and groups across the country have highlighted the importance of public education around senior abuse. Seniors organizations which have met with the Committee have identified educational and outreach programs which they have sponsored to educate their members on abuse, and particularly, on how to protect themselves from abuse. These organizations have all expressed particular concerns for isolated seniors, who have no regular contact with formal organizations. The Committee has not been able to identify solutions to this challenge, but highlights the importance of personal outreach to these seniors – either through the professional and public services they receive, or through the work of the voluntary sector.

---

There is a huge under-recognition of abuse of seniors in Canada. I would say that this field is 20 years behind where we were when we were trying to raise awareness about violence against women and, before that, how to prevent and respond to abuse of children.

Alison Leaney, Canadian  
Network for the Prevention of  
Elder Abuse

---

---

<sup>14</sup> Marie Beaulie, Brief on the Living Conditions of Older Adults, Elder Abuse – 20 Years of Preoccupation in Quebec: Reflections on the Progress to Date and Avenues to be Explored with a View to Finding Solutions Suited to Our Society, September 2007.

The Committee emphasizes the importance of supporting the organizations that work on abuse issues at the community level, the provincial-territorial level and the national level.

To detect abuse in seniors, workers across all sectors need some appreciation of the aging process and knowledge of the indicators of abuse or neglect. The brief submitted by Maureen Etkin of the Ontario Network for the Prevention of Elder Abuse emphasized the importance of training:

It is important to identify those groups most likely to interact with seniors such as pharmacists, physicians, personal support workers, etc. and work towards a standardized curriculum on senior abuse. Personal support workers (PSW) are one of the largest groups to interact with seniors in their homes and maybe the only contact the senior has with the broader community. The close individual care that a PSW provides offers an opportunity to develop a relationship of trust with the senior. As a result seniors may first confide in this person about abuse.<sup>15</sup>

The Committee is pleased that the federal government is supporting efforts toward this. In June 2008, the Government announced that the federal government plans to create training materials to support national professional associations in adapting and creating their own materials and tools for their frontline workers (e.g., health, legal, police, and financial professionals who work with seniors) in spring 2009, to help them identify and address the elder abuse situation.<sup>16</sup> Federal employees also come into direct contact with seniors. Since personal contact with seniors has been repeatedly identified as the best way to educate seniors about abuse, the Ontario Network for the Prevention of Elder Abuse is currently engaged in a project where it is providing some training to some staff at Service Canada on elder abuse. The Committee recommends:

---

<sup>15</sup> Ontario Network for the Prevention of Elder Abuse, *Response to Senate Interim Report: Issues & Options for an Aging Population*.

<sup>16</sup> <http://news.gc.ca/web/view/en/index.jsp?articleid=405179>.

- 5. That the federal government increase support for research into abuse and neglect issues; work closely with community organizations to avoid the duplication of efforts and to meet identified needs; and make information about abuse and neglect available in federal government staff training.**
- 

### **1.6.1 New Immigrant Seniors and Abuse**

Witnesses testifying before the Committee identified immigrant seniors arriving in Canada under the family class category as a particularly vulnerable group. The Committee heard that these seniors faced an increased risk of abuse and neglect due to the financial dependency associated with the Government of Canada's sponsorship policy. Immigrant seniors arriving as parents or grandparents under the family class category must undergo a period of sponsorship that lasts ten years, in which their sponsor is responsible for their basic daily living requirements such as food, shelter, clothing, as well as other personal requirements.

During this ten year period, sponsored parents, or grandparents are also not entitled to any form of social assistance, including Old Age Security, or the Guaranteed Income Supplement, regardless of whether Canada has signed a reciprocal social security agreement with their country of origin, or not.<sup>17</sup> In addition, Citizenship and Immigration Canada's *Sponsorship Agreement* states that elderly parents or grandparents are not expected to look for a job to care for themselves.<sup>18</sup> As a result, during the first ten years following immigration, between 25-40 percent of seniors who arrive in Canada after the age of 60 have no independent source of income and are completely dependent financially upon their sponsors.<sup>19</sup>

Witnesses before the Committee testified that this sponsorship arrangement creates a situation of dependency in which immigrant seniors could become susceptible to abuse or neglect.<sup>20</sup> In her

---

<sup>17</sup> A reciprocal social security agreement may however entitle sponsored immigrants partial pension benefits from their country of origin.

<sup>18</sup> Rell Deshaw, "The History of Family Reunification in Canada and Current Policy," *Canadian Issues*, Spring 2006, p. 15.

<sup>19</sup> *Brief to the Special Senate Committee on Aging: Second Interim Report*. Dr. Sharon Koehn, Centre for Healthy Aging at Providence, June 4, 2008, p. 1.

<sup>20</sup> *Ibid.*

testimony, Dr. Sharon Koehn articulated that there were two main factors related to sponsorship that increased the likelihood of abuse or neglect.<sup>21</sup> First, the lengthy period of sponsorship poses a risk because during that time period, the financial status of the sponsor may decline unexpectedly, resulting in financial hardship on the sponsor and his family. Further, the health of the sponsored senior could also rapidly decline during that period, resulting in an increased burden on the family due to informal care giving needs. Financial hardship coupled with an inability to cope with the health needs of the sponsored senior could contribute to abuse or neglect, as well as sponsorship breakdown.

Second, the dependency associated with sponsorship creates power imbalances within families, which can result in abuse and exploitation.<sup>22</sup> This occurs when sponsors expect their parents or grandparents to compensate them in some way for agreeing to support them for the ten year period. The Committee heard that parents and grandparents are often expected to take care of grandchildren, do the housework and cook, which they are sometimes unable or ill-equipped to do. Other forms of exploitation include not directly accounting for the employment of sponsored family members in family-owned businesses, which means that seniors are then unable to accumulate Canadian Pension Plan benefits. Finally, the Committee also heard that sponsored seniors, particularly in British Columbia, sometimes end up working on fruit farms under poor working conditions for low wages to pay back their families and prevent themselves from being “a burden on the children”.<sup>23</sup>

Though the *Sponsorship Agreement* provides immigrants with recourse in cases of abuse both in terms of social assistance and the recovery of sponsorship debt, this option is often not pursued due to an unwillingness to bring shame upon their family.<sup>24</sup> Recent sponsored immigrants tend to have limited knowledge of their rights due to

---

<sup>21</sup> Dr. Sharon Koehn, Centre for Healthy Aging at Providence, *Evidence*, June 4, 2008.

<sup>22</sup> Dr. Sharon Koehn, Centre for Healthy Aging at Providence, *Evidence*, June 4, 2008.

<sup>23</sup> Charan Gill, Progressive Intercultural Community Services Society, *Evidence*, June 4, 2008.

<sup>24</sup> *Brief to the Special Senate Committee on Aging: Second Interim Report*, Dr. Sharon Koehn, Centre for Healthy Aging at Providence, June 4, 2008, p. 2.

language and cultural barriers and therefore fear the consequences of sponsorship breakdown.<sup>25</sup>

Consequently, in order to reduce the risk for abuse and neglect in sponsorship arrangements, witnesses advocated that the period of sponsorship for family class immigrant seniors be reduced from 10 years to 3 years, in line with the time required to become a Canadian citizen.<sup>26</sup> This recommendation is consistent with the Government of Canada's 1997 decision to reduce the period of sponsorship for spouses and partners from 10 years to 3 years in recognition of the potential for abuse in sponsorship arrangements.<sup>27</sup>

Witnesses also noted that a reduction in the sponsorship period would require changes to the residency requirements of Canada's public pension schemes.<sup>28</sup>

In order to reduce the risk of abuse or exploitation of parents or grandparents arriving as immigrants under the family class, the Committee recommends:

**6. That the government reduce the immigration sponsorship period from ten years to three years similar to the regulations pertaining to conjugal sponsorship, and make a commensurate reduction in the residency requirement for entitlement to a monthly pension under the Old Age Security Act.**

---

---

<sup>25</sup> *Ibid.*

<sup>26</sup> *Brief to the Special Senate Committee on Aging: Second Interim Report*, Dr. Sharon Koehn, Centre for Healthy Aging at Providence, June 4, 2008, p. 9.

<sup>27</sup> Rell Deshaw, "The History of Family Reunification in Canada and Current Policy," *Canadian Issues*, Spring 2006, p. 12.

<sup>28</sup> *Brief: Brief to the Special Senate Committee on Aging: Second Interim Report*, Dr. Sharon Koehn, Centre for Healthy Aging at Providence, June 4, 2008, p. 2.



## **Chapter 2: Integrating Care**

Most Canadians want to stay in their communities as they grow older. Others want to move closer to family and friends, or to communities which provide the retirement environment they seek. Some choose to stay in their own homes, while others want to move into housing that requires less maintenance or provides supports to daily living. The choice available to seniors depends on many factors, including their health status; where they live in Canada; whether they live in an urban or rural area; whether they have the support of family and friends in the vicinity; and their financial situation.

Various supports which make it possible for all seniors to have viable choices about where they live. These include housing and renovation programs, supportive housing options, home care, and palliative care.

Too many older people across the country are not being well served by this continuum of supports to age in place of choice. A health system designed to deal with episodic illness is ill prepared to deal with the rise in chronic illness associated with an aging population. The front-line workers the Committee has met are dedicated, caring people. They develop innovative solutions to help people have the highest possible quality of life. But there are times when the wrong decisions are taken because of a lack of viable alternatives. At other times, the various health and social service systems are not sufficiently integrated to allow caring professionals and family members to pull together the right basket of services to meet the needs of ailing seniors. Witnesses from across the country have called for moving toward a system of care which would put in place the right services at the right time so that people can age in the place of their choice. Witnesses have asked for help to navigate the complex systems of care – but the Committee has heard that what is needed is much more than simple navigation, as Marcus Hollander of Hollander Analytical Services pointed out:

---

It is impossible to separate health services from social services. Hospital services cannot be separated from home care services because for the people on the front line, there simply is no distinction between them.

Dr. François Béland,  
Professor, Université de  
Montréal

---



The person needs someone to advocate, not just navigate, because then you might be dealing with different organizations saying they will look after this person or they cannot because of this reason, and so on. They must be able to authorize services.

*Evidence, April 7, 2008*

Services have to be designed so that people don't fall through the cracks, and so that there are smooth transitions as their needs change. Policy-makers and academics refer to such a system as integrated care. The Committee received overwhelming support for a move toward integrated care as it travelled across Canada.

### 2.1 A Move to Integrated Care

While seniors with significant functional disabilities, or frail seniors, represent a minority of the elderly population, they are disproportionate users of acute hospital and nursing home care and have frequent transitions between the two.

---

Seniors have a range of care needs that cut across both health and social services. Ideally, one would like to have a system of care that is specifically targeted to meet this diverse set of needs...

Marcus J. Hollander,  
Hollander Analytical  
Services Ltd.

---

For frail seniors, there is no distinction between health-care services and social services, between being "treated" and receiving "care" in the community and at home. Social and health-care services are complicated and difficult to navigate, at the very time when older people have the least energy to cope with making use of them. Ensuring that these services are integrated is not an administrative or financial requirement, but rather a necessity

for frail seniors. The committee has heard that, currently, despite effort and reforms, services for seniors remain fragmented:

- Transitions between institutions and care providers are difficult;
- The complex process of planning the services remains the responsibility of seniors and their families; and
- Multiple forms of obtaining funding and making payments, and varying conditions for eligibility for social and health-care

services, complicate management of access to the required services further.<sup>29</sup>

In addition, there are types of services which are missing from the ideal basket of services which would be required by seniors. This results in inappropriate use of the health care system. Dr. Duncan Robertson of the BC Medical Association provided the following example:

Our system is missing post-acute, step-down care for those individuals who may take a month or more in a properly structured environment in order to recover from an episode of delirium that they had in hospital or a fall and fracture. In the absence of those resources in sufficient numbers, decisions are made prematurely and inappropriately, often to bypass the option of potentially returning home and going into permanent facility care.

*Evidence*, June 5, 2008

Integrated, coordinated care to persons with chronic care needs allows health and social services to mobilize a range of resources quickly to meet needs as they arise, thus avoiding using resources inappropriately.

This requires "a broad range of services, a single administrative authority, a single budget, and the ability to have someone advocate on behalf of the client and help them go through that system."<sup>30</sup>

An ideal funding system would have decision-making powers to make budgetary trade-offs toward preventative measures. Dr. François Béland, Professor at the Université de Montréal, gave the following example of how such a system would work, referring to an insole which has been demonstrated to reduce falls among seniors:

The thinking would go something like this: 1) some frail seniors are prone to falling; 2) each time a senior has a fall, it results in hospitalization costs in the order of "X," a far from insignificant amount; 3) if 50 percent of all falls

---

<sup>29</sup> This paragraph is a direct citation from the brief of Francois Béland "Three focal points for a policy: health, services and innovation."

<sup>30</sup> Marcus J. Hollander, President, Hollander Analytical Services Ltd., *Evidence*, April 7, 2008.

could be prevented with the help of this insole, then it is worth supplying this insole to persons at risk of falling; therefore 4) persons at risk will be outfitted with this insole under the terms of a health care protocol.

*Evidence, April 7, 2008*

Shifting a system as large as the health care system to better meet the needs of all Canadians with chronic health care needs is a monumental task, but it is not impossible. The Committee has heard that comprehensive, integrated provincial systems of care have existed previously in Canada<sup>31</sup>. Many other countries are trying to move toward more integrated models of care as well.

### **Integrated Care in Europe**

In Europe, and in other developed countries, integrated care is seen as key to improving accessibility, quality and financial sustainability. The Care Management of Services for Older People in Europe Network (CARMEN) is funded by the European Commission to advance ways in which integrated health and social care can be achieved in EU countries. One of the products of the Network was the development of a policy framework for integrated care for older people.<sup>32</sup>

The federal government can play an important leadership role in supporting a move toward integrated care. Witnesses pointed to the Health Transition Fund (1997-2001) and the Primary Health Care Transition Fund (2000-2006) as an example of

As I see it, the federal government could easily, without running into constitutional problems, take on the role of developing innovative health care measures.

Dr. François Béland,  
Professor, Université de  
Montréal

the role the federal government can play to build momentum toward change.

The Health Transition Fund was a \$150 million fund which from 1997-2001 supported 140 projects across Canada to test and evaluate innovative ways to deliver health care services. The Primary Health Care Transition Fund was created in 2000, when First Ministers agreed that "improvements to primary health care are crucial to the renewal of health services" and highlighted the importance of multi-disciplinary teams. The Government of Canada

---

<sup>31</sup> Ibid.

<sup>32</sup> Margaret MacAdam. *Frameworks of Integrated Care for the Elderly: A Systematic Review*, Canadian Policy Research Networks, April 2008, p. 20.

provided \$800M over a six-year period (2000-2006) to help provinces and territories reform the primary health care system. The Fund provided support for the transitional costs associated with introducing new approaches to primary health care delivery.

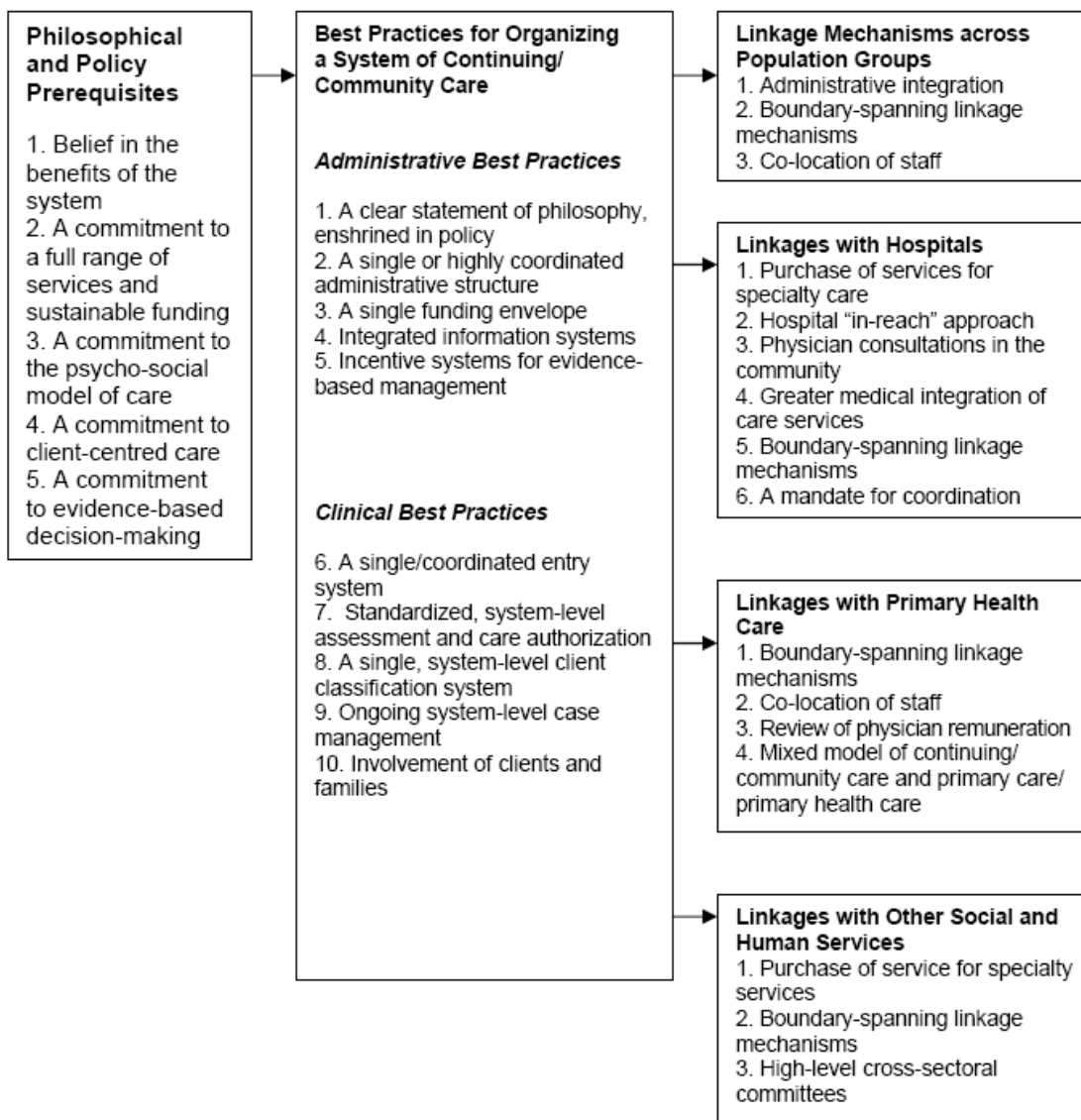
Witnesses emphasized that “there is an opportunity for the Government of Canada to continue the momentum across Canada and hasten the fundamental changes required to sustain the Canadian health care system,”<sup>33</sup> and in particular, to move toward greater integration of care.

The components of a system of integrated care, including health care, housing, long-term care, supportive housing/ assisted living, home care, and respite care, are areas of provincial jurisdiction. It is not possible to have a single integrated services model. However, research has identified best practices for organizing systems of continuing care services, including administrative and service delivery best practices. The framework developed by Dr. Marcus Hollander (Table 1) was recommended by several witnesses.

---

<sup>33</sup> Dr. François Béland, Professor, Université de Montréal, April 7, 2008.

**Table 1**  
**A Best Practices Framework for Organizing Systems of Continuing/Community Care Services**



Source: Hollander, M. and M. Prince, "Organizing healthcare delivery systems." *Healthcare Quarterly* Vol. 11, No. 1: 44-54 in Margaret MacAdam, *Frameworks of Integrated Care for the Elderly: Systematic Review*, Canadian Policy Research Networks, April 2008.

The Committee agrees with Dr. François Béland of the Université de Montréal that it is time to “look at integrating services from the standpoint of meeting the needs of frail seniors, not in terms of the needs of departments, regional organizations, hospitals, CLSCs or home care services.”<sup>34</sup> The integration of health and social systems is complex, in part because the health services required by seniors need to continue to be part of universally funded services under the *Canada Health Act*, while some of the other services are covered under various other payment schemes, including some with co-payment or eligibility criteria. Several witnesses referred to these administrative challenges. Donald Juzwishin, Chief Executive Officer of the Health Council of Canada, explained that:

---

If federal money is to fund any such programs one day soon, then one of the objectives with home, community and long-term care ought to be that as long as the total cost is less than the cost to the government of a long-term care facility, then people ought to have the right to remain independent.

Sharon Sholzberg-Gray,  
Canadian Healthcare  
Association

---

There are all kinds of financial incentives that actually keep people from doing the right thing or encouraging people to stop doing many things that may not necessarily, based on evidence, be all that effective... To achieve the kind of integrated community setting we would like to have, it is necessary to take a hard look at the disincentives found in the system. If you put the incentives in place, the other will follow. People will generally follow the money and that will be a fairly strong incentive for you to be able to put into operation.

*Evidence, April 7, 2008*

It is important to identify the disincentives which are in place which make it so difficult for our health and social service systems to provide the kind of care which Canadians with chronic care conditions need and want.

The federal government is well placed to play a leadership and coordination role with the other jurisdictions to create incentives to support a move toward integrated, coordinated care across the country. The BC Medical Association reported that international

---

<sup>34</sup> Dr. François Béland, Professor, Université de Montréal, *Evidence*, April 7, 2008.

experience demonstrates that even the most well-researched and proven initiative will be difficult to implement widely unless the start-up costs of home and community care programs are adequately budgeted.<sup>35</sup> The federal government can help provinces meet these start-up costs.

The Committee recommends:

**7. That the federal government develop a federal initiative which would provide financial support to the provinces to facilitate the move toward integrated models of care for the elderly as a model for quality care for all ages.**

**The objectives of the program should be designed to ensure:**

- **Integration of a broad domain of services, including, but not limited to, health care, case management, home and community services, and residential care services;**
- **Improved access to comprehensive care;**
- **Increased emphasis on health promotion, disease prevention and chronic disease management;**
- **Expanded multi-disciplinary teams so the most appropriate care is provided by the most appropriate provider;**
- **Increased emphasis on one-stop-shopping for seniors and their families; and**
- **Improved portability of services between provinces, including reciprocal agreements to eliminate waiting periods for services.**

---

<sup>35</sup> BC Medical Association, Bridging the Island-: Re-building BC's Home and Community Care System: A Policy Paper by BC's Physicians, May 2008.

## 2.2 Continuum of Services and Care for Aging in the Place of Choice

Allowing people to age in the place of their choice requires a continuum of supports and care services which respond promptly to individuals as their needs change. The integration of these services, as outlined above, is essential. The individual components along this continuum of care must also be strengthened, from housing, to supportive housing residential care, to home care services and palliative care.

---

The high end of the market, the condos, will always look after the high end. It is the rest of Canadians we have to be concerned about, those who for whatever reason are not in a position to be able to afford a condo.

Ian Scott, Seniors  
College of Prince Edward  
Island

---

### 2.2.1 Housing

The vast majority of seniors live in private homes. For many, this is feasible without additional supports. Others will require help. As a society, this will mean growing demands for home adaptations to enable aging in place. It will also mean increased amounts for home maintenance and support services, including home care and personal care from family, friends and neighbours.<sup>36</sup>

Sometimes, seniors have to make the difficult decision that their current housing situation no longer meets their needs. The Committee has identified a number of recommendations to ensure that seniors are able to grow older in housing that meets their changing needs.

#### 2.2.1.1 Home Adaptations

In an ideal world, homes would be designed in such a way that they could adapt to changing needs throughout life. While universal design principles should be incorporated in future homes and neighbourhoods, the majority of today's homes need to be modified to adapt to the changing needs as people age.

---

<sup>36</sup> Luis Rodriguez, Senior Researcher, Canada Mortgage and Housing Corporation, *Evidence*, December 10, 2007.



High repair and maintenance costs can place a heavy burden on low-income seniors. Luis Rodriguez of the Canada Mortgage and Housing Corporation told the Committee that:

This can be a particular problem in areas outside urban centres, where home ownership rates for senior households are high — 82 percent compared to 68 percent in urban centres — and the overall housing stock is much older, with 34 percent built before 1961, than it is in urban centres, with 29 percent built before 1961. Aging in place on an inadequate income, whether in a rural or urban area, can result in overall deterioration of housing and neighbourhoods through neglect of repairs and maintenance.

*Evidence, December 10, 2007*

The Canada Mortgage and Housing Corporation (CMHC) provides funding to help low-income seniors adapt their homes, through the Residential Rehabilitation Assistance Program and the Home Adaptations for Seniors' Independence Program.

### **Integrated Care in Europe**

In Europe, and in other developed countries, integrated care is seen as key to improving accessibility, quality and financial sustainability. The Care Management of Services for Older People in Europe Network (CARMEN) is funded by the European Commission to advance ways in which integrated health and social care can be achieved in EU countries. One of the products of the Network was the development of a policy framework for integrated care for older people.<sup>37</sup>

Although the CMHC identified a wide range of approaches they use to tell Canadians about these programs, Sharon Sholzberg-Gray of the Canadian Healthcare Association echoed a common concern this Committee heard about the renovation programs: "These programs are important, but many seniors are not aware of their existence. If

---

<sup>37</sup> Douglas Stewart, Vice President, Policy Planning, Canada Mortgage and Housing Corporation, *Evidence*, December 4, 2006.

they did, would there be enough resources for all of them to access those programs?”<sup>38</sup>

Many witnesses have emphasized the importance of one-to-one contact in relaying information to isolated seniors. Given the important role that housing can play in keeping seniors healthy and allowing them to age in the place of their choice, the Committee urges the Canada Mortgage and Housing Corporation to broaden its efforts to publicize the Residential Rehabilitation Assistance Program and the Home Adaptations for Seniors’ Independence Program. Furthermore, CMHC and non-profit organizations and professional groups which have direct contact with seniors must work together to insure information about these programs are communicated to all seniors, especially those who may be socially isolated.

**The Committee urges the Canada Mortgage and Housing Corporation to broaden its efforts to publicize the Residential Rehabilitation Assistance Program and the Home Adaptations for Seniors’ Independence Program.**

### **2.2.1.2 Housing affordability**

One of the most pressing housing issues facing seniors is housing affordability. In some cities, such as Vancouver, low-income seniors are unable to access the rental housing market or they spend a disproportionate amount of income on housing. In rural areas, the Committee has heard that low-income seniors are unable to keep up with the maintenance costs of the homes they own. Many seniors have a limited ability to supplement their income, so ensuring that they can access adequate housing requires an investment in social housing. Don Fiddler of the Métis National Council highlighted the urgency of investments in social housing:

In the urban environment, there will need to be a hard look at subsidized housing. As I indicated, most of our citizens live in urban and semi-urban areas, and they are relying upon old age pension and in some cases small Canada Pension Plan benefits in order to provide them with income. They are trying to survive on the low income that those pensions represent. They have a median

---

<sup>38</sup> Sharon Sholzberg-Gray, Canadian Healthcare Association, *Evidence*, December 10, 2007.

income of \$13,000 or \$14,000. Try living in an urban environment, with the high cost of housing, and well, it would be readily apparent that \$1,000 a month is essentially an average urban rent in not a very nice place; that is \$12,000 a year right there.

*Evidence, May 14, 2007*

Aboriginal organizations have stressed that the lack of quality, affordable housing is one of the greatest challenges to Inuit, Métis, and First Nations seniors. Some Inuit communities have 10-15 year waiting lists for social housing.<sup>39</sup> The housing situation in First Nations communities is addressed in greater depth in Chapter 10.

Access to affordable housing is one of the cornerstones of the World Health Organization's Age-Friendly Cities Guide, and a key component in allowing older Canadians to age in the place of their choice. The Committee welcomes the allocation of \$400 million over two years for the construction of social housing units for low-income seniors which was announced in the 2009 Budget. It emphasizes the need for continued funding in this area and for a national action plan, and recommends:

**8. That the federal government, in consultation with the provincial and territorial ministers responsible for housing, increase the stock of affordable housing for seniors across the country, including supportive housing, by developing a long-term national affordable housing action plan.**

### 2.2.1.3 Building codes

Housing should respond to needs throughout life. This can best be done at the initial design and building stage.

Under Canada's *Constitution Act*, building regulation is the responsibility of provincial and territorial governments. The *National Building Code* provides a model which can be adopted by the appropriate authority. Most provinces and territories adopt or adapt the model *National Building Code* and enforce its requirements. In a report on seniors in Ontario, the Ontario Human Rights Commission

---

<sup>39</sup> Okalik Eegeesiak, Inuit Tapiriit Kanatami, *Evidence*, May 14, 2007.

reported that “the standards for barrier-free design that are already contained in the *Building Code Act* are often not met by builders or enforced by inspectors.”<sup>40</sup> Consumers may not think about looking for accessibility features when they are buying housing, but the Committee has heard many stories about seniors who are confronted with the difficult decision of moving out of their homes because they cannot be adapted to their reduced mobility. Judy Lynn Richards, Assistant Professor at the University of Prince Edward Island, shared an illustrative story with the Committee:

I have done a fair bit of volunteering with seniors over the years, and there is nothing more disheartening than seeing someone who has been living in the same place for so long and is now at the point where they need a walker. They are still independent and can get around and cook and clean, et cetera, but they end up giving things up, such as their house, because they cannot get into the bathroom and they cannot afford \$5,000 worth of renovations to get the bathroom renovated. As soon as you leave the walker at the bathroom door, there is the possibility of slipping and falling. What will you grab onto in the middle of the bathroom in order to get to the other side? These are very practical considerations. There should be standard building codes so that people do not have to worry about whether or not at some point in their life they will have to put the walker aside to be able to enter their bathroom and then eventually have to give up their house because the bathroom is too slippery.

*Evidence, June 11, 2007*

---

Niagara is critically short of affordable supportive housing, particularly in the southern communities of Niagara. This shortage has been viewed by many informed observers as a root cause for the inordinately long wait list for long-term care homes in Niagara. Approximately 1,500 people typically are on the list for admission to long-term care homes in the Niagara region where there are 32 long-care homes.

Dominic Ventresca, Director  
of Senior Services, Regional  
Municipality of Niagara  
Community Services  
Department

---

---

<sup>40</sup> Ontario Human Rights Commission, *Time for Action: Advancing Human Rights for Older Ontarians*, June 2001, p. 27.

Because accessible housing will continue to be an important component of allowing people to age in their homes, the Committee recommends:

- 9. That the federal, provincial and territorial ministers responsible for housing work to ensure that the standards for barrier-free design are consistently met by builders and enforced by inspectors.**
- 

### 2.2.2 Supportive Housing and Assisted Living

Although many seniors prefer to stay in their own homes, there is a transitional period where individuals confront mounting difficulties

---

Many seniors cannot afford upscale private "adult lifestyle" or retirement homes. Seniors' housing developments should not focus on "the gold in the grey" only.

---

National Advisory Council on Aging

meeting their needs in their private housing. This group of seniors does not require the intensity of services in long-term care facilities but needs help with the activities of daily life. This can be provided in their homes through home support services and home care. It can also be provided in supportive housing. A wide range of services, both private and public, have arisen to either support individuals in their homes or to provide supportive housing options.

These options provide some services to support daily living - such as meals, housekeeping and social and recreational activities - while providing greater flexibility and less intensive care than long-term care facilities. Supportive housing can be made available in a variety of building types and sizes. These range from small bungalows or cottages to homes shared by a group of eight to ten people to larger buildings that contain many dwelling units. Supportive housing can also be made available in various forms of tenure, such as rental, condominium and life leases.<sup>41</sup>

---

<sup>41</sup> Luis Rodriguez, Senior Researcher, Canada Mortgage and Housing Corporation, *Evidence*, December 10, 2007.

As in other forms of housing, wealthier Canadians have a much broader range of options in supportive housing than low-income seniors. The private sector is marketing a range of luxury accommodations to seniors, however there is a need to support the development of supportive housing options for low-income seniors. The Committee has heard that “the lack of affordable supportive housing contributes to many health care system inefficiencies and the unnecessary expenditure of hundreds of thousands of dollars to work around the system’s backlog.”<sup>42</sup>

---

Residents in our village had to move to Medicine Hat which is 1 -½ hours away, so that not only do they have to adjust to leaving their home, they are having to adjust to living in a long term care facility with no family nearby.

Anonymous response to Committee’s questionnaire

---

The need to address standards in supportive housing is particularly important in light of the shortages in the supply of affordable supportive housing. Supportive housing and assisted living are not heavily regulated across the country because there is an assumption that consumers can exercise choice between providers, thus placing upward pressure on service standards. Consumers can only “vote with their feet”, however, if there are other suitable and affordable supportive housing options to which they can turn.<sup>43</sup> Ensuring that low-income seniors have choices in affordable supportive housing options, as recommended above, may place upward pressure on the quality of services provided in supportive housing facilities.

The Committee has received a number of suggestions from witnesses relating to how the federal government can share best practices on the regulation of supportive housing, and the role it can play in providing a single access point to all Canadians about the supportive housing options available across the country. Recognizing that the health of the supportive housing sector is key to providing a smooth continuum of services to seniors, and to

**The Committee urges the federal government to enter into discussion with the provincial-territorial forum of ministers responsible for housing to determine the most appropriate role it can play in coordinating best practices and information relating to supportive housing.**

---

<sup>42</sup> Dominic Ventresca, Regional Municipality of Niagara Community Services, *Evidence*, May 9, 2008.

<sup>43</sup> Margaret Isabel Hall, University of British Columbia, *Evidence*, December 10, 2007.

reducing undue pressure on the long-term care sector, the Committee urges the federal government to enter into discussion with the provincial-territorial forum of ministers responsible for housing to determine the most appropriate role it can play in coordinating best practices and information relating to supportive housing.

**The Committee urges the federal government to enter into discussion with the provincial-territorial forum of ministers responsible for housing to determine the most appropriate role it can play in coordinating best practices and information relating to supportive housing.**

Assisted living facilities are situated between supported housing options (which typically do not provide assistance with the activities of daily living), and long-term care facilities, where people have more extensive care requirements. Assisted living facilities are less regulated than long-term care facilities. The Committee has heard that these facilities are often marketed as luxury accommodations, and that “some operators of these facilities have been looking for a frailer group of elderly residents to market their services.”<sup>44</sup> The Committee takes seriously the call for vigilance to “ensure that assisted living facilities do not become entrenched as unregulated long-term care facilities with à la carte care”<sup>45</sup>, and strongly urges the federal government to monitor this situation through ongoing dialogue with its provincial counterparts.

### 2.2.3 Long-term care

In 2005, there were 2,086 long-term care facilities for the aged in Canada, of which 1121 (54%) were privately owned, 447 (21%) were owned by not-for-profit organizations, and 420 (20%) were owned by governments.<sup>46</sup> Long-term care facilities are provided across

---

<sup>44</sup> Sharon Sholzberg-Gray, President and Chief Executive Officer, Canadian Healthcare Association, *Evidence*, December 10, 2007.

<sup>45</sup> Ibid.

<sup>46</sup> An additional 98 facilities are listed as “other”. Statistics Canada notes that “All facilities in Quebec fall into this category as their ownership cannot be further defined.” Source: Statistics Canada. Table 107-5501 - Residential care facilities, by ownership, principal characteristic of predominant group of residents and size of facility, Canada, provinces and territories, annual (number), CANSIM (database), Using E-STAT (distributor), [http://estat.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.exe?Lang=E&ESTATFile=EStat\English\CII\\_1\\_E.htm&RootDir=ESTAT/](http://estat.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.exe?Lang=E&ESTATFile=EStat\English\CII_1_E.htm&RootDir=ESTAT/). (accessed: December 15, 2008)

Canada by municipalities, provincial or territorial governments, charities or private businesses.

The Committee has heard that there is a patchwork quilt of long-term care across this country with a variety of different charges applied for services and supplies depending on the province. There is not even common terminology for the sector - long-term care facilities are known throughout Canada as special care homes, nursing homes, continuing care centres, personal care homes, government manor homes, private manor homes, homes for the aged, and residential continuing care facilities.

---

With regard to improved care, we need to look at approaches to be adopted by home care, community services and long-term care facilities to preserve function and maintain a good quality of life for people with dementia, including high quality end-of-life care.

Scott Dudgeon, Alzheimer  
Society of Canada

---

### **2.2.3.1 Portability of Long-term Care Services**

Long-term care centres are regulated at the provincial and territorial level, although the federal government has a direct role in providing assisted living or long term care services for certain groups - Aboriginal peoples through the First Nations and Inuit Home and Community Care Program; Correctional Service Canada's long-term care to federal inmates; and services provided to Veterans and former RCMP officers if they meet the criteria contained in each of their benefit programs.<sup>47</sup> The direct service role of the federal government in long-term care is explored in Chapter 10.

There are two groups of services defined under the *Canada Health Act*: insured health care services and extended health care services (which include long-term care). The *Canada Health Act* outlines five principles which provinces and territories must meet in order to receive health funding: public administration, comprehensiveness, universality, portability, and accessibility. These principles apply to the insured health care services but not extended health care services.<sup>48</sup> Dr. Hollander, who has appeared before the

---

<sup>47</sup> Health Canada, Home and Continuing Care, on-line document at [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/home-domicile/index\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/home-domicile/index_e.html).

<sup>48</sup> The two groups of services covered by the *Canada Health Act* are insured health care services and extended health care services. Insured health care services are



Committee, has written that “this is why, for example, it is possible to charge user fees in long term care facilities and why most continuing care services are not portable across provinces.”<sup>49</sup> The distinction between insured health care services and extended health care services may not be clear to Canadians. Witnesses have suggested that Canadians may not be aware that some of the services in long-term care facilities are not provided in the publicly funded health care system.<sup>50</sup> As a result, many are unprepared for the costs of these services, or may not recognize that there may be waiting periods imposed when they try to access long-term care services in other provinces.

**The Committee urges the provinces and territories to work on implementing reciprocal arrangements to eliminate the waiting period for long-term care services for residents from other provinces.**

The lack of portability for long-term care services causes hardship for seniors and their families. Provinces and territories have different ways of calculating the subsidies they provide to seniors to pay for facility-based long-term care. As they move across the country, seniors may have to pay the full fee of the long-term care facility for an extensive waiting period before being eligible for cost-sharing through their new province or territory of residence. The Committee has heard that some are required to pay the full fee in long-term care facilities for periods of as long as one year. This is an insurmountable barrier for some seniors and their families. The Committee urges the provinces and territories to work on implementing reciprocal arrangements to eliminate the waiting period for long-term care services for residents from other provinces.

---

medically necessary hospital services, physician services and surgical-dental services provided to insured persons. Extended health care services include certain aspects of long-term residential care (nursing home intermediate care and adult residential care services), and the health aspects of home care and ambulatory care services.

<sup>49</sup> Hollander, M.J. Substudy 1: Final Report of the Study on the Comparative Cost Analysis of Home Care and Residential Care Services. Victoria. National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care, 2001. p. 33.

<sup>50</sup> Sharon Sholzberg-Gray, President and Chief Executive Officer, Canadian Healthcare Association, *Evidence*, December 10, 2007.

### **2.2.3.2 Training of long-term care staff**

The Committee has heard that long-term care facilities are increasingly called on to care for seniors who are older than they were in the past, with much more complex health needs. In spite of this, there have been cut-backs in staffing in several jurisdictions. Sandra Hirst, President of the Canadian Association on Gerontology, told the Committee that:

Where we had registered nurses, for example, we are now using licensed practical nurses, LPNs, or registered psychiatric nurses. Where we had LPNs, we are now using nurse's aides, because of funding.

*Evidence, December 11, 2006*

Judith Wahl, Executive Director of the Advocacy Centre for the Elderly, told the Committee "We see an increase in persons with dementia in long-term care and we see the call for training, but the training does not get done."<sup>51</sup> The Committee has heard the disconnect between the increasing complexity of care and cut-backs in staffing may be leaving seniors vulnerable. Sandra Hirst, President of the Canadian Association on Gerontology, explained:

We are asked to provide care to complex older adults who have a variety of needs. Older adults entering long-term care rarely present with one health issue. They have multiple concerns ... Perhaps the most vulnerable of our senior population is cared for primarily with uneducated staff at their bedside. That is deplorable.

*Evidence, December 11, 2006*

---

Taking the time to give a senior who needs care, a bath, preparing a meal, feeding the individual and ensuring a safe and sanitary environment in the home does not necessarily have to be done by a health professional. However, for people who are too frail to shop, cook or take baths on their own due to their medical conditions, this type of personal support allows them to maintain their independence for as long as possible. It may actually save the health care system money by avoiding repeated hospital admissions and premature entry into long-term care facilities.

Marcus J. Hollander,  
Hollander Analytical Services  
Ltd.

---

---

<sup>51</sup> Judith A. Wahl, Executive Director, Advocacy Centre for the Elderly, *Evidence*, May 28, 2007.

The Committee urges the federal government to work closely with its provincial and territorial counterparts to ensure that the levels of care in long-term care facilities across the country are appropriate.

The Committee is very concerned about this situation and urges the federal government to work closely with its provincial and territorial counterparts to review and adjust staffing competencies in long-term care facilities, to ensure that the levels of care in long-term care facilities across the country are appropriate.

### 2.2.3.3 Culturally-appropriate long-term care services

Several witnesses emphasized the importance of developing culturally appropriate long-term care services. This is the case in Ste-Anne, Manitoba where the Committee heard about the importance of receiving care in one's first language. It is the case in First Nations communities, even though a small minority of First Nations people in Canada have the opportunity to receive long-term care in their communities. It is also the case for multicultural communities, even among those who may have been in Canada for most of their lives.

A growing number of seniors in Canada were born outside of Canada. These seniors will require assisted living or long term care facilities as they age. Providing culturally sensitive services that meet the unique needs of immigrant seniors will become increasingly important to ensure that visible minority seniors are comfortable in facilities.<sup>52</sup> Gloria Gutman, Professor of Gerontology at Simon Fraser University, told the Committee:

We recognize that when people have developed dementia, if they are from another country and English is not their first language, they may lose their English but still be able to communicate in their foreign language. One of the advantages of cultural groups having developed their own care facilities and having maintained their culture is so that people can function in that kind of setting.

*Evidence, March 19, 2007*

---

<sup>52</sup> Jessica Luh, "Ethnicity, Older Adults, and Long-Term Care," *Innovations: Enhancing Ability in Dementia Care*, Vol. 2, No. 4, (Fall 2003), p. 1-2.

The Committee heard evidence about the difficulty that some care institutions can have in adapting to the different needs of immigrant seniors. A report by the Ontario Human Rights Commission noted that “the provision of food, social and recreational activities in such (long-term care) institutions may not respond to the particular cultural and religious needs of some older persons.”

**The Committee urges the federal government take a proactive role in communicating information and best practices about adapting long-term-care facilities to address the needs of a multi-cultural society.**

The Ontario Human Rights Commission recommended “that health care and other service providers should seek to find ways to deliver services to a range of ethnic, cultural, racial, linguistic and religious groups.”<sup>53</sup> The Committee urges the federal government take a proactive role in communicating information and best practices about adapting long-term-care facilities to address the needs of a multi-cultural society.

#### **2.2.4 Home Care and Home Support**

According to the Royal Canadian Legion, “the biggest challenge facing Canadians over age 75 is bridging the gap between independent residential living and moving to a care facility.”<sup>54</sup> Home support and home care can help bridge that gap.

A wide range of services can fall under home care programs, including professional services such as nursing, occupational therapy, and social work; personal care services to assist in the activities of daily living, such as bathing, toileting, transferring, and grooming; and home making and home support services such as cleaning, doing laundry and meal preparation.<sup>55</sup> It is often a combination of these services that allow individuals to postpone or avoid institutional care.

---

<sup>53</sup> Ontario Human Rights Commission. *Time for Action: Advancing Human Rights for Older Ontarians*, June 2001, p. 31.

<sup>54</sup> Royal Canadian Legion, *Review and Determination of Housing Issues for Veterans and Seniors*, p. vi.

<sup>55</sup> Royal Canadian Legion, *Review and Determination of Housing Issues for Veterans and Seniors*.

---

In the last century, the advances made in medical care and technology have made living easier but dying harder, and the reality of being elderly is that it is the elderly who die mostly. The system we have now needs to change in order to make end-of-life care a quality time for these patients.

Dr. Lawrence Librach,  
Canadian Hospice  
Palliative Care

---

Much of the care and support seniors receive at home is provided by family members and friends in an informal way. The Canadian Home Care Association has noted that the informal or family caregiver is the backbone of the home care system in Canada. The Canadian Institute for Health Information reports that “for many people, the informal support provided through family, friends and neighbours makes the difference between living in the community and requiring an alternate level of care, such as a residential care facility or hospital.”<sup>56</sup> The issues and options relating to informal home care are provided in Chapter 6.

There are times when the support provided by family and friends needs to be supplemented with formal supports to help people with acute and chronic care needs stay in their homes. There are also times when family and friends are not able to provide care or support. The ability of public home care services to meet these needs differs dramatically across the country in terms of what is offered and how services are funded.<sup>57</sup> In too many cases, the levels of care provided are not sufficient to support people in their own homes, as Sue VanderBent of the Canadian Home Care Association outlined in her brief to the Committee:

Growing numbers of community-dwelling seniors are “at risk” for loss of independence because they need more help than is currently available in the health care system to age at home. A clearly identifiable trigger point for imminent loss of independence occurs when families decide ... to activate the search for placement for the senior to a retirement or long term care facility. This activity is often initiated for individuals at the fringe – those needing a little more support than offered within the community system and not really requiring the full scope of services offered in the facility. It is at this point where

---

<sup>56</sup> CIHI, Analysis in Brief, “The Yukon: Pioneers in Home Care Information”, October 2007.

<sup>57</sup> A. Côté and G. Fox, *The Future of Homecare in Canada: Roundtable Outcomes and Recommendations for the Future*, March 2007.

enhanced and focussed services delivered in the home could make a major difference in the quality of life for both the senior and their families.

Access to home and community services is limited in Canada. The Victorian Order of Nurses, in its brief, noted that:

Access is impeded for a variety of reasons – for example, geographic location, language, and culture, but one of the primary barriers to accessing home and community care is related to cost. Only 50 percent of home care patients in Canada receive publicly funded care.<sup>58</sup>

Despite the growing number of seniors, the Committee has heard that some provinces have experienced a decrease in the home support and home services over the past decade. In his brief to the Committee Chris Boldt of the B.C. Retired Teachers' Association noted that the decline in home support and home services in British Columbia over the last 10-15 years has placed increased pressure on family caregivers and made it increasingly difficult for seniors to stay in their homes.

Home care and home support is what Canadians want when their health makes it difficult for them to manage the activities of daily life. Nothing makes that more clear than a pilot project conducted by Veterans Affairs Canada in 1999, as outlined below.

---

<sup>58</sup> VON Canada, Submission to the Special Committee on Aging, December 17, 2007. p. 4.

### **The Overseas Service Veteran At Home Pilot**

Faced with a shortage of beds in its facilities, the Department of Veterans Affairs Canada offered the veterans on its waiting list for long-term care placement the range of supports available under its Veterans Independence Program, which includes a wide range of home support services. When the pilot project was assessed in 2002, “90 percent of the veterans contacted chose to remain at home with Veterans Affairs Canada interventions rather than accept long-term care facility placement.” Although they had had their names on a waiting list for a long-term care facility, the vast majority of participants preferred to remain at home.<sup>59</sup>

In its Second Interim Report, this Committee proposed the option of introducing a National Home Care Program. Reaction to this proposal was mixed. Witnesses strongly supported an increase in home care and home support services; however, they had important caveats about the introduction of a national program. Witnesses pointed out that the 2003 First Ministers' Accord on Health Care Renewal, which had recognized short-term home care as a part of the acute care system, had had the unexpected negative consequence of reducing the availability of longer-term care. Many seniors who require home care have chronic health conditions which require longer term home care. Witnesses emphasized the importance of ensuring that the range of supports to seniors be considered in an integrated fashion rather than in an ad hoc way. Summarizing the conclusions of the National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care, of which he had been part, Marcus Hollander of Hollander Analytical Services told the Committee that:

...home care, in order to more readily make the types of substitutions required to achieve greater efficiencies, needs to be part of a broader, integrated system of home and residential care, often referred to as continuing care. By having administrative and fiscal control over such a large, integrated system of care, senior executives and policy-makers can take steps to ensure that appropriate and cost-effective substitution of home care services for acute care and residential care can, in fact, take place.

---

<sup>59</sup> Pedlar, David and John Walker. “Brief Report: the Overseas Service Veteran at Home Pilot: How Choice of Care May Affect Use of Nursing Home Beds and Waiting Lists,” *Canadian Journal on Aging* 23 (4): p.368.

Simply enhancing expenditures on home care per se may have a limited effect unless steps are taken to ensure that appropriate substitutions of home care services for acute and/or residential care services can be made.

*Evidence*, December 10, 2007

Home care and home support are an essential part of providing integrated care to Canadians. The Committee emphasizes the important role the federal government can play in working with the provinces and territories to address the needs of people in need of home care and people providing that care.

The Committee emphasizes the important role the federal government can play in working with the provinces and territories to address the needs of people in need of home care and people providing that care.

The Committee recommends:

- 10. That, as home care is a key component of a national integrated care initiative, a Seniors Independence Program, modelled on the Veterans Independence Program administered by Veterans Affairs Canada, form part of the home care/home support component.**

The Committee also recognizes the important role that home care and home support workers can play in maintaining the quality of life of seniors. For many isolated seniors, home support workers can play a key role in providing information on health promotion and eligibility for programs. However, this role does not appear to be systematically integrated into the work of home support workers, in part due to the low status given to the important work they do.<sup>60</sup>

### **Home Support Workers and Health Promotion**

In her work, Vicky Scott of the University of Victoria trained home support workers to conduct falls risk assessments when they are in people's homes. Her work resulted in a remarkable 50 percent reduction in falls over an 18-month period compared to homes where the workers did not have that training.

---

<sup>60</sup> Anne Martin-Matthews, Scientific Director, Institute of Aging, Canadian Institutes of Health Research, *Evidence*, April 7, 2008.



The Committee heard that non-professional or paraprofessional workers provide most of the paid home care services in the country. They are often among the lowest paid group in the health care field, work with the fewest benefits, often pay for their own training and, in some provinces, pay their own travel expenses. It has been suggested that the lack of a national human resources strategy and training standards for this sector has a significant impact on the quality of care from one region to another.<sup>61</sup> This issue is addressed in chapter 8 of this report.

### 2.2.5 Palliative Care

It is important to allow people to age in the place of their choice. It is also important to provide the right services to allow people to die in the place of their choice. Palliative care services are a key part of providing the care that is needed, at the time and place that it is needed. The Committee has heard that effective palliative care can provide services in people's homes, nursing homes, and residential care facilities. The Committee was disturbed to hear while most Canadians with life-threatening illnesses would prefer to die at home, 75 percent continue to die in hospitals and long-term care facilities.<sup>62</sup> In addition, Dr. Lawrence Librach, Vice-President of the Canadian Hospice Palliative Care Association, told the Committee that:

The elderly, if they are admitted to long-term care facilities, generally will not receive good quality end-of-life care. Patients who are admitted to long-term care facilities are there to die; they are just giant palliative units.

*Evidence, June 18, 2007*

There are many things that can be done to allow Canadians to die in the place of their choice. The Committee has heard that in some palliative care programs in Canada, 70 percent of patients can die at home.

Allowing seniors to die in the place of their choice will require close collaboration between palliative care professionals, seniors, their

---

<sup>61</sup> Jane Barratt, International Federation on Ageing, *Evidence*, December 11, 2006.

<sup>62</sup> Dr. Lawrence Librach, Vice-President, Canadian Hospice Palliative Care Association, *Evidence*, June 18, 2007.

families, and other health and social service professionals. Economist Marc Lee has suggested that expensive end-of-life treatments are not always what is desired by dying seniors, and such interventions do not necessarily improve the quality of life. He notes that “in contrast, palliative care options have been suggested that assist people to die with dignity at home or in a home-like setting rather than in hospital.”<sup>63</sup>

Just as proper geriatric assessments can help determine the optimal basket of services to provide a high quality of life at home or in residential care, so too a well-defined palliative assessment processes can help define a good management plan for dying. Nadine Henningsen, Executive Director of the Canadian Home Care Association, highlighted the ongoing training needs in the area of palliative care:

One of the areas where we certainly see opportunity, and there are some models currently happening, is training groups together — training the home support worker, the palliative care physician, the family caregiver and the nurse all together, training them not necessarily on the hands-on duties of how to provide good palliative care but training them in how to work together, how to ensure that they do not duplicate services, providing opportunities for communication so you start to build a strong partnership with all the health human resources.

*Evidence, June 18, 2007*

The Committee endorses the recommendation of Sharon Baxter of the Canadian Hospice Palliative Care Association that “a crucial leadership role exists for the federal government to guide and oversee activities so that quality end-of-life care services are integrated into the health care system, are coordinated with other health systems, are comprehensive in nature and are an effective use of health care dollars” and recommends:

---

<sup>63</sup> Marc Lee, *Is BC’s health Care system sustainable? A Closer look at the Costs of Aging and technology*, Canadian Centre for Policy Alternatives, November 2006, p. 21.

**11. That the federal government fund a national partnership with provinces, territories and community organizations to provide the leadership and vision, standards, best practices, awareness and support for capacity building necessary to ensure the provision of integrated quality end-of-life care for all Canadians.**

---

The Committee heard that while the work completed in the Canadian Strategy on Palliative and End-of-Life Care moved the issue of palliative care forward, there is still much need for the continued support and leadership which the federal government is well-positioned to provide. In order to continue to lay the ground-work which will allow Canadians to have a greater quality of life at the end of their lives, the Committee urges the federal government to provide leadership and coordination on the issue of palliative and end-of-life care.

In the 2004 *10-Year Plan to Strengthen Health Care*, federal, provincial and territorial First Ministers committed to provide first dollar coverage for certain home care services, including “case management, nursing, palliative-specific pharmaceuticals and personal

**The Committee urges the federal government to provide leadership and coordination on the issue of palliative and end-of-life care.**

care at the end of life.”<sup>64</sup> To support provincial and territorial government efforts to fulfill their commitment, the Canadian Hospice Palliative Care Association in partnership with the Canadian Home Care Association has defined the “gold standard” for each of

the four home care services to be funded by government: case management, nursing, palliative-specific pharmaceuticals and personal care at the end of life.<sup>65</sup> The federal government has the responsibility, as the fifth largest health provider to Canadians, to meet the “gold standard” for the population groups under its direct service jurisdiction. As a result, the Committee recommends:

---

<sup>64</sup> Canadian Hospice Palliative Care Association, *The Pan-Canadian Gold Standards in Palliative Home Care: Toward Equitable Access to High Quality Hospice Palliative and End-of-Life Care at Home*.

<sup>65</sup> Canadian Hospice Palliative Care Association, *The Pan-Canadian Gold Standards in Palliative Home Care: Toward Equitable Access to High Quality Hospice Palliative and End-of-Life Care at Home*.

- 
- 12. That the federal government apply the gold standard in palliative home care developed by the Canadian Hospice Palliative Care Association and the Canadian Home Care Association to veterans, First Nations and Inuit, and federal inmates.**
- 

The Canadian Institutes of Health Research (CIHR) has provided funding for research on palliative care since 2004; but that funding is due to expire in 2009. The Committee has heard that there is still a need for research on effective pain and symptom management, psychosocial aspects of hospice palliative care, and effective methods of delivering hospice palliative care services and programs within the health care system. Canada has begun to build capacity in this area, but more needs to be done. In order to build on existing research and to translate the current research on hospice palliative care in ways which are useful for the public and practitioners, the Committee recommends:

- 13. That Canadian Institutes of Health Research funding for palliative care be renewed beyond 2009.**
-



## Chapter 3: Comparable Access to Services Across the Country

### 3.1 Seniors and Health Care Costs

Population pressures do not endanger the health care system; it is not the major driver of the increases in costs that we have observed.

Byron Spencer, Professor of Economics, McMaster University,  
*Evidence*, May 5, 2008

A pervasive myth needs to be put to rest. Our aging population will not be responsible for the collapse of health care as we know it.

Although health care costs have increased significantly in recent years, these increases have primarily been due to an expansion of health care services, population growth and health-care-specific inflation.<sup>66</sup> In comparison, the impact of population aging is a relatively small factor driving health care costs. Marc Lee, Senior Economist for the Canadian Centre for Policy Alternatives, told the Committee:

We can provide the same level of services that we have today into the future with an aging population. I believe that is a very high level of health care services. To the extent that we want more, if we want more and better health care services, then we do indeed have to pay for that and pay a larger share of our collective income in doing so. However, we have to ensure we are not confusing expansion of the health care system with what is required minimally to maintain it.

Marc Lee, *Evidence*, May 5, 2008

Internationally, there is no relationship between the proportion of seniors in a country and health care spending, nor is there a link between the increase in the proportion of seniors over the last 25

---

<sup>66</sup> Marc Lee, Senior Economist, Canadian Centre for Policy Alternatives, *Evidence*, May 5, 2008.

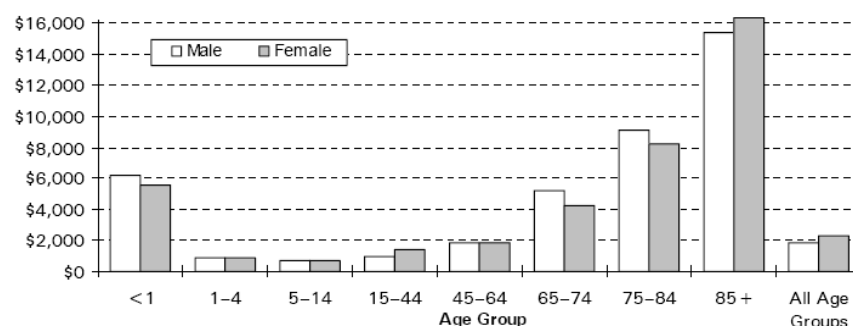
## CHAPTER 3: COMPARABLE ACCESS TO SERVICES ACROSS THE COUNTRY

years and increases in health care spending. Within Canada, per capita spending by provincial governments on health is not associated with the proportion of seniors in that province's population.<sup>67</sup>

This is not to say that population aging will not have any impact on health care spending. It does lead to increased costs. But those costs are manageable, and each province makes its own choices about what care is available and how it is organized, within the framework of the *Canada Health Act*.

The pressure on health care costs created by population aging results from the fact that health care use is typically most intensive in the first and last years of life, as illustrated by Figure 3.1 below.

**Figure 3.1: Provincial and Territorial Government Health Expenditure per Capita, by Age Group and Sex, Canada, Constant 1997 Dollars, 2002.**



Source: Canadian Institute for Health Information, *Provincial and Territorial Government Health Expenditure by Age Group, Sex, and Major Category: Recent and Future Growth Rates*, May 2005.

Although health care costs have increased at similar levels across all age groups over the last decade, the larger basis of spending in older age categories means that proportional increases translate into much larger real costs.

In addition to health care costs, it is expected that population aging will also put increased pressure on home care, continuing care and other complementary services.<sup>68</sup> This reinforces the importance of moving toward greater integration of services in order to make the most effective trade-offs, improve care, and keep expenses down, as discussed in Chapter 2.

<sup>67</sup> Jean-Marie Berthelot, Vice-President, Programs, Canadian Institute for Health Information, *Evidence*, December 3, 2007.

<sup>68</sup> Marc Lee, *Evidence*, May 5, 2008.





### CHAPTER 3: COMPARABLE ACCESS TO SERVICES ACROSS THE COUNTRY

---

mode of dealing with these issues has negative consequences for our society.”<sup>73</sup> Robert Dobie, Acting Chair of the National Advisory Council on Aging, encouraged the Committee to consider the importance of health promotion:

I cannot overstate that an effective health system must place as much emphasis on health promotion as it does on health care. The causes of some serious conditions associated with aging will elude us, as will their prevention and treatment methods. However, many ill effects of chronic conditions associated with aging are avoidable. Health promotion, including for the very old, can produce beneficial results. The prevention of falls, as well as changes in lifestyle, particularly with respect to physical activity and nutrition, must be given priority in promotion and prevention programs for the aging population.

*Evidence*, November 27, 2006

The Committee recognizes the importance of a comprehensive health promotion strategy, recognizing that this will save money in the long run by increasing the years of living in good health and delaying the onset of health problems.

#### **Delaying the onset of Alzheimers**

Data from the United States suggests that if we could effect a five-year delay in the onset of Alzheimer's disease, we would cut its prevalence in the population by 50 percent, and we are attempting now, with the Alzheimer Society of Canada, to generate equivalent data for the Canadian situation. The Institute of Aging has recently launched an initiative called RAPID, Research to Action Program in Dementia, where we are working with practitioners on issues of delay of onset.

Anne Martin-Matthews, Scientific Director, Institute of Aging, Canadian Institutes of Health Research

---

<sup>73</sup> Gudrun Langolf, Director, Council of Senior Citizens' Organizations of British Columbia, *Evidence*, June 5, 2008.

The federal government plays a role with respect to health promotion and disease prevention by developing, implementing and assessing programs and policies whose specific objective is to encourage Canadians to live a healthier lifestyle. The work of the Public Health Agency of Canada, for example, is focused on health promotion, the prevention of chronic diseases such as diabetes and cardiovascular diseases, and injury prevention. By increasing health promotion efforts, the federal government could play a role in reducing overall health care expenditures. As a result, the Committee reiterates the recommendation made by the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology in its study on the Health of Canadians<sup>74</sup> that the federal government ensure strong leadership and provide additional funding to sustain, better coordinate and integrate the public health infrastructure in Canada as well as relevant health promotion efforts.

**The Committee reiterates the recommendation made by the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology in its study on the Health of Canadians that the federal government ensure strong leadership and provide additional funding to sustain, better coordinate and integrate the public health infrastructure in Canada as well as relevant health promotion efforts.**

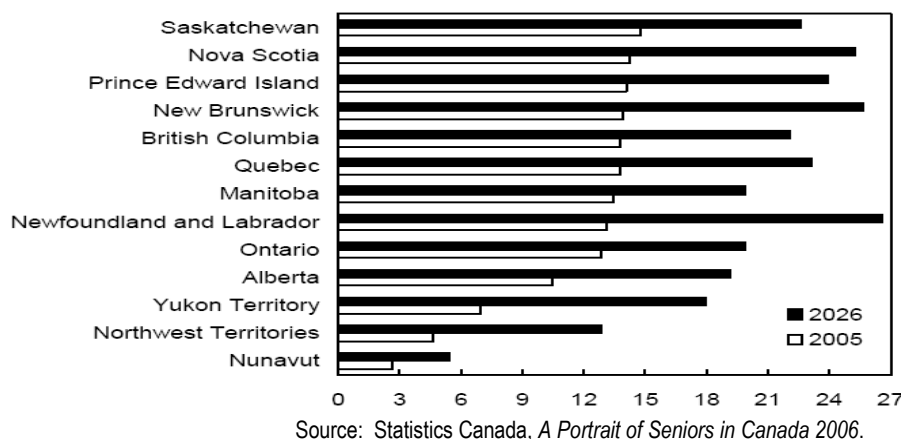
### 3.3 Demographic Projections for Provinces and Territories

Not all regions of the country are aging equally. Population migration as well as differing fertility rates are amplifying regional disparities. Provinces which already have older populations are aging more quickly, especially the five easternmost provinces.

---

<sup>74</sup> The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology The Health of Canadians – The Federal Role. Final Report, Volume Six: Recommendations for Reform, 2002.

Figure 3.2: Percentage of Population Aged 65 or Over, by Province, 2005 and Projection for 2026



As Figure 3.2 suggests, differences in population age structure across the provinces and territories are expected to widen in the future.

### 3.4 A Supplementary Program to Compensate for Uneven Aging Across the Provinces and Territories

Because the costs of providing health care to seniors is higher than for other age groups, provinces with higher proportions of seniors will face greater increases in costs than others. The Canada Health Transfer's per-capita funding formula does not take these differential costs into consideration, and may eventually result in a widening gap in the basket of services offered by provincial and territorial governments, as noted in the Government of Nova Scotia's brief to the Committee:

Nova Scotia is concerned that the current federal approach -- moving to equal per capita funding for federal transfers -- will create new funding sustainability problems for jurisdictions such as Nova Scotia.<sup>75</sup>

---

<sup>75</sup> Government of Nova Scotia, Report to Senate Committee on Aging – Nova Scotia's Perspective, June 13, 2008.

We believe it is essential to ensure that Canadians across the country, be they young or old, have fair access to services, and that jurisdictions with older populations not be penalized because of their demographic status.

The Committee's second interim report on Issues and Options considered a number of options for addressing this imbalance. In our hearings, witnesses were clear that attempting to incorporate age-based considerations into the existing equalization and Canada Health Transfer formulas would be contentious and challenging, given the broad scope of those programs.

The Committee believes a distinct transfer payment to the provinces is the simplest way to offset the differential costs associated with population aging.

The most straightforward way to offset the costs associated with a population that is aging more rapidly is through a distinct transfer payment to the provinces for that purpose, as described by Joe Ruggeri, Professor of Economics at the University of New Brunswick:

Having a separate supplement specifically directed at the issue has great advantages in terms of transparency, accountability and targeting. It also would be a transitory transfer introduced to address a transitory issue. It can be designed to be very sensitive to the changes in the magnitude of the aging issue.

*Evidence, May 5, 2008*

The Committee therefore recommends:

- 14. That the federal government create a supplementary transfer program to assist provinces and territories which have an older population in meeting the increased health care needs of their seniors.**
-

### 3.5 Comparable Access to Medications: A National Formulary

While virtually all seniors are covered by some type of prescription drug insurance, either public or private, the extent of this coverage varies significantly from province to province, leaving many seniors vulnerable to financial hardship.

Robert Dobie, Acting Chair, National Advisory Council on Aging, *Evidence*, November 27, 2006

Pharmaceuticals, particularly prescription medications, are seen as one of the three essential pillars of health care along with services provided by physicians and hospitals. Seniors are particularly in need of medications to prevent complications, treat chronic disease, control pain, and to reduce or control symptoms during and at the end-of-life. However, unlike physician and hospital services that are generally covered as medically necessary services, prescription drugs used outside of hospitals are paid out-of-pocket unless covered by a public or private drug insurance plan.

Provincial and territorial governmental drug benefit plans are the primary source of drug insurance for Canadian seniors. Each government has traditionally had its own prescriptions drug benefit plan and individual formulary listing for drugs approved for coverage under the plan. This means that currently there are 10 provincial, 3 territorial and 6 federal formularies, potentially 19 lists of drugs that could be approved as a benefit for eligible seniors. As well, while each provincial and territorial plan has introduced premiums, co-payments or deductibles to be charged to the plans' users, the federal plans generally cover the full costs of the medications approved as benefits for seniors.

The result is a patchwork of medication benefits available to seniors across the country. For example, medications approved by Health Canada to treat Alzheimer's disease may not be listed on all provincial formularies, preventing access by seniors who cannot afford the high cost of purchasing the medication. The costs, combined with disparate benefits available through provincial formularies, have health consequences. According to Donald Juzwishin of the Health Council of

Canada, the direct out-of-pocket cost leads some seniors to reduce or stop their prescribed treatments:

In our survey, we found that 10 percent of Canadians with chronic diseases reported that they do not fill a prescription or they skipped medication due to the associated costs.

*Evidence, April 7, 2008*

Prescription drugs are an essential part of integrated care for seniors. Despite efforts by federal, provincial and territorial governments to provide appropriate access to medications outside hospital settings, there is inconsistency and inequity in prescription drug coverage for Canadians across the country. A common national formulary is generally viewed as a vital first step toward addressing jurisdictional discrepancies. This, along with the idea of a national publicly-insured prescription drug program, received the support of a range of witnesses appearing before the Committee.<sup>76</sup>

The Committee acknowledges however that a common national formulary and one uniform drug plan for the whole country will require significant jurisdictional collaboration. The Committee notes that the move to a national formulary was supported in 2002 by both the Commission on the Future of Health Care in Canada and the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. The establishment in 2003 of the Common Drug Review process with participation by all jurisdictions except Quebec is viewed as a significant step toward its development. In addition, the Committee acknowledges the further cross-jurisdictional support as part of the 10-year Plan to Strengthen Health Care when First Ministers established a ministerial task force to develop and implement a National Pharmaceuticals Strategy.

The benefits of a national formulary are particularly significant for seniors. In addition to reducing inequities for seniors across all government plans, it can assist in promoting optimal use of medications as well as achieving administrative efficiencies. It is interesting to note that the cost of drugs used to be the third highest

---

<sup>76</sup> For example, Hon. Michael Baker, Minister of Finance, Nova Scotia, Christine Mounsteven, Canadian Pensioners Concerned Incorporated, Marc Lee, Canadian Centre for Policy Alternatives, etc.

### CHAPTER 3: COMPARABLE ACCESS TO SERVICES ACROSS THE COUNTRY

---

overall cost after hospitals and physicians; however, it is now the second highest cost after hospitals. Among federal drug plans, there is an opportunity to lead through the Federal Health Care Partnership that has already negotiated and coordinated federal government purchasing related to pharmaceuticals on behalf of certain departments and agencies representing specific eligible federal clients. Among all jurisdictions (federal, provincial, and territorial), comparisons of the current formulary drug lists can assess inconsistencies in coverage, identify ways to reduce inequities, and facilitate the development of a common national formulary.

One place to begin the establishment of a common national formulary is with the development of a list of drugs utilized by seniors across the country. This list can then be implemented as a national formulary for seniors.

The Committee therefore recommends:

- 15. That the federal government establish a specific time-limited fund to enable provincial, territorial and federal governmental drug benefit plans to develop a common list of drugs used by seniors; That this list form the basis of a common national formulary to be implemented by all jurisdictions as a benefit list for all Canadian seniors; and That this initial focus on seniors form the basis for a national pharmacare program.**
-

## **Chapter 4: Active Aging in Age-Friendly Cities and Rural Communities**

Aging in place of choice requires communities which are adaptable to the evolving needs of families and individuals. Across the country, there are innovative programs which are offered to seniors, often by their peers. These include university programs, computer classes, wood-working workshops, social clubs, and physical fitness programs. Some seniors confront barriers in accessing these programs for a number of reasons - the physical environment of communities may not be conducive to getting around easily or transportation may be too expensive or complicated. This calls for attention to the principles of universal design and the implementation of age-friendly community guidelines.

### **4.1 Active Aging**

Older adults make many valuable contributions to society through knowledge accumulated over a lifetime of experience. At the same time society needs contributions from skilled workers and volunteers to provide the services and goods needed by a growing population and diminishing labour force.<sup>77</sup>

Canada's National Framework on Aging, developed ten years ago to guide federal and provincial action on aging, outlined a vision that:

Canada, a society for all ages, promotes the well-being and contributions of older people in all aspects of life, promotes the well-being of seniors, recognizes their valuable contributions and reflects the goals of elimination of ageism in all sectors.

Many seniors continue to be active members of society through paid employment, volunteer work, educational opportunities, social

---

<sup>77</sup> Committee of Officials for Federal/Provincial/Territorial Ministers Responsible for Seniors, *Planning for Canada's Aging Population: A Framework*, 2005.



## CHAPTER 4: ACTIVE AGING IN AGE-FRIENDLY CITIES AND RURAL COMMUNITIES

---

and intergenerational interaction, and in physical activity. The Committee has heard that opportunities to remain physically and mentally active are instrumental to the well-being of senior Canadians. Accelerated aging is the direct result of inactivity. Despite this, the evidence suggests that seniors may not recognize the importance of remaining active. Monika Queisser of the Organization for Economic Co-operation and Development testified that:

People tend to have lots of ideas before they retire of what they will do in retirement, such as charity and association work. Yet, when you look at actual time use ... you see that after people retire there is an incredible increase in passive time use, meaning that people sleep more and watch more television.

*Evidence, May 7, 2007*

---

The challenge for us is to spread the word that a healthy active lifestyle is the best means towards ensuring a longer, happier, healthy life as we age.

Active Living Coalition for  
Older Adults

---

Promoting active aging includes measures to ensure that everyone has opportunities to live an engaged and active life so that these lifestyle habits follow them into the senior years. It also requires a close look at the barriers which prevent some seniors from continuing to be actively engaged.

Recognizing that promoting active aging requires collaboration between individuals, the voluntary sector, the private sector, and the various levels of government.

### 4.1.1 Social and Intergenerational Interaction

Social interaction is important to mental and physical health. In its brief to the Committee, the Canadian Coalition for Seniors' Mental Health noted that:

Social support networks are particularly important for seniors as social isolation is known to be linked to depression and loss of autonomy. Community or institutional based programs that provide social support to seniors help to ensure maintenance of mental health.

*Evidence, May 28, 2007*

The Alzheimer Society reports that “social interaction appears to have a protective effect against Alzheimer’s disease”<sup>78</sup> and recommends that seniors participate in social events with family and friends, stay active in the workforce or volunteer, join a club, hobby group, or take a class.

The organizations which provide social activities for seniors are at the forefront of services to seniors. As Judith Cameron of the Fairfield Activity Centre in Victoria told the Committee:

We are the frontline workers. We see our members on good days and bad days. We see them before they get to assisted living and land in hospital. We make referrals and we advocate for health care services, doctor referrals, home care, housing, and mental health.

*Evidence, May 28, 2007*

These organizations play an important role in relaying information to seniors and ensuring that they access the services available to them and need to be adequately supported. Many of the witnesses who addressed the Committee expressed concern for isolated seniors. Unlike those who participate in the activities and programs in their communities, isolated seniors may not hear about resources which could be available to support them, may not access information on issues such as abuse which could help them protect themselves, and may not come into contact with advocates who could make them aware of their entitlements.

The issue of social isolation came up at all the Roundtables on Seniors’ Well-Being held by the National Seniors Council between February and May 2008. Seniors at those roundtables indicated that low income and a lack of transportation may place seniors at risk of social isolation.<sup>79</sup>

Some groups of seniors are more likely to experience social exclusion, including the oldest old, women, seniors with less education,

---

<sup>78</sup> Alzheimer Society, *Heads up for Healthier Brains: What Everyone Should Know About Brain Health and Alzheimer’s Disease*.

<sup>79</sup> National Seniors Council, *Written Submission to the Special Senate Committee on Aging*, June 2008.

## CHAPTER 4: ACTIVE AGING IN AGE-FRIENDLY CITIES AND RURAL COMMUNITIES

---

those dwelling in urban areas, those not Canadian born, those not married and seniors whose health affects their activity level.<sup>80</sup>

Research has demonstrated that urban seniors are much more likely to experience social exclusion, possibly because “rural seniors may benefit from more neighbourly and peer support in terms of transportation to and from family events and community activities because of an increased likelihood that people know one another.”<sup>81</sup> This calls for attention to age-friendly cities and rural communities.

Immigrant seniors are particularly at risk of social exclusion, although the Canadian Ethnocultural Council has urged the Committee to take into consideration the “richness of the social interactions, informal volunteering, self-help supports, associations, economic contributions and additions to the richness of Canadian society that ethnocultural seniors make”.<sup>82</sup> Upcoming cohorts of seniors are likely to be even more culturally diverse than the current group of seniors. The Committee recommends:

**16. That the federal government adequately support research on the social network needs of seniors, and that it support organizations which provide social activities for seniors, especially those which provide culturally relevant events and activities for seniors born outside of Canada.**

---

### 4.1.2 Physical Activity

There are two good times to start exercising: one is when you are young and the other is today.

Elaine Gallagher, Director, Centre on Aging, University of Victoria, *Evidence*, April 28, 2008

Efforts need to be made to ensure that adults recognize the benefits of staying active into their senior years, and to provide the

---

<sup>80</sup> Social Isolation Working Group, F/P/T Committee of Officials (Seniors), *A Profile of Social Isolation in Canada- Phase II*, November 2007.

<sup>81</sup> Social Isolation Working Group, F/P/T Committee of Officials (Seniors), *A Profile of Social Isolation in Canada- Phase II*, November 2007, p. 10.

<sup>82</sup> Anna Chiappa, Canadian Ethnocultural Council, *Evidence*, May 28, 2007.

range of services which will meet the needs of a physically active older population.

Staying physically active is key to remaining in good health. The good news is that it is never too late to start - adopting a healthy lifestyle in middle age, and later, can dramatically improve one's health and life chances, and the effects can be seen quickly.<sup>83</sup>

Fitness is critical to preventing or delaying the onset of chronic diseases of aging, and in reducing the period of disability and dependent living, as Donald Paterson, Professor, School of Kinesiology, Faculty of Health Sciences, University of Western Ontario told the Committee:

The research shows a 50 percent reduction in the risk of going into long-term care in those who are fit, just moderately fit... That is because many people go into long-term care not because of cognitive dysfunction but rather because they cannot walk anymore.

*Evidence, April 28, 2008*

Physical activity can also minimize the effects of chronic conditions. Dianne Austin, National Executive Director of the Active Living Coalition for Older Adults, told the Committee:

Many people do not realize that the benefits of participating in physical activity will often decrease the pain they are in from osteoporosis or arthritis. Quite often, people assume they should not be moving; in fact, the opposite is true. The more they participate in exercise — especially strengthening exercises — the better they can reverse the complications of osteoporosis. However, for the most part, people do not realize that. The research has been done but not communicated to the general public.

*Evidence, May 7, 2007*

---

<sup>83</sup> Australia, Prime Minister's Science, Engineering and Innovation Council, *Promoting Healthy Ageing in Australia*, 2003, p. 76.

## CHAPTER 4: ACTIVE AGING IN AGE-FRIENDLY CITIES AND RURAL COMMUNITIES

---

---

It is important to find ways to support the delivery of exercise programs to community seniors. There is also the need to train leaders, instructors and educators.

Dr. Donald Paterson,  
School of  
Kinesiology, Faculty  
of Health Sciences,  
University of Western  
Ontario

---

Sedentary living is a big problem among all Canadians, including older adult Canadians. Only a minority are adequately physically active. Many seniors feel frail because they are frail. They have become too weak, too stiff and too unsteady to live without fear of falling.

According to Dr. Donald Paterson of the School of Kinesiology, University of Western Ontario, healthy older adults need to do exercise which is “moderate to moderately vigorous, 30 minutes per day, four to five times a week” in order to reap maximum health benefits. This activity should be in addition to the light activities frequently performed during daily life, such as household work, casual walking or activities of very short duration. The Committee has heard that encouraging even a small segment of the population to follow these directives would have an immense economic and societal impact. Dr. Paterson suggested that “it may be more effective to encourage exercise habits by starting with the groups most likely to comply and have these groups set a societal norm or standard that the more resistant types may follow.”

---

Sedentary seniors say they already know exercise is good for you, but they do not feel it is good for them. The underlying issue may be self-imposed ageism.

Chad Witcher,  
Representative,  
Alberta Centre for  
Active Living

---

It is unlikely that the majority of adults who are not physically active can be urged to meet the optimal level of physical activity outlined above. Chad Witcher of the Alberta Centre for Active Living described the challenge this way:

Healthy sedentary older adults say that they obviously do not need fitness to be healthy, while unhealthy seniors say that it is too late for them, that they are too old or not well enough to participate.

*Evidence, April 28, 2008*

Careful consideration needs to be given to how to promote the benefits of physical activity among adults, and how to communicate the message that it is never too late to start moving. Such a message needs to be tailored to groups who are less likely to be active. For example, older women are

significantly less likely than older men to be physically active. Other groups which are less likely to be physically active are seniors over age 80, seniors with low incomes and/or low education levels, seniors with disabilities and/or chronic health conditions, seniors who live in institutions or in isolation, and seniors who are members of ethnocultural and ethnolinguistic minority population groups.<sup>84</sup>

The important role of physical activity in maintaining physical and psychological health, in reducing the risk of chronic disease, and in management of pain in chronic disease needs to be actively promoted to all Canadians, including seniors. The Committee urges the federal government to embark on a highly visible national social marketing campaign that uses mass media channels to reach a large segment of the population to educate on the benefits of physical activity for older adults.

**The Committee urges the federal government to embark on a highly visible national social marketing campaign that uses mass media channels to reach a large segment of the population to educate on the benefits of physical activity for older adults**

Such a campaign should focus on the advantages of exercise. The Committee has heard that “fear-based messages that a person may fall or be at risk for a medical condition are not generally successful for behavioural change. People usually think they are not at risk and that these messages do not apply to them.”<sup>85</sup>

According to the Active Living Coalition for Older Adults, there are a number of barriers which make it difficult for seniors to be more physically active, including physical accessibility of programs, the suitability of programs for seniors, the costs involved in the program and in the transportation to get to the program, and lack of motivation.<sup>86</sup> The physical environment can also play an important

**The Committee urges the federal government to actively publicize best practices and innovative models on physical activity and seniors.**

---

<sup>84</sup> Health Canada, Physical Activity and Older Adults, Division of Aging and Seniors, 2002.

<sup>85</sup> Colin Milner, Chief Executive Officer, International Council on Active Aging, *Evidence*, May 7, 2007.

<sup>86</sup> Active Living Coalition for Older Adults, *Response to Committee’s Questionnaire for Seniors’ Organizations*.

## CHAPTER 4: ACTIVE AGING IN AGE-FRIENDLY CITIES AND RURAL COMMUNITIES

---

role in either preventing or encouraging physical activity. Facilitating physical activity means ensuring that neighbourhoods feel safe, communities are walkable, and sidewalks are free of snow and ice.

There are already many initiatives to increase physical activity among older Canadians. For example, model exercise programs and leader training programs have been developed at the Canadian Centre for Activity and Aging.<sup>87</sup> The Committee has heard, however, that there is insufficient information sharing at the national level. Witnesses have called for a mechanism to share best practices. As Colin Milner of the International Council on Active Aging told the Committee “many people are working in the dark.” As a result, the Committee urges the federal government to actively publicize best practices and innovative models on physical activity and seniors.

### 4.1.3 Educational Opportunities and Lifelong Learning

Research shows that people who have been learning throughout their lives don't stop because they are seniors. Some, who have been unable to access learning opportunities during their working lives, take advantage of retirement to learn a new skill. As in the general adult population, the learning needs and styles of seniors vary widely. All of society benefits, however, by meeting these needs.

---

Active learning helps maintain brain health by preventing loss of brain function and cognitive skills such as memory, reasoning and judgment. This discovery has important implications for the prevention and treatment of dementia.

Marjorie Wood,  
Creative Retirement  
Manitoba

---

Much of the emphasis on education for adults has been linked to implications for workplace productivity. It has been clearly demonstrated that older workers are significantly under-represented in job-related training provided by employers in Canada. Learning has a value beyond its application in the work force, however. Recognizing the benefits of lifelong learning has to go beyond the implications for the labour force, to a focus on the significant benefits for the individual and the larger society.

---

<sup>87</sup> Dr. Donald Paterson, Professor, School of Kinesiology, Faculty of Health Sciences, University of Western Ontario, *Evidence*, April 28, 2008.

The Committee has heard that “lifelong learning is linked to both longevity and quality of life. It helps seniors develop new interests and stay actively involved in the community. They feel happier, healthier, more respected and more independent when they are actively involved in learning.”<sup>88</sup> Active learning has also been linked to maintaining cognitive skills such as memory, reasoning, and judgement.

People are more likely to take advantage of learning opportunities in their senior years if they have continued to participate in learning throughout their lives. They are likely to pick up learning in their senior years at the level at which they finished formal training earlier in life. The senior years can also provide an opportunity to improve literacy skills, which are so important to daily life, as noted by Faye Martin, Acting Director of the Prince Edward Island Seniors' Secretariat:

We are aware that many of our seniors are disenfranchised because of their literacy levels. These seniors are unable to partake in educational and learning opportunities and have difficulty reading their prescriptions.

*Evidence, May 13, 2008*

The Committee has heard from several innovative continuing learning programs from seniors across the country.

### **Seniors Colleges and Universities across the Country**

The Committee has heard from some of the programs which have been developed to meet the learning needs of seniors. The Seniors College of Prince Edward Island has 527 members who have unlimited access to a wide diversity of peer learning courses on issues as diverse as family history, astronomy, Math Magic, life writing and singing. Acadia University offers Acadia Lifelong Learning for older adults which allows older adults to audit any course taught at the university and have full use of Acadia library. In the twenty years of its existence, The Elder Learners Program in Halifax has offered more than 120 lectures to approximately 12,000 seniors. Université de Sherbrooke's Université du troisième âge was the first seniors' university in North

---

<sup>88</sup> Marjorie Wood, Executive Manager, Creative Retirement Manitoba, *Evidence*, May 7, 2007.



## CHAPTER 4: ACTIVE AGING IN AGE-FRIENDLY CITIES AND RURAL COMMUNITIES

---

America. It offers non-credit courses to people over the age of 50 who are interested in taking courses for the sheer pleasure of learning.

Educational programs have the added benefit of allowing people to socialize as they learn together. It is important to ensure that there is a wide range of opportunities, meeting the needs of men and women of varying educational backgrounds. The Committee heard about an innovative program in Australia to provide an educational experience to men.

### **Men's Sheds Project, Australia**

Men's Sheds are informal learning environments, structured around woodworking and metalworking activities, which give older men opportunities for socializing. Typically located in shed or workshop-type spaces in the community, they are engaged in activities such as rehabilitating old bicycles and old wheelchairs, which are then donated to persons in the community who would not otherwise be able to afford them. This is proving to be a very significant approach to engaging men in learning in Australia, attracting older men that have proved difficult to engage through conventional health, employment, education and training initiatives. Many of these older men are facing issues associated with significant change, including ageing, health, retirement, isolation, unemployment, disability and separation.

In its response to the Committee's questionnaire, the Seniors College of Prince Edward Island recommended that there be "annual support for enhancing communications among the provinces on the topic of lifelong learning for 50+. This should involve both grass roots level organizations and ministries involved with seniors."<sup>89</sup> The Committee emphasizes the importance of promoting information-sharing among providers of lifelong learning opportunities for seniors across the country, and recommends:

**17. That the issue of lifelong learning for seniors be put on the agenda of the next meeting of the Council of Ministers of Education and the Federal, Provincial, Territorial Ministers Responsible for Seniors.**

---

<sup>89</sup> Response of the Seniors College of Prince Edward Island to the Committee's Questionnaire for Seniors' Organizations.

The Committee encourages efforts to make educational opportunities for seniors as affordable as possible. Some witnesses have suggested that tuition should be free for seniors. Others have supported the extension of existing educational tax credits to seniors. These tax credits are currently provided to those studying full-time in post-secondary courses or toward improving skills in an occupation at an educational institution that has been certified by Human Resources and Social Development Canada. Witnesses in the second phase of the committee's study suggested that these measures be expanded for those over the age of 65 to include a broader definition of eligible courses. The Committee has heard conflicting testimony on this subject. On the one hand, witnesses highlighted that tax credits are geared to higher-income seniors, for whom cost may not be a barrier. Others, however, feel that educational tax credits would help defray the costs of learning for seniors. The Committee urges the federal government to study the possibility of extending the educational tax credits to seniors, with a particular focus on determining whether this would have the potential to increase the uptake of educational programs by seniors.

**The Committee urges the federal government to study the possibility of extending the educational tax credits to seniors, with a particular focus on determining whether this would have the potential to increase the uptake of educational programs by seniors.**

### 4.2 Age-Friendly Cities and Rural Communities

With the aging of the Canadian population, our communities - cities, towns and villages - will need to be more senior-friendly. This means that they will have to be more responsive to seniors' needs in terms of enabling them to go to the places they need and want to go to and to participate in recreational, social and community activities, and access the types of support services they need. The overall aim will be to create communities that are accessible, welcoming, enriching and supportive of seniors' overwhelming desire to remain independent for as long as possible.

Luis Rodriguez, Senior Researcher, Canada Mortgage and Housing Corporation, *Evidence*, December 10, 2007

## CHAPTER 4: ACTIVE AGING IN AGE-FRIENDLY CITIES AND RURAL COMMUNITIES

---

The Committee emphasizes the importance of making cities and rural communities more accessible to seniors so that they can continue to be active participants in society.

The World Health Organization released its *Global Age-Friendly Cities Guide* in October 2007. This guide provides a model to prepare cities to support growing populations of active, older adults. It includes suggestions related to outdoor spaces and buildings, transportation, housing, social participation, respect and social inclusion, civic participation and employment, communication and information, and community and health services (see Appendix 1 for the Checklist of Essential Features of Age-Friendly Cities). In Canada, the model of the age-friendly city was adapted for use in rural and remote communities through the development of an *Age-Friendly Rural and Remote Communities Guide*.

The Committee emphasizes the importance of making cities and rural communities more accessible to seniors so that they can continue to be active participants in society.

The *Global Age-Friendly Cities Guide* and the *Age-Friendly Rural and Remote Communities Guide* provide accessible tools to help communities make the changes needed to become more age-friendly. Making cities more age-friendly makes them more user-friendly for all residents, not only seniors. As the Hamilton Council on Aging outlined in its brief to the Committee:

Creating a truly Age Friendly City – fully implementing the model – is a long-term process. We feel it will entail a 10-year change process, one that will gather momentum as it proceeds. This kind of process needs leadership and support from all levels of government but its success will depend on inspiring commitment and participation at the most local of levels, the neighbourhood.<sup>90</sup>

Designing age-friendly cities means finding a way to ensure that seniors' voices will be heard. Many witnesses have underlined the importance of involving community and seniors' organizations in the

---

<sup>90</sup> Hamilton Council on Aging, A Response to the Special Senate Committee on Aging – Second Interim Report: Issues and Options for an Aging Population, May 9, 2008.

implementation of the Age-Friendly Cities and Rural and Remote Communities models. Elaine Gallagher, Director of the Centre on Aging, University of Victoria, suggested that having active local advisory councils comprised of seniors allows their voice to be heard in decision-making about where municipal dollars are directed and what public works are needed to make the community friendlier for them.

Communities across Canada have expressed an interest in moving toward the implementation of these age-friendly guidelines. Some are receiving support from their provincial governments. Others are seeking support from other funding sources. We heard, for example, that the Hamilton Council on Aging had put in a grant application with the Trillium Foundation for three-year funding that would allow a move toward implementation of the Age-Friendly Cities guidelines.

The governments of some provinces, including Nova Scotia, Quebec, Manitoba and British Columbia, have moved to support municipalities in the implementation of the Age-Friendly Cities and Communities guidelines. The implementation programs which have been presented to the Committee include:

---

If a majority of senior citizens live in communities where one needs a car to be able to function, what happens when we get too old to drive?

Glenn Miller, Director,  
Education and  
Research, Canadian  
Urban Institute

---

- The Government of Quebec's Age-Friendly Cities Project is providing funding for seven pilot projects for municipalities to work with seniors to ensure that policies, services, and social and physical infrastructure are designed to support seniors to allow them to age actively.
- British Columbia's Ministry of Health has recruited an Age-Friendly Communities Implementation Team to help local governments identify barriers and implement actions to create age-friendly communities. The Team will provide expert planning advice and support to local governments (including municipalities, regional districts and Aboriginal communities) to develop and implement age-friendly actions.<sup>91</sup> The goal is to make BC the most age-friendly jurisdiction in Canada by 2010.

---

<sup>91</sup> These guides include user-friendly documents such as *How Age-friendly Is Your Community?* at

## CHAPTER 4: ACTIVE AGING IN AGE-FRIENDLY CITIES AND RURAL COMMUNITIES

---

- The Union of British Columbia Municipalities has made a grant of \$5,000 available to any community that wants to conduct an assessment of its age-friendliness. An additional \$35,000 grant is available to fund community projects that are age-friendly, such as making more public washrooms available for older people.<sup>92</sup>

Witnesses suggested that these initiatives could be strengthened and expanded with the federal government's participation. Federal government support could go a long way in ensuring that the age-friendly guidelines are implemented in as many communities as possible throughout the country. This is why the Committee recommends:

**18. That the federal government actively promote both the Age-Friendly Cities Guide and the Age-Friendly Rural and Remote Communities Guide to seniors' organizations, provincial governments, and municipal governments; and That it provide financial assistance to support the implementation of the Age-Friendly Cities and the Age-Friendly Rural and Remote Communities guidelines.**

---

This could either take the form of providing financial support to joint initiatives between seniors' organizations and municipal governments which have committed to a process of implementing these guidelines, or of a transfer to provinces to allow them to fund such initiatives.

### 4.3 Universal Design

Accessible building design and standards have existed in Canada for many years. The Committee has heard that accessibility standards need to be extended beyond housing to the full range of everyday products and services, including the way the government

---

[http://www.seniorsincommunities.ca/upload/dcd188\\_Start\\_Up\\_Guide.pdf](http://www.seniorsincommunities.ca/upload/dcd188_Start_Up_Guide.pdf) and the *Checklist of Essential Features of Age-friendly Cities* at [http://www.seniorsincommunities.ca/upload/dcd174\\_Age\\_friendly\\_cities\\_checklist.pdf](http://www.seniorsincommunities.ca/upload/dcd174_Age_friendly_cities_checklist.pdf).

<sup>92</sup> Elaine Gallagher, Director, Centre on Aging, University of Victoria, *Evidence*, April 28, 2008.

communicates with Canadians. Glenn Miller of the Canadian Urban Institute told the Committee:

Good design works well for people of all ages, but for those with mobility problems or with sensory or cognitive impairments it can make the difference between independent living and social exclusion. It is not just lifetime homes that are needed, but lifetime neighbourhoods, where older people are not left out or forgotten because they cannot access buildings or public spaces ... They are neighbourhoods where transport, good shops, green spaces, decent toilets and benches are consciously planned.

---

Good design is good design: If we have good design for older people, then we generally have good design for children. Age-friendly is not only for seniors but also for others in the community.

Margaret Gillis,  
Division of Aging and  
Seniors, Public Health  
Agency of Canada

---

*Evidence, April 28, 2008*

While not all older persons have disabilities, the prevalence of disability or limitations is highest among this demographic group. The issue of usability of products and services has become more critical with the increasing percentage of older persons in the world's population.<sup>93</sup> Usability is broader than the concept of accessibility of buildings, incorporating such issues as the accessibility of information. For example, a reliance on web-based information assumes a basic level of literacy and people's ability to access the internet. The Committee has heard that "the government must broaden its thinking and realize that it cannot put all of its resources into web-based information; it has to think about people who do not have access."<sup>94</sup>

**The Committee urges the governments to adopt the principles of universal or inclusive design to guide the actions of all government departments.**

This message was also conveyed in testimony from Aboriginal organizations and immigrant communities.

---

<sup>93</sup> European Committee for Standardization, CEN/CENELEC Guide 6 Guidelines for Standards Developers to Address the Needs of Older Persons and Persons with Disabilities.

<sup>94</sup> Glenn Miller, Director, Education and Research, Canadian Urban Institute, *Evidence*, April 28, 2008.

## CHAPTER 4: ACTIVE AGING IN AGE-FRIENDLY CITIES AND RURAL COMMUNITIES

---

The Committee has heard that some countries, such as the United Kingdom and Japan, have moved toward a more concerted effort to ensure that products and services are designed to meet the needs of the widest range of people. Innovative projects also exist in Canada, such as the implementation of “visitability” standards in British Columbia.

### **Visitability**

A group of 41 communities in Northern British Columbia have come together and decided to adopt the concept of visitability. It dictates that you must be able to have anyone with any disability visit your home for a period of three to four hours with no problem. That means there should be a washroom on the ground level, the front entranceway cannot have stairs and the doors should be wide enough to accommodate a wheelchair. That is it — three concepts. Therefore, all new housing in those 41 communities will be required to have visitability standards right at the beginning of construction in order that anyone with any disability could comfortably go to any home for a visit.

Elaine Gallagher, Centre on Aging, University of Victoria

The Committee urges the governments to adopt the principles of universal or inclusive design to guide the actions of all government departments.

## 4.4 Transportation

Transportation is one of the key components of age-friendly communities, and is a subject which came up often in this Committee’s discussions with seniors. Transportation is a key issue to supporting seniors in their own homes and to ensuring that they have access to health and social services.

Seniors rely on a number of transportation options. Many continue to drive, sometimes altering their driving behaviours as they get older. Public transportation is a viable option for seniors in many larger cities. Still others rely on accessible transportation, volunteer drivers, or friends and family members. Each of these issues presents challenges.

Seniors with mobility challenges or dementias are confronted with particular challenges. Lack of adequate, accessible transportation choices can leave a senior socially isolated.

Many cities provide accessible public transportation to get seniors to medical appointments, but the limited availability of these services means that not all needs are being well served. The Committee has heard that, in some areas for example, “paratransit services will not allow a person with Alzheimer’s on with their caregiver if they are mobile. Unless the person has a physical disability, they are excluded.” In other areas, accessible transportation is only available to drive people to medical appointments, making it impossible for them to access other community supports and activities.<sup>95</sup> Some jurisdictions, including British Columbia and Calgary, have put in place measures to ensure low-cost public transportation for seniors.

---

A senior’s independence, physical, emotional and social health as well as the ability to remain engaged in the outside world is dependent on one or another mode of transportation.

Brief, Ottawa Seniors Transportation Committee

---

### **Innovative Transportation: BC Bus Pass Program and the Senior Citizen’s Transit Pass in Calgary**

The BC Bus Pass Program provides affordable transportation to low-income seniors and persons with disabilities in 44 communities in British Columbia and benefits more than 60,000 persons per year. To be eligible for the yearly 45 dollar pass, a senior must be receiving Old Age Security and either the Guaranteed Income Supplement, or the Spousal Allowance. The Calgary Transit Senior Citizen’s Transit Pass provides unlimited access to transit services for persons 65 years and over for \$35 per year. Low-income seniors can get a Transit Pass for \$15 per year.

Transportation issues in remote and rural communities are different from those in urban areas. Rural seniors often have no public transit available to them, and are dependent upon others for assistance. Many of these seniors must travel great distances for health care and appointments. Kimberly Wilson of the Canadian

---

<sup>95</sup> British Columbia, Premier’s Council on Aging and Seniors’ Issues, *Aging Well in British Columbia: Report On Progress*, July 2007.



## CHAPTER 4: ACTIVE AGING IN AGE-FRIENDLY CITIES AND RURAL COMMUNITIES

---

Coalition for Seniors Mental Health reported that their members who work in rural areas have told them that transportation remains the most relevant barrier to care and services for older adults in rural areas.

Some programs in urban areas rely on volunteer drivers to pick up seniors; however, this renders those programs inaccessible to those in rural areas. For example, the Hospice at May Court in Ottawa commented on access to its program for rural residents:

---

Unless you have a family member or a friend to drive you, you are homebound for a great deal of time during the harsh winter months.

Elaine Gallagher,  
Director, Centre on  
Aging, University of  
Victoria

---

Our biggest challenge would be recruiting volunteer drivers from those communities. Our drivers mainly come from the Ottawa area, therefore the Day Hospice program we offer may not be accessible to some of the patients living in rural areas.<sup>96</sup>

The Committee has heard that transportation needs differ from community to community. In addition, witnesses have noted that some of the solutions are not costly – at times, what is called for is simply a reorganization of existing services.

Communities across the country are identifying strategies to help them address the transportation needs of their older residents. As with the other components of age-friendly communities, the transportation needs of seniors can best be addressed in collaboration with seniors and their organizations. One example of such of a collaborative effort is the Ottawa Seniors Transportation Committee.

### **The Ottawa Seniors Transportation Committee (OSTC)**

Non-government organizations, such as the OSTC partnership, are grass-roots community and reality based. They see first-hand the needs and pressures created by the lack of affordable or available transportation. Collaborative community partnerships can develop innovative and constructive approaches to these issues that are timely, practical and affordable. A partnership group can advocate and speak with a strong voice – and be heard.

---

<sup>96</sup> Hospice at May Court, Response to Questionnaire from the Special Senate Committee on Aging.

There are no one-size-fits-all approaches to addressing the transportation needs of seniors. If it were to support the implementation of age-friendly communities, as recommended by this Committee above, the federal government would allow communities to tailor solutions to meet their needs. In Chapter 7 we will explore ways the federal government can support the voluntary sector, which is an active partner in providing transportation to some older seniors.



## Chapter 5: Eliminating Poverty

As one of its broad themes, the Committee has chosen to focus specific attention on the elimination of poverty among older Canadians. The Committee has heard that poverty among seniors has been reduced radically in recent years; in fact, Canada's income security system for seniors has resulted in the lowest incidence of low income among all developed countries.<sup>97</sup>

While in general terms seniors' incomes have increased significantly over the past few decades, this trend has not resulted in the elimination of poverty among Canadian seniors. Using Statistics Canada's low income cut-off lines as a proxy for poverty, Table 5.1 shows how different households have fared in that time. Low income cut-off lines are developed by Statistics Canada, based on an income in which a household will spend 20 percentage points more of their income on basics than the average household would spend. It varies by the size of community and number of people in the household. The before-tax calculation is the figure based on income before any taxes are charged or tax credits are paid.

**Table 5.1 - by family type, Canada, selected years**

|                                                  | 1980    | 1984 | 1988 | 1992 | 1996 | 2000 | 2003 |
|--------------------------------------------------|---------|------|------|------|------|------|------|
|                                                  | percent |      |      |      |      |      |      |
| <b>Low income cut-off before tax (1992 base)</b> |         |      |      |      |      |      |      |
| Married couples                                  | 20.1    | 15.9 | 12.8 | 8.3  | 7.8  | 4.9  | 5.3  |
| Unattached individuals – Total                   | 69.2    | 64.3 | 56.5 | 50.5 | 47.2 | 42.6 | 38.4 |
| Unattached individuals – Men                     | 61.0    | 55.6 | 39.4 | 36.0 | 35.7 | 34.0 | 31.7 |
| Unattached individuals – Women                   | 72.2    | 67.0 | 61.7 | 55.2 | 51.1 | 45.8 | 41.0 |
| <b>Low income cut-off after tax (1992 base)</b>  |         |      |      |      |      |      |      |
| Married couples                                  | 5.9     | 4.7  | 3.9  | 1.7  | 2.0  | 1.2  | 1.7  |
| Unattached individuals – Total                   | 54.4    | 40.8 | 31.7 | 25.9 | 25.4 | 20.6 | 17.7 |
| Unattached individuals – Men                     | 47.0    | 32.6 | 18.7 | 16.9 | 19.8 | 17.6 | 14.7 |
| Unattached individuals – Women                   | 57.1    | 43.4 | 35.6 | 28.8 | 27.3 | 21.6 | 18.9 |

Sources: Statistics Canada, Survey of Consumer Finances; Survey of Labour and Income Dynamics.

Source: Martin Turcotte and Grant Schellenberg, *A Portrait of Seniors in Canada -2006*, Statistics Canada, 2007, p. 95.

This table demonstrates that all groups have seen improvements over time, but not equally, and that fewer seniors are poor after receiving tax-related benefits.

<sup>97</sup> Low-income is measured in many ways; in this case, as is often true in international comparisons, low-income applies to incomes below one-half the median income for the nation.

Although not evident in this table, the Committee heard there are differences among seniors with respect to both how many are poor and how poor some groups are compared to others. Economist Michael Veall explained this to the Committee:

If you look at the data, you find that most of the seniors who are below LICO [low income cut-off] are not far below LICO so that the depth of the poverty is not as great. The groups experiencing deep poverty as seniors are basically three. One group includes immigrants who do not yet qualify for the Guaranteed Income Supplement. The second group is seniors who have dependent children, in some cases grandchildren or disabled children they support. The third group is people who do not take up GIS even though it appears from the data that they qualify for GIS. We do not understand why that is so, that is an empirical puzzle with important consequences.

*Evidence, April 14, 2008*

The income system for seniors is said to be composed of four pillars: the Canada Pension Plan or Quebec Pension Plan (CPP/QPP), employer-sponsored pensions, Old Age Security/Guaranteed Income Supplement (OAS/GIS) and private income from earnings and savings.<sup>98</sup> Taken together, these pillars meet the income needs of most but not all Canadian seniors.

### 5.1 Pensions

Pensions, both CPP/QPP and employer-sponsored, can be seen as deferred earnings with employers and employees making contributions over a working life and benefits flowing after retirement, with a pre-determined minimum age for drawing benefits (generally 55 in private plans, and 60 for CPP/QPP).

Pension income varies with the number of years paying contributions and the level of income over those years.

---

<sup>98</sup> Silvana Pozzebon, *The Future of Pensions in Canada*, Pension Research Council Working Paper 2004-15, Wharton School of the University of Pennsylvania, 2004, pp. 2-3.

### **5.1.1 Employer-sponsored pensions**

Private pension plans are offered by some employers, and historically have provided commitments of a defined benefit based on earnings and the amount of contributions paid by the employee. Coverage by such plans increased significantly starting in the 1970s, resulting in almost 70 percent of men over 65 receiving private pension income in 2003, and 53 percent of women.<sup>99</sup>

In recent years, the Committee learned, there has been a shift in many such plans, especially in the private sector, from defining the benefit paid out to defining the contribution paid into the plan, with the benefit level being the product of the return on investment of the contributions paid. The net effect is to shift the risk from employers to employees, which could increase the income insecurity of seniors as they retire.

Further insecurity, the Committee heard, is anticipated as more Canadians, especially women, are in non-standard work and may not have any coverage. Moreover, the rate of changes in jobs over a lifetime means that private pensions may not accumulate significant benefits. Witnesses told the Committee that only 40 percent of Canadians, and only one-third of Canadians outside the public sector, now participate in employer-sponsored plans.

Therefore, while an increasing amount of income for Canadian seniors is coming from private pension benefits, we have heard that this increase may not continue and the income level from this source will become less secure in the coming years.

### **5.1.2 Canada/Quebec Pension Plans**

The publicly administered plans – CPP/QPP – have required contributions from employers and employees since their inception in 1966. As the plans have now fully matured, most older Canadians (95 percent of men and 85 percent of women) receive CPP/QPP benefits, which accounted for about 20 percent of their total income in 2003.<sup>100</sup>

---

<sup>99</sup> Martin Turcotte and Grant Schellenberg, *A Portrait of Seniors in Canada – 2006*, Statistics Canada, 2007, p. 66.

<sup>100</sup> Martin Turcotte and Grant Schellenberg, *A Portrait of Seniors in Canada – 2006*, Statistics Canada, 2007, p. 94.

Between September and December of 2008, just over 5 million people will receive CPP benefits, and almost 1.7 million will receive QPP benefits.<sup>101</sup>

These benefit levels (\$4,900 for women on average, and \$6,500 for men on average in 2003)<sup>102</sup> are based in part on their contributions while working and the level of their pay and contributions. However, they are also limited by parameters of the program that dictate that the maximum benefit payable is 25 percent of the average industrial wage.

Particularly in light of the changes occurring in the kind of jobs available and the benefit plans in private pensions, the Committee was interested in recommendations from witnesses to increase the possible income replacement rate or the maximum earnings on which the rate is applied. Several witnesses suggested increasing the maximum pensionable earnings from approximately \$40,000 to \$60,000, while others suggested doubling the replacement rates. Several witnesses also flagged the multiple impacts such a change would have, even if it were implemented over time.

CPP design has impacts beyond the level of retirement income. Its design permits individuals to draw their benefits beginning at age 60 (with a slight reduction in the benefits for each year before the age of 65) and as late as at age 70 (with a slight increase in benefits for each year after the age of 65). To begin to claim benefits, an individual must be receiving no employment income, although he or she can earn income again after benefits begin to flow.

While the range in age for claiming benefits is intended to encourage choice, witnesses told the Committee that it has the opposite effect, creating a financial incentive to early retirement. For those concerned with labour shortages, the Committee heard, this incentive is problematic and should be offset with increased incentives to delay the start of benefits. Those concerned with low-income older workers who are unable to sustain their full-time jobs, however, argued that the penalty for early take-up should be abolished. Still

---

<sup>101</sup> Service Canada, "Income Security Programs Information Card", Accessed from <http://www.hrsdc.gc.ca/en/isp/statistics/rates/julsep08.shtml> November 21, 2008.

<sup>102</sup> Martin Turcotte and Grant Schellenberg, *A Portrait of Seniors in Canada – 2006*, Statistics Canada, 2007, p. 66.

others emphasized that it is not productive to require people to leave their jobs in order to begin their benefits.

The Committee is committed to both increasing choice and eliminating poverty, and sees the CPP/QPP as mechanisms for doing both. In recognition of the technical and intergovernmental nature of changes to the CPP, the Committee recommends:

**19. That in their next triennial review of the CPP, the Ministers of Finance consider:**

- **Increasing the income replacement rate for the CPP (currently 25 percent of allowable income);**
- **Increasing the maximum pensionable earnings above the average wage;**
- **Investigating actuarial adjustments to the Canada Pension Plan to increase the incentive to delay uptake;**
- **Examining mechanisms to allow older workers who begin to collect CPP before age 65, but who are not receiving the maximum benefit, to continue to contribute to the CPP;**
- **Eliminating the requirement in the CPP that individuals between the ages of 60 and 65 who apply for CPP must quit work or earn up to the maximum of CPP in the months prior to the application; and**
- **Introducing a drop-out provision for caregivers.**

Finally, the Committee heard that those with the least earnings and the least stable employment will receive the least benefit from this plan. This group includes those who are over-represented among the working-age poor: newcomers to Canada, Aboriginal peoples, and sole-support parents, most of whom are women.



Thelma McGillivray of the Older Women's Network told the Committee:

By the numbers, women are poorer than men, not to deny that there are poor men, and this bodes badly for the future generations as they also age. This is due to a number of often repeated factors: women's lower earnings throughout their lifetime, child-rearing responsibilities and lack of a national child care program, coupled with traditional patterns of paid and unpaid work reflecting lower incomes in retirement.

*Evidence, May 9, 2008*

Similarly, Derek Hum of the University of Manitoba told the Committee about why immigrants may expect lower CPP benefits than other beneficiaries:

The recent experience of immigrants is what we should be concerned with. In the last couple of decades, immigrant earnings have not converged as quickly as in the past. Some estimates ... suggest that the gap has also been growing ... and suggests that these immigrants never catch up in their lifetime.

*Evidence, February 11, 2008*

The Committee notes that the current design of CPP will not provide sufficient economic security for women, immigrants and others who face systemic barriers in the economy.

### 5.2 Savings<sup>103</sup>

On average, the private income sources for seniors derive almost entirely from private pension benefits, with less than 10 percent

---

<sup>103</sup> The Committee ended its meetings with witnesses in the spring of 2008, before the economic slow-down in the fall of 2008 and the sharp decline in the value of the savings of many seniors. Although the Committee has not heard evidence on the impact of the erosion of seniors' investments, it highlights the necessity of implementing measures to minimize the deleterious effects the current economic and market conditions are having on older Canadians.

coming from Registered Retirement Savings Plans (RRSPs).<sup>104</sup> Low-income seniors may not have had sufficient income when they were younger to accumulate significant savings. Further, RRSPs offered no real incentive to this group of seniors, as their income was so low as to be exempt from taxation or taxed at the same level it would be taxed later in their lives. Finally, until the recent positive changes made in Budget 2007, anyone receiving the income-tested Guaranteed Income Supplement (GIS) would have had half the value of any withdrawal from RRSPs deducted from their GIS benefits.

The RRSP provides an incentive to save by exempting contributions to the plan from income taxation in the year they were earned. Instead, taxes are paid when the income is withdrawn from the plan, encouraging participants to withdraw funds when their income (and tax level) may be lower. While this was designed to provide greater private income during retirement, the program does not penalize or prohibit earlier withdrawals beyond the income becoming taxable, thereby allowing RRSP savings to be used to even out income flows during any period of lower income.

**The Committee believes that while retirement savings may be impossible for those with low incomes, RRSPs may help even out fluctuating incomes.**

The traditional school-work-retirement life-course is gradually being replaced by greater diversity of trajectories into and out of paid employment. It is conceivable that this will continue into the future, altering the meaning of retirement and calling for policy measures which will facilitate choices about when to study, work, provide care and retire. The life-course approach to program and policy design is premised on the notion that employment and income will vary over the life course, with individuals and households needing more non-working time at some times than others, and will have more or less income at different times. The fact that more than 40 percent of those drawing funds from employer-sponsored pension plans and RRSPs are under the age of 65<sup>105</sup> suggests that RRSPs are being used to even out bumps in employment and income over the life-course, and not only for retirement income. Although RRSPs provide for this flexibility, the Committee has heard

---

<sup>104</sup> Martin Turcotte and Grant Schellenberg, *A Portrait of Seniors in Canada – 2006*, Statistics Canada, 2007.

<sup>105</sup> Finance Canada, cited in Policy Research Initiative, *Encouraging Choice in Work and Retirement: Project Report*, 2005, p. 16.

that most low-income Canadians do not invest, or invest little, in RRSPs.

### 5.3 Old Age Security/Guaranteed Income Supplement (OAS/GIS)

The public income security system provides one benefit to all seniors who meet the residency test (OAS) and another targeted to those with low incomes (GIS). Almost all seniors receive benefits from these programs<sup>106</sup> (95 percent),<sup>107</sup> while just over one-third receive GIS payments.<sup>108</sup>

The maximum monthly OAS benefit for the period between October and December 2008 is \$516.96; the maximum monthly GIS benefit in the same period for a single senior is \$641.51.<sup>109</sup> Approximately 4.5 million Canadians will receive OAS payments in that period, of which 1.6 million will also receive either GIS or the spousal allowance (whether the regular allowance or that provided on the death of a beneficiary).<sup>110</sup>

However, as noted above, the combined levels of OAS/GIS do not bring all seniors to the poverty line, particularly in larger communities. Further, when costs of basics rise faster than these benefit levels rise through indexation, many seniors are unable to afford their necessities. Recent spikes in food costs and fuel costs are examples.

---

<sup>106</sup> Both these programs have incomes above which benefits are reduced. For OAS, that amount is \$64,718; no OAS payments would be made to an individual with an income above \$105,266. For GIS, benefits to those with incomes above \$37,584 would be reduced. However, this chapter is focussed on eliminating poverty, and therefore does not refer to those who do not receive benefits because their incomes exceed the limits in the program.

<sup>107</sup> Martin Turcotte and Grant Schellenberg, *A Portrait of Seniors in Canada – 2006*, Statistics Canada, 2007, p. 66.

<sup>108</sup> National Advisory Council on Aging, *Aging in Poverty in Canada*, 2006, p. 12.

<sup>109</sup> Service Canada, "Income Security Programs Information Card". Accessed from <http://www.hrsdc.gc.ca/eng/isp/oas/oasrates.shtml> November 24, 2008.

<sup>110</sup> Service Canada, "Income Security Programs Information Card". Accessed from <http://www.rhdsc.gc.ca/eng/isp/statistics/rates/octdec08.shtml> November 24, 2008.

The Committee recommends:

**20. That the Government of Canada increase the Guaranteed Income Supplement to ensure that economic households are not below the poverty line as defined by the low income cut-off levels. Increases to the GIS should not result in the loss of eligibility for provincial/territorial subsidies or services for seniors.**

---

### **5.3.1 Access**

Despite the large number of Canadians receiving these benefits, the Committee heard from witnesses that it is those who do NOT receive these benefits who have the lowest incomes. The Committee heard that the two largest groups not receiving these benefits are immigrants who have not been in Canada long enough to qualify for these programs and those who have not applied for benefits, despite being qualified to receive them.

#### **Immigrant Seniors**

During the course of this study, the Committee learned that immigrant seniors are particularly at risk of living in poverty. According to the 2003 Canadian Community Health Survey, 26 percent of immigrant seniors were in the lowest income quartile compared to 15 percent of non-immigrant seniors. This is a result in part of the double disadvantage they face within the Canadian pension system.

First, as noted above, immigrants are unable to make as many contributions to the Canadian Pension Plan (CPP) as their Canadian-born counterparts, as they experience lower levels of income over the course of their lifetime. They are not able to contribute to the CPP as often, or at the same income levels, as their Canadian counterparts and therefore end up with lower levels of pension income in retirement.

Second, immigrants also face barriers to Canada's non-contribution pension programs such as OAS and GIS due to the residency requirements of these programs. To receive the OAS, one must be a Canadian citizen or a legal resident 65 years of age or older and have resided in Canada for a minimum of 10 years, after reaching

the age of 18. A full OAS pension is only available to those who have lived in Canada for 40 years or longer.

However, a partial OAS pension is available to those who may not meet the requirements for a full OAS pension. A partial pension is earned at the rate of 1/40th of the full monthly pension for each year an individual has lived in Canada after reaching the age of 18. Similarly, the GIS is available only to those receiving the OAS.

To address these barriers that immigrants face in accessing pension income, as well as to ensure that Canadians living abroad were able to have access to benefits, the Government of Canada began negotiating international social security agreements in 1977. Through the totalizing arrangement of these agreements, immigrants would be able to receive benefits from their home country's social security program, as well as qualify sooner for partial OAS and GIS benefits in Canada.

To date, Canada has signed 50 social security agreements, 48 of which are currently in force. These agreements have been concluded with five of the ten top source countries of new permanent residents in 2006, namely the Philippines, United States, United Kingdom, Republic of Korea and France.

While witnesses acknowledged the importance of reciprocal social security agreements for the income security of immigrant seniors, they also noted that this did not ease the economic burden of immigrant seniors from source countries without reciprocal agreements such as India, Pakistan and Sri Lanka.

**The Committee reiterates the importance of reducing the residency requirement for OAS, as recommended in Chapter 1 of this report.**

This has led some to advocate that the eligibility criteria for OAS should be based upon citizenship rather than the number of years a person has resided in Canada. In a questionnaire submitted to the Committee, Women Elders in Action articulated that "once a person becomes a Canadian citizen, he/she should be entitled to benefits." This is consistent with a research article that concluded that a citizenship-based approach to benefits would "substantially increase the

retirement income of recent immigrants.”<sup>111</sup> The Committee reiterates the importance of reducing the residency requirement for OAS, as recommended in Chapter 1 of this report.

### **Non-applicants**

The Committee was especially concerned to learn that significant numbers of seniors who are qualified for benefits are not receiving them because they are not applying for them, or are being disqualified for not following application procedures.

This issue is not new. The Standing Committee on Human Resources Development and the Status of Persons with Disabilities tabled a report in 2001 entitled “The Guaranteed Income Supplement: The Duty to Reach All.” At that time, Statistics Canada reported that 84 percent of eligible seniors were receiving GIS, but among those who needed to apply (because they did not file taxes, and were therefore not automatically registered to receive benefits), only 41 percent had applied.<sup>112</sup>

In response, the department responsible for delivery of these benefits began its concerted efforts to reach all eligible seniors to ensure they were aware of their entitlements. These efforts included targeted mailings to seniors reporting low income on tax forms, outreach at seniors’ meetings and events, and a national ad campaign that reached print and television audiences, including community newspapers and media targeted to seniors.<sup>113</sup> The Department reported that the campaign resulted in more than 17,000 calls.

Because GIS benefits are income-tested, annual renewal requires information about the income of beneficiaries. In 2006, the Auditor General reported on OAS/GIS, noting that steps taken to improve take-up rates included automatic renewal of GIS benefits for

---

<sup>111</sup> Patrik Marier and Suzanne Skinner, “The Impact of Gender and Immigration on Pension Outcomes in Canada,” Paper Presented to the Annual Canadian Political Science Association, Saskatoon, May 30<sup>th</sup>-June 2<sup>nd</sup> 2007, p. 12.

<sup>112</sup> Preston Poon, “Who’s missing out on the GIS?”, *Perspectives on Labour and Income*, Vol.6, No.10, Statistics Canada, October 2007, p. 9. Accessed from <http://www.statcan.ca/english/freepub/75-001-XIE/11005/art-1.pdf>, June 27, 2008.

<sup>113</sup> Human Resource Development Canada Performance Report For the period ending March 31, 2003. Accessed from [http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr/02-03/HRDC-DRHC/HRDC-DRHC03D-PR\\_e.asp?printable=True](http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr/02-03/HRDC-DRHC/HRDC-DRHC03D-PR_e.asp?printable=True), May 28, 2008.

tax-filers and mail-out of renewal notices to other beneficiaries.<sup>114</sup> As well, in May 2007, legislation was passed to allow OAS applicants to apply only once for both OAS and GIS benefits; as a result, if a senior's income goes above the income threshold for GIS one year and then below the next, he or she does not need to re-apply.

Despite these efforts, the Committee heard of too many eligible seniors who are not receiving benefits to which they are entitled. Marjorie Wood of Creative Retirement Manitoba, told the Committee:

... the number of people not applying for the GIS indicates a larger systemic problem. It is my view that those people have simply fallen between the cracks. They might think they do not have to file a tax return because they are not earning any money. They might be living at the poverty level or so far below it that they do not file a tax return and therefore do not receive the benefit. We will never know about them if we do not have some information about them. How would you reach such people when they are at that level of existence?

*Evidence, May 7, 2007*

**The Committee believes that increasing access to these benefits for those entitled to receive them is an important step in eliminating poverty among seniors.**

A brief from the Assembly of First Nations, where take-up rates are lower than for the population in general, identified two barriers to accessing benefits: lack of information that is clear enough to be useful and the complexity of the application process.<sup>115</sup> Forms in English or French do not meet the needs of all First Nations people or immigrants.

Based on the evidence, the Committee believes that increasing access to these benefits for those entitled to receive them is an important step in eliminating poverty among seniors.

---

<sup>114</sup> Office of the Auditor General, "Chapter 6—Old Age Security—Human Resources and Social Development Canada and Service Canada", *Report of the Auditor General*, November 2006.

Accessed from [http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/English/aud\\_ch\\_oag\\_2006\\_6\\_e\\_14974.html#ch6hd3a](http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/English/aud_ch_oag_2006_6_e_14974.html#ch6hd3a), June 27, 2008.

<sup>115</sup> Assembly of First Nations, "Sustaining the Caregiving Cycle: First Nations People and Aging", Submission to Special Senate Committee on Aging, May 2007, p. 19.

The Committee has also heard evidence that seniors who do not apply for benefits are often isolated and living alone with little social contact. Carolyn Rosenthal of the Hamilton Council on Aging told the Committee of her organization's efforts to reach the estimated 4,000 seniors in Hamilton who are not receiving the benefits to which they are entitled:

The best I can tell you at the moment is that working with local associations and neighbourhood groups, including faith-based organizations in some communities, has been helpful in leading us to individuals. But it is really turning over one stone at a time. It is a very painstaking process.

*Evidence, May 9, 2008*

This evidence confirms for the Committee the importance of non-government organizations and their volunteers in ensuring access to income security programs for low-income seniors. The role of volunteers is addressed in greater detail in Chapter 7 of this report.

The Committee also learned that when seniors do apply for OAS/GIS benefits, they are entitled to only 11 months of retroactive benefits. Similar restrictions on CPP retroactive payments apply. As those eligible for CPP are applying for benefits funded by employers and employees, and as OAS and GIS are intended to be anti-poverty measures for seniors, the Committee recommends:

**21. That the federal government undertake aggressive campaigns to ensure that all eligible Canadians are receiving all retirement and age-related benefits. This means the government should:**

- **Inform seniors of all possible federal sources of income supports when they apply for any one of them;**
- **Make available to seniors application forms in aboriginal languages and the languages of larger immigrant populations; and**
- **Make fully retroactive repayments with interest to eligible recipients who did not apply for OAS/GIS at 65 or CPP at 70, or who were denied benefits due to administrative errors.**



## 5.4 Earnings

Witnesses have told the Committee that current pension regulations, combined with tax laws, create financial incentives for people to leave employment when their pension benefits have reached their maximum level, sometimes as early as age 55. In the interest of encouraging choice through neutrality in programs and eschewing ageism, the Committee has expressed its interest in removing disincentives and incentives in the retirement decision, as evidenced in the recommendations above. In so doing, the Committee is also cognizant of the wisdom of encouraging a life-course approach to earning and working. Terrence Hunsley of the Policy Research Initiative told the Committee:

We are recommending that we make this process of flexibility easier by removing some of the existing disincentives. They can be in the form of legislation affecting private pension plans or some of the ways in which the benefits are calculated.... The devil is in the details, but in looking at those details we can find many areas where we could be increasing the flexibility that both employers and individuals have in making decisions to work, to retire, to combine work and retirement and different kinds of activities at that stage of their lives.

*Evidence, February 19, 2007*

**The Committee believes program changes are needed to allow greater flexibility in work and retirement decisions.**

The Committee has also learned that the trend toward early withdrawal from the labour market (at as young as 55, with the average at 60) has been reversing in recent years, with more Canadians choosing to work to the age of 65 or beyond, especially among women, often part-time or self-employed. Byron Spencer of McMaster University captured for the Committee how this could be a double-edged sword:

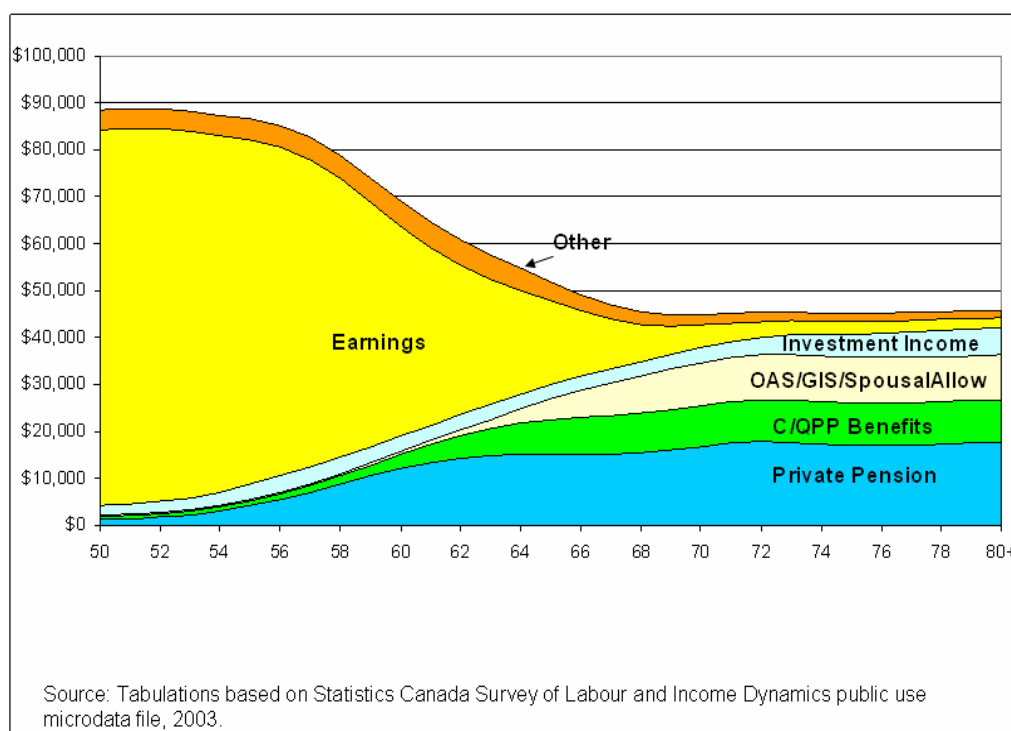
... there has been rather a sharp upturn in [labour force participation] rates for reasons that are not fully understood, but some of it might have to do with ... better health.... Certainly a lot of it has to do with the fact that there are jobs available for them if they do get displaced from their employment, there is something else they can go to because there has been generally quite good labour

market activity in this period. Also, their income security has been challenged a bit over this period, and so they are more anxious to remain in the labour force.

*Evidence, November 6, 2006*

At a conference in 2006, Dr. Spencer displayed the chart below, showing what role earnings play in the income of men aged 50 and older. The equivalent chart for women shows an even greater proportion of income from earnings in later years.

**Figure 5.2 - Sources of Income: Male-Headed Households, by Age, Canada, 2003**



Source: Byron G Spencer, "Retirement Income and the Public-Private Balance: Lurking Dangers", Prepared for Presentation at the 2006 Queen's International Institute on Social Policy, Queen's University, August 21-23, 2006.

The Committee's interest in this issue is linked closely to its emphasis on choice, addressed in greater detail below.

The Committee also heard about the particular impact on women of historically lower wages and the residual effects of time out of the labour market for unpaid care-giving of children, parents, and other relatives. Dr. Kathleen Lahey emphasized this point:

With lower incomes, lower savings capacities, lower Canada Pension Plan contribution capacity — in terms of insurable hours, insurable earnings and the amount of pension plan that is available — women hit their 50s with a much smaller asset base than men do.

*Evidence, April 14, 2008*

### 5.4.1 The Choice to Continue Earning

Beyond CPP and tax regulations with respect to private pension income, seniors' choice to continue to work has been relatively unencumbered by policy or public program design, particularly with the end of mandatory retirement in all provincial and territorial jurisdictions. Witnesses told the Committee that there is no rationale for departure from the labour force at any particular age, especially one as young as 65. Peter Hicks of Human Resources Canada, told the Committee:

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

*Evidence, December 4, 2006*

The Committee heard, however, that considerations based largely on economic analysis and more human characteristics can impinge on this choice.

Economists have debated whether older workers are more or less productive as they age, with some arguing that health and memory can deteriorate, and others insisting that corporate memory and skills can increase over time. As noted in Chapter 1, evidence suggests that the vast majority of people retire before their abilities impinge on their ability to work. In a time of labour shortages, however, there is almost universal support for encouraging older workers to stay in the labour market.

For example, the Calgary Chamber of Commerce said the following in a brief submitted to the federal Task Force on Older Workers:

Older workers represent a significant source of underutilized talent and labour supply in the Canadian economy. However, federal government retirement programs and policies such as the Canadian Pension Plan, Old Age Security program, and tax-assisted private savings policies, do not reflect the current demographic, retirement and life expectancy realities in Canada. In fact, these programs may actually deter older worker participation, when they could be modified to create incentives to continue in the labour force.<sup>116</sup>

Witnesses told the Committee that low-income workers often experienced an increase in their income when they stopped working and collected benefits from CPP and OAS/GIS to which they were entitled. Until very recently, low-income seniors in receipt of GIS benefits had a compelling reason to not offer their skills on the labour market, as 50 cents of every dollar earned was deducted from their GIS payment. Budget 2008 changed that regulation, making the first \$3500 of earnings exempt from this reduction in benefits, thus expanding the choices available to low-income seniors.

**The Committee urges the federal government to launch an awareness campaign on the changes to seniors' income programs contained in recent budgets, including the \$3500 exemption from GIS claw-back, legislative changes that removed barriers to phased retirement, and the impact of the new savings plan.**

The Committee welcomes this change, and wishes to ensure that low-income seniors are aware of this and other recent developments. Therefore, the Committee urges the federal government to launch an awareness campaign on the changes to seniors' income programs contained in recent budgets, including the \$3500 exemption from GIS claw-back, legislative changes that removed barriers to phased retirement, and the impact of the new savings plan.

---

<sup>116</sup> Calgary Chamber of Commerce, "Older Workers: Amending Federal Government Retirement Programs to Tap Into an Underutilized Pool of Labour Supply", Submission to Federal Expert Panel on Older Workers, July 30, 2007, p. 2.

### 5.4.2 The Lack of Choice to Continue Earning

The Committee heard that seniors are subject to prejudices about seniors and their abilities (as discussed in more detail in Chapter 1 of this report), particularly with respect to older workers who have been laid off in a company-wide reduction in workforce or who find they are unable to continue in very physically demanding jobs. They are often unable to find employment in similar industries and often cannot find appropriate and effective retraining opportunities. The Committee also heard that older unemployed workers are often lacking the education and skills needed to fill existing vacancies in the labour market.

The Committee heard that requirements for care-giving or health issues are causes for a significant proportion of involuntary departures from paid work. Kevin Milligan of the University of British Columbia told the Committee:

... it is important to keep in mind that not everyone has a choice. About 25 percent of people who retire in those age ranges retire because of health reasons. Another 10 percent retire to care for a family member. Those people do not necessarily have a choice and, therefore, you want to make sure you design a system that treats those people fairly.

*Evidence, April 14, 2008*

While the Committee heard some testimony on these issues, they were the exclusive focus of the Task Force on Older Workers, chaired by retired Senator Erminie Cohen and appointed by the Minister of Human Resources and Social Development.<sup>117</sup> A review of the briefs submitted to the Task Force reinforced testimony heard before our Committee and provided more detailed information and proposals.

Witnesses and briefs to this Committee and the Task Force have proposed solutions including: greater training opportunities for older workers, financed, perhaps, from Employment Insurance (EI) funds and targeted to older workers; increases in the Working Income Tax

---

<sup>117</sup> The report of the Task Force on Older Workers *Supporting and Engaging Older Workers in the New Economy* is available on-line at [http://www.hrsdc.gc.ca/en/publications\\_resources/lmp/eow/2008/page00.shtml](http://www.hrsdc.gc.ca/en/publications_resources/lmp/eow/2008/page00.shtml).

Benefit; greater flexibility, perhaps encouraged through changes to provincial and territorial labour standards to allow older workers to continue working on a part-time basis; wage subsidies to employers; and extended benefits under the EI program to serve as a transition to receipt of other income sources, including CPP benefits.

The Committee wants to draw particular attention to barriers created by ageism. Judy Cutler of the Canadian Association for the Fifty-Plus, CARP, told the Committee:

... even where mandatory retirement has ended, older workers still face the challenges of ageist employers who discriminate against those who are as young as 45 when it comes to hiring practices.

*Evidence, December 11, 2006*

The Committee is conscious that such discrimination violates human rights legislation across Canada and provisions of international human rights instruments that Canada has endorsed, and could undermine the future competitiveness of the country. Therefore, the Committee urges the federal government to undertake both an awareness campaign against discrimination against older workers and more aggressive scrutiny of the treatment of older workers to ensure compliance with existing legislation and regulations.

**The Committee urges the federal government to undertake both an awareness campaign against discrimination against older workers and more aggressive scrutiny of the treatment of older workers to ensure compliance with existing legislation and regulations.**

## 5.5 The Income Security System

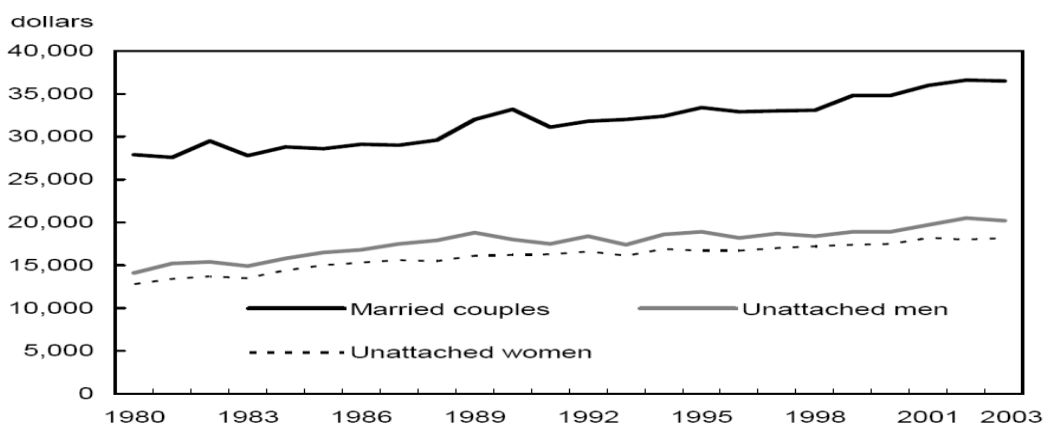
While we have focussed thus far on particular components of the income that seniors rely on, the Committee has heard from witnesses that some of the issues contributing to poverty have to do with the entire system of income sources and their interaction.

### 5.5.1 Adequacy

For example, the Committee heard repeatedly about the inadequacy of income available to seniors, particularly women and men living alone, demonstrated in the chart below.<sup>118</sup>

Even where the combined OAS/GIS benefit is equal to Statistics Canada's low income cut-off (LICO), seniors can be vulnerable to any unanticipated expense or emergency.

**Figure 5.3- Median after-tax income received by elderly families and unattached individuals, 1983 to 2003**



Sources: Statistics Canada, Survey of Consumer Finances; Survey of Labour and Income Dynamics.

In addition, several witnesses have described the complexity of the income security programs, and their interaction, and how that can contribute to the failure of seniors to receive the benefits to which they are entitled, as discussed above, and to their poverty. In a brief to the Committee, the Assembly of First Nations recommended:

A detailed analysis should be undertaken of financial support programs for First Nations seniors including American pension plans and RRSP, and a practical, easy to understand manual or toolkit be produced for the use of First Nations staff and seniors when applying for OAS, GIS and CPP. These documents should explain eligibility and why an individual may not be eligible for certain benefits. Training materials and supports [should] be developed and delivered to First Nations service providers to enable

<sup>118</sup> Martin Turcotte and Grant Schellenberg, *A Portrait of Seniors in Canada – 2006*, Statistics Canada, 2007, p. 64.

them to assist seniors in applying for, and receiving these benefits.<sup>119</sup>

While some witnesses called for an increase in GIS, endorsed by this Committee, others suggested that a combination of programs would need to be changed. For example, Jean-Guy Saint-Gelais of the Conférence des Tables régionales de concertation des aînés du Québec told the Committee:

... the government needs to ensure that the sum of each senior's benefits, including income security and federal, provincial and private pension payments, place him or her at least over the poverty threshold, as defined by the Government of Canada. That is not currently the case.

*Evidence, June 4, 2007*

Another witness described the need to coordinate the benefits payable to seniors who are also veterans.

Recognizing the complexity of the interactions among income security programs and the need to ensure adequate incomes for seniors, the Committee recommends:

**22. That the federal government look more closely at the question of a Guaranteed Annual Income for all Canadians.**

---

### **5.5.2 Effectiveness**

Along the same lines, the Committee has heard of unintended interactions among programs that affect access to services as well as income, particularly across jurisdictions. For example, the Committee heard that receipt of GIS benefits was sometimes a criterion for eligibility or a trigger for receipt of services delivered by provincial governments, as it is used as a proxy for low-income status.

The Committee also learned of situations in which benefits from some federal income sources would be deducted from provincial

---

<sup>119</sup> Assembly of First Nations, "Sustaining the Caregiving Cycle: First Nations People and Aging", Submission to Special Senate Committee on Aging, May 2007, p. 19.



supplementary benefits for seniors or that receipt of increased benefits could result in loss of provincially funded services. Therefore, the Committee reiterates that the federal and provincial/territorial governments work to ensure that increases in OAS and/or GIS do not result in loss of eligibility for subsidies or services for seniors.

There was also a common theme raised by witnesses as to the rapid demographic changes and their interaction with a rapidly changing labour market and economy. Therefore, the Committee urges the federal government to analyze impacts of increasingly heterogeneous entries into paid work on anticipated retirement income security programs.

**The Committee urges that federal, provincial and territorial governments, business organizations, and unions convene to discuss changes in labour force participation and related changes in income security for seniors.**

Several witnesses also described the need for greater intergovernmental and intersectoral collaboration and planning to ensure continuing income security for seniors, in the same way that this collaboration has been important in areas like housing and healthy aging strategies. Bob Baldwin a Senior Associate of Informetrica told the Committee:

If there is going to be any collaborative effort, governments can create forums where they bring together people from business and labour to talk about the issues of workplace change and how to make workplaces more appealing for older workers. I know the labour program made a small initiative in this regard a few years back, but I do not believe there was any follow-up to it.

I think it is important to realize government cannot do it alone. If you are going to get a collaborative effort, I think government is probably going to have to take a leadership role.

*Evidence, April 14, 2008*

Therefore the Committee urges that federal, provincial and territorial governments, business organizations, and unions convene to discuss changes in labour force participation and related changes in income security for seniors.

### **5.5.3 Assets and Income**

Statistics Canada has reported that an increasing proportion of seniors' assets are in their homes, and that an increasing proportion of seniors are home-owners. Witnesses told the Committee that this can lead to the anomaly of seniors having considerable wealth that does not provide income. In addition to contributing to cash poverty, this situation can put pressure on seniors to sell their homes, which runs counter to their preference to age in place.

The Committee heard testimony about the British Columbia property tax deferment program which allows residents to defer their property taxes with a moderate rate of interest. The provincial government pays the tax to the municipality, and the amount deferred is repaid on sale or transfer of the home.<sup>120</sup> Other provincial and local governments have similar property tax deferral programs, some of which are interest-free, but municipalities reduce their revenues, rather than have them reimbursed by a provincial program.<sup>121</sup>

**The Committee urges the federal government to explore options for other forms of income streams from equity in owned homes.**

Therefore, the Committee urges the federal government to explore options for other forms of income streams from equity in owned homes.

---

<sup>120</sup> Cliff Boldt, Director, B.C. Retired Teachers' Association, Evidence, June 5, 2008.

<sup>121</sup> Prince Edward Island has a provincial program, while Calgary and Ottawa are among cities that offer tax deferral to low-income seniors.



## **Chapter 6: Supporting Caregivers**

The care provided by friends and family members is a cornerstone of our communities and health care systems. As people age and deal with various health conditions, many require assistance with housework, personal chores, or health-related care. For some, this caregiver role is filled by a spouse, a family member, or a friend. The support provided by caregivers can range from a few hours a week to round-the-clock care. Informal caregivers are a vital part of the health care system, both for seniors at home and in institutional care. They provide about 80 percent of all home care to seniors living in the community and up to 30 percent of services to seniors living in institutions.<sup>122</sup>

---

With unpaid caregivers providing 70 percent of necessary care to older, chronically ill and disabled Canadians, there is an urgent need for greater recognition and awareness of the diversity of the caregiving experience...

Palmier Stevenson-Young,  
President, Canadian  
Caregiver Coalition

---

The 2007 General Social Survey found that, among the population over age 45, 19 percent of men and 22 percent of women assist a senior because of the senior's long-term health condition. Like other Canadians, seniors find themselves both providing and receiving care. The 2007 General Social Survey found that 1 in 4 of those providing care were over age 65 themselves. Women bear a disproportionate share of the informal caregiving work. While roughly equal numbers of men and women aged 45 to 65 are involved in informal caregiving, women are more likely to be high intensity caregivers.

Not all groups of seniors can turn to family and friends for support. For example, the Committee has heard that many young people in rural and remote communities have gone to urban centres, leaving seniors looking after seniors. Statistics Canada's 2007 General Social Survey reports that roughly one-third of all caregivers were friends (14%), extended family (11%), and neighbours (5%). Future cohorts of seniors may be more likely to have fewer people to rely on.

---

<sup>122</sup> National Advisory Council on Aging, *1999 and Beyond, Challenges of an Aging Canadian Society*, Ottawa, 1999, p. 40.

Statistical projections provided by Dr. Janice Keefe of the Nova Scotia Centre on Aging indicate that while 15 percent of women over the age of 65 did not have a surviving child in 2001, this proportion is likely to increase to 30 percent by 2051. Similarly, the Committee has heard that marriage and divorce trends may imply that, in the future, fewer disabled seniors will have a spouse who could care for them. Given these projections, witnesses have cautioned against placing too great a reliance on informal caregivers at the expense of formal caregiving mechanisms, such as home care.

Formal caregiving options, such as homecare and home support services, are also key to making sure that those providing care are doing so by choice, and not because there are no viable alternatives. There are times when people are unable to provide the required levels of care to their friends or family, either because they have other caregiving responsibilities, are unable to take leave from paid employment, or do not feel competent to provide the care. Those who do provide care need support to deal with the physical, mental, emotional and financial challenges of being a caregiver. Robert Dobie of the National Advisory Council on Aging reminded the Committee that:

The added responsibility of informal caregiving can lead to physical and mental exhaustion and have a detrimental effect on the health of caregivers. Lack of formal supports can lead to burn out, causing caregivers to withdraw from caregiving. This, in turn, can lead to higher rates of institutionalization for seniors.

*Evidence, November 27, 2006.*

The consequences of ignoring the needs of caregivers are significant for the caregiver, the person receiving care, and the health care system.

## 6.1 Policy Supports to Help Caregivers

Janice Keefe of the Nova Scotia Centre on Aging<sup>123</sup> identified four types of policy supports available to help caregivers:

- direct service to caregivers which gives caregivers respite, support through the home care program, education, information, resources and counselling;
- direct payment, where caregivers receive allowances, compensation or reimbursement for expenses;
- labour policy, where we look at workplace policies, labour standards and Employment Insurance policies such as our compassionate care benefit; and
- indirect compensations — tax credits, pension credits, and dropouts from pension.

Canada has made some progress over the past decade towards implementing policies to support caregivers. The 2003 First Ministers' Accord on Health Care Renewal provides for short-term acute home care coverage, and the Employment Insurance compassionate care benefits provide income support and job protection for workers caring for gravely ill members in their final days.<sup>124</sup> But there is still much work to do to support this largely invisible work.

---

Caregivers experience high levels of stress. If we do not support them, we may end up with two users of our health care system.

Janice M. Keefe, Nova Scotia Centre on Aging, Mount Saint Vincent University

---

### 6.1.1 Direct service to caregivers

Caregivers need support in the day-to-day activities of providing care. This can include respite services, additional help through the formal home care program, education, information, resources and counseling. Caregivers also need systems navigators to help them find their way through complex health and social services systems. Currently, the availability and accessibility of these services vary widely across the country.

---

<sup>123</sup> Janice M. Keefe, Canada Research Chair in Aging and Caregiving Policy, Nova Scotia Centre on Aging, Mount Saint Vincent University, *Evidence*, July 11, 2007.

<sup>124</sup> Palmier Stevenson-Young, President, Canadian Caregiver Coalition, *Evidence*, June 11, 2007.

### Ready Access to Information for Caregivers

The East Kootenay senior caregiver network supports family caregivers over a large mostly rural area of the province, which includes six main communities and many smaller ones. Services include information and support to caregivers delivered through regular local group meetings, a buddy system, a newsletter and a toll free telephone line. Too often caregivers do not know where to go for help; this network empowers them to seek and find the assistance and support they need.<sup>125</sup>

Respite services provide a break for the caregiver, and include a range of services such as adult day care, in-home respite care, overnight or longer-term respite stays in facilities or a mixture of services.<sup>126</sup> In its second interim report, this Committee proposed the

---

As caregivers of loved ones with dementia, husbands suddenly find themselves cooking, cleaning, doing laundry, shopping. Wives find themselves calling plumbers, looking after the finances and doing the driving. Simply, it is overwhelming mentally and physically. Respite allows us to recharge.

Betty Brousse, Volunteer,  
Alzheimer Society of  
Canada

---

creation of a National Respite Program. While this option was well received, caregivers who appeared before the Committee emphasized the importance of flexibility in such a program and the need to avoid complicated admission criteria. Caregivers have many different needs which would not fit in a one-size-fits-all model. For example, Sharon Baxter, Executive Director of the Canadian Hospice Palliative Care Association, told the Committee that:

... at the very end of life, families and friends do not necessarily always want time away, but want the ability to spend more time with their dying family member without the constant pulls of the regular duties of life. A national respite program would need to be flexible to

allow for the various types of supportive measures needed during the disease trajectory. Programs such as Meals on Wheels could be considered a type of respite program, and these programs are not always terribly costly.

*Evidence, April 7, 2008*

---

<sup>125</sup> Elsie Gerdes, BC Old Age Pensioners Organization, *Response to Questionnaire from the Special Senate Committee on Aging*.

<sup>126</sup> Keefe, Janice & Marlie Manning, *The cost effectiveness of respite: A literature review*. Health Canada, Ottawa, 2005.

While many provinces have a respite care component in their home care programs, the availability and accessibility of these services vary widely. Unlike Canada, Australia has had a National Respite for Carers Program in place for over a decade. Carer Respite Centres in that country provide advice about respite services, coordinate access to respite services at the local level and can arrange 24 hour emergency respite care. A national Web site contains contact information for local services as well as a 1-800 phone number for information. This stands in stark contrast to the situations in many places across Canada where caregivers have limited support to help them identify and meet their needs.

Caregivers also require information at a time when they have the least time available to look for that information. Witnesses emphasized the important role voluntary sector organizations play in helping individuals navigate through complex eligibility criteria. The Alzheimer Society, for example, helps seniors with Alzheimer's, their families and caregivers anticipate the evolution of the disease and to be better prepared and supported.

#### **First Link**

Ontario currently has a pilot project called First Link. It deals only with Alzheimer's and dementia. The First Link coordinator meets with the family health teams and other doctors in a broad community in Southeastern Ontario. She will be given the names of the people who have been diagnosed with dementia. As coordinator, her job is to contact the person and ask if there is any help that they require now or any resources that they think they might need.

Palmier Stevenson-Young, President, Canadian Caregiver Coalition,  
*Evidence*, June 11, 2007

Caregivers are also looking for information on how they can serve as effective advocates for those they support, as Judith Wahl of the Advocacy Centre for the Elderly reminded the Committee:



It is not just the eligibility, what you get and how you apply and what forms you fill out, but how to navigate through the system and what you do when things go wrong or when you hit a barrier. People need that education and information, and often that provides a relief for them, because they know what to do, what to expect and what the limits are on different things.

*Evidence, May 28, 2007*

Respite services and access to information and education on caregiving should form significant components of a national caregiver strategy.

### **6.1.2 Financial support for caregivers**

Internationally, informal care accounts for an estimated 75 percent of all personal care provided to seniors in industrialized countries, whether or not they have universal healthcare.<sup>127</sup> Several witnesses have reminded the Committee that Canada lags behind countries such as the United Kingdom, Australia, Germany, Japan, the Netherlands and the United States in providing supports for caregivers. A review of how caregivers are supported in other countries can provide useful examples for Canada to follow.

Governments around the world have developed various compensation policies for caregivers. These include direct compensation in the form of wage, salary or allowance paid to the care receiver or caregivers, and indirect or non-direct benefits in the form of tax relief or third party payment of pensions credits or insurance premiums.

Germany offers universal long term care insurance coverage which allows caregivers to register as employees. This provides them with rights and recognition, including a cash allowance that can be used by the care receiver to compensate caregivers for their services, respite coverage without financial hardship and contributions to statutory pension insurance. The level of pension contribution is

---

<sup>127</sup> Marcus Hollander *et al.*, "Providing Care and Support for an Aging Population: Briefing Notes on Key Policy Issues," *Healthcare Quarterly*, Vol. 11, No. 3, 2007, pp. 34-45 (p. 42).

contingent upon the level of dependency of the care receiver and the amount of time spent caring.<sup>128</sup>

In the Netherlands a care receiver is given a budget based on an assessment of his or her needs. With this personal budget, a care receiver can arrange for services through an organization or can employ an individual, including family and informal caregivers, to provide care. The caregiver can deduct medical expenses and other extraordinary expenditures in relation to the care receiver where these expenses exceed 11.2 percent of income. In addition, the employed caregiver receives 10 days care leave per year. The employer pays 70 percent of wages and the government compensates the employer.

Sweden offers direct payment options, pensions credit accrual and a comprehensive paid leave policy. Two direct compensation programs target seniors' long term care needs – the Attendant Allowance and the Carers' Allowance. The Attendance Allowance is an untaxed payment that goes to the care receiver to be used to pay the family caregiver. The maximum payment is CA\$860/per month, but payment amounts vary by municipality. The Carers' Allowance ensures that the caregivers' salary is equal to that of a formal home help service provider employed by the municipality. This compensatory scheme recognizes the value of the caregivers' time and effort. Caregivers who receive a Carer's Allowance or Care Leave are entitled to pension credits.

The United Kingdom (UK) has a National Strategy for Carers. The UK's *National Health Service and Community Care Act* of 1990 was the "first legislation to formally acknowledge the need to support family caregivers." In 2000, England and Wales passed the Carers and Disabled Children Act, "giving local councils the power to supply certain services directly to caregivers."<sup>129</sup> The Carer's Allowance is an income tested program that targets caregivers of a disabled child or adult. The caregiver receives a taxable allowance of CA\$108 per week which can continue for up to 12 weeks if the caregiver goes into respite care or if the care receiver is hospitalized. This helps provide

---

<sup>128</sup> Janice Keefe, Pamela Fancey and Sheri White, Consultation on Financial Compensation Initiatives for Family Caregivers of Dependent Adults, Final Report, Mount Saint Vincent University, March 2005, p. 6 and Janice Keefe, "Policy Profile for Compensating Family Caregivers. Germany," October 2004.

<sup>129</sup> Janice Keefe, "Policy Profile for Compensating Family Caregivers, United Kingdom," October 2004.

stability to caregivers help them weather temporary changes in their caregiving situation. A means-tested top-up is available to eligible carers. A pension for carers “targets caregivers whose labour force participation may be impacted by caregiving resulting in longer term consequences.”<sup>130</sup>

In Canada, the federal government currently uses tax deductions and reimbursable tax credits to help families offset the costs of caregiving at home. Employed Canadians who take time away from work to care for a family member who is gravely ill with a significant risk of death are entitled to Compassionate Care Benefits under the Employment Insurance Program.

The Committee has heard, however, that these programs are not sufficient to meet the needs of people providing care to their family members and friends. Neena Chappell, Canada Research Chair in Social Gerontology at the University of Victoria, told the Committee that “one thing you hear a lot from caregivers and volunteers is that even to have their out-of-pocket expenses reimbursed, if not their time and labour, would go a long way.”<sup>131</sup>

The question of financial support to caregivers is another essential component of a National Caregiver Strategy.

### 6.1.3 Changes to labour policies to support caregivers

Workplace policies and labour standards can help caregivers balance their paid work and caregiving needs. Changes can be made to the *Canada Labour Code* and the provincial labour standards to expand entitlements to paid leave days. Although individual workplace policies are outside of the public purview, the federal government, as the largest employer in Canada, can lead the way in providing flexible leave to allow people to provide care. And finally, the Compassionate Care Benefit can be improved upon to better meet the needs of caregivers and those for whom they care.

---

<sup>130</sup> Janice Keefe, Pamela Fancey and Sheri White, *Consultation on financial compensation initiatives for family caregivers of dependent adults, Final Report*, Mount Saint Vincent University, March 2005, p. 8.

<sup>131</sup> Neena L. Chappell, Canada Research Chair in Social Gerontology and Professor of Sociology, Centre on Aging, University of Victoria, *Evidence*, March 19, 2007.

Employees depend on labour legislation to ensure they have basic employment standards, rights and benefits. Witnesses have suggested that the government of Canada can take a lead, under the *Canada Labour Code*, to introduce standards which facilitate work-life balance and help caregivers meet their caregiving obligations. In addition, the Committee urges the federal government, as the largest employer in Canada, to take the lead in the provision of family leave to its employees. This leave should permit the highest level of flexibility in recognition of the diverse forms of relationship responsibilities.

**The Committee urges the federal government, as the largest employer in Canada, to take the lead in the provision of family leave to its employees. This leave should permit the highest level of flexibility in recognition of the diverse forms of relationship responsibilities.**

Compassionate Care Benefits were introduced within the Employment Insurance (EI) program in 2004 to compensate persons who have to be away from work temporarily to provide care or support to a family member who is gravely ill. Regulatory changes introduced in 2006 broadened eligibility to the program so that the benefit can be claimed by a brother, sister, grandparent, grandchild, in-law, aunt, uncle, niece, nephew, foster parent, ward, guardian, or someone considered to be like a family member of a gravely ill person. The Committee applauds this change.

Witnesses have identified a number of suggestions to make the Compassionate Care Benefit even more responsive to the needs of working Canadians, including the elimination of the two-week waiting period before receiving benefits, increasing the benefit to cover a greater proportion of income and extending the length of the benefit.

**The Committee urges government to be more effective in publicizing the Compassionate Care benefits and available tax credits for caregivers.**

Witnesses have also suggested that families may not be aware that the benefit exists. Sharon Baxter of the Canadian Hospice Palliative Care Association told the Committee:

I was in New Brunswick giving a talk about two months ago in a room of almost 100 people, and two thirds of them had never heard of the compassionate leave

program. I was stunned. We need to do a better job of marketing.

*Evidence, June 18, 2007*

The Committee urges government to be more effective in publicizing the Compassionate Care benefits and available tax credits for caregivers.

In the same way that people can drop out for child care, they should be able to drop out for elder care and not be penalized for having done so, and even to have some incentive.

Gloria Gutman, Professor,  
Gerontology, Simon  
Fraser University

The Compassionate Care Benefit is delivered under the Employment Insurance Program. As is the case with other special benefits under that program, applicants to the program must serve a 2-week unpaid waiting period before EI benefits begin to be paid.<sup>132</sup> Witnesses have suggested that imposes undue hardship to families at a time when they most need support.

The level of income replacement under the Compassionate Care Benefit is set at 55 percent of an individual's average insured earnings, to a maximum payment of \$435 per week. Other jurisdictions provide much more generous coverage. In Sweden, for example, the level of payment is 80 percent of the income. The Committee has heard that while California's program provides a comparable level of income replacement as Canada's program, the maximum level of benefit in California is about \$800 Canadian per week, much higher than the maximum in Canada.<sup>133</sup> Witnesses suggested that the level of income replacement under the Compassionate Care Benefit needed to be increased.

Other witnesses felt that the length of the Compassionate Care Benefit, currently 6 weeks, should be extended, and that Canadians be allowed to access the benefit during times of medical crisis, and not only during the palliative stages of illness.

---

<sup>132</sup> If compassionate care benefits are being shared by family members, only the first family member claiming these benefits will serve the waiting period.

<sup>133</sup> Janice M. Keefe, Canada Research Chair in Aging and Caregiving Policy and Director, Nova Scotia Centre on Aging, Mount Saint Vincent University, as an individual, *Evidence*, June 11, 2007.

As a result, the Committee recommends:

**23. That the Employment Insurance Act be amended to:**

- **Eliminate the two-week waiting period before receipt of the compassionate care benefit;**
- **Increase the compassionate care benefit to 75 (seventy-five) percent of the earnings of workers;**
- **Increase the length of the benefit from 6 to 13 weeks; and**
- **Provide access to the benefit during times of medical crisis, and not only during the palliative stages of illness.**

**Furthermore, the federal government must promote awareness of the compassionate care benefit among all Canadians.**

---

#### **6.1.4 Indirect compensation for caregivers**

Public pension systems in countries of the Western world were initially designed for individuals working full time for an uninterrupted period of time. As women entered the labour force in increasing numbers, however, public pension programs have had to take into consideration periods when people drop out of the labour force to provide care. Because women are more likely than men to reduce their labour force activity (either temporarily or permanently) to care for children and other family members, measures to formally recognize periods of reduced labour force participation due to caregiving can help reduce the income gap between men and women at the time of retirement.

Although the participation of women in the labour force has increased substantially in recent decades, women are still more likely today to have part-time jobs or to put their careers on hold in order to provide care within the family. This results in lower income for women throughout their lives, including at the time of retirement.

In Canada, the Child Rearing Provision was incorporated into the Canada Pension Plan (CPP)/ Quebec Pension Plan (QPP) in 1977 to adjust the pension calculation so that workers would not be penalized for reduced income if they reduced their labour force participation to care for children under the age of seven. Some OECD countries have similarly recognized the impact of other caregiving responsibilities on eligibility for public pensions. For example, in some of the countries which provide caregiver allowances (as noted in section 6.1.2), the state also pays pension credits towards the public pension plans of caregivers.

The CPP currently allows an individual to exclude from the calculation of pension benefits the 15 percent of years in which earnings were lowest. This results in higher average earnings and a higher pension. Witnesses have suggested, however, that Canada consider extending the CPP/QPP Child Rearing Provision to other caregivers. Witnesses have suggested that such a measure would also be especially helpful to those who have had less time to accrue benefits, including women and immigrants. As recommended in section 5.1.2 above, the Committee urges the federal government to consider introducing a drop-out provision for caregivers into the Canada Pension Plan.

**The Committee urges the federal government to consider introducing a drop-out provision for caregivers into the Canada Pension Plan.**

### 6.2 A National Caregiver Strategy

Addressing the needs of caregivers requires a comprehensive, multi-jurisdictional effort which can best be accomplished through the development of a national caregiver strategy. Initiatives which address only one of the policy areas listed in Section 6.1 risk causing more harm to caregivers. For example, the Committee has heard that financial compensation of caregivers may be a double edged sword for women:

On the one hand, cash payments for family carers do recognize and attempt to ameliorate the direct and opportunity costs associated with caregiving and provide some formal recognition of the caregiving role. On the other hand, these programs can entrap women into

caregiving roles by offering financial support in place of other care options.<sup>134</sup>

Witnesses have suggested that in order to avoid such negative impacts a combination of payments and services should be developed. In this way carers receive both income maintenance and services in kind.

The federal government can provide leadership on the development of a Canadian caregiver strategy. Together, the federal, provincial, and territorial governments can put in place the components of support which should be available to all people in Canada. Palmier Stevenson-Young of the Canadian Caregiver Coalition summarized some of the components to be integrated into such a strategy:

... to develop and sustain a communications strategy that informs Canadians about caregiving and that values and acknowledges caregivers in all their diversity; to enhance health and social services for the care recipient, the caregiver and their families; to provide remuneration to caregivers; to develop financial support programs; to provide grants, allowances, tax deductions and reimbursable tax credits to offset the costs of caregiving at home; to ensure that case management plans include assessment of caregiver needs; and to provide information and education to support voluntary sector.

*Evidence, June 11, 2007*

The Committee recommends:

**24. That the federal government work collaboratively with the provinces and territories, policy-makers, stakeholders and family caregivers to establish a National Caregiving Strategy. The Strategy should form a part of a larger federal integrated care initiative.**

---

---

<sup>134</sup> Janice Keefe and Beth Rajnovich "To Pay or Not to Pay: Examining Underlying Principles in the Debate on Financial Support for Family Caregivers" in *Canadian Journal on Aging* Volume 26, suppl\_1 1 / 2007.





## **Chapter 7: Supporting the Voluntary Sector**

### **7.1 Seniors and the Voluntary Sector**

The voluntary sector plays an important role in supporting individuals and communities. Volunteers provide essential services for all age groups, including seniors. Volunteer work also allows society to tap into the skills and knowledge of older Canadians. Seniors benefit from a strong voluntary sector as both contributors and beneficiaries.

Twelve million Canadians contribute almost 2 billion hours of time as volunteers each year. Deeply concerning is that much comes from the few: 11 percent of Canadians contribute 77 percent of the volunteer hours. A significant proportion of that 11 percent is older adults.

It is important to keep in mind that there are currently different generations of seniors, and that there are significant differences in volunteering among the older and younger groups of seniors. Work done by Volunteer Canada has concluded:

---

If we do not find ways to engage generations as they move into their senior years to ensure their contributions are maximized, volunteer involvement and in fact our communities are at risk.

Ruth MacKenzie,  
Volunteer Canada

---

The post WWII generation set the bar high for volunteer involvement and their readiness to give time, money and energy to countless causes has played a large part in the evolution of Canada's vibrant voluntary sector. To coin a phrase, Baby Boomers are a rather different "kettle of fish." Now on the brink of retirement, they are *potentially* positioned to replicate and augment the Canadian volunteer environment. But this cohort is different than their predecessors. They are more demanding – seeking opportunities for growth and uses of their time that are

new and innovative and looking for interesting and meaningful experiences.<sup>135</sup>

Bernie LaRusic, Vice Chairperson of the Group of IX in Nova Scotia, supports this finding:

Asking seniors to come forward to volunteer does not seem to be the big attraction that it was at one time.... The number of volunteers is going down as the need goes up.

*Evidence, June 11, 2007*

People volunteer for a variety of reasons. Some want to make a contribution to their communities. Others want to use their skills and knowledge, to learn new things, to develop new skills, to be intellectually stimulated or to feel good or needed.<sup>136</sup> As Elaine Gallagher, Director, Centre on Aging, University of Victoria, told the Committee:

Potential older volunteers are hindered most often by health problems, other commitments or full schedules and lack of time. They want the flexibility to go south for a few months or on a cruise if an affordable opportunity arises.

*Evidence, April 28, 2008*

People who recruit and retain volunteers need to know this information. They need to know what motivates people to get involved, and what encourages them to stay involved. One of the difficulties for voluntary organizations is the lack of resources to properly manage volunteers. Voluntary organizations need support as they face challenges in recruiting, screening, and training volunteers. Some of this support is being provided by organizations such as Volunteer Canada, but many of the smaller voluntary organizations who addressed the Committee did not appear to have the tools to help them recruit and retain volunteers.

---

<sup>135</sup> Volunteer Canada, *Volunteer Connections: New strategies for involving older adults*. 2001 available on-line at <http://www.volunteer.ca/volunteer/pdf/OlderAdults-Eng.pdf>.

<sup>136</sup> Elaine Gallagher, Director, Centre on Aging, University of Victoria, Evidence, April 28, 2008.

Seniors play a key role in preserving culture, particularly for Aboriginal and minority language groups. The *Association acadienne et francophone des aînées et des aînés du Nouveau-Brunswick* told the Committee:

The future of francophone minority communities depends largely on the contribution of volunteerism and the role seniors and retirees can play in it. Francophone minority communities are aging. Consequently, it is important that seniors and retirees be able to provide the leadership needed to pass on their language and culture and help develop community vitality.

*Evidence, May 13, 2008*

In addition to being significant contributors to the voluntary sector, seniors are also often beneficiaries of activities and services provided by volunteers. Ensuring that this sector remains healthy in the future is an important investment.

The Committee has heard that facilitating volunteerism in the senior years appears to be intricately linked to facilitating volunteerism throughout the life-cycle. As Peter Hicks of Human Resources and Social Development Canada told the Committee, “by and large, people who volunteer when they are older are people who have experienced volunteering when younger.”<sup>137</sup> Employers can help their employees adopt and foster lifelong habits of volunteering. For example, employers could offer time off or flex-time to allow for volunteer activities. The Committee believes that as the largest employer in Canada, the federal government should lead the way in promoting volunteerism among its workforce.

**The Committee believes the imminent retirement of the baby-boom generation can be an unprecedented opportunity to recruit new volunteers, but the voluntary sector needs to put in place the right tools to attract and keep these volunteers.**

In its second interim report, the Committee outlined options for incentives to encourage people to volunteer. The option of tax credits for volunteerism has initiated much discussion. Some witnesses were

---

<sup>137</sup> Peter Hicks, Human Resources and Social Development Canada, *Evidence*, February 12, 2007.

concerned that a tax credit would not substantially benefit lower-income Canadians, and that the administrative implications for voluntary organizations would be significant. Others felt that a tax credit for volunteering would send a positive signal about the importance of volunteering. Ruth MacKenzie of Volunteer Canada concluded her comments on a volunteer tax credit as follows:

While it is certainly an interesting and perhaps even attractive proposition, more research is necessary to truly understand the possibility for positive impact and associated risks to volunteer involvement and the culture or philosophy of volunteerism.

*Evidence April 28, 2008*

Although the reaction to a volunteer tax credit for volunteering was mixed, there was strong support across the country for the need to help organizations reimburse volunteers for out-of-pocket expenses. Many non-profit organizations are stretched for dollars and cannot reimburse volunteers for direct expenses. At times, the cost of a bus ticket is a barrier to volunteering for people. As a result, the Committee recommends:

**The Committee believes that as the largest employer in Canada, the federal government should lead the way in promoting volunteerism among its workforce.**

**25. That the federal government work with the voluntary sector to identify mechanisms to recognize and reimburse the out-of-pocket expenses incurred by volunteers, particularly in activities funded through federal grants and contributions.**

One of the frustrations for volunteers is the lack of continuity of funding. Witnesses have recommended that governments be encouraged to provide multi-year funding commitments so that volunteers can see continuity in the work they do. Some have suggested that this should apply to the funding for the New Horizons program as well. Ruth MacKenzie, President of Volunteer Canada, told the Committee:

Much of what volunteer involvement is all about is the relationship between the volunteers and where they choose to volunteer or direct their time. Relationships are about faith, reliance, continuity and momentum, concepts

impossible to maintain without knowledge and trust that relationships that are there on March 31 will also be there on April 1, that the beginning of a new year will not mean that programs and people who are relied on might or might not be there.

*Evidence, April 28, 2008*

Recognizing the value of the voluntary sector in advocating for seniors, in providing seniors with an ongoing ability to contribute their talents to society, and in meeting the needs of the community, including other seniors, the Committee urges the federal government to work with line departments to promote the use of multi-year funding arrangements for voluntary sector organizations.

Seniors organizations play a critical role by relaying information to seniors on many issues. The committee has met with organizations across the country that work with seniors to provide information on important issues such as nutrition, abuse and eligibility for services and programs. Seniors who participate in these organizations are much more likely to be informed.

It is much more difficult to figure out how to communicate with isolated seniors so that they might access the full range of programs and services to which they may be entitled. This is particularly relevant for immigrant seniors, who also face linguistic and cultural barriers to accessing this information.<sup>138</sup> Such seniors often require person to person contact to navigate the system. As discussed in Chapter 5, outreach challenges continue to result in some people not collecting funding to which they may be entitled, such as Old Age Security and the Guaranteed Income Supplement. It is often front-line voluntary sector organizations, such as Meals on Wheels, which have one-on-one contact with isolated seniors who are so difficult to reach. These organizations play an important role in relaying information to seniors.

**The Committee urges the federal government to work with line departments to promote the use of multi-year funding arrangements for voluntary sector organizations.**

The needs of Canadians can be met through a variety of channels, including the family, the private sector, the public sector and

---

<sup>138</sup> Eyob Naizghi, MOSAIC, *Evidence*, June 4, 2008.

the voluntary sector. The Committee stresses the importance of understanding the roles that each of these sectors play in providing services to Canadians, including seniors. The voluntary sector cannot replace the public provision of services. The voluntary sector does, however, improve the quality of life of many Canadians. Meeting the needs of voluntary sector organizations will help ensure that these services will continue to be provided in the future. This Committee has only been able to touch the surface of the needs of the voluntary sector. Much more work needs to be done to ensure that this sector remains vibrant. This is why the Committee recommends:

**26. That the needs of the voluntary sector be the subject of further study, either by a Senate Committee or by an Expert Panel, in order to examine:**

- **The emerging challenges of recruiting and retaining volunteers;**
- **Options to promote volunteerism; and**
- **The role of the federal government in supporting the capacity of the voluntary sector throughout the country, including the use of multi-year funding arrangements and the implications of introducing a tax credit for volunteering.**

### 7.2 New Horizons for Seniors Program

The federal government's New Horizons for Seniors Program provides grants of up to \$25,000 for community projects that encourage seniors to share their skills, experience and wisdom in support of their communities and promote ongoing involvement of seniors in communities to avoid the risk of social isolation. Projects typically focus on themes of contribution to community, active living, social participation and/or partnership building.

The Committee has received positive reviews of that program; however, organizations across the country have identified recommendations which would ensure that the program better meets their needs.

It is of concern to the Committee that Aboriginal Canadians and official language minority groups have both reported that their constituents do not have equitable access to the funding. Given the success of the New Horizons for Seniors Program, the Committee urges the department of Human Resources and Social Development to ensure that the provincial-level evaluation committees for the New Horizons for Seniors program reflect the diversity of the population, and most particularly, the official language minority population and the Aboriginal population of the province.

**The Committee urges the department of Human Resources and Social Development to ensure that the provincial-level evaluation committees for the New Horizons for Seniors program reflect the diversity of the population.**

The Committee emphasizes the importance of making the funding through the New Horizons for Seniors Program very accessible to all Canadians. Organizations which may have more limited experience accessing funding from the federal government, such as groups representing visible minorities, persons with disabilities, Aboriginal people and linguistic minorities require a straightforward application process. Some groups have told the Committee that they find the current application process difficult. As a result, the Committee urges the government to review the application process for the New Horizons Program to ensure that the materials are written in plain language, aboriginal languages and the languages of larger immigrant populations, and that efforts are made to communicate the availability of funding to as many groups as possible.

**The Committee urges the government to review the application process for the New Horizons Program to ensure that the materials are written in plain language, aboriginal languages and the languages of larger immigrant populations, and that efforts are made to communicate the availability of funding to as many groups as possible.**

In addition, the Committee emphasizes the importance of ensuring that all groups have adequate time to prepare their applications for funding through the New Horizons for Seniors Program. The Committee strongly emphasizes the importance of providing adequate timing between the announcement of a funding competition and the closing date for receipt of applications.



**The Committee suggests the federal government's New Horizons for Seniors Program allow organizations to apply for funding for various phases of a single project.**

The Committee has heard that short-term funding makes it difficult for organizations to have continuity in the programs and services they provide. The Committee suggests the federal government's New Horizons for Seniors Program allow organizations to apply for funding for various phases of a single project, so that they might receive multi-year funding for certain projects.

## **Chapter 8: The Health and Social Care Workforce**

Although the majority of Canada's seniors are in good health, seniors remain the most intensive users of the health care system. In 2003, seniors made up 13 percent of Canada's population, but they accounted for one-third of all hospitalizations, more than half of all hospital stays,<sup>139</sup> and 44 percent of health care expenditures overall.<sup>140</sup>

The importance of timely, quality, and accessible health care to seniors' quality of life is significant. The first requirement for Canada to be able to ensure that care is having an adequate supply of appropriately trained health and social care professionals. Already, the health sector is one of the fields with the largest number of occupations showing signs of human resource shortages.

Pressures are particularly acute for physicians, nurses, pharmacists, medical technologists and technicians and assisting occupations in support of health services (such as nurse aides and dental assistants). Growth in demand for those occupations has been strong, due to rising needs associated with population aging, increases in government funding for health care and a high number of retirements of existing workers. On the other hand, supply growth in many of these occupations has been relatively weak.<sup>141</sup>

This shortage is making working conditions even more challenging for health and social care staff currently in the workforce. Over the course of our hearings, we were continuously impressed with the dedication and excellence of the health and social care professionals we met from all corners of the country. We would be remiss not to applaud their tremendous efforts and echo the sentiments of Lyne England, Chair of the Saanich Peninsula Health Association:

---

<sup>139</sup> Statistics Canada, "Health Reports: Seniors Health Care Use" in *The Daily*, February 7, 2006.

<sup>140</sup> Margaret Gillis, Public Health Agency of Canada, *Evidence*, December 4, 2006.

<sup>141</sup> Mario Lapointe *et al.*, "Looking Ahead: A 10-Year Outlook for the Canadian Labour Market (2006-2015)" *Horizons*, Vol. 9, No. 4, December 2007, p. 30.

Health care providers at all levels in Victoria are commended for doing their best under very difficult circumstances. Negotiated contracts have not been honoured, many registered nurses have been replaced by licensed practical nurses and health care workers are choosing to work on a casual basis because of untenable workloads in long-term care. For these and many other reasons, all people working within the health care field should be saluted for their dedication, flexibility, compassion, and caring for those that they tend to daily.

*Evidence*, June 5, 2008

It is expected that population aging will put even more pressure on this tight labour market, affecting both the number and type of professionals needed to provide care at a time when the growing diversity of the Canadian population requires health and social care workers to have, or have access to, a wider variety of additional skills, knowledge and support.

One of the factors adding to the complexity of service provision is the need to be able to serve citizens in the language of their choice. This includes seniors who are part of Canada's official language minorities (francophones outside of Québec and anglophones in Québec) as well as Aboriginal groups and immigrants.

Accurate communication is essential to the relationship between a care provider and the recipient. Miscommunication can lead to a patient not understanding medical advice or a prescribed treatment, and lead to a considerable reduction in the quality of service.<sup>142</sup>

In the best scenarios, family physicians speaking the first language of the patient can provide services in that language. But where such doctors are unavailable, or when referrals to specialists are involved, patients must often resort to rudimentary language skills, sign language, or family members for interpretation. Involving family members can be sensitive, however, due to the stigma associated with some types of conditions, which patients do not wish others to know about. The Committee heard that there is a lack of interpreting services, and even when these are available, they are not used, as Dr.

---

<sup>142</sup> Aurèle Boisvert, President, South Eastman Health, *Evidence*, June 2, 2008.

Sharon Koehn, Research Associate at Providence Health Centre's Centre for Healthy Aging, described:

Another thing that we have found is that a lot of professionals, even when they have access to interpreting services, they do not order them. They can, through provincial language services, in a lot of cases order an interpreter, but they do not, because of the time that it takes. They would rather make do and get an unsatisfactory or incomplete response from the patient than take the time, because they are not paid for that time. It is the way that the fee for services is structured a lot of time.

*Evidence*, June 4, 2008

In addition to language differences, these seniors and their families or other immediate social support networks may have cultural or religious practices which affect that care. We must understand that an individual's aging occurs in a community where language and culture are primordial.<sup>143</sup>

This is especially true in Aboriginal communities, where seniors face a range of barriers to accessing care. Confronted with a medical system that does not reflect who they are as cultural beings diminishes access and the quality of care. Competency for health service providers working with First Nations, Inuit and Métis should include understanding language and cultural traditions, the impacts of residential schools, and the importance of family in the life of the elder.<sup>144</sup>

The Committee heard that medical and nursing schools are moving towards cultural competency training, but that this movement is slow.<sup>145</sup>

In this context, the Committee endorses the statement by Jean Balcaen, President of Villa Youville:

---

<sup>143</sup> Charles Gagné, Director General, Centre Taché and Foyer Valade, *Evidence*, June 2, 2008.

<sup>144</sup> Joe Gallagher, Senior Director, First Nations Health Council, *Evidence*, June 4, 2008.

<sup>145</sup> Dr. Sharon Koehn, Research Associate, Centre for Health Aging, *Evidence*, June 4, 2008.

It is therefore very important to continue maintaining a level of health care that is respectful of the beneficiary's linguistic and cultural reality. Awareness of the importance of ongoing attention to cultural differences is closely linked to the quality of patient care.

*Evidence*, June 2, 2008

The federal government's role with respect to these groups is discussed further in Chapter 10.

### 8.1 Increasing the Supply of Trained Gerontologists and Geriatricians

Generally speaking, there are two types of physicians whose practice focuses on seniors and especially frail seniors:

- Family physicians who have completed a 6-month or one-year enhanced skills training program called the Care of the Elderly, accredited by the College of Family Physicians of Canada.
- Specialists in geriatric medicine (geriatricians) who have completed a minimum of five years post-graduate training.<sup>146</sup>

Early in its hearings, the Committee heard evidence about the current shortage of geriatric specialists. Although the number of geriatricians almost doubled from 111 to 211 between 1995 and 2007,<sup>147</sup> this was still far short of the 538 that were estimated to be needed in 2006.<sup>148</sup> The number of employed nurses whose area of responsibility is geriatric or long-term care has remained relatively stable from 1995 to 2006.<sup>149</sup>

---

<sup>146</sup> Dr. Duncan Robertson, Geriatric and Palliative Care, BC Medical Association, *Evidence*, June 5, 2008, and The College of Family Physicians of Canada, *Priorities for the Health Care of the Elderly: The Role of the Family Physician*, June 2007.

<sup>147</sup> Canadian Institute for Health Information, *Scott's Medical Database, 2007*, and The College of Family Physicians of Canada, *Priorities for the Health Care of the Elderly: The Role of the Family Physician*, June 2007.

<sup>148</sup> National Advisory Council on Aging, *Seniors in Canada 2006 Report Card*, 2006, p. 19.

<sup>149</sup> Canadian Institute for Health Information, *Registered Nurses Database*, 2007.

Of the 211 geriatricians, however, the Committee heard that many have other responsibilities, reducing the number of active full-time equivalencies to probably less than 150.<sup>150</sup> Even more alarmingly, the number of internal medicine residents entering geriatric medicine programs has decreased dramatically over the last 10 years. The Canadian Geriatric Society reports that in 2007 there were only five trainees in English-speaking programs for the entire country. Likewise, Care of the Elderly family medicine training programs have many vacancies and there are only 140 physicians with this training in Canada.<sup>151</sup>

In contrast to the United States, where many geriatricians are in primary practice, Canadian specialists in geriatric medicine do not provide primary care. They act as a short-term resource to primary care physicians, and health care teams in the community, in hospitals and in long-term care facilities. By functioning as a catalyst within the system, they can set up model services, which others can then manage and disseminate.

Further compounding the challenge of the existing human resource shortage and the anticipated increase in demand is that the current healthcare workforce is itself aging, and recruitment numbers are not keeping pace. The Canadian Association on Gerontology reported to the Committee that the "average age of a registered nurse in this country is close to 50."<sup>152</sup>

This highlights the first major challenge mentioned by a number of witnesses: attracting more young people to the field. Geriatric and gerontological specialties seem to suffer from an image problem. Surveys by the University of Western Ontario have found that students prefer to work with patients who are cognitively aware, have single, well-defined problems and are not chronically ill.<sup>153</sup>

---

<sup>150</sup> Dr. Duncan Robertson, Geriatric and Palliative Care, BC Medical Association, *Evidence*, June 5, 2008.

<sup>151</sup> Dr. Chris Frank, President, Canadian Geriatric Society, Brief to the Committee, April 20, 2008.

<sup>152</sup> Sandra Hirst, President, Canadian Association on Gerontology, *Evidence*, December 11, 2006.

<sup>153</sup> Canadian Press, "Canada's Ageing Population Could Run Short on Docs," July 19, 2007.

Witnesses revealed to the Committee that geriatrics and gerontology are often not seen as “sexy”, perhaps resulting in part from underlying ageist attitudes in society. Giving people the opportunity to experience the excitement of actually working in the field, to confront the complexity of the problems associated with aging and to see how they are being overcome are ways of helping people see what a stimulating and rewarding field it can be.<sup>154</sup>

But promoting geriatrics is even more difficult when most medical schools in Canada do not require any exposure to it. Rotations in geriatric medicine are still not mandatory for Canadian internal medicine training programs,<sup>155</sup> so students are required to choose a speciality towards the end of their third year of training without ever having had any formal introduction to the field.<sup>156</sup> This was once the case for palliative care until the Government of Canada supported the development of a medical school course on palliative care. Now, all medical students have at least one course in palliative care. Could we not do the same in geriatrics?

Appealing to the idealistic instincts of medical students may also be another strategy. Dr. Ken Rockwood, Professor of Geriatric Medicine at Dalhousie University, shared his approach for marketing geriatrics to medical students.

### **So You Want to Save the World?**

For years and years we have tried to get more young doctors to do geriatric medicine and one tries various ways to attract them in. One of the things I try when they are still quite young is to say, “If you want to save the world, you should do geriatrics,” and here is the way that it works. If we think about all of the problems in healthcare in Canada right now, to my mind, frailty is the one that is most likely to undermine the public provision of medical care because everybody is frustrated, and in not knowing what to do they say, “Well, we will just turn to the private system.” That is perverse for reasons that we could go into, but if you think about it, Medicare is one of the great unifying

---

<sup>154</sup> Dr. David Martell, Lunenburg Medical Centre, as an individual, *Evidence*, May 12, 2008.

<sup>155</sup> David Hogan, “Proceedings and Recommendations of the 2007 Banff Conference on the Future of Geriatrics in Canada” *Canadian Journal of Geriatrics*, Vol. 10, Issue 4, 2007, pp. 133-144.

<sup>156</sup> Chris MacKnight, Associate Professor, Department of Medicine, Dalhousie University, *Evidence*, May 12, 2008.

themes in Canada. So, if we cannot get this right, what hope is there for the country? With everything that Canada has, if we cannot keep the country in place, what hope is there for the world? So I say to people, "If you want to save the world, do geriatrics in Canada."

Dr. Ken Rockwood, Professor of Geriatric Medicine, Dalhousie University,  
*Evidence*, 12 May 2008

Once students are convinced to go into geriatric medicine, there needs to be residency places for them to study, especially in locations where it is hoped they will practice after completing their studies. Because of competition among subspecialties, it seems that this is not always the case. If students can be promised guaranteed training slots and a reasonable prospect of being hired afterwards, the incentives for the field would be much stronger.<sup>157</sup> Therefore, the Committee recommends:

**27. That the federal government support education and outreach campaigns promoting geriatric and gerontological health care professions as career choices, including the funding of residency positions in geriatrics.**

A second issue discouraging physicians from entering the field is current remuneration practices. The standard fee-for-service billing system financially penalizes geriatricians compared to other specialists because geriatricians tend to take more time with each patient to look at the often multiple issues facing a patient in a more holistic and interdisciplinary way.

Valuing work with seniors means ensuring a competitive salary for the health care professionals serving them. As Réjean Hébert, Dean of the Faculty of Medicine and Health Sciences at the University of Sherbrooke, noted:

Gerontologists do not make as much money as do cardiologists, neurosurgeons or radiologists. I think this discourages students from thinking of a career in gerontology. The same goes for nurses. We must value the care provided by nurses to the elderly by improving

---

<sup>157</sup> Dr. Ken Rockwood and Dr. Chris MacKnight, *Evidence*, May 12, 2008.



their working conditions and their salaries so that these health care professionals feel the work they are doing is important, and we must provide them with the appropriate training.

*Evidence, May 16, 2008*

In Canada, alternative funding plans or blended payment models have allowed some geriatricians to find sustainable practice arrangements, but these are certainly not incentives to the field. On the other hand, increasing pay scales has had a notable effect in attracting the needed number of geriatricians in Ireland.

**The Committee emphasizes the need for a more equitable billing system for geriatric physicians and suggests the federal government take a leadership role in testing and demonstrating billing systems with the geriatric physicians it employs which might work for other jurisdictions.**

Therefore, the Committee emphasizes the need for a more equitable billing system for geriatric physicians and suggests the federal government take a leadership role in testing and demonstrating billing systems with the geriatric physicians it

employs which might work for other jurisdictions.

Accelerating recognition of immigrants' health care training would also help alleviate the shortage of health care professionals. Top-ups in training or re-accreditation are much more rapid alternatives than beginning the training process with new students.

**The Committee urges the federal government to work with professional accreditation bodies to develop programs that will facilitate and accelerate the recognition of foreign credentials.**

Movement in this direction could reverse the shrinking proportion of physicians who are foreign trained, which fell from 25 percent of all physicians in 1999 to 22 percent in 2006.<sup>158</sup>

Correspondingly, the Committee urges the federal government to work with professional accreditation bodies to develop programs that will facilitate and accelerate the recognition of foreign credentials.

---

<sup>158</sup> Canadian Institute for Health Information, *Scott's Medical Database*, 2007.

## 8.2 Adapting Training for an Aging Population

A huge need across this country is education of our health care professionals about elder issues.

Dr. Marianne McLennan, Director, Seniors, End of Life and Spiritual Health, Vancouver Island Health Authority, *Evidence*, June 5, 2008

Beyond gerontological and geriatric specialists, the reality is that almost all health professions are dealing with an increasingly aging population. In this context, the Committee agrees with Dr. Duncan Robertson of the BC Medical Association's Geriatrics and Palliative Care Committee who recommended that:

... curriculum content is enhanced for all students and [is] not just didactic, it is a mandatory clinical experience that involves working with older people in the community, in the hospital, in the long-term care facility, in all aspects of care.

*Evidence*, June 5, 2008

The problems more frequently presented by an aging population have some differences from younger groups. Co-morbidities, chronic conditions and frailty are more frequent – problems that may not be adequately addressed in current curricula. As Byron Spencer, Professor of Economics at McMaster University, described:

... the evidence suggests that training programs for physicians and other health care professionals give little attention to the specific treatment of older patients.... Put differently, the training of health care professionals gives very little time to the treatment of complicated chronic conditions that are common among older patients. Almost all physicians training takes place in a hospital setting and, when older patients present themselves in that setting, the focus is typically on an acute condition. Indeed, it may even be the case that the failure to appropriately treat those who have multiple chronic conditions while they are still functioning in the community can lead to acute symptoms that cause them to present themselves in hospitals.

*Evidence*, May 5, 2008

Traditionally, the health care system has been based on dealing with one condition at a time. Frailty, however, is the result of multiple interacting medical and social problems. When someone is frail, they do not need the same style of healthcare.<sup>159</sup>

The healthcare system's response to complex cases has tended to take the form of inter-professional teams. As the Pan-Canadian Health Human Resource Strategy points out, this approach requires parallel modifications to educational programs:

Changing the way we educate health care providers is key to achieving system change and to ensuring that health care providers have the necessary knowledge and skills to work effectively in interprofessional teams within the evolving health care system.<sup>160</sup>

The social aspects of frailty, not to mention the social aspects of well-being, necessitate an approach based on the empowerment of the individual within her or his broader support network. Training on the ability to enter into dialogue with a broader spectrum of stakeholders becomes more important.<sup>161</sup>

Similarly, training to help that broader spectrum of stakeholders understand the dynamics of, and their role in, a multi-faceted response is also important. Pamela Fancey, Associate Director of Mount Saint Vincent University's Centre on Aging, indicated to the Committee that there is:

... equal need for gerontology training and education in a wider range of workers and professions including family educators and counsellors, program coordinators, researchers, policy analysts and even supporting budding entrepreneurs.

*Evidence*, May 12, 2008

---

<sup>159</sup> Dr. Ken Rockwood, Professor of Geriatric Medicine, Dalhousie University, *Evidence*, May 12, 2008.

<sup>160</sup> Health Canada. Pan-Canadian Health Human Resource Strategy at <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2006-wait-attente/hhr-rhs/index-eng.php>.

<sup>161</sup> Marie Beaulieu, Professor, Social Services, University of Sherbrooke, *Evidence*, May 16, 2008.

In order to strengthen and adapt educational programs more broadly in the context of an aging population, the Committee urges the federal government to support capacity building projects, such as the development of a core program for training in geriatric medicine, gerontological social work, gerontological nursing and other disciplines.

**The Committee urges the federal government to support capacity building project, such as the development of a core program for training in geriatric medicine, gerontological social work, gerontological nursing and other disciplines.**

Another significant element of educational programs in the context of an aging population is an awareness of the indicators of abuse and appropriate responses. As mentioned in Chapter 1, the Committee looks forward to the federal government's support for the creation of training materials on this topic for a wide range of professional sectors.

### 8.3 Training of Home Care and Personal Support Workers

The majority of home care is given by family members and other concerned unpaid caregivers. The Committee heard that fully 90 percent of needs are not met by the public system – needs for which people depend on informal supports such as family and friends.<sup>162</sup>

However, with smaller family sizes and an increasingly mobile population separating family members, it is likely that more and more seniors will require external support. Shortened hospital stays in recent years have meant that even more time recovering is spent in the home and community with the assistance of home care. Furthermore, the desire of seniors to remain at home while rates of chronic disease climb in the population will also contribute to the demand for formal home support. Both situations are generally positive, provided there are adequate home care supports in place.

Home care and home support agencies deliver a vast array of services. Susan VanderBent of the Ontario Home Care Association listed some of these services:

---

<sup>162</sup> Marie Beaulieu, Professor, Social Services, University of Sherbrooke, *Evidence*, May 16, 2008.

... nursing care, home support services, personal care, physiotherapy, occupational therapy, social work, dietetics, speech language therapy and medical equipment and supplies in the home.

*Evidence, May 9, 2008*

Personal Support Workers can provide home management (such as shopping, house cleaning and meal preparation), personal care (such as dressing, personal hygiene, mobility and other routine activities of living), family responsibilities (such as routine caregiving to children), and social and recreational activities.<sup>163</sup>

**The Committee believes personal support and home care workers deserve greater recognition, training, and support.**

Witnesses before the Committee emphasized that home care and home support workers are under-recognized for the work they do, and could play a much

more pro-active role with appropriate training, remuneration and support. As Elaine Gallagher, Director of the University of Victoria Centre on Aging, described it:

These home support workers are an army of the most underutilized health care workers in our country. They are given little to no training for their jobs, they are paid at the very bottom of the pay scale, and they are given no respect for picking up early signs of dementia, frailty and other issues. With a little bit of extra training, they could do a great deal.

*Evidence, April 28, 2008*

The role of personal support workers is even more critical for seniors at risk. The Ontario Network for Prevention of Elder Abuse emphasized to the Committee that:

Personal support workers (PSW) are one of the largest groups to interact with seniors in their homes and may be the only contact the senior has with the broader community. The close individual care that a PSW provides offers an opportunity to develop a relationship of trust

---

<sup>163</sup> Personal Support Network of Ontario, [http://67.19.94.210/~psw//index.php?option=com\\_content&task=view&id=16&Itemid=44](http://67.19.94.210/~psw//index.php?option=com_content&task=view&id=16&Itemid=44)

with the senior. As a result seniors may first confide in this person about abuse.<sup>164</sup>

An example of the potential impacts of enhanced training for home care and home support workers can be found in the SAIL project.

### **SAIL - Seniors Active in Independent Living**

Led by Dr. Vicky Scott at the University of Victoria, SAIL is a training program for home support workers to carry out an assessment of care recipients' risk of falling and, based on the assessment, implement a range of interventions. One intervention is a simple, 10-minute, in-home exercise program which the home support worker leads with the care recipient.

Through the training and the home support worker taking 10 minutes of additional time on each visit, SAIL was able to achieve a 44 percent reduction in the rate of falls compared to homes where workers did not have that training. Economic concerns about the extra time were not an issue for home support agencies, who found the program to be well worth the time. It gave the workers the knowledge, training and information they needed to work with one of the highest risk and most difficult populations. People loved the program.

Every health authority in B.C. is now adopting this program and introducing it to their home support workers.

Elaine Gallagher, Director, Centre on Aging, University of Victoria, *Evidence*, April 28, 2008

Despite the key role that home care and home support workers play, jobs tend to offer low wages, less security, and fewer regular hours.<sup>165</sup> As Cecile Cassista, Executive Director of the Coalition for Seniors and Nursing Home Residents' Rights, described:

What happens in New Brunswick, the government contracts out homecare services to agencies and to Red

---

<sup>164</sup> Ontario Network for the Prevention of Elder Abuse, Response to Senate Interim Report: Issues and Options for an Aging Population, May 9, 2008.

<sup>165</sup> VON Canada, Submission to the Special Senate Committee on Aging, December 17, 2007.

Cross at \$13.64 an hour, so the staff are only getting about \$8 or \$9 an hour and are working 15 to 20 hours a week. We have a retention and training problem in this province.

*Evidence, May 13, 2008*

Poor working conditions inevitably lead to a high turnover of staff and a lack of continuity in services for care recipients. If we are serious about valuing the services provided by home care and personal support workers, these workers should receive liveable wages, adequate benefits, and good working conditions.

The Committee has heard that the Federal/Provincial/Territorial Health Human Resource Strategy does not include home and community support services despite the fact that the 2004 10-year plan to strengthen health care recognized that home care is an integral part of the health system.<sup>166</sup> A pan-Canadian approach to health human resources must include home care and personal support services. To that end, the Committee recommends:

**28. That the federal government work with the provinces and territories to address the training, recruitment and retention of home care and home support workers as part of the FPT Health Human Resource Strategy.**

The Committee emphasizes the need for governments to work with personal support and home care workers to establish common training standards.

Formal training in the field remains limited. Despite the key role personal support workers play, only three provinces - Alberta, Nova Scotia and Ontario - offer diplomas, programs or courses in the field.<sup>167</sup> Best practices learned in these provinces could support the development and implementation of a national training curriculum for home care and personal support workers. These efforts would have the added benefits of raising awareness of the value of home care and

---

<sup>166</sup> Congress of National Seniors Organizations, Submission to the Special Senate Committee on Aging – Second Interim Report, Respecting Chapter Five, June 2, 2008.

<sup>167</sup> Ibid.

personal support workers, foster wage parity, and help address recruitment and retention issues.

For those reasons, the Committee emphasizes the need for governments to work with personal support and home care workers to establish common training standards.





## **Chapter 9: Incorporating Research and New Technology**

Canadians are aging in a changing world. The ways that people age change over time – the baby-boomer generation may not have the same needs and expectations as their parents. Technological advances continue to open up new possibilities.

Policy-makers need to base their decisions on sound evidence and a grounded understanding of the many ways people age. This will require ongoing, longitudinal research to understand the process of aging, and the complex ways that economic, social and health factors affect how people age well. Seizing the opportunity of an aging population will also require a better understanding of how technological advances can be used to improve the quality of life of Canadians and to make the most efficient use of limited human resources.

---

We are producing important research funded by the federal government, but we need to make better use of it to better serve senior Canadians.

Doug Rapelje,  
Representative, Senior  
Citizens Advisory  
Committee to the City of  
Welland

---

### **9.1 Research on Aging**

The Institute of Aging is one of the 13 institutes through which the Canadian Institutes of Health Research (CIHR) funds researchers across the country. The Institute of Aging funds research relating to healthy and successful aging, biomedical and biological mechanisms of aging, cognitive impairment, aging and the maintenance of functional autonomy, and health services and policies relating to older people. In all this research, the Institute of Aging recognizes that translation of findings for seniors and those who work with seniors is very important. The following example of a balance-enhancing shoe insert designed to reduce the risk of falling in older people demonstrates how research can concretely improve the lives of seniors.

**New product helps seniors stay on their feet**

Falling is a real and dangerous risk for seniors, leading to broken bones and an end to independent living. Dr. Stephen Perry of Wilfrid Laurier University has recently translated his basic research on human movement into a product that may prevent these falls and, in doing so, save many seniors' lives. As we age, we often lose sensation in our feet, making it difficult to stay balanced. With the help of CIHR funding, Dr. Perry and his colleagues have developed a simple and inexpensive special shoe insole called the Sole Sensor™. The insole has a slight ridge along its outer edge that alerts seniors when they are losing their balance. This device promises to reduce the frequency of fall-related injuries.<sup>168</sup>

Doug Rapelje, Representative of the Senior Citizens Advisory Committee to the City of Welland and advisory board member to the Institute of Aging, echoed the concerns of several witnesses related to making research more widely accessible:

I am so impressed with the research that is being done, but as a layman I am very concerned about our inability to transfer that important information to the right people so that it brings about change. I suggest to this committee that we look for ways to insist that researchers write summaries that laypersons understand. Research is a language of its own. It is not Canadian. I think that is an important area, because there is wonderful information that never gets used, never gets to the right people.

*Evidence, May 9, 2008*

**The Committee encourages the CIHR to continue to make the translation of knowledge a priority.**

The Committee commends the Institute of Aging on its efforts to identify the research needs of seniors and those who work with them and to translate research into useful tools for Canadians. The Committee encourages the CIHR to continue to make the translation of knowledge a priority.

---

<sup>168</sup> Canadian Institutes of Health Research, *Aging - Your Health Research Dollars at Work 2006-2007*, <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/35187.html>

---

### **9.1.1 Canadian Longitudinal Study on Aging**

A team of more than 200 researchers from 26 Canadian universities are working together to develop an innovative, transdisciplinary study on aging, known as the Canadian Longitudinal Study on Aging. Much of what we know about aging is from snapshots and pictures taken at one point in time.

In contrast, the Canadian Longitudinal Study on Aging would track between 30,000 and 50,000 Canadians over the age of 40 to identify the processes and factors that affect health and aging over a twenty year period. Many individuals feel that they can and do age well, even when faced with decline and adverse circumstances. The Canadian Longitudinal Study on Aging would allow decision-makers to “identify the factors that have the greatest impact on successful aging and to better understand how they exert their effects.”<sup>169</sup>

#### **How can the Canadian Longitudinal Study on Aging have a direct impact on policy?**

One of the key ways is by tracking key life-course information and events leading up to the transition from work to retirement and transitions post retirement. As an example, many policies with respect to work and retirement are based on the model of an individual, typically male, holding a job in one organization for a long period of time. However, the reality today is that many people work job to job or engage in periods of unemployment, particularly as they move toward retirement. The rise in the prevalence of women in the paid work force and the increase in the number of dual-income families have also created new issues for balancing work and life demands, as have the growth of non-standard paid work — for example self-employment, contract work or consulting — and casual employee status — a recent phenomenon that has important implications for forecasting retirement and that has not been well studied. The pending withdrawal of the large baby boom cohort from the workforce also has implications for policies with respect to age at retirement, labour force shortages and the loss of experienced workers.

A more complete understanding of the impact of these changes will allow policy-makers to develop and implement policies with the

---

<sup>169</sup> Susan Kirkland, Professor, Canadian Longitudinal Study on Aging, Dalhousie University, *Evidence*, February 19, 2007.

greatest opportunity of increasing health and productivity of the labour force.

Susan Kirkland, Professor, Canadian Longitudinal Study  
On Aging, Dalhousie University, *Evidence*, February 19, 2007

The Committee is pleased to learn that the Canadian Institutes of Health Research recently confirmed a commitment of \$23.5M to support the five-year implementation phase of this twenty-year study. This investment will enable the study to establish itself solidly as a national, longitudinal research and data platform.

### 9.2 Telemedicine and Telehomecare

Telemedicine is an emerging field which does have the capacity to expand the availability of services or the ease of delivery of services.

Tom Peirce, Senior Director, Strategic Planning and  
Integration, Hamilton Niagara Haldimand Brant Community  
Care Access Centre, *Evidence*, May 9, 2008

Telemedicine is the delivery of health-related services and information using telecommunications technologies.<sup>170</sup> It is most commonly used for the delivery of clinical care, improving administrative efficiency and expanding education and professional development for healthcare workers.

**The Committee believes  
telemedicine and  
telehomecare can  
enhance the delivery of  
health and home care  
services.**

Telehomecare also uses technology to enhance patient monitoring and self-management. Data gathered at home, by the patient or a healthcare worker, is transmitted and analyzed centrally, facilitating early detection of changes in vital signs and rapid intervention to prevent deterioration. This approach has been shown to lower health system costs, especially for chronic disease management, by reducing hospitalization rates, emergency department visits and long-term home admissions.<sup>171</sup>

---

<sup>170</sup> Ontario Telemedicine Network, <http://www.otn.ca/>.

<sup>171</sup> Ontario Telemedicine Network, <http://exweb.otn.ca/telehomecare/>.

Although the technology is rapidly evolving, the value of its potential application to the health and home care sectors has been understood for some time. The April 2002 report of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology<sup>172</sup> as well as the November 2002 report of the Commission on the Future of Health Care in Canada<sup>173</sup> both identified telemedicine as a strategy for strengthening the delivery of health services.

The absence of these subjects in our second interim report on Issues and Options for an Aging Population was highlighted by numerous witnesses across the country. The Committee heard from a range of agencies that are evaluating and implementing telemedicine initiatives, such as Dr. Marianne McLennan of the Vancouver Island Health Authority:

We are looking at technology as a way to deal with getting service closer to people and where they live, as well as using in the best way our professionals who may be in South Island for [residents] in the North Island. So we are looking at video-conferencing and telephone transition support groups and we are looking at innovative education approaches to keep our staff up to date on the latest information.

*Evidence, June 5, 2008*

Telemedicine is also being used to facilitate services to patients in minority language situations, such as francophones in Ontario, as described by Marcel Castonguay of the Community Health Centre Hamilton-Niagara:

We have started to use videoconferencing, where we can give a workshop in Welland with an audience in Hamilton and have an interactive discussion. We are trying to see how we could connect up with other communities where we could have province-wide discussions with a nurse. There again, health care professionals are still very scarce

---

<sup>172</sup> Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, *The Health of Canadians – The Federal Role, Volume 5: Principles and Recommendations for Reform – Part I*, April 2002,

<sup>173</sup> Roy J. Romanow, *Building on Values: The Future of Health Care in Canada, Final Report*, November 2002.

and difficult to recruit and are not necessarily where the patients are.

*Evidence, May 9, 2008*

This is one illustration of how the shortage of health human resources can be offset somewhat by an increased use of technology. In addition to extending the services of specialized health care professionals, technology can allow others to simply see more patients in a day. As described by VON Canada:

Home health nurses may provide 20 or more visits per day with the help of technology versus only 4 to 8 in-person visits.

*Brief to the Committee, December 17, 2007*

Telemedicine and telehomecare can also improve services to seniors in rural areas. Transportation to medical services, notably specialists, often means significant transportation costs for patients in rural areas and is not always readily available. The Committee agrees with the Standing Senate Committee on Agriculture and Forestry's recent report on rural poverty which identifies telehealth as a strategy for addressing the shortage of rural health care providers and the lack of medical and nursing training geared to rural practice settings, improving rural health infrastructure and ensuring a more equitable development of health information systems across the country.<sup>174</sup>

In serving rural and remote locations, telemedicine can be especially relevant for First Nations and Inuit communities. But in order for those communities to use many telemedicine applications they must have a high-quality internet connection, which is still not a reality in many communities. As Joe Gallagher of the First Nations Health Council pointed out:

One of the action items in the tripartite health plan that we are working on is to create and implement a fully integrated clinical Telehealth network for First Nations in B.C. ... We have some big challenges in front of us in this whole area of connectivity.

*Evidence, June 4, 2008*

---

<sup>174</sup> Standing Senate Committee on Agriculture and Forestry, *Beyond Freefall: Halting Rural Poverty*, Ninth Report, June 2008, p. 282.

While technology cannot replace the need for appropriately trained health care professionals, it can allow those professionals to serve more patients, more efficiently. In this light, the Committee recommends:

**29. That the federal government support and invest in the expanded use of telemedicine and telehomecare through a transition fund for provinces, a home technology fund for home and community care organizations, and by improving technology use in the direct provision of services to its client groups, including ensuring internet connectivity in northern and remote communities, and that Canada's official-language minority communities be consulted in the development of such an initiative.**

---

### 9.3 Electronic Health Record

Canada lags way behind in the implementation of the Electronic Health Record, and Canadians are unaware of the difficult decisions that need to be made. Without data and information, it is very difficult for that to be done.

Donald Juzwishin, Health Council of Canada, *Evidence*, April 7, 2008

The electronic health record (EHR) is essential to the needed integration of services described in Section 2, and can bring many efficiencies to our health care system.

As greater users of the health care system, seniors who may be referred to a number of health care providers or require services from different agencies stand to benefit even more from the potential time and cost savings as well as health benefits that would come from avoiding multiple assessments, duplicate tests and harmful drug interactions. Witnesses across the country were clear on this and illustrated how they are working towards the implementation of the EHR.



Accurate, timely information that reduces duplication of tests, misinformation being communicated, has merit, and I believe as much effort as is necessary should be put into it to advance it nationally.

Tom Peirce, Senior Director, Strategic Planning and Integration, Hamilton Niagara Haldemund Brant Community Access Centre, *Evidence*, May 9, 2008

From the perspective of long-term care home operators, ... within our Local Health Integration Network area, a group of 20-some-odd homes have expressed the interest in getting involved in some of the LHIN initiatives to record or have the information available electronically and share it so that seniors tell their story once and not have to repeat it over and over again. More importantly or equally importantly is not to have the system repeat all those tests and all the expenses involved.

Dominic Ventresca, Director of Seniors Services, Regional Municipality of Niagara Community Services Department, *Evidence*, May 9, 2008

We should not duplicate the different assessment of the elderly people and be sure that one assessment is common to all the agencies and that there is good communication between agencies. The electronic health record is a very strong instrument to foster such coordination. It works in a Canadian context. We know how to implement that. We know that there is no extra cost to implement such a system....

Réjean Hébert, Faculty of Medicine and Health Services, University of Sherbrooke, *Evidence*, May 16, 2008

Those investments are significant, but the benefits are even greater. The total cost has been estimated at \$10 billion to \$12 billion, but when fully implemented, the savings are pegged at \$6 billion to \$7 billion annually.<sup>175</sup> Of course, the value of lives saved is immeasurable.

Although efforts are being made, witnesses before the Committee expressed concern that progress on implementing the electronic health record was not advancing fast enough. In Canada, development of the EHR has been led since 2001 by Canada Health

---

<sup>175</sup> Canada Health Infoway, *Annual Report 2007-2008*.

Infoway, a federally-funded, non-profit organization that oversees the development of Canadian standards while working with provinces and territories which implement and operate their systems.<sup>176</sup> The Committee emphasises the importance of ensuring that Canada's official-language minority communities are consulted in further development of electronic health records in Canada.

**The Committee urges the federal government to provide adequate support for Canada Health Infoway to achieve its long-term objective of electronic health records for Canadians.**

Canada Health Infoway's goal is to provide 50 percent of Canadians with an EHR by 2010. However, the absence of additional funding in the federal government's 2008 budget is putting that objective at risk. Therefore, the Committee urges the federal government to provide adequate support for Canada Health Infoway to achieve its long-term objective of electronic health records for Canadians.

---

<sup>176</sup> Canada Health Infoway, *About Canada Health Infoway – Background*.



## **Chapter 10: Federal Population Groups – Leading by Example**

The people of Canada justifiably expect that the Government of Canada will lead in national efforts to improve the situation for Canadian seniors. While provincial and territorial governments are important champions of seniors in their respective jurisdictions, the Government of Canada has particular responsibilities for several population groups. More specifically, the Government of Canada's distinct roles with regard to seniors include its federal role whereby it has direct jurisdictional responsibilities for certain population groups and its national role where it has indirect responsibility played out in collaboration with provincial and territorial governments.

### **10.1 Direct Federal Leadership**

The Government of Canada's specific federal role with regard to certain groups of seniors that fall directly under its jurisdictional authority encompasses a range of social and health services. With respect to health services for example, the Government of Canada's direct responsibility across six federal departments makes it the fifth largest provider of health services to Canadians, a substantial number of whom are aging.<sup>177</sup> Within specific federal capacity, departments ensure the availability of services for eligible First Nations and Inuit seniors, for eligible veterans of the Canadian Forces and the Royal Canadian Mounted Police and for older offenders in federal penitentiaries.

### **10.2 Veterans**

Veterans Affairs Canada (VAC) has a mandate to deliver programs under legislation such as the *Department of Veterans Affairs Act* and the *Pension Act*. In 2006, with approximately 7 percent of all

---

<sup>177</sup> Health Canada. *Healthy Canadians, A Federal Report on Comparable Indicators*, 2006.

seniors being veterans, Canada had close to 234,000 veterans from the First and Second World Wars and the Korean War, plus 580,000 Canadian Forces veterans (Regular Forces and primary reserves).

While services and benefits for eligible veterans can include pensions for disability, economic support in the form of allowances, home care services and health care benefits and services, only a small

**The Committee notes that not all veterans are eligible for services through Veterans Affairs Canada.**

portion of Canada's veterans receive benefits and services from VAC. A departmental report noted that, "as of March 2006, approximately 68 percent of war service Veteran clients (62,594) and all of Canadian Forces clients (45,589) were receiving a disability pension. In addition, approximately 74,000 Veterans and 24,000 survivors were receiving benefits and services under the Veterans Independence Program. Finally, approximately 113,000 Veterans received treatment benefits in 2005-2006."<sup>178</sup>

### **10.2.1 Programs and Services**

The receipt of a disability pension or a War Veterans Allowance creates the opening for eligibility to other programs and services such as the Health Care Program and the Veterans Independence Program. Program eligibility is based on criteria such as assessments of finances and functionality rather than age.

However, one witness described a complicated, inconsistent and sometimes inequitable process, suggesting that the intensive screening program for eligibility discourages people from applying and keeps some people out of programs. Most witnesses wanted a program based on needs rather than on complex service-based eligibility requirements. They maintained that it is neither feasible nor necessary to relate a current health condition in the later years to a specific war service-related event, pointing out that it is virtually impossible to link a current health condition to something that happened as far back as 1944.

---

<sup>178</sup> Veterans Affairs Canada, *Five-Year Strategic Plan, 2001-2006, Update 2006-2007*, p. 14.

There is a poverty criterion, the means test, but the major criterion is being able to tie a current health issue to something that happened during war service. It is a complex process.

The Health Benefits Program provides coverage for medical, surgical or dental examinations; treatment by health professionals; surgical or prosthetic devices or aids; and prescribed drugs. The Committee heard that:

Currently 40 percent of war service veterans receive Veterans Affairs Canada health benefits. We take the position that all war service veterans who could benefit from VAC services should be eligible. In other words, "a vet is a vet is a vet."<sup>179</sup>

Numerous witnesses told the Committee that the Veterans Independence Program (VIP) is the kind of rich and enhanced homecare program for seniors that all federal, provincial and territorial governments should look to as a model. It was seen as providing the high level of care that seniors across Canada need and deserve. It assists with the costs of certain services provided at the client's home such as grounds keeping, housekeeping, personal care, nutrition, health care and support. It can also cover some transportation costs, ambulatory health care, and home adaptations. It was recently expanded to provide housekeeping and/or grounds maintenance benefits to eligible low-income and disabled survivors of certain traditional war service veterans. Overall, it is based on a continuum of service or graduated care model, emphasizing early intervention and providing a variety of services to respond to changing needs.

Departmental data indicates that these basic home support services help keep people living in the community and prevent early uptake on more expensive facility-based care. The average VIP cost for nursing home care and adult residential care is over \$8,000 per client, for housekeeping the average cost was \$1,787 and for grounds maintenance \$675 per client in 2005-06. The evidence supports home care as a cost-effective substitute for residential long-term care. Departmentally, the average residential care facility cost for community care is approximately one quarter of the average cost for

---

<sup>179</sup> Victor Marshall, Professor of Sociology, Institute on Aging, University of North Carolina, *Evidence*, February 19, 2007.

priority access beds available on a contracted basis.<sup>180</sup> Using data from Veterans Affairs Canada clients, Table 10.1 demonstrates that caring for community clients costs less per year than caring for facility clients, even when the informal caregiving work of family members is allocated a financial cost.

**Table 10.1 Costs to Government, Clients and/or Caregivers, and Total Societal Costs, for Community and Facility Clients<sup>181</sup>**

|                  | Care Levels<br>(based on<br>SMAF<br>Scores) | Total Costs to<br>Government | Total Costs to<br>Clients<br>and/or<br>Caregivers | Total Societal<br>Costs |
|------------------|---------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------|
| <b>Community</b> | Level 1&2                                   | 4,837                        | 14,411                                            | 19,248                  |
|                  | Level 3                                     | 5,905                        | 20,194                                            | 26,099                  |
|                  | Level 4                                     | 12,783                       | 31,083                                            | 43,866                  |
|                  | Level 5                                     | 14,875                       | 50,297                                            | 65,172                  |
|                  | Level 6&Up                                  | 14,581                       | 42,263                                            | 56,844                  |
|                  | Overall<br>Average                          | 9,104                        | 27,904                                            | 37,008                  |
| <b>Facility</b>  | Level 4                                     | 63,008                       | 24,239                                            | 87,247                  |
|                  | Level 5                                     | 67,675                       | 23,617                                            | 91,292                  |
|                  | Level 6                                     | 64,594                       | 24,463                                            | 89,057                  |
|                  | Level 7                                     | 64,811                       | 23,975                                            | 88,786                  |
|                  | Level 8                                     | 65,296                       | 19,053                                            | 84,349                  |
|                  | Level 9                                     | 64,203                       | 19,120                                            | 83,323                  |
|                  | Overall<br>Average                          | 65,175                       | 22,201                                            | 87,376                  |

In addition to these cost savings and the positive impact in supporting veterans and spouses in their homes and communities, the VIP has also translated into a dramatic reduction in the demand for long-term care. It was reported that in a Veterans Affairs Canada study in Ottawa, Halifax and Vancouver, the three communities saw

---

<sup>180</sup> Veterans Affairs Canada, *Evaluation of the Veterans Independence Program (VIP)*, December 2006.

<sup>181</sup> Excerpt from Miller, Jo Ann, Marcus Hollander, Margaret MacAdam The Continuing Care Research Project for Canada and the Government of Ontario: Synthesis Report, April 2008.

p. 29. See Appendix IV for a more detailed breakdown of costs.

waiting lists for veterans to go into long-term care drop by 90 percent because of the VIP program.<sup>182</sup> When offered an alternative, most participants chose to remain at home rather than move to a long-term care facility.<sup>183</sup> However, the Committee also heard that although eligibility has gradually been extended over the years since its inception, there are still differences in the benefits that are available to the different groups of veterans.

Veterans Affairs Canada also partners with groups such as the Royal Canadian Legion to encourage supportive housing for veterans as another option to delay institutionalization. According to one witness, the Royal Canada Legion has approximately 150 facilities with over 7,500 units, making the Legion “one of the most successful providers of safe, affordable housing for veterans and seniors across Canada.”<sup>184</sup> Witnesses wanted more supportive housing options for senior veterans, especially those options that would be close to families and enable spouses to remain together.

### **10.2.2 The Way Forward**

Several witnesses talked about the integrated services approach outlined in the 2006 report of the Gerontological Advisory Council to Veterans Affairs Canada.<sup>185</sup> This integrated services approach would ensure that veterans do not slip through the cracks. It would place the veteran in the context of his or her family and community and try to provide care programs that are close to home. It would be based on the concept of providing needed front-line social and health services to eligible veterans, regardless of where they happen to be. It would aim at removing the separation between health and social services, facilitating any transition between provincial hospital and other health

---

<sup>182</sup> Doug Rapelje, Representative, Senior Citizens Advisory Committee to the City of Welland, *Evidence*, May 9, 2008.

<sup>183</sup> See David Pedlar and John Walker, “Brief Report: The Overseas Service Veteran at Home Pilot: How Choice of Care may Affect Use of Nursing Home Beds and Waiting Lists,” *Canadian Journal on Aging*, Vol. 23 No. 4, pp. 367-369.

<sup>184</sup> Pierre Allard, Director, Service Bureau, The Royal Canadian Legion, *Evidence*, December 10, 2007.

<sup>185</sup> Gerontological Advisory Council, *Keeping the Promise, The Future of Health Benefits for Canada’s War Veterans*, Report of the Gerontological Advisory Council to Veterans Affairs Canada, November 2006.



services and social services such as home care services. It would deliver care to the end of the veteran's life.

However, these witnesses noted that to date the proposals of the Gerontological Advisory Council had not been acted on by the Minister of Veterans Affairs.<sup>186</sup> According to them, the recommendations would save money and had already passed the three crucial tests of meeting the needs of the veterans' groups, of being realistic in terms of the clinical and health care experience of the service providers and of meeting the scientific criteria of the academic researchers on the council.

The Committee commends Veterans Affairs Canada on its success and its cost effectiveness in creating a program for veterans that is viewed as the gold standard for all seniors across Canada.

The Committee commends Veterans Affairs Canada on its success and its cost effectiveness in creating a program for veterans that is viewed as the gold standard for all seniors across Canada. The Veterans Independence Program provides comprehensive and flexible services for eligible clients. However, in our view, the department could go even further and provide a fully integrated care approach for all its clients. It could start by ensuring access to all necessary services for all war service veterans and could then gradually move beyond to other men and women who have served Canada in conflict zones.

The Committee recommends:

**30. That the federal government adopt the integrated service approach recommended by the Gerontological Advisory Council to Veterans Affairs Canada and begin by expanding the eligibility for programs at Veterans Affairs Canada to all surviving war service veterans, not just to clients of the department.**

---

---

<sup>186</sup> Victor Marshall, Professor of Sociology, Institute on Aging, University of North Carolina, *Evidence*, February 19, 2007; François Béland, Full Professor, Faculty of Medicine, Université de Montréal, Co-director, SOLIDAGE, *Evidence*, April 7, 2008; and Doug Rapelje, Representative, Senior Citizens Advisory Committee to the City of Welland, *Evidence*, May 9, 2008.

### 10.3 First Nations and Inuit

Two federal departments have primary responsibility for health and social services provided specifically to First Nations and Inuit seniors. Indian and Northern Affairs Canada through the Indian Act has responsibilities for registered Indians and certain Inuit. For Health Canada, the services provided to eligible First Nations and Inuit through the First Nations and Inuit Health Branch are based primarily on the 1979 Federal Indian Health Policy advocating more direct health services control by First Nations and Inuit communities.

Although a significant percentage of First Nations and Inuit people in Canada live in urban areas, both departments focus on programs and services for those First Nations on-reserve or for Inuit in specific Arctic communities. Early interpretation of *The Constitution Act, 1867* allowed for a division of responsibility for Aboriginal peoples, whereby some are accorded status and access to programs and services through federal recognition while others such as non-status Indians and Métis are not.

In general, the federal government argues that it transfers health and social funding to the provinces and territories on a per capita basis, maintaining that services for First Nations and Inuit are among those to be covered by other jurisdictions. Provinces and territories argue that the calculation for federal funding on a per capita basis does not take into account the cost of delivery, particularly when socio-economic status and isolation factors are considered.

Witnesses told the Committee that ongoing jurisdictional arguments have resulted in fragmentation of services, with serious gaps and overlaps in the provision of services to First Nations and Inuit seniors.<sup>187</sup> They emphasized that the poor coordination and widely varying service provision must be placed against the reality that the needs in many First Nations and Inuit communities across the country are of the most basic kind. As well, the impact of residential schools continues to affect not only the seniors who attended, but also subsequent generations of their families and ultimately the level of support and care that they can provide. It was noted that almost half of First Nations seniors aged 50 and over attended residential school

---

<sup>187</sup> Elmer Courchene, Elder, and Richard Jock, Chief Executive Officer, Assembly of First Nations, *Evidence*, May 14, 2007.

where many experienced isolation from family and community, verbal or emotional abuse and loss of cultural identity.<sup>188</sup>

Despite historical evidence of robust health, chronic diseases are at disproportionately high levels for First Nations and Inuit peoples in comparison with other Canadians.<sup>189</sup> Diabetes alone is the leading cause for disabilities for those over 65 years of age. Among First Nations people over 65 years, 30 percent of men and 32 percent of women have diabetes. For their non-Aboriginal counterparts, the rates are 14 percent of men and 11 percent of women.<sup>190</sup>

**The Committee urges the federal government to examine the appropriate age of eligibility for access to services for aboriginal seniors.**

Witnesses argued that poor health and social status in these populations makes it more appropriate to set 55 years as the age of eligibility for access to services. Socio-economic factors, such as high rates of poverty, low levels of education, limited employment opportunities, inadequate housing, and deficiencies in sanitation and water quality, have resulted in poor health outcomes and lower life expectancy for First Nations and Inuit populations compared to the general Canadian population.<sup>191</sup> Given the shorter life expectancy of aboriginal seniors, the Committee urges the federal government to examine the appropriate age of eligibility for access to services for aboriginal seniors.

### 10.3.1 Programs and Services

Indian and Northern Affairs Canada (INAC) and Health Canada generally provide funding to First Nations on-reserve who in turn deliver the necessary social and health programs and services relevant to seniors. Thus, INAC offers social and income assistance services to First Nations seniors on reserves similar to those delivered by provinces in an effort to meet basic needs for food, clothing and shelter. While Health Canada supports some on-reserve nursing stations and health centres, the expectation is that First Nations will

---

<sup>188</sup> Assembly of First Nations, [A Report from the Assembly of First Nations to the Special Senate Committee on Aging](#), May 2007.

<sup>189</sup> Elmer Courchene, Elder, and Richard Jock, Chief Executive Officer, Assembly of First Nations, *Evidence*, May 14, 2007.

<sup>190</sup> NAHO, Brief to Committee, November 26, 2006.

<sup>191</sup> Elmer Courchene, Elder, and Richard Jock, Chief Executive Officer, Assembly of First Nations, *Evidence*, May 14, 2007.

access hospital services and primary health care services provided by provincial and territorial governments. For Inuit seniors, the relationship of INAC and Health Canada in the provision of general health and social services is less clear.

With respect to income assistance programs, the Assembly of First Nations noted that nearly 80 percent of First Nations seniors rely on income from government sources, including Employment Insurance, Old Age Security and social assistance. As well, 7 percent of First Nations seniors (aged 55 and over) received a disability allowance in 2001.<sup>192</sup> Inuit representatives noted that participation rates in OAS and GIS are very low for their seniors.

Witnesses emphasized the deplorable housing situation for seniors in First Nations and Inuit communities where many live in overcrowded, poorly ventilated, unhealthy housing. The Committee heard during its visit to Manitoba that inadequate housing can mean that as many as 12 people live in a single house requiring some occupants to take turns to sleep. Witnesses explained that 58 percent of First Nations seniors live in band-owned housing and over one-third report mould or mildew in their homes.<sup>193</sup> Inuit seniors too are seriously affected by limited housing and high costs of living that threaten their already minimal income. Too often, they must either live in their children's multi-generational crowded homes or have other family members move into their small, subsidized residences.<sup>194</sup>

**The Committee notes the needs of First Nations and Inuit seniors are of the most basic kind, including access to adequate housing.**

One health program that is provided to both eligible First Nations and Inuit clients, regardless of residency, is Health Canada's Non-Insured Health Benefits (NIHB) program. This program offers coverage for health-related goods and services such as dental, drug, vision, crisis mental health services, medical equipment and supplies and medical transportation benefits not available through provincial or territorial systems. While the client population for this program is

---

<sup>192</sup> Assembly of First Nations, *A Report from the Assembly of First Nations to the Special Senate Committee on Aging*, May 2007, p. 13.

<sup>193</sup> Elmer Courchene, Elder, Assembly of First Nations, *Evidence*, May 14, 2007.

<sup>194</sup> National Aboriginal Health Organization (NAHO), *Evidence*, November 27, 2006.

described as relatively young, seniors (defined by Health Canada as clients 65 years of age and over) represent about 6 percent of the total population, a proportion of the total population which has increased since 2000.<sup>195</sup>

With respect to key federal programs relevant to home care for seniors, witnesses remarked on the overlap between Health Canada's First Nations and Inuit Home and Community Care Program and Indian and Northern Affairs Canada's Assisted Living Program/Adult Care Program.<sup>196</sup> Despite years of interdepartmental consultation, the lack of coordination between these two programs contributes to ongoing gaps and duplication in the provision of care. The Committee heard that almost one-half of First Nations seniors are in need of one or more home care services, but only one-third receive care.<sup>197</sup>

In addition to in-home care that complements that provided by Health Canada, the Assisted Living/Adult Care Program includes an institutional care component in institutions which may be located on a reserve or operated by the province. However, it was noted that only 0.5 percent of First Nations communities have long-term care facilities, forcing most First Nations seniors in need of care to leave their homes and communities. This means that seniors requiring institutional care are often placed in provincial/territorial facilities located a great distance away. The detrimental effects of being removed from their communities may include: culturally inappropriate care (including the possibility of language barriers); isolation from family and friends; loss of opportunity to be a part of their community; and the loss of their social role as an Elder.<sup>198</sup>

While Health Canada's First Nations and Inuit Home and Community Care Program covers the cost of equipment and medication for residents in the home, nurses often confront administrative barriers in accessing the basic equipment necessary to do their jobs and meet the needs of their clients. For instance, the Committee has heard that a request for basic medical supplies such as gauze, tape and saline requires a prescription from a physician. This affects timely access to supplies and equipment, since physicians are

---

<sup>195</sup> Health Canada, *Non-Insured Health Benefits: Annual Report 2006/2007*, Ottawa: 2008.

<sup>196</sup> Indian and Northern Affairs Canada, *Evidence*, December 4, 2006.

<sup>197</sup> Elmer Courchene, Elder, Assembly of First Nations, *Evidence*, May 14, 2007.

<sup>198</sup> Carole Lafontaine, NAHO, *Evidence*, November 26, 2006.

seldom readily available, particularly in remote communities. Furthermore, witnesses alerted the Committee to the importance of foot care for seniors suffering from diabetes. Witnesses noted that in Manitoba, for example, only approximately 21 of 64 communities have access to such services.

In spite of these challenges, the Committee observed the dedication of the health care staff and band council during its visit to Manitoba. While nurses deal with inadequate supplies, outdated technology and low wages, they revealed optimism and a strong commitment to providing the best possible care for their older residents. This despite the fact that workers on-reserve are paid less than their equivalents off reserve and pay scales for nurses in the home care program funded by Health Canada are different from those in the long-term care facility funded by INAC.

Given the limited health care and social program resources, First Nations communities often need to make difficult choices about what services they can provide. For example, the Committee heard that there is no allowance for hospice palliative care in the First Nation and Inuit health budget envelope. It also heard that respite services decrease as available resources allocated to other needs increase.<sup>199</sup> Similarly, because there is not enough staff to provide on-call palliative care services or other supportive services, some of the home, palliative and hospice care services are provided informally. This, however, often causes economic and other strain on the caregivers as informal caregiving can interfere with paid employment opportunities.<sup>200</sup> In addition, caregivers do not receive the proper training required to provide quality home care to seniors in First Nations and Inuit communities.

### **10.3.2 The Way Forward**

Seizing the opportunity for aging First Nations and Inuit populations means ensuring that programs and services are culturally sensitive to their needs. Many witnesses emphasized that when services are not culturally sensitive, they may not be used. Okalik Egeesiak, Director of Socio-Economic Development at the Inuit

---

<sup>199</sup> Visit to Sagkeeng First Nation in Manitoba.

<sup>200</sup> Health Canada, *The Health Human Resources In Continuing Care in First Nations and Inuit Communities, Technical Report*, April 2006, p. 23.

Tapiriit Kanatami, emphasized the need for policies and programs to be sensitive to Inuit realities, stating, “Many times, a square is made to fit into a circle. As Inuit communities, it is difficult to be an afterthought...”<sup>201</sup> According to Debra Keays-White, Regional Director of the Atlantic Region, First Nations and Inuit Health Branch:

Services that are culturally appropriate are an important factor in program delivery. For First Nations elders, admission to a supportive housing or long term care facility requires relocation far away from their home and culture. There are no long term care residential options in First Nations communities, and our clients tell us that the off-reserve facilities are not culturally safe. Currently, the number of First Nations elders in Atlantic Canada who choose this option is negligible.

*Evidence*, May 13, 2008

Funding for all programs is a major concern. As it traveled across the country, the Committee was struck by glaring discrepancies in services and the facilities made available to First Nations seniors in comparison to the rest of the Canadian population. Whether these discrepancies arise out of jurisdictional wrangling, inflexible funding formulas or insufficient funding, one thing is clear – the situation must be rectified as soon as possible.

The Assembly of First Nations presented compelling evidence that the funding received by First Nations has not kept pace with the costs of providing services.<sup>202</sup> This health and social fiscal imbalance has resulted in a gradual impoverishment of community budgets creating an imbalance that severely impacts the ability of First Nations governments to address the needs of their population, including First Nations seniors.

Since 1997-98, the Government of Canada has maintained an arbitrary 2 percent cap on spending increases for core services, which includes all social programming provided to First Nations communities. Similarly, in 1996-97, the Indian Health Envelope, containing all core programs of the First Nations and Inuit Health Branch of Health

---

<sup>201</sup> Okalik Egeesiak, Director, Socio-Economic Development at the Inuit Tapiriit Kanatami, *Evidence*, May 14, 2007.

<sup>202</sup> Elmer Courchene, Elder, and Richard Jock, Chief Executive Officer, Assembly of First Nations, *Evidence*, May 14, 2007.

Canada has been generally capped at 3 percent annually. These caps ignore basic cost drivers such as population growth, aging and inflation. These caps also represent less than one-third of the average 6.6 percent increase that most Canadians enjoy through the Canada Health and Social Transfers until 2013.<sup>203</sup>

First Nations and Inuit communities vary in size and remoteness and, in turn, face varied challenges regarding the adequacy of funding for health services. Small communities face unique issues and the Committee learned that some are compensating by pooling their resources together to purchase essential services such as health care workers. Despite these innovations, there is need for more support from the federal government in the way in which funding is allocated to allow communities to meet their needs.

However, it is clear that the larger picture is one of underfunding created by caps on health and social programs that have not met the increased needs of the population where safe drinking water, appropriate housing and a range of health and social programs are essential now.

The Committee recommends:

**31. That the federal government address the needs of First Nations and Inuit seniors and their communities, including the need for:**

- **More and improved housing;**
- **Increased attention to safe drinking water, diet, foot care and other diabetic needs;**
- **Measures to ensure wage parity among care providers;**
- **Increased home care and hospice palliative care services;**
- **More support for informal caregivers;**

---

<sup>203</sup> Elmer Courchene, Elder, and Richard Jock, Chief Executive Officer, Assembly of First Nations, *Evidence*, May 14, 2007.



- **The removal of the funding cap for the Non-Insured Health Benefits Program; and**
- **Measures to fully integrate the range of programs currently available to seniors on First Nations reserves and in Inuit communities into a seamless system comparable to that employed by Veterans Affairs Canada.**

## 10.4 Federal Offenders

The Correctional Service of Canada (CSC) as mandated by the *Corrections and Conditional Release Act* is responsible for the care and custody of offenders serving a sentence of two years or more. Older offenders are defined by CSC as those 50 years old and over, with an aging process accelerated by factors which include lower socio-economic status, limited access to medical care and difficult lifestyle. According to Ross Toller, Assistant Commissioner, Correctional Operations and Programs for the Correctional Service of Canada, federal offenders aged 50 years and over totalled 4,339 in 2007 and comprised 20 percent of the federal population. Of these, 2,068 were in the prison population and 2,271 were in the community supervision population.

Howard Sapers, Correctional Investigator, outlined the psychosocial concerns around the care of older offenders as follows:

... estrangement from, or lack of connection to, other inmates, given the relatively small percentage of older inmates; physical vulnerability to more serious consequences of assault; more difficulty adjusting to a new environment, and a greater length of time to do so; a higher rate of completed suicide, and a greater possibility of dying during incarceration; and a higher incidence of loss of external support systems — for example, spouse, family and friends.

*Evidence, February 4, 2008*

### **10.4.1 Programs and Services**

At present, the Correctional Service of Canada operates 58 institutions at minimum, medium, maximum and multi-level security levels. As well, CSC currently manages 16 community correctional centres for offenders on conditional release and on long-term supervision orders. In addition, approximately 200 community residential facilities, commonly called halfway houses, are operated by community-based agencies under contract with CSC.<sup>204</sup> Within these settings, CSC is responsible for a wide range of social, employment, housing and health programs and services with particular relevance to older offenders.

The Committee heard about various actions being taken to adapt to the older offender population.<sup>205</sup> Witnesses pointed out that age is one consideration during the intake assessment process whereby considerations could be made within the institution for such factors as penitentiary placement, program and employment requirements, “stand to count” security requirements, and personal property retention. On the physical side, accommodations include step stools to facilitate access to and from escort vehicles, cells designed for wheelchairs, plumbing to accommodate physically disabled inmates, placement of oxygen/respirator equipment and increased ramps and lifts. On the social side, there is reintegration programming whereby aging offenders can demonstrate progress through transfers to reduced security or conditional release. For health, there is a special assessment tool for those aged 50 years and older, palliative care guidelines involving a multidisciplinary approach and training nurses in geriatrics. Older inmates can also receive training and support to work as peer assistants.

Mr. Toller, Assistant Commissioner, Correctional Operations and Programs, also stated that, with certain exceptions, parole by exception could be granted at any time to “an offender who is terminally ill, whose physical and mental health is likely to suffer serious damage if the offender continues to be held in confinement, for whom continued confinement would constitute an excessive hardship

---

<sup>204</sup> CSC Review Panel, *A Roadmap to strengthening Public Safety*, 2007.

<sup>205</sup> Ross Toller, Assistant Commissioner, Correctional Operations and Programs, Correctional Service of Canada, *Evidence*, February 4, 2008.

that was not reasonably foreseeable at the time the offender was sentenced...”<sup>206</sup>

Howard Saper, Correctional Investigator, acknowledged some of the positive initiatives implemented for aging offenders. For example, he mentioned the palliative care program at the Pacific Institution/Regional Treatment Centre and the “peer care assistant” program that develops expertise in caring for elderly offenders, and initial efforts to accommodate physical needs.

However, he expressed concerns about the lack of a comprehensive plan focused on the needs of older offenders. He questioned why older offenders with serious mobility impairments or illnesses that negate public safety concerns continue to be housed in medium and maximum security institutions. He indicated that the older offenders with mental health issues and cognitive deficits are vulnerable to victimization by other offenders, resulting in segregation for their own protection. He pointed out that the long wait lists for regular programs delay participation and delay conditional release. As well, the absence of specific programs for older offenders results in their withdrawal from health activities, through fear of interacting with other inmates or through physical and mental inability. He pointed to the limited access to patient-centred chronic, long-term and palliative care, the inadequate provision of special diets and the significant delays in obtaining items such as hearing aids, dentures and adult incontinence products critical to well-being and dignity. He called for improved staff training to address the needs of older offenders and for increased financial and human resources to meet their legally required and clearly identified needs.

Kim Pate, Executive Director, Canadian Association of Elizabeth Fry Societies, spoke about aging female prisoners. She emphasized that the chronic and aging diseases such as menopause, osteoporosis and diabetes affect women more profoundly and for, female offenders, non-pharmaceutical interventions such as exercise, diet and other alternatives are not generally available in the federal institutions. She noted the perception that women with aging problems such as osteoporosis or a breast lump may not receive medical assessments as quickly as men. As well, some women do not have access to incontinence products and must use menstrual pads instead. She also

---

<sup>206</sup> Ross Toller, Assistant Commissioner, Correctional Operations and Programs, Correctional Service of Canada, February 4, 2008.

noted that individuals may be expected to care for other ailing inmates without any training or compensation.

On the question of financial and other work benefits, Kim Pate pointed out that:

Aging prisoners do not have access to pension benefits. They are expected to work or receive minimal resources while in the institution.... When they are in the institution, they want the same opportunities that exist in the community. For example, as they are aging and getting older, to have either shorter work weeks or work days and, what I have termed, pension opportunities, so they would not end up with virtually no pay.

*Evidence, February 4, 2008*

### 10.4.2 The Way Forward

The Committee recognizes that CSC faces many challenges with respect to the safety, health and accessibility for its older offenders. At present, many of the penitentiaries and the community facilities cannot accommodate the physical, social and safety needs of these older men and women. However, the task is not impossible and logic suggests that the Government of Canada can move forward in a compassionate way.

**The Committee urges the federal government to develop a comprehensive plan of integrated care for older offenders both inside penitentiaries and in the community facilities, including provisions for early release provided public safety can be guaranteed and available treatment options are realistic.**

The Committee notes that palliative care guidelines for application within Correctional Service institutions had been developed within the last few years. In January 2008, the Commissioners' health services directive was changed and the requirement that CSC's Palliative Care Guidelines be initiated upon diagnosis of a terminal illness was added.<sup>207</sup>

For the older inmates, access to community resources at an earlier stage could be appropriate. Thus, individuals who are not a risk

---

<sup>207</sup> Correctional Services of Canada, *Policy Bulletin*, No. 243, January 2008.

to the community or who could be eligible for release might start work releases. For women in particular, work releases might involve care for grandchildren or other types of home support. Also conditional release arrangements for appropriate age and disability related placements in private senior homes or palliative care facilities could be an option instead of developing such services in prisons.

The Committee urges the federal government to develop a comprehensive plan of integrated care for older offenders both inside penitentiaries and in the community facilities, including provisions for early release provided public safety can be guaranteed and available treatment options are realistic.

### **10.5 National Leadership and Indirect Responsibility**

The Government of Canada's national leadership role involves the less tangible role of catalyst and motivator combined with its concrete and constitutional spending power capacity. Thus, while the individual provincial and territorial governments have primary responsibility for the delivery of health and social care services to their respective senior citizens, the Government of Canada supports the publicly funded system through transfer payments and through various pieces of legislation such as the *Canada Health Act*, *Canada Pension Plan*, *Old Age Security Act*, etc. In addition, its investments in the development of services for official language minority seniors under the *Official Languages Act* and for Aboriginal peoples defined under *The Constitution Act, 1982* as the "Indian, Inuit and Métis peoples of Canada" have already resulted in community-led initiatives endorsed by provincial and territorial governments. The Committee heard enough testimony about these two groups and about the need for leadership by the Government of Canada to present their cases.

### **10.6 Official Language Minority Seniors**

Witnesses argued that the federal government has an obligation under the *Official Languages Act* to ensure that policies and programs relating to aging reflect the realities within official language minority

communities across Canada.<sup>208</sup> They pointed to section 41 of the *Official Languages Act*, which states that the federal government is “committed to enhancing the vitality of the English and French linguistic minority communities in Canada and supporting and assisting their development; and fostering the full recognition and use of both English and French in Canadian society.”<sup>209</sup>

The proportion of the population aged 65 years and over which belongs to an official language minority group varies across the country; for example, from less than 1 percent in Newfoundland and Labrador to over 76 percent in northern New Brunswick. Also, the francophone population is aging much faster than its anglophone counterpart, particularly in rural regions as young families leave for education and employment opportunities.<sup>210</sup>

Health Canada’s move in 2001 to establish separate consultative committees for the French and the English-speaking minority communities and their subsequent strategic plans with recommendations represented a significant step in the federal commitment to enhance the vitality of these communities.<sup>211</sup> Cognizant of jurisdictional divisions, both groups acknowledged that the federal government’s role would be limited to establishing or administering national standards or principles, providing funding, and promoting cooperation between provinces and territories and the official language minority communities. The advice found its way into the 2003 federal *Action Plan for Official Languages* issued by the Privy Council Office and resulted in federal financial investments until 2008.

### **10.6.1 Current Challenges**

Despite these federal commitments, witnesses appearing before the Committee identified ongoing barriers to improving access to health and social services for seniors living in official language minority

---

<sup>208</sup> Annie Bédard, Director General, Conseil communauté en Santé du Manitoba, *Evidence*, June 1, 2008.

<sup>209</sup> Ibid.

<sup>210</sup> Statistics Canada, *Minorities Speak Up: Results of the 2006 Survey of the Vitality of Official-Language Minorities*, Ottawa: 2007.

<sup>211</sup> Health Canada, Report to the Federal Minister of Health: Consultative Committee for French-Speaking Minority Communities, September 2001, p. 7 and Health Canada, Report to the Federal Minister of Health: Consultative Committee for English-Speaking Minority Communities, July 2002, p. 21.

communities. First, training and retention of Francophone health care workers continues to pose a problem despite innovative programs being developed at universities and colleges across the country.<sup>212</sup> Witnesses testified that students often ended up choosing to work in the location of the host universities, rather than returning to their communities.<sup>213</sup> The Committee also learned that official language minority communities lacked resources at the local level to recruit Francophone immigrants into health care professions by providing the necessary intercultural training.<sup>214</sup>

In addition to human resources issues, the Committee also heard that budgetary constraints limited these communities' abilities to provide health services in the language of choice to official language minority seniors. Health administrators testifying before the Committee reported that they could not set aside specific funds for the provision of bilingual services while maintaining the quality and quantity of existing health care services.<sup>215</sup>

Witnesses testified that the absence of culturally appropriate health and social services in official language minority communities was having a negative impact on seniors' health outcomes. In particular, the absence of medical treatment in the appropriate language has often led to misdiagnosis by doctors. In his appearance before the Committee, Louis Bernardin, of Villa Youville, a Francophone seniors' residence located in St-Anne, Manitoba, told the story of how one of the residents of his facility was misdiagnosed with dementia due to language barriers:

... there was a woman, Ms. Mettai, who lived her whole life in Winnipeg. She was a francophone who had married an anglophone, and had lived her entire life in English. But when the time came to put her in a home, they looked for a francophone one, and we were the only one, which meant that they had to move her to Ste. Anne. The lady was very forgetful; you know, she had all the symptoms of dementia. She eventually came into some money, and so under the Public Cost Fee program, she saw a doctor

---

<sup>212</sup> Jean-Luc Bélanger, President, l'Association acadienne et francophone des aînées et aînés du Nouveau-Brunswick, *Evidence*, May 13, 2008.

<sup>213</sup> Aurèle Boisvert, President, South Eastman Health, *Evidence*, June 2, 2008.

<sup>214</sup> Charles Gagné, Director General, Centre Taché and Foyer Valada, June 2, 2008.

<sup>215</sup> Aurèle Boisvert, President South Eastman Health, *Evidence*, June 2, 2008.

who assessed her. This doctor declared that she was insane and unable to manage her own affairs. When I heard about this, my first reaction was that I was furious because they came in through the back door, assessed one of my residents without even informing me of the fact. But they had conveniently forgotten that I was running a private facility and that they had no right to do what they did. So I brought in a psychiatrist from St. Boniface, a francophone, who reversed the first doctor's diagnosis. This shows that language is extremely important.

*Evidence, June 2, 2008*

The Committee also heard that language barriers result in seniors not understanding instructions regarding their treatment.<sup>216</sup> Finally, the lack of health care services in the appropriate language reduced the overall quality of care by undermining doctor-patient relationships due to miscommunication and increased anxiety levels among patients.<sup>217</sup>

The Committee heard that in addition to negatively effecting health outcomes, the lack of social and health services provided in the language of choice also meant that seniors in official minority situations face greater risks of social isolation. For most seniors, moving to an assisted living or long term care facility is a time of sadness and anxiety. For official language minority seniors, these feelings are compounded by the fact that often these living environments only provide services in the dominant language and culture of the region. As a result, official language minority seniors experience a greater degree of social isolation, detached not only from their homes and communities, but their language and culture as well.<sup>218</sup>

Assisted living facilities that cater to seniors living in linguistic and cultural minority situations were seen by witnesses as a means of ensuring that these seniors do not live their final years isolated from their communities. Jean Balcaen, President of Villa Youville, articulated

---

<sup>216</sup> Aurèle Boisvert, President of South Eastman Health Inc., *Evidence*, June 2, 2008.

<sup>217</sup> Annie Bédard, Director General, Conseil communauté en santé du Manitoba, *Evidence*, June 2, 2008.

<sup>218</sup> Jean Balcaen, President of Villa Youville, *Evidence*, June 2, 2008.



that his clients were able to adapt more easily to life in the facility, because he provided Francophone seniors with the opportunity to live in a familiar Catholic Francophone environment.<sup>219</sup> For these seniors, the transition to assisted living therefore represented a return and reintegration to their cultural communities of origin, rather than a time of isolation and sadness. Thus, for official language minority seniors, “aging in place” means not only being able to grow older in their place of choice, but also being able to live in the language and culture of their choice.

### 10.6.2 The Way Forward

The Committee heard from witnesses that the existing networking models carried out by the Société Santé en français and the Consortium national de formation en santé have been effective in promoting cross-jurisdictional cooperation and innovative human resource initiatives, as well as mobilizing political will in support of increased access to health care services for seniors in official language minority communities.<sup>220</sup> The Committee is pleased to learn that the Government of Canada plans to continue funding these Health Canada initiatives, as articulated in the recently released *Roadmap for Canada’s Linguistic Duality 2008-2013: Acting for the Future*.<sup>221</sup> The Committee also applauds the fact that seniors, as well as other vulnerable populations, will remain the focus of these programs.

The Committee recommends:

**32. That, pursuant to its role under the Official Languages Act, the federal government establish effective interdepartmental collaboration on official language minority seniors that includes participation by seniors in advisory groups and continue to earmark federal funds for the development of new models of service delivery for these official language minority seniors.**

---

<sup>219</sup> Jean Balcaen, President of Villa Youville, *Evidence*, June 2, 2008.

<sup>220</sup> Charles Gagné, Director General, Centre Taché and Foyer Valada & Annie Bédard, Director General, Conseil communauté en santé du Manitoba, *Evidence*, June 2, 2008.

<sup>221</sup> Government of Canada, *Roadmap for Canada’s Linguistic Duality 2008-2013: Acting for the Future*, 2008, p. 11.

## 10.7 Aboriginal Seniors

The Committee acknowledges that the debate about and by Aboriginal peoples is of longstanding duration and more complex than can be addressed in this report. However, it believes that the decision in 1982 to recognize this population in Canada's Constitution was an appropriate signal of direction with respect to the unique place of Aboriginal peoples in the Canadian federation. Like seniors in official language minorities communities, Aboriginal seniors are deserving of specific recognition beyond the limited number of First Nations and Inuit acknowledged in the earlier part of this chapter.

Witnesses indicated that by 2026 the percentage of Aboriginal seniors will triple. Currently, more than half of Aboriginal people live in urban or semi-urban areas where they face particular problems. Non-status Indians, non-eligible Inuit and Métis are caught in the jurisdictional wrangling among federal, provincial and territorial governments where none want to accept full responsibility. Some become caught in wrangling among governments and band or community council when trying to access programs and services.

Witnesses emphasized that while we must strive for optimal conditions for the general senior population in Canada, the vulnerable health of Aboriginal seniors requires specific attention, with interventions that are culturally appropriate.<sup>222</sup>

### 10.7.1 Current Challenges

For all Canadians, the process of Aboriginal policy negotiation carried out in 2004 and 2005 further highlighted the gap between Aboriginal and non-Aboriginal Canadians. Discussions focused on health, lifelong learning, housing, economic opportunities, negotiations and accountability.

The Committee members are aware that these discussions have not moved forward and that constitutionally recognized groups of Aboriginal peoples – Indian, Inuit and Métis – are not recognized in the same way across Canada. Governmental responsibility for Aboriginal

---

<sup>222</sup> Carole Lafontaine, Acting Chief Executive Officer, National Aboriginal Health Organization (NAHO), November 27, 2007.

peoples has been divided into First Nations on reserve and First Nations off-reserve, Inuit in recognized communities and Inuit not in communities, Indians with status and Indians without status, and Métis.

In particular, the Métis as a group have not received concerted attention from any government. One witness pointed out that the number of seniors within this population aged 55 and over is expected to rise to about 8.1 percent of our population in 2017. Across Canada, only Alberta has established specific Métis settlements and only Ontario has long-term care services available to some Métis seniors. While between 10 to 40 percent of Métis seniors continue to participate in the labour force, they are also heavily reliant upon government assistance. Housing is a major concern and as the proportion of seniors grows the need for safe, structurally sound and appropriate housing will increase. Culturally specific services to deal with the increase in chronic diseases are generally unavailable.<sup>223</sup>

Off-reserve Aboriginal seniors with social support report better health. One witness pointed out that many Aboriginal seniors living in Regina are isolated and are not getting out into the community to access available programs and services for seniors as they do not feel comfortable going to white-dominated agencies.

Native Friendship Centres are community service agencies that can facilitate programming for seniors in urban areas. This can include support to Aboriginal seniors seeking social or medical attention by providing a familiar face, transportation or other volunteer efforts. The challenges for these organizations is that in addition to generating their own revenue and to obtaining private sector partnerships, the centres must work continually to elicit funding from multiple diverse sources within three levels of government.<sup>224</sup>

### 10.7.2 The Way Forward

The need for collaboration between jurisdictions to meet the overall health care needs of First Nations and Inuit communities has

---

<sup>223</sup> Don Fiddler, Senior Policy Advisor, Métis National Council, *Evidence*, May 14, 2007.

<sup>224</sup> Peter Dinsdale, Executive Director, National Association of Native Friendship Centres, *Evidence*, May 14, 2007.

resulted in examples like the Tripartite First Nations Health Plan between British Columbia, the Government of Canada and First Nations.<sup>225</sup> In this plan, the government of British Columbia took the important step of openly recognizing and acknowledging that services provided by the province are for British Columbians, regardless of address.<sup>226</sup>

Also, Health Canada's Aboriginal Health Transition Fund offers 5 years of one time funding to support First Nations and Inuit communities integrate federal programs with provincial and territorial health systems, and to support provinces and territories adapt their health services to meeting the needs of all Aboriginal people.<sup>227</sup> A pilot project aimed at providing evidence on home care models and information on approaches to integration and coordination of services between jurisdictions in Manitoba has shown promising results. The Committee heard that the coordination of discharge planning between provincial hospitals and community care nurses on reserve allows a smooth transition – especially after surgery.<sup>228</sup>

As well, through Budget 2006, the federal government provided \$1.4 billion to provinces and territories for affordable housing, northern housing and housing for Aboriginal people living off-reserve.<sup>229</sup>

The Committee applauds such actions but finds it hard to accept that the Government of Canada has left such a significant number of Aboriginal peoples in a jurisdictional quagmire. In particular, given that this population holds the record for being the most disadvantaged in terms of health, social and economic status, it calls on the federal government to step up to the plate and take concerted action to provide integrated care for Aboriginal seniors among all groups.

This Committee heard repeatedly that discussions about Aboriginal seniors need to recognize the distinct and unique needs and

---

<sup>225</sup> Health Canada, Tripartite First Nations Health Plan.

<sup>226</sup> Kwunahmen, Senior Director, First Nations Health Council, *Evidence*, June 4, 2008.

<sup>227</sup> Health Canada, *Commitments to Aboriginal Health*, [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/fs-if\\_abor-auto-eng.php](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/fs-if_abor-auto-eng.php).

<sup>228</sup> Jim Wolfe, Regional Director Manitoba, Health Canada, *Evidence*, June 2, 2008.

<sup>229</sup> Douglas Stewart, Vice President, Policy Planning, Canada Mortgage and Housing Corporation, *Evidence*, December 4, 2006.

perspectives of diverse populations, regions and communities. Witnesses emphasized that a pan-Aboriginal approach is not effective and that policy construction and program delivery must be informed by specific data that captures the need according to First Nations, Inuit and Métis realities. These realities are influenced by jurisdictional status as well as language, geography and culture.

**The Committee urges the federal government to make it a priority to work with all levels of governments to ensure that services respond to the social, physical and cultural needs of Aboriginal seniors, and that the federal government consult with Aboriginal groups about effective messaging on educational and public information relating to seniors.**

The Committee urges the federal government to make it a priority to work with all levels of governments to ensure that services respond to the social, physical and cultural needs of Aboriginal seniors, and that the federal government consult with Aboriginal groups about effective messaging on educational and public information relating to seniors.

### 10.8 The Government of Canada Moves Forward As Leader

The Government of Canada has already established several structures in recognition of its national and federal role with regard to seniors. In 2007 in addition to the creation of a Secretary of State for Seniors, it established a National Seniors Council comprised of 12 members to advise the minister of human resources and social development and the minister of health.<sup>230</sup> The Committee feels that it is essential for such a council to establish avenues for federal cross-departmental input from or about specific federal client groups. In this regard, the Committee emphasizes the need for the National Seniors Council to include federal clients in its membership and to make them a specific priority.

---

<sup>230</sup> National Seniors Council,  
[http://www.seniorscouncil.gc.ca/en/about\\_us/index.shtml](http://www.seniorscouncil.gc.ca/en/about_us/index.shtml).

The Government of Canada also coordinates an Interdepartmental Committee on Seniors that includes the large number of federal departments that have responsibilities that either directly or indirectly include seniors' issues.<sup>231</sup> It participates in the Federal/Provincial/Territorial Ministers Responsible for Seniors Forum that meets regularly to examine seniors' issues and could be an avenue for cross-jurisdictional issues. As well, since 1994 it has had a Federal Healthcare Partnership including the six key departments that recently set up a Working Group on Home and Continuing Care to develop federal policy for those Canadians who are the direct responsibility of the federal government.<sup>232</sup>

**The Committee emphasizes the need for the National Seniors Council to include federal clients in its membership and to make them a specific priority.**

Individual federal departments with federal clients have also set up structures but have approached their aging client groups in different ways. Veterans Affairs Canada established the Gerontological Advisory Council in 1997 to advise on policies, programs, services and trends affecting aging veteran population.<sup>233</sup> Correctional Services Canada conducted a major study in 1998 and established a new division – the Older Offender Division – with the mandate “to elaborate a sound correctional strategy adapted to the needs of older offenders.”<sup>234</sup> Health Canada with Indian and Northern Affairs established a Joint Working Group on Continuing Care in 1987 that now includes representatives from First Nations and Inuit communities, the Assembly of First Nations, and Inuit Tapiriit Kanatami.<sup>235</sup> Many departments, however, have not moved to implement the recommendations received from their various advisory groups, in some instances because of a shift of priorities and in others a lack of resources.

---

<sup>231</sup> Canada. *Addressing the challenges and opportunities of ageing in Canada: Prepared for the United Nations Commission for Social Development for the 5th Anniversary of the 2002 United Nations Second World Assembly on Ageing.*

<sup>232</sup> Federal Healthcare Partnership, <http://www.fhp-pfss.gc.ca/fhp-pfss/fhp-pfss.asp?lang=eng&cont=009>.

<sup>233</sup> Gerontological Advisory Council, <http://www.vacc.gc.ca/providers/sub.cfm?source=councils/gac>.

<sup>234</sup> CSC, *Older Offender Population, Where do we Stand?*, <http://www.csc-scc.gc.ca/text/rsrch/reports/r70/r70e-eng.shtml>.

<sup>235</sup> Indian and Northern Affairs Canada. *Evaluation of Adult Care Services*, 2003.

This absence of forward movement speaks to the need for the Secretary of State for Seniors to cut through some of the existing disparities among different client groups as well as the duplication of services across different agencies. The programs and services for

**The Committee urges the federal government to use the lessons learned from the programs for veterans and extend them with the appropriate level of resources to older First Nations and Inuit and to older federal offenders, ensure that such programs and services are integrated into a single point of entry and comprehensive needs-based assessments for all federal clients, engage interdepartmentally across the federal government and include the Treasury Board Secretariat, the Privy Council and the Department of Finance in discussions.**

veterans are viewed as the gold standard that could be rolled out to all seniors in Canada. However, the Government of Canada can take the lead and extend it to all older veterans, First Nations and Inuit, and federal inmates. All these groups should benefit from best practices and receive the same standard of care from the federal government. In particular, they need services that are comprehensive and flexible and provided equitably to all seniors.

The Committee urges the federal government to use the lessons learned from the programs for veterans and extend them with the appropriate level of resources to older First Nations and Inuit and to older federal offenders, ensure that such programs and services are integrated into a single point of entry and comprehensive needs-based

assessments for all federal clients, engage interdepartmentally across the federal government and include the Treasury Board Secretariat, the Privy Council and the Department of Finance in discussions.

## Appendix I: List of Recommendations by Framework

|                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Framework Recommendation I: Move immediately to take steps to promote active aging and healthy aging and to combat ageism</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Chapter 1,<br>Recommendation 1 | <ul style="list-style-type: none"><li>• That the federal government lead an aggressive public relations campaign to portray healthy aging and to present the benefits of staying active at all ages – in volunteer work, continuous learning and physical activity.</li></ul>                                                                                                                      |
| Chapter 1,<br>Recommendation 2 | <ul style="list-style-type: none"><li>• That the Canadian Institutes of Health Research fund research on mental competency, mental capability and mental capacity. The research should be driven by the information needs of policy-makers and licensing bodies to lead to the development of guidelines based on research evidence.</li></ul>                                                     |
| Chapter 1,<br>Recommendation 3 | <ul style="list-style-type: none"><li>• That the federal government take a leadership role in federal-provincial-territorial initiatives to address public safety and retirement from driving in a way that is dignified, and that provinces and territories take a leadership role in education and enforcement around the medically-at-risk driver in partnership with other agencies.</li></ul> |
| Chapter 1,<br>Recommendation 4 | <ul style="list-style-type: none"><li>• That the provisions of the Canadian Human Rights Act concerning mandatory retirement be amended to bring federal legislation in line with other human rights legislation in Canada.</li></ul>                                                                                                                                                              |



## APPENDIX I: LIST OF RECOMMENDATIONS BY FRAMEWORK

---

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Chapter 1,<br>Recommendation 5  | <ul style="list-style-type: none"><li>• That the federal government increase support for research into abuse and neglect issues; work closely with community organizations to avoid the duplication of efforts and to meet identified needs; and make information about abuse and neglect available in federal government staff training.</li></ul> |
| Chapter 1,<br>Recommendation 6  | <ul style="list-style-type: none"><li>• That the government reduce the immigration sponsorship period from ten years to three years similar to the regulations pertaining to conjugal sponsorship, and make a commensurate reduction in the residency requirement for entitlement to a monthly pension under the Old Age Security Act.</li></ul>    |
| Chapter 4,<br>Recommendation 16 | <ul style="list-style-type: none"><li>• That the federal government adequately support research on the social network needs of seniors, and that it support organizations which provide social activities for seniors, especially those which provide culturally relevant events and activities for seniors born outside of Canada.</li></ul>       |
| Chapter 4,<br>Recommendation 17 | <ul style="list-style-type: none"><li>• That the issue of lifelong learning for seniors be put on the agenda of the next meeting of the Council of Ministers of Education and the Federal, Provincial, Territorial Ministers Responsible for Seniors.</li></ul>                                                                                     |
| Chapter 7,<br>Recommendation 25 | <ul style="list-style-type: none"><li>• That the federal government work with the voluntary sector to identify mechanisms to recognize and reimburse the out-of-pocket expenses incurred by volunteers, particularly in activities funded through federal grants and contributions.</li></ul>                                                       |
| Chapter 7,<br>Recommendation 26 | <ul style="list-style-type: none"><li>• That the needs of the voluntary sector be the subject of further study, either by a Senate</li></ul>                                                                                                                                                                                                        |

Committee or by an Expert Panel, in order to examine:

- The emerging challenges of recruiting and retaining volunteers;
- Options to promote volunteerism; and
- The role of the federal government in supporting the capacity of the voluntary sector throughout the country, including the use of multi—year funding arrangements and the implications of introducing a tax credit for volunteering.

**Framework Recommendation II: Provide leadership and coordination through initiatives such as a National Integrated Care Initiative, a National Caregiver Strategy, a National Pharmacare Program, and a federal transfer to address the needs of provinces with the highest proportion of the aging population**

Chapter 2,  
Recommendation 7

- That the federal government develop a federal initiative which would provide financial support to the provinces to facilitate the move toward integrated models of care for the elderly as a model for quality care for all ages.

The objectives of the program should be designed to ensure:

- Integration of a broad domain of services, including, but not limited to, health care, case management, home and community services, and residential care services;
- Improved access to comprehensive care;
- Increased emphasis on health promotion, disease prevention and chronic disease management;
- Expanded multi-disciplinary teams so the most appropriate care is provided by the most appropriate provider;

## APPENDIX I: LIST OF RECOMMENDATIONS BY FRAMEWORK

---

- Increased emphasis on one-stop-shopping for seniors and their families; and
  - Improved portability of services between provinces, including reciprocal agreements to eliminate waiting periods for services.
- Chapter 3,  
Recommendation 14
  - That the federal government create a supplementary transfer program to assist provinces and territories which have an older population in meeting the increased health care needs of their seniors.
- Chapter 3,  
Recommendation 15
  - That the federal government establish a specific time-limited fund to enable provincial, territorial and federal governmental drug benefit plans to develop a common list of drugs used by seniors; That this list form the basis of a common national formulary to be implemented by all jurisdictions as a benefit list for all Canadian seniors; and That this initial focus on seniors form the basis for a national pharmacare program.
- Chapter 6,  
Recommendation 24
  - That the federal government work collaboratively with the provinces and territories, policy-makers, stakeholders and family caregivers to establish a National Caregiving Strategy. The Strategy should form a part of a larger federal integrated care initiative.
- Chapter 8,  
Recommendation 27
  - That the federal government support education and outreach campaigns promoting geriatric and gerontological health care professions as career choices, including the funding of residency positions in geriatrics.

---

## APPENDIX I: LIST OF RECOMMENDATIONS BY FRAMEWORK

---

- |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Chapter 8,<br>Recommendation 28 | <ul style="list-style-type: none"><li>• That the federal government work with the provinces and territories to address the training, recruitment and retention of home care and home support workers as part of the FPT Health Human Resource Strategy.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Chapter 9,<br>Recommendation 29 | <ul style="list-style-type: none"><li>• That the federal government support and invest in the expanded use of telemedicine and telehomecare through a transition fund for provinces, a home technology fund for home and community care organizations, and by improving technology use in the direct provision of services to its client groups, including ensuring internet connectivity in northern and remote communities, and that Canada's official-language minority communities be consulted in the development of such an initiative.</li></ul> |

|                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Framework Recommendation III: Ensure the financial security of Canadians by addressing the needs of older workers, pension reform and income security reform</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Chapter 5,<br>Recommendation 19 | <ul style="list-style-type: none"><li>• That in their next triennial review of the CPP, the Ministers of Finance consider:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Increasing the income replacement rate for the CPP (currently 25 percent of allowable income);</li><li>○ Increasing the maximum pensionable earnings above the average wage</li><li>○ Investigating actuarial adjustments to the Canada Pension Plan to increase the incentive to delay uptake;</li><li>○ Examining mechanisms to allow older workers who begin to collect CPP before age 65, but who are not receiving the maximum benefit, to continue to</li></ul></li></ul> |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- contribute to the CPP;
  - Eliminating the requirement in the CPP that individuals between the ages of 60 and 65 who apply for CPP must quit work or earn up to the maximum of CPP in the months prior to the application; and
  - Introducing a drop-out provision for caregivers.
- Chapter 5,  
Recommendation 20
- That the Government of Canada increase the Guaranteed Income Supplement to ensure that economic households are not below the poverty line as defined by the low income cut-off levels. Increases to the GIS should not result in the loss of eligibility for provincial/territorial subsidies or services for seniors.
- Chapter 5,  
Recommendation 21
- That the federal government undertake aggressive campaigns to ensure that all eligible Canadians are receiving all retirement and age-related benefits. This means the government should:
    - Inform seniors of all possible federal sources of income supports when they apply for any one of them;
    - Make available to seniors application forms in aboriginal languages and the languages of larger immigrant populations; and
    - Make fully retroactive repayments with interest to eligible recipients who did not apply for OAS/GIS at 65 or CPP at 70, or who were denied benefits due to administrative errors.
- Chapter 5,  
Recommendation 22
- That the federal government look more closely at the question of a Guaranteed Annual Income for all Canadians.

|                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Framework Recommendation IV: Facilitate the desire of Canadians to age in their place of choice with adequate housing, transportation, and integrated health and social care services</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Chapter 2,<br>Recommendation 8  | <ul style="list-style-type: none"><li>• That the federal government, in consultation with the provincial and territorial ministers responsible for housing, increase the stock of affordable housing for seniors across the country, including supportive housing, by developing a long-term national affordable housing action plan.</li></ul>                             |
| Chapter 2,<br>Recommendation 9  | <ul style="list-style-type: none"><li>• That the federal, provincial and territorial ministers responsible for housing work to ensure that the standards for barrier-free design are consistently met by builders and enforced by inspectors.</li></ul>                                                                                                                     |
| Chapter 2,<br>Recommendation 10 | <ul style="list-style-type: none"><li>• That, as a home care is a key component of a national integrated care initiative, a Seniors Independence Program, modelled on the Veterans Independence Program administered by Veterans Affairs Canada, form part of the home care/home support component.</li></ul>                                                               |
| Chapter 2,<br>Recommendation 11 | <ul style="list-style-type: none"><li>• That the federal government fund a national partnership with provinces, territories and community organizations to provide the leadership and vision, standards, best practices, awareness, and support for capacity building necessary to ensure the provision of integrated quality end-of-life care for all Canadians.</li></ul> |
| Chapter 2,<br>Recommendation 12 | <ul style="list-style-type: none"><li>• That the federal government apply the gold standard in palliative home care developed by the Canadian Hospice Palliative Care Association and the Canadian Home Care</li></ul>                                                                                                                                                      |

## APPENDIX I: LIST OF RECOMMENDATIONS BY FRAMEWORK

---

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                 | Association to veterans, First Nations and Inuit, and federal inmates.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Chapter 2,<br>Recommendation 13 | <ul style="list-style-type: none"><li>• That Canadian Institutes of Health Research funding for palliative care be renewed beyond 2009.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Chapter 4,<br>Recommendation 18 | <ul style="list-style-type: none"><li>• That the federal government actively promote both the Age-Friendly Cities Guide and the Age-Friendly Rural and Remote Communities Guide to seniors' organizations, provincial governments, and municipal governments; and That it provide financial assistance to support the implementation of the Age-Friendly Cities and the Age-Friendly Rural and Remote Communities guidelines.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                    |
| Chapter 6,<br>Recommendation 23 | <ul style="list-style-type: none"><li>• That the Employment Insurance Act be amended to:<ul style="list-style-type: none"><li>◦ Eliminate the two-week waiting period before receipt of the compassionate care benefit;</li><li>◦ Increase the compassionate care benefit to 75 (seventy-five) percent of the earnings of workers;</li><li>◦ Increase the length of the benefit from 6 to 13 weeks; and</li><li>◦ Provide access to the benefit during times of medical crisis, and not only during the palliative stages of illness.</li></ul>Furthermore, the federal government must promote awareness of the compassionate care benefit among all Canadians.</li></ul> |

**Framework Recommendation V: Act immediately to implement changes for those populations groups for which it has a specific direct service responsibility, and in relation to Canada's official language commitments**

- |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Chapter 10,<br>Recommendation 30 | <ul style="list-style-type: none"><li>• That the federal government adopt the integrated service approach recommended by the Gerontological Advisory Council to Veterans Affairs Canada and begin by expanding the eligibility for programs at Veterans Affairs Canada to all surviving war service veterans, not just to clients of the department.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Chapter 10,<br>Recommendation 31 | <ul style="list-style-type: none"><li>• That the federal government address the needs of First Nations and Inuit seniors and their communities, including the need for:<ul style="list-style-type: none"><li>○ More and improved housing;</li><li>○ Increased attention to safe drinking water, diet, foot care and other diabetic needs;</li><li>○ Measures to ensure wage parity among providers;</li><li>○ Increased home care and hospice palliative care services;</li><li>○ More support for informal caregivers;</li><li>○ The removal of the funding cap for the Non-Insured Health Benefits Program; and</li><li>○ Measures to fully integrate the range of programs currently available to seniors on First Nations reserves and in Inuit communities into a seamless system comparable to that employed by Veterans Affairs Canada.</li></ul></li></ul> |
| Chapter 10,<br>Recommendation 32 | <ul style="list-style-type: none"><li>• That, pursuant to its role under the Official Languages Act, the federal government establish effective interdepartmental collaboration on official language minority seniors that includes</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |



participation by seniors in advisory groups and continue to earmark federal funds for the development of new models of service delivery for these official language minority seniors.

## Appendix II: Complete List of Recommendations

1. That the federal government lead an aggressive public relations campaign to portray healthy aging and to present the benefits of staying active at all ages – in volunteer work, continuous learning and physical activity.
2. That the Canadian Institutes of Health Research fund research on mental competency, mental capability and mental capacity. The research should be driven by the information needs of policy-makers and licensing bodies to lead to the development of guidelines based on research evidence.
3. That the federal government take a leadership role in federal-provincial-territorial initiatives to address public safety and retirement from driving in a way that is dignified, and that provinces and territories take a leadership role in education and enforcement around the medically-at-risk driver in partnership with other agencies.
4. That the provisions of the Canadian Human Rights Act concerning mandatory retirement be amended to bring federal legislation in line with other human rights legislation in Canada.
5. That the federal government increase support for research into abuse and neglect issues; work closely with community organizations to avoid the duplication of efforts and to meet identified needs; and make information about abuse and neglect available in federal government staff training.
6. That the government reduce the immigration sponsorship period from ten years to three years similar to the regulations pertaining to conjugal sponsorship, and make a commensurate reduction in the residency requirement for entitlement to a monthly pension under the Old Age Security Act.

## **APPENDIX II: COMPLETE LIST OF RECOMMENDATIONS**

---

7. That the federal government develop a federal initiative which would provide financial support to the provinces to facilitate the move toward integrated models of care for the elderly as a model for quality care for all ages.

The objectives of the program should be designed to ensure:

- Integration of a broad domain of services, including, but not limited to, health care, case management, home and community services, and residential care services;
- Improved access to comprehensive care;
- Increased emphasis on health promotion, disease prevention and chronic disease management;
- Expanded multi-disciplinary teams so the most appropriate care is provided by the most appropriate provider;
- Increased emphasis on one-stop-shopping for seniors and their families; and
- Improved portability of services between provinces, including reciprocal agreements to eliminate waiting periods for services.

8. That the federal government, in consultation with the provincial and territorial ministers responsible for housing, increase the stock of affordable housing for seniors across the country, including supportive housing, by developing a long-term national affordable housing action plan.

9. That the federal, provincial and territorial ministers responsible for housing work to ensure that the standards for barrier-free design are consistently met by builders and enforced by inspectors.

10. That, as a home care is a key component of a national integrated care initiative, a Seniors Independence Program, modelled on the Veterans Independence Program administered by Veterans Affairs Canada, form part of the home care/home support component.

11. That the federal government fund a national partnership with provinces, territories and community organizations to provide the leadership and vision, standards, best practices, awareness, and support for capacity building necessary to ensure the provision of integrated quality end-of-life care for all Canadians.

12. That the federal government apply the gold standard in palliative home care developed by the Canadian Hospice Palliative Care Association and the Canadian Home Care Association to veterans, First Nations and Inuit, and federal inmates.
13. That Canadian Institutes of Health Research funding for palliative care be renewed beyond 2009.
14. That the federal government create a supplementary transfer program to assist provinces and territories which have an older population in meeting the increased health care needs of their seniors.
15. That the federal government establish a specific time-limited fund to enable provincial, territorial and federal governmental drug benefit plans to develop a common list of drugs used by seniors; That this list form the basis of a common national formulary to be implemented by all jurisdictions as a benefit list for all Canadian seniors; and That this initial focus on seniors form the basis for a national pharmacare program.
16. That the federal government adequately support research on the social network needs of seniors, and that it support organizations which provide social activities for seniors, especially those which provide culturally relevant events and activities for seniors born outside of Canada.
17. That the issue of lifelong learning for seniors be put on the agenda of the next meeting of the Council of Ministers of Education and the Federal, Provincial, Territorial Ministers Responsible for Seniors.
18. That the federal government actively promote both the Age-Friendly Cities Guide and the Age-Friendly Rural and Remote Communities Guide to seniors' organizations, provincial governments, and municipal governments; and That it provide financial assistance to support the implementation of the Age-Friendly Cities and the Age-Friendly Rural and Remote Communities guidelines.

## **APPENDIX II: COMPLETE LIST OF RECOMMENDATIONS**

---

19. That in their next triennial review of the CPP, the Ministers of Finance consider:

- Increasing the income replacement rate for the CPP (currently 25 percent of allowable income);
- Increasing the maximum pensionable earnings above the average wage
- Investigating actuarial adjustments to the Canada Pension Plan to increase the incentive to delay uptake;
- Examining mechanisms to allow older workers who begin to collect CPP before age 65, but who are not receiving the maximum benefit, to continue to contribute to the CPP;
- Eliminating the requirement in the CPP that individuals between the ages of 60 and 65 who apply for CPP must quit work or earn up to the maximum of CPP in the months prior to the application; and
- Introducing a drop-out provision for caregivers.

20. That the Government of Canada increase the Guaranteed Income Supplement to ensure that economic households are not below the poverty line as defined by the low income cut-off levels. Increases to the GIS should not result in the loss of eligibility for provincial/territorial subsidies or services for seniors.

21. That the federal government undertake aggressive campaigns to ensure that all eligible Canadians are receiving all retirement and age-related benefits. This means the government should:

- Inform seniors of all possible federal sources of income supports when they apply for any one of them;
- Make available to seniors application forms in aboriginal languages and the languages of larger immigrant populations; and
- Make fully retroactive repayments with interest to eligible recipients who did not apply for OAS/GIS at 65 or CPP at 70, or who were denied benefits due to administrative errors.

22. That the federal government look more closely at the question of a Guaranteed Annual Income for all Canadians.

23. That the Employment Insurance Act be amended to:

- Eliminate the two-week waiting period before receipt of the compassionate care benefit;
- Increase the compassionate care benefit to 75 (seventy-five) percent of the earnings of workers;
- Increase the length of the benefit from 6 to 13 weeks; and
- Provide access to the benefit during times of medical crisis, and not only during the palliative stages of illness.

Furthermore, the federal government must promote awareness of the compassionate care benefit among all Canadians.

24. That the federal government work collaboratively with the provinces and territories, policy-makers, stakeholders and family caregivers to establish a National Caregiving Strategy. The Strategy should form a part of a larger federal integrated care initiative.

25. That the federal government work with the voluntary sector to identify mechanisms to recognize and reimburse the out-of-pocket expenses incurred by volunteers, particularly in activities funded through federal grants and contributions.

26. That the needs of the voluntary sector be the subject of further study, either by a Senate Committee or by an Expert Panel, in order to examine:

- The emerging challenges of recruiting and retaining volunteers;
- Options to promote volunteerism; and
- The role of the federal government in supporting the capacity of the voluntary sector throughout the country, including the use of multi—year funding arrangements and the implications of introducing a tax credit for volunteering.

27. That the federal government support education and outreach campaigns promoting geriatric and gerontological health care professions as career choices, including the funding of residency positions in geriatrics.

## **APPENDIX II: COMPLETE LIST OF RECOMMENDATIONS**

---

28. That the federal government work with the provinces and territories to address the training, recruitment and retention of home care and home support workers as part of the FPT Health Human Resource Strategy.

29. That the federal government support and invest in the expanded use of telemedicine and telehomecare through a transition fund for provinces, a home technology fund for home and community care organizations, and by improving technology use in the direct provision of services to its client groups, including ensuring internet connectivity in northern and remote communities, and that Canada's official-language minority communities be consulted in the development of such an initiative.

30. That the federal government adopt the integrated service approach recommended by the Gerontological Advisory Council to Veterans Affairs Canada and begin by expanding the eligibility for programs at Veterans Affairs Canada to all surviving war service veterans, not just to clients of the department.

31. That the federal government address the needs of First Nations and Inuit seniors and their communities, including the need for:

- More and improved housing;
- Increased attention to safe drinking water, diet, foot care and other diabetic needs;
- Measures to ensure wage parity among providers;
- Increased home care and hospice palliative care services;
- More support for informal caregivers;
- The removal of the funding cap for the Non-Insured Health Benefits Program; and
- Measures to fully integrate the range of programs currently available to seniors on First Nations reserves and in Inuit communities into a seamless system comparable to that employed by Veterans Affairs Canada.

32. That, pursuant to its role under the Official Languages Act, the federal government establish effective interdepartmental collaboration on official language minority seniors that includes

participation by seniors in advisory groups and continue to earmark federal funds for the development of new models of service delivery for these official language minority seniors.





## Appendix III: Checklist of Essential Features of Age-friendly Cities



World Health  
Organization



### Checklist of Essential Features of Age-friendly Cities

This checklist of essential age-friendly city features is based on the results of the WHO Global Age-Friendly Cities project consultation in 33 cities in 22 countries. The checklist is a tool for a city's self-assessment and a map for charting progress. More detailed checklists of age-friendly city features are to be found in the WHO Global Age-Friendly Cities Guide.

This checklist is intended to be used by individuals and groups interested in making their city more age-friendly. For the checklist to be effective, older people must be involved as full partners. In assessing a city's strengths and deficiencies, older people will describe how the checklist of features matches their own experience of the city's positive characteristics and barriers. They should play a role in suggesting changes and in implementing and monitoring improvements.

#### Outdoor spaces and buildings

- ☐ Public areas are clean and pleasant.
- ☐ Green spaces and outdoor seating are sufficient in number, well-maintained and safe.
- ☐ Pavements are well-maintained, free of obstructions and reserved for pedestrians.
- ☐ Pavements are non-slip, are wide enough for wheelchairs and have dropped curbs to road level.
- ☐ Pedestrian crossings are sufficient in number and safe for people with different levels and types of disability, with non-slip markings, visual and audio cues and adequate crossing times.
- ☐ Drivers give way to pedestrians at intersections and pedestrian crossings.
- ☐ Cycle paths are separate from pavements and other pedestrian walkways.
- ☐ Outdoor safety is promoted by good street lighting, police patrols and community education.

- ☐ Services are situated together and are accessible.
- ☐ Special customer service arrangements are provided, such as separate queues or service counters for older people.
- ☐ Buildings are well-signed outside and inside, with sufficient seating and toilets, accessible elevators, ramps, railings and stairs, and non-slip floors.
- ☐ Public toilets outdoors and indoors are sufficient in number, clean, well-maintained and accessible.

#### Transportation

- ☐ Public transportation costs are consistent, clearly displayed and affordable.
- ☐ Public transportation is reliable and frequent, including at night and on weekends and holidays.
- ☐ All city areas and services are accessible by public transport, with good connections and well-marked routes and vehicles.

PAGE 1

## APPENDIX III: CHECKLIST OF ESSENTIAL FEATURES OF AGE-FRIENDLY CITIES

---

- ☐ Vehicles are clean, well-maintained, accessible, not overcrowded and have priority seating that is respected.
- ☐ Specialized transportation is available for disabled people.
- ☐ Drivers stop at designated stops and beside the curb to facilitate boarding and wait for passengers to be seated before driving off.
- ☐ Transport stops and stations are conveniently located, accessible, safe, clean, well-lit and well-marked, with adequate seating and shelter.
- ☐ Complete and accessible information is provided to users about routes, schedules and special needs facilities.
- ☐ A voluntary transport service is available where public transportation is too limited.
- ☐ Taxis are accessible and affordable, and drivers are courteous and helpful.
- ☐ Roads are well-maintained, with covered drains and good lighting.
- ☐ Traffic flow is well-regulated.
- ☐ Roadways are free of obstructions that block drivers' vision.
- ☐ Traffic signs and intersections are visible and well-placed.
- ☐ Driver education and refresher courses are promoted for all drivers.
- ☐ Parking and drop-off areas are safe, sufficient in number and conveniently located.
- ☐ Priority parking and drop-off spots for people with special needs are available and respected.

### Housing

- ☐ Sufficient, affordable housing is available in areas that are safe and close to services and the rest of the community.
- ☐ Sufficient and affordable home maintenance and support services are available.
- ☐ Housing is well-constructed and provides safe and comfortable shelter from the weather.
- ☐ Interior spaces and level surfaces allow freedom of movement in all rooms and passageways.
- ☐ Home modification options and supplies are available and affordable, and providers understand the needs of older people.
- ☐ Public and commercial rental housing is clean, well-maintained and safe.
- ☐ Sufficient and affordable housing for frail and disabled older people, with appropriate services, is provided locally.

### Social participation

- ☐ Venues for events and activities are conveniently located, accessible, well-lit and easily reached by public transport.
- ☐ Events are held at times convenient for older people.
- ☐ Activities and events can be attended alone or with a companion.
- ☐ Activities and attractions are affordable, with no hidden or additional participation costs.

## APPENDIX III: CHECKLIST OF ESSENTIAL FEATURES OF AGE-FRIENDLY CITIES

- ☐ Good information about activities and events is provided, including details about accessibility of facilities and transportation options for older people.
- ☐ A wide variety of activities is offered to appeal to a diverse population of older people.
- ☐ Gatherings including older people are held in various local community spots, such as recreation centres, schools, libraries, community centres and parks.
- ☐ There is consistent outreach to include people at risk of social isolation.

### Respect and social inclusion

- ☐ Older people are regularly consulted by public, voluntary and commercial services on how to serve them better.
- ☐ Services and products to suit varying needs and preferences are provided by public and commercial services.
- ☐ Service staff are courteous and helpful.
- ☐ Older people are visible in the media, and are depicted positively and without stereotyping.
- ☐ Community-wide settings, activities and events attract all generations by accommodating age-specific needs and preferences.
- ☐ Older people are specifically included in community activities for “families”.
- ☐ Schools provide opportunities to learn about ageing and older people, and involve older people in school activities.

- ☐ Older people are recognized by the community for their past as well as their present contributions.
- ☐ Older people who are less well-off have good access to public, voluntary and private services.

### Civic participation and employment

- ☐ A range of flexible options for older volunteers is available, with training, recognition, guidance and compensation for personal costs.
- ☐ The qualities of older employees are well-promoted.
- ☐ A range of flexible and appropriately paid opportunities for older people to work is promoted.
- ☐ Discrimination on the basis of age alone is forbidden in the hiring, retention, promotion and training of employees.
- ☐ Workplaces are adapted to meet the needs of disabled people.
- ☐ Self-employment options for older people are promoted and supported.
- ☐ Training in post-retirement options is provided for older workers.
- ☐ Decision-making bodies in public, private and voluntary sectors encourage and facilitate membership of older people.

### Communication and information

- ☐ A basic, effective communication system reaches community residents of all ages.
- ☐ Regular and widespread distribution of information is assured and a coordinated, centralized access is provided.



## APPENDIX III: CHECKLIST OF ESSENTIAL FEATURES OF AGE-FRIENDLY CITIES

---

- ☐ Regular information and broadcasts of interest to older people are offered.
- ☐ Oral communication accessible to older people is promoted.
- ☐ People at risk of social isolation get one-to-one information from trusted individuals.
- ☐ Public and commercial services provide friendly, person-to-person service on request.
- ☐ Printed information – including official forms, television captions and text on visual displays – has large lettering and the main ideas are shown by clear headings and bold-face type.
- ☐ Print and spoken communication uses simple, familiar words in short, straightforward sentences.
- ☐ Telephone answering services give instructions slowly and clearly and tell callers how to repeat the message at any time.
- ☐ Electronic equipment, such as mobile telephones, radios, televisions, and bank and ticket machines, has large buttons and big lettering.
- ☐ There is wide public access to computers and the Internet, at no or minimal charge, in public places such as government offices, community centres and libraries.

### Community and health services

- ☐ An adequate range of health and community support services is offered for promoting, maintaining and restoring health.
- ☐ Home care services include health and personal care and housekeeping.
- ☐ Health and social services are conveniently located and accessible by all means of transport.
- ☐ Residential care facilities and designated older people's housing are located close to services and the rest of the community.
- ☐ Health and community service facilities are safely constructed and fully accessible.
- ☐ Clear and accessible information is provided about health and social services for older people.
- ☐ Delivery of services is coordinated and administratively simple.
- ☐ All staff are respectful, helpful and trained to serve older people.
- ☐ Economic barriers impeding access to health and community support services are minimized.
- ☐ Voluntary services by people of all ages are encouraged and supported.
- ☐ There are sufficient and accessible burial sites.
- ☐ Community emergency planning takes into account the vulnerabilities and capacities of older people.

WHO/FCH/ALC/2007.1

© World Health Organization 2007. All rights reserved.

PAGE 4

Source: World Health Organization,  
[www.who.int/ageing/publications/Age\\_friendly\\_cities\\_checklist.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/Age_friendly_cities_checklist.pdf).

## **Appendix IV: List of Witnesses**

### **Second Session Thirty-ninth Parliament**

#### **November 26, 2007**

Human Resources and Social Development Canada

Shawn Tupper, Director General, Social Policy Development;  
Dominique La Salle, Director General, Seniors and Pensions Policy  
Secretariat;  
Roman Habtu, OAS Benefits Policy.

Department of Finance Canada

Frank Vermaeten, Director General, Assistant Deputy Minister's  
Office;  
Krista Campbell, Senior Chief, Federal-Provincial Relations  
Division;  
Andrew Staples, Acting Chief, Federal-Provincial Relations  
Division.

#### **December 3, 2007**

Canadian Institute for Health Information

Jean-Marie Berthelot, Vice-President, Programs;  
Christopher Kuchciak, Program Leads, NHEX/OECD.

Canadian Centre for Policy Alternatives

Marc Lee, Senior Economist.

As an individual

Robert Evans, Professor of Economics, University of British  
Columbia.  
Joe Ruggeri, Professor of Economics, University of New  
Brunswick.

Public Health Agency of Canada

Margaret Gillis, Director, Division of Aging and Seniors/Office of  
Voluntary Sector.

## **APPENDIX IV: LIST OF WITNESSES**

---

### **December 10, 2007**

Canada Mortgage and Housing Corporation

Luis Rodriguez, Senior Researcher;

Debra Darke, Director, Community Development.

Canadian Healthcare Association

Sharon Sholzberg-Gray, President and Chief Executive Officer.

The Royal Canadian Legion

Pierre Allard, Director, Service Bureau;

David MacDonald, Consultant, Legion Housing Centre for Excellence.

As individuals

Marcus J. Hollander, President, Hollander Analytical Services Ltd.

Margaret Isabel Hall, Assistant Professor, Law Faculty, University of British Columbia.

### **January 28, 2008**

Canadian Automobile Association

David M. Munroe, Chair of the Board CAA National;

Christopher White, Vice-President, Public Affairs.

Canadian Medical Association

Dr. Briane Scharfstein, Associate Secretary General, Professional Affairs.

Lakehead University

Dr. Michel Bédard, Canada Research Chair in Aging and Health.

The Rehabilitation Centre, Ottawa Hospital

Dr. Shawn Marshall, Associate Professor.

Canadian Centre for Elder Law Studies

Laura Watts, National Director.

Alzheimer Society of Nova Scotia

Jeanne Desveaux, President.

**February 4, 2008**

Correctional Service of Canada

Ross Toller, Assistant Commissioner, Correctional Operations and Programs;

Leslie MacLean, Assistant Commissioner, Health Services.

Office of the Correctional Investigator

Ed McIsaac, Executive Director;

Howard Sapers, Correctional Investigator.

Canadian Association of Elizabeth Fry

Kim Pate, Executive Director.

Insurance Bureau of Canada

Mark Yakabuski, President and Chief Executive Officer.

Federation of Medical Regulatory Authorities of Canada

Fleur-Ange Lefebvre, Executive Director and Chief Executive Officer.

**February 11, 2008**

Statistics Canada

René Morissette, Assistant Director, Research Business and Labour Market Analysis Division;

Garnett Picot, Director General, Socio-Economic and Business Analysis;

Ted Wannell, Assistant Director, Labour and Household Analysis Division.

As individuals

John Myles, Canada Research Chair and Professor of Sociology, University of Toronto.

Derek Hum, Professor of Sociology, University of Manitoba.

Human Resources and Social Development Canada

Maxime Fougère, Assistant Director, Labour Market Research and Forecasting.

Informetrica Limited

Richard Shillington, Senior Associate.



## **APPENDIX IV: LIST OF WITNESSES**

---

Women Elders in Action

Alice West, Chair; Elsie Dean, Researcher;  
Jan Westlund, Coordinator.

### **April 7, 2008**

Université de Montréal

Dr. François Béland, Full Professor.

Health Council of Canada

Donald Juzwishin, Chief Executive Officer.

Canadian Hospice Palliative Care Association

Sharon Baxter, Executive Director.

Canadian Institutes of Health Research

Anne Martin-Matthews, Scientific Director, Institute of Aging.

As an individual

Marcus J. Hollander, President, Hollander Analytical Services Ltd.

Alzheimer Society of Canada

Patricia Wilkinson, Manager, Media and Government Relations;  
Betty Brousse, Volunteer.

### **April 14, 2008**

Queen's University

Kathleen Lahey, Law Professor.

Federal Superannuates National Association

Francis Bowkett, Executive Director;  
Bernard Dussault, Senior Research and Communications Officer.

McMaster University

Michael Veall, Professor and Chair, Department of Economics.

Informetrica Ltd.

Bob Baldwin, Senior Associate.

As an individual

Kevin Milligan, Assistant Professor of Economics, University of  
British Columbia.

**April 28, 2008**

As individuals

Donald Paterson, Professor, School of Kinesiology, Faculty of Health Sciences, University of Western Ontario.

Elaine Gallagher, Director, Centre on Aging, University of Victoria.

Alberta Centre for Active Living

Chad Witcher, Representative.

Canadian Urban Institute

Glenn Miller, Director, Education and Research.

Seniors College of Prince Edward Island

Ian Scott, President.

Volunteer Canada

Ruth MacKenzie, President.

**May 5, 2008**

As individuals

Joe Ruggeri, Professor, Department of Economics, University of New Brunswick.

Byron Spencer, Professor of Economics, McMaster University.

Canadian Centre for Policy Alternatives

Marc Lee, Senior Economist.

**May 9, 2008**

Regional Municipality of Niagara Community Services Department

Carol Rudel, Manager, Seniors Community Programs;

Dominic Ventresca, Director of Seniors Services.

Hamilton Niagara Haldimand Brant Community Care Access Centre

Tom Peirce, Senior Director, Strategic Planning and Integration.

Ontario Network for the Prevention of Elder Abuse

Maureen Etkin, Regional Consultant, Central West;

Gail MacKenzie-High, Chair, Niagara Elder Abuse Prevention Network.

#### **APPENDIX IV: LIST OF WITNESSES**

---

Alzheimer's Society of Niagara Region

Marge Dempsey, Acting Chief Executive Officer.

Ontario Home Care Association

Susan D. VanderBent, Executive Director.

Hamilton Council on Aging

Denise O'Connor, Executive Director;

Carolyn Rosenthal, Chair, Board of Directors.

Community Support Services of Niagara

Wendy Walker, Executive Director;

Patricia Tooley, Program Manager;

Pat Frank, Chair, Board of Directors.

Niagara Health System

Wendy Robb, Health Program Director, Port Colborne Site.

Older Women's Network

Thelma McGillivray, Past Chair.

Canadian Pensioners Concerned Incorporated

Christine Mounsteven, President, Ontario Division;

Sylvia Hall, Secretary/Treasurer, Ontario Division.

Rose City Seniors Activity Centre

John Rose, Vice-Chair.

Welland Accessibility Advisory Committee

Russ Findlay, Chair.

Senior Citizens Advisory Committee to the City of Welland

Doug Rapelje, Representative.

Francophone Community Health Centre Hamilton/Niagara

Marcel Castonguay, Director General.

Foyer Richelieu

André Tremblay, Director General.

As an individual

Gary Atamanyk.

Centre polyvalent des aînés francophones de Port Colborne

Roland Méthot, Chair.

VON Canada

Marlene Slepko, Interim Branch Manager.

As an individual

Ron Walker.

**May 12, 2008**

Nova Scotia Centre on Aging

Pamela Fancey, Associate Director/Research Associate, Mount Saint Vincent University.

Spencer House Seniors' Centre

Deborah Dostal, Executive Director.

Community Links

Sandra Murphy, Executive Director.

As individuals

Dr. David Martell, Lunenburg Medical Centre.

Dr. Chris MacKnight, Associate Professor, Department of Medicine, Dalhousie University.

Dr. Ken Rockwood, Professor of Geriatric Medicine, Dalhousie University.

Department of Finance, Government of Nova Scotia

Elizabeth Cody, Assistant Deputy Minister.

As individuals

David Ward, Member, Acadia Lifelong Learning.

G. A. Trudy Ward, Member, Acadia Lifelong Learning.

Linda MacDonald, Elder Learners, Saint Mary's University.

**May 13, 2008**

New Brunswick Senior Citizens' Federation

Ralph Smith, President.

Coalition for Seniors and Home Residents' Rights of New Brunswick

Hector Cormier, President;

Cecile Cassista, Executive Director.

## **APPENDIX IV: LIST OF WITNESSES**

---

Association acadienne et francophone des aînées et aînés du Nouveau-Brunswick

Jean-Luc Bélanger, Chair.

The Royal Canadian Legion, New Brunswick Command

Dennis Driscoll, Chair, Veterans and Seniors Committee.

Health Canada

Debra Keays-White, Regional Director, First Nations and Inuit Health Branch, Atlantic Region;

Peter McGregor, Special Advisor, First Nations and Inuit Health Branch, Home and Community Care;

Wade Were, Acting Senior Advisor, First Nations and Inuit Health Branch, Policy and Strategic Planning.

Prince Edward Island Seniors' Secretariat

Faye Martin, Acting Director;

Anna Duffy, Co-Chair.

### **May 16, 2008**

As individuals

Dr. Réjean Hébert, Dean, Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Sherbrooke.

Dr. Hélène Payette, Professor, Department of Community Health Sciences, Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Sherbrooke.

Centre for Research on Aging

Dr. Stephen Cunnane, Director.

Association estrienne pour l'information et la formation aux aînées et aînés (AEIFA)

Sylvie Morin, Coordinator.

Agence Continuum Inc.

Hélène Gravel, Chair.

Quebec Elders' Council

William Murray, Research Officer.

Table régionale de concertation des aînées et des retraités de l'Estrie

Paul Rodrigue, Treasurer;

Jacques Demers, Secretary.

University of Third Age  
Gilles Beaulieu, Development Officer.

As individuals  
Marie Beaulieu, Professor, Social Services, University of  
Sherbrooke.  
Monique Joyal-Painchaud.  
Gilles Grenier.  
André Fréchette.

**June 2, 2008**

Villa Youville  
Jean Balcaen, President.

South Eastman Health  
Aurèle Boisvert, President.

Centre Taché and Foyer Valade  
Charles Gagné, Director General.

Conseil communauté en santé du Manitoba  
Annie Bédard, Executive Director.

Fédération des aînés franco-manitobains Inc.  
Thérèse Dorge, President;  
Gérald Curé, Director General.

As individuals  
Dr. Gérald Gobeil.  
Louis Bernardin.

Health Canada  
Jim Wolfe, Regional Director, Manitoba.

Aboriginal Seniors Resource Centre (Winnipeg)  
Thelma Meade, Executive Director.

Indian & Metis Friendship Centre of Winnipeg  
Dennis Sinclair, Program Manager.

Menno Home for the Aged  
Maria Krentz, Acting Administrator.

## **APPENDIX IV: LIST OF WITNESSES**

---

Steinbach 55 Plus.

Pat Porter, President;  
Dianna White, Executive Director.

Club de l'Amitié

Paulette Sabot, Treasurer.

Rest Haven Nursing Home

Tannis Nickel, Director, Nursing Services.

South Eastman Health

Sylvia Nilsson-Barkman, Services to Seniors Program Specialist.

### **June 4, 2008**

411 Seniors Centre Society

Margaret Coates, Executive Director.

Providence Health Care

Dr. Sharon Koehn, Research Associate, Centre for Healthy Aging.

As an individual

Eunju Hwang, B.C. Real Estate Foundation Fellow, Simon Fraser University's Gerontology Research Centre.

MOSAIC

Eyob G. Naizghi, Executive Director.

Progressive Intercultural Community Services Society

Charan Gill, Chief Executive Officer.

S.U.C.C.E.S.S.

Alice Choi, Administrator.

Collingwood Neighbourhood House

Jo-Anne Stephens, Seniors Program Coordinator.

BC Centre for Elder Advocacy and Support

Penny Bain, Secretary and Director, Board of Directors.

Canadian Network for the Prevention of Elder Abuse

Charmaine Spencer, member of the board.

First Nations Health Council

Joe Gallagher (Kwunahmen), Senior Director.

BC Association of Aboriginal Friendship Centres  
Lisa Mercure, Elders Coordinator.

As individuals

Gregg Schiller, Coordinator, BC Seniors Advocacy Network.  
Bonnie O'Sullivan, Social Coordinator, 411 Seniors Centre  
Society.  
Joanne Taylor, Executive Director, Nidus Personal Planning  
Resource Centre and Registry.  
Steve Ellis.

**June 5, 2008**

Council of Senior Citizens' Organizations of British Columbia  
Gudrun Langolf, Director.

B.C. Retired Teachers' Association  
Cliff Boldt, Director;  
Reg Miller, Member of the Advocacy Committee.

Family Caregivers' Network Society  
Barbara MacLean, Executive Director.

BC Seniors Living Association  
Seona Stephen, Vice President.

Vancouver Island Health Authority  
Dr. Michael Cooper, Division Head of Geriatric Psychiatry;  
Dr. Marianne McLennan, Director, Seniors, End of Life and  
Spiritual Health.

Saanich Peninsula Health Association  
Lyne England, Chair.

As individuals

Carol Pickup, South Island Health Coalition.  
Judith Cameron, Executive Director, Fairfield Activity Centre.  
Dale Perkins, Minister, United Church of Canada, Victoria  
Presbytery.  
Elfreda Schneider.  
Judith Johnson.

BC Medical Association  
Dr. Duncan Robertson, Geriatrics and Palliative Care.



## **APPENDIX IV: LIST OF WITNESSES**

---

### **June 9, 2008**

National Seniors Council  
Jean-Guy Soulière, Chair.

International Federation on Ageing  
Jane Barratt, Secretary General.

National Pensioners and Seniors Citizens Federation  
Joyce Mitchell, Treasurer.

### **First Session Thirty-ninth Parliament**

#### **November 27, 2006**

Statistics Canada  
Pamela White, Director, Demography Division;  
Laurent Martel, Analyst, Research and Analysis Section.

As an individual  
Byron Spencer, Professor, Economics, McMaster University.

National Aboriginal Health Organization  
Carole Lafontaine, Acting CEO;  
Mark Buell, Manager, Policy Communication Unit.

National Advisory Council on Aging  
Robert Dobie, Acting Chair;  
Margaret Gillis, Director, Division of Aging and Seniors, Centre for Healthy Human Development, Public Health Agency of Canada.

As an individual  
Douglas Durst, Professor, Faculty of Social Work, University of Regina.

#### **December 4, 2006**

Human Resources and Social Development Canada  
Peter Hicks, Executive Director, Strategic Analysis, Audit and Evaluation;  
John Connolly, Director, Partnerships Division, Community Development and Partnerships Directorate;

Marla Israel, Director, International Policy and Agreements,  
Seniors and Pensions Policy Secretariat.

Public Health Agency of Canada

Margaret Gillis, Director, Division of Aging and Seniors, Centre  
for Healthy Human Development.

Health Canada, First Nations and Inuit Health Branch

Leslie MacLean, Director General, Non-Insured Health Benefits;  
Shelagh Jane Woods, Director General, Primary Health Care and  
Public Health Directorate.

Indian and Northern Affairs Canada

Havelin Anand, Director General, Social Policy and Programs  
Branch.

Veterans Affairs Canada

Bryson Guptill, Director General, Program and Service Policy  
Division.

Canada Mortgage and Housing Corporation

Douglas Stewart, Vice President, Policy and Planning.

Treasury Board of Canada Secretariat

Dan Danagher, Executive Director, Labour Relations and  
Compensation Operations.

Public Service Human Resources Management Agency of Canada

Cecilia Muir, Director General, Public Service Renewal and  
Diversity.

### **December 11, 2006**

Canadian Association for the Fifty-plus, CARP

Judy Cutler, Director of Government Relations;  
Taylor Alexander, Consultant in Aging Policy and Continuing  
Care.

Royal Canadian Legion

Jack Frost, Dominion President;  
Pierre Allard, Director, Service Bureau.

International Federation on Ageing

Jane Barratt, Secretary General.

## **APPENDIX IV: LIST OF WITNESSES**

---

Canadian Institutes of Health Research

Anne Martin-Matthews, Scientific Director, Institute of Aging.

Canadian Association on Gerontology

Sandra P. Hirst, President.

National Initiative for the Care of the Elderly

Lynn McDonald, Scientific Director.

### **February 12, 2007**

Human Resources and Social Development Canada

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

### **February 19, 2007**

As individuals

Victor Marshall, Professor of Sociology, Institute on Aging, University of North Carolina.

Susan Kirkland, Professor, Canadian Longitudinal Study on Aging, Dalhousie University.

Policy Research Initiative

Terrence Hunsley, Senior Project Director.

Statistics Canada

Geoff Rowe, Senior Advisor – Microsimulation.

### **March 19, 2007**

As individuals

Jacques Légaré, Professor Emeritus of Demography, Université de Montréal.

Marchel Mérette, Associate Professor of Economics, University of Ottawa.

Neena L. Chappell, Canada Research Chair in Social Gerontology and Professor of Sociology, Centre on Aging, University of Victoria.

Gloria Gutman, Professor, Gerontology, Simon Fraser University, and Director, Dr. Tong Louie Living Laboratory.

**March 26, 2007**

Statistics Canada

Leroy Stone, Associate Director General, Unpaid Work Analysis;  
Danielle Zietsma, Senior Economist, Labour Statistics Division.

Conference Board of Canada

Paul Darby, Deputy Chief Economist.

Certified General Accountants Association of Canada

Rock Lefebvre, Vice-President, Research and Standards.

As individuals

Derwyn Sangster, former Director, Business, Canadian Labour  
and Business Centre.

Brigid Hayes, former Director, Labour, Canadian Labour and  
Business Centre.

Monica Townson, Economic Consultant.

**May 7, 2007**

International Federation on Ageing

Jane Barratt, Secretary General.

Organisation for Economic Co-operation and Development

Monika Queisser, Expert on Demographic Ageing, Employment,  
Labour and Social Affairs Directorate.

Healthy Ageing Project

Karin Berensson, Project Manager;

Barbro Westerholm, MP (Sweden) and participant of the Healthy  
Ageing project.

Active Living Coalition for Older Adults

Dianne Austin, National Executive Director.

Creative Retirement Manitoba

Marjorie Wood, Executive Manager.

International Council on Active Aging

Colin Milner, Chief Executive Officer.

## **APPENDIX IV: LIST OF WITNESSES**

---

### **May 14, 2007**

Assembly of First Nations

Elmer Courchene, Elder;

Richard Jock, Chief Executive Officer.

Métis National Council

Don Fiddler, Senior Policy Advisor.

Inuit Tapiriit Kanatami

Okalik, Eegeesiak, Director, Socio-Economic Development;

Jennifer Forsyth, Health Technical Advisor;

Maria Wilson, Project Coordinator.

Pauktuutit Inuit Women of Canada

Jennifer Dickson, Executive Director.

National Association of Native Friendship Centres

Peter Dinsdale, Executive Director;

Alfred Gay, Policy Analyst.

Aboriginal Seniors Resource Centre of Winnipeg

Thelma Meade, Executive Director.

### **May 28, 2007**

Alzheimer Society of Canada

Dale Goldhawk, Chairman of the Board;

Scott Dudgeon, Chief Executive Officer.

Advocacy Centre for the Elderly

Judith A. Wahl, Executive Director.

Canadian Coalition for Senior's Mental Health

Faith Malach, Executive Director.

Canadian Ethnocultural Council

Anna Chiappa, Executive Director.

Fédération des aînées et aînés francophones du Canada

Jean-Luc Racine, Executive Director.

Canadian Network for the Prevention of Elder Abuse

Alison Leaney, Chair of the Board;

Charmaine Spencer, Member of the Board.

**June 4, 2007**

The Honourable Marjory LeBreton, P.C., Leader of the Government in the Senate and Secretary of State (Seniors).

National Senior Council  
Jean-Guy Soulière, Chair.

Human Resources and Social Development Canada  
Susan Scotti, Senior Assistant Deputy Minister, Income Security and Social Development.

Conférence des Tables régionales de concertation des aînés du Québec  
Jean-Guy Saint-Gelais, Secretary and former Chair.

**June 11, 2007**

As an individual  
Janice M. Keefe, Canada Research Chair in Aging and Caregiving Policy and Director, Nova Scotia Centre on Aging, Mount Saint Vincent University.

Canadian Caregiver Coalition  
Palmier Stevenson-Young, President.

Group of IX  
Bernie LaRusic, Vice Chairperson.

As an individual  
Judy Lynn Richards, Assistant Professor, Department of Sociology and Anthropology, University of Prince Edward Island.

**June 18, 2007**

Canadian Hospice Palliative Care  
Sharon Baxter, Executive Director;  
Dr. Lawrence Librach, Vice-President.

Pallium Project  
Michael Aherne, Director, Initiative Development.

Canadian Home Care Association  
Nadine Henningsen, Executive Director.



## Appendix V: Costs: Community versus Facility

### Caregivers, and Total Societal Costs, for Community and Facility Clients<sup>236</sup>

|           | Care Levels<br>(based on<br>SMAF<br>Scores) | Costs to<br>Government | Other<br>Health<br>Related<br>Costs | Total Costs to<br>Government | Out of<br>Pocket<br>Expenses<br>for Clients<br>and/or<br>Caregivers | Imputed Caregiver Costs                 |                                             | Total Costs<br>to Clients<br>and/or<br>Caregivers | Total<br>Societal<br>Costs |
|-----------|---------------------------------------------|------------------------|-------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|
|           |                                             |                        |                                     |                              |                                                                     | Caregiver<br>Time at<br>Minimum<br>Wage | Caregiver<br>Time at<br>Replacement<br>Wage |                                                   |                            |
| Community | Level 1&2                                   | 3,800                  | 1,037                               | 4,837                        | 1,040                                                               | 3,703                                   | 13,371                                      | 14,411                                            | 19,248                     |
|           | Level 3                                     | 5,388                  | 743                                 | 5,905                        | 2,493                                                               | 5,000                                   | 17,701                                      | 20,194                                            | 26,099                     |
|           | Level 4                                     | 11,122                 | 1,661                               | 12,783                       | 1,915                                                               | 7,985                                   | 29,168                                      | 31,083                                            | 43,866                     |
|           | Level 5                                     | 14,120                 | 755                                 | 14,875                       | 3,848                                                               | 12,877                                  | 46,449                                      | 50,297                                            | 65,172                     |
|           | Level 6&Up                                  | 11,878                 | 2,702                               | 14,581                       | 1,289                                                               | 11,207                                  | 40,974                                      | 42,263                                            | 56,844                     |
|           | Overall<br>Average                          | 7,963                  | 1,209                               | 9,104                        | 2,144                                                               | 7,134                                   | 25,760                                      | 27,904                                            | 37,008                     |
| Facility  | Level 4                                     | 62,576                 | 432                                 | 63,008                       | 12,443                                                              | 3,400                                   | 11,796                                      | 24,239                                            | 87,247                     |
|           | Level 5                                     | 62,576                 | 5,099                               | 67,675                       | 14,536                                                              | 2,620                                   | 9,081                                       | 23,617                                            | 91,292                     |
|           | Level 6                                     | 62,576                 | 2,018                               | 64,594                       | 12,630                                                              | 3,347                                   | 11,833                                      | 24,463                                            | 89,057                     |
|           | Level 7                                     | 62,576                 | 2,235                               | 64,811                       | 11,726                                                              | 3,495                                   | 12,249                                      | 23,975                                            | 88,786                     |
|           | Level 8                                     | 62,576                 | 2,720                               | 65,296                       | 12,731                                                              | 1,812                                   | 6,322                                       | 19,053                                            | 84,349                     |
|           | Level 9                                     | 62,576                 | 1,627                               | 64,203                       | 11,395                                                              | 2,196                                   | 7,725                                       | 19,120                                            | 83,323                     |
|           | Overall<br>Average                          | 62,576                 | 2,599                               | 65,175                       | 12,495                                                              | 2,772                                   | 9,706                                       | 22,201                                            | 87,376                     |

<sup>236</sup> Miller, Jo Ann, Marcus Hollander, Margaret MacAdam The Continuing Care Research Project for Canada and the Government of Ontario: Synthesis Report April 2008, p. 29.







Comité sénatorial spécial  
sur le vieillissement  
Rapport final

**Le vieillissement  
de la population,  
un phénomène à valoriser**

L'honorable Sharon Carstairs, C.P., présidente  
L'honorable Wilbert Joseph Keon, vice-président

Avril 2009

Nous dédions notre rapport aux personnes âgées, que notre société, occupée à absorber des transformations sociétales considérables, a trop longtemps négligées.

Nous le dédions aux aînés qui continuent d'espérer couler leurs vieux jours dans un monde meilleur.

Nous le dédions aux personnes âgées, aux personnes qui défendent leurs intérêts, aux aidants, aux travailleurs de la santé, aux universitaires et aux autres spécialistes de la question, bref, à tous ceux qui d'une manière ou d'une autre, travaillent d'arrache-pied à l'instauration de ce monde meilleur et qui ont si généreusement fait profiter le Comité de leur passion.

Pour plus d'information, prière de communiquer avec nous  
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 : Comité sénatorial spécial sur le vieillissement  
Sénat, Ottawa (Ontario), Canada, K1A 0A4  
Le 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

|                                                                                                                                                  |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>MEMBRES .....</b>                                                                                                                             | <b>V</b>   |
| <b>ORDRE DE RENVOI .....</b>                                                                                                                     | <b>VII</b> |
| <b>MOT DE LA PRÉSIDENTE .....</b>                                                                                                                | <b>IX</b>  |
| <b>AVANT-PROPOS .....</b>                                                                                                                        | <b>1</b>   |
| UN MOT SUR LES DÉFINITIONS .....                                                                                                                 | 2          |
| <b>NOTRE VISION DES CHOSES .....</b>                                                                                                             | <b>5</b>   |
| CE QUE LE COMITE A APPRIS .....                                                                                                                  | 5          |
| COMMENT ACTUALISER NOTRE VISION DES CHOSES .....                                                                                                 | 10         |
| <b>CHAPITRE 1 : CONTRER L'ÂGISME .....</b>                                                                                                       | <b>13</b>  |
| 1.1 QU'EST-CE QUE L'ÂGISME? .....                                                                                                                | 14         |
| 1.2 ÉTABLIR UNE VISION POSITIVE DU VIEILLISSEMENT .....                                                                                          | 16         |
| 1.3 LA COMPÉTENCE .....                                                                                                                          | 19         |
| 1.4 LA COMPÉTENCE AU VOLANT : PAS SEULEMENT UNE<br>QUESTION D'ÂGE .....                                                                          | 22         |
| 1.5 LA COMPÉTENCE AU TRAVAIL .....                                                                                                               | 26         |
| 1.6 MAUVAIS TRAITEMENTS ET NÉGLIGENCE .....                                                                                                      | 27         |
| <b>CHAPITRE 2 : INTEGRATION DES SOINS.....</b>                                                                                                   | <b>37</b>  |
| 2.1 VERS DES SOINS INTEGRES .....                                                                                                                | 38         |
| 2.2 DISPOSITIFS DE SOINS ET DE SERVICES A OFFRIR AUX<br>AINES QUI VEULENT CHOISIR LEUR LIEU DE RESIDENCE .....                                   | 45         |
| <b>CHAPITRE 3 : ACCÈS COMPARABLE AUX SERVICES<br/>D'UN BOUT À L'AUTRE DU PAYS.....</b>                                                           | <b>69</b>  |
| 3.1 LES AÎNÉS ET LES COÛTS DES SOINS DE SANTÉ .....                                                                                              | 69         |
| 3.2 LES ACTIVITÉS DE PROMOTION DE LA SANTÉ PEUVENT<br>CONTRIBUER À RÉDUIRE LES COÛTS DES SOINS DE<br>SANTÉ .....                                 | 71         |
| 3.3 PRÉVISIONS DÉMOGRAPHIQUES POUR LES PROVINCES<br>ET TERRITOIRES .....                                                                         | 74         |
| 3.4 UN PROGRAMME SUPPLEMENTAIRE POUR COMPENSER LE<br>VIEILLISSEMENT INEGAL DE LA POPULATION D'UNE<br>PROVINCE ET D'UN TERRITOIRE A L'AUTRE ..... | 75         |
| 3.5 ACCÈS COMPARABLE AUX MÉDICAMENTS : UN<br>FORMULAIRE NATIONAL .....                                                                           | 76         |

|                                                                                                            |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>CHAPITRE 4 : VIEILLISSEMENT ACTIF DANS DES VILLES ET DES COLLECTIVITÉS RURALES AMIES DES AÎNÉS.....</b> | <b>81</b>  |
| 4.1 VIEILLISSEMENT ACTIF.....                                                                              | 81         |
| 4.2 VILLES ET COLLECTIVITÉS RURALES AMIES DES AÎNÉS.....                                                   | 92         |
| 4.3 CONCEPTION UNIVERSELLE.....                                                                            | 96         |
| 4.4 TRANSPORT .....                                                                                        | 98         |
| <b>CHAPITRE 5 : ÉLIMINATION DE LA PAUVRETÉ.....</b>                                                        | <b>101</b> |
| 5.1 PENSIONS .....                                                                                         | 103        |
| 5.2 ÉPARGNE .....                                                                                          | 107        |
| 5.3 SÉCURITÉ DE LA VIEILLESSE ET SUPPLÉMENT DE REVENU GARANTI .....                                        | 108        |
| 5.4 REVENU D'EMPLOI .....                                                                                  | 115        |
| 5.5 LE SYSTEME DE SECURITE DU REVENU .....                                                                 | 122        |
| <b>CHAPITRE 6 : SOUTIEN DES AIDANTS NATURELS .....</b>                                                     | <b>127</b> |
| 6.1 SOUTIEN GOUVERNEMENTAL DES AIDANTS .....                                                               | 129        |
| 6.2 UNE STRATEGIE NATIONALE POUR LES AIDANTS NATURELS .....                                                | 139        |
| <b>CHAPITRE 7 : SOUTIEN DU SECTEUR BÉNÉVOLE .....</b>                                                      | <b>143</b> |
| 7.1 LES AÎNÉS ET LE SECTEUR BÉNÉVOLE .....                                                                 | 143        |
| 7.2 LE PROGRAMME NOUVEAUX HORIZONS POUR LES AÎNÉS .....                                                    | 149        |
| <b>CHAPITRE 8 : LES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.....</b>                              | <b>151</b> |
| 8.1 POUR LA FORMATION DE PLUS DE GERONTOLOGUES ET DE GERIATRES .....                                       | 154        |
| 8.2 ADAPTATION DE LA FORMATION À UNE POPULATION VIEILLISSANTE.....                                         | 160        |
| 8.3 FORMATION DES TRAVAILLEURS EN SOINS À DOMICILE ET EN SOUTIEN PERSONNEL .....                           | 162        |
| <b>CHAPITRE 9 : SAVOIR EXPLOITER LA RECHERCHE ET LES TECHNOLOGIES MODERNES.....</b>                        | <b>169</b> |
| 9.1 LA RECHERCHE SUR LE VIEILLISSEMENT .....                                                               | 169        |
| 9.2 TÉLÉMÉDECINE ET TÉLÉSOINS À DOMICILE .....                                                             | 172        |
| 9.3 LE DOSSIER DE SANTÉ ÉLECTRONIQUE.....                                                                  | 176        |

|                                                                                                                    |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>CHAPITRE 10 : GROUPES DEMOGRAPHIQUES<br/>RELEVANT DU GOUVERNEMENT FEDERAL – LA<br/>VALEUR DE L'EXEMPLE.....</b> | <b>179</b> |
| 10.1 LE LEADERSHIP DIRECT DU GOUVERNEMENT FEDERAL .....                                                            | 179        |
| 10.2 LES ANCIENS COMBATTANTS .....                                                                                 | 180        |
| 10.3 LES PREMIERES NATIONS ET LES INUITS .....                                                                     | 186        |
| 10.4 LES DETENUS SOUS RESPONSABILITE FEDERALE .....                                                                | 194        |
| 10.5 LEADERSHIP NATIONAL ET RESPONSABILITE<br>INDIRECTE .....                                                      | 199        |
| 10.6 LES PERSONNES AGEES DES COMMUNAUTES<br>MINORITAIRES DE LANGUE OFFICIELLE.....                                 | 199        |
| 10.7 LES AUTOCHTONES AGES .....                                                                                    | 204        |
| 10.8 LE GOUVERNEMENT DU CANADA ASSUME UN<br>LEADERSHIP .....                                                       | 208        |
| <b>ANNEXE I : LISTE DES RECOMMANDATIONS<br/>CADRES .....</b>                                                       | <b>211</b> |
| <b>ANNEXE II : LISTE COMPLETE DES<br/>RECOMMANDATIONS .....</b>                                                    | <b>221</b> |
| <b>ANNEXE III : FEUILLE DE ROUTE DES DISPOSITIFS<br/>FONDAMENTAUX DES VILLES AMIES DES<br/>AINES .....</b>         | <b>229</b> |
| <b>ANNEXE IV : LISTE DES TÉMOINS .....</b>                                                                         | <b>233</b> |
| <b>DEUXIÈME SESSION DE LA TRENTE-NEUVIÈME<br/>LÉGISLATURE .....</b>                                                | <b>233</b> |
| <b>LISTE DES TÉMOINS : PREMIÈRE SESSION DE LA<br/>TRENTE-NEUVIÈME LÉGISLATURE .....</b>                            | <b>244</b> |
| <b>ANNEXE V : COUTS DES SOINS EN MILIEU<br/>COMMUNAUTAIRE ET EN ETABLISSEMENT .....</b>                            | <b>251</b> |



## **Membres**

L'honorable Sharon Carstairs, C.P., présidente  
L'honorable Wilbert Joseph Keon, vice-président

et

Les honorables sénateurs :

Maria Chaput  
Anne C. Cools  
Jane Cordy  
Terry M. Mercer  
Terry Stratton

Membres d'office du Comité :

L'honorable James Cowan (ou Claudette Tardif) et  
Marjory LeBreton, C.P., (ou Gérald Comeau)

Analystes du Service d'information et de recherche parlementaires de  
la Bibliothèque du Parlement :

Julie Cool  
Havi Echenberg  
Nancy Miller Chenier  
Michael Toye  
Karin Phillips

Direction des comités du Sénat :

Keli Hogan, greffière du comité  
Monique Régimbald, adjointe administrative

Personnel de recherche :

Michelle MacDonald, conseillère spéciale du Comité





## **Ordre de renvoi**

Extrait des *Journaux du Sénat* du mardi 10 février 2009 :

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur Carstairs, C.P., appuyée par l'honorable sénateur Hubley,

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'article 85(1)b) du Règlement, le comité soit composé de sept membres, à savoir les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Chaput, Cools, Cordy, Keon, Mercer et Stratton, 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; et
- 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;

## ORDRE DE RENVOI

---

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;

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 autorisé à permettre aux médias d'information électroniques de diffuser ses délibérations publiques en dérangeant le moins possible ses audiences;

Que, conformément à l'article 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 les documents reçus, les témoignages entendus, et les travaux accomplis par le comité sur ce sujet au cours de la première et de la deuxième sessions de la trente-neuvième législature soient renvoyés au comité; et

Que le comité présente son rapport final au plus tard le 30 avril 2009, et qu'il conserve tous les pouvoirs nécessaires pour diffuser ses conclusions dans les 90 jours suivant le dépôt du rapport final.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

*Le Greffier du Sénat*

Paul C. Bélisle

## **Mot de la présidente**

Le Comité a été constitué initialement à l'automne 2006, mais il y a eu ensuite deux prorogations et une élection en deux ans et demi, de sorte que le Sénat a dû chaque fois le reconstituer et lui donner un nouvel ordre de renvoi.

Le Comité a travaillé assidument pendant de nombreux mois et a eu besoin, pour faire avancer ses travaux et ses rapports, des services d'un grand nombre de personnes, responsables de la procédure, attachés de recherche, agents administratifs, réviseurs, sténographes, interprètes, traducteurs, messagers, personnel des services de publication, de radiodiffusion et d'impression, techniciens et agents de logistique. Je tiens à leur dire toute ma reconnaissance pour leur efficacité et leur ardeur au travail, en mon nom propre et au nom de mes collègues du Comité.

Je tiens à souligner en particulier l'apport de Julie Cool, analyste du Service d'information et de recherche parlementaires, qui a dirigé les travaux de recherche durant chaque stade des travaux du Comité.

Le Comité a aussi pu compter successivement sur deux greffiers d'une grande compétence, François Michaud et Keli Hogan, qui, avec leur adjointe administrative Monique Régimbald, se sont chargés d'organiser toutes les réunions, d'établir le calendrier d'audition des témoins, de superviser la traduction et l'impression de tous les rapports, de répondre aux demandes d'information sur les travaux du Comité et d'envoyer sur demande des exemplaires de ses rapports.

Je veux aussi remercier Michelle MacDonald, conseillère spéciale du Comité, pour l'aide précieuse qu'elle nous a apportée tout au long de nos travaux.

Karen Schwinghamer, conseillère principale en communications du Sénat, nous a aussi grandement rendu service en aidant à faire connaître les travaux du Comité.

Cependant, je dois plus que tout souligner avec reconnaissance le dévouement et l'enthousiasme des personnes qui travaillent avec les personnes âgées et qui ont bien voulu nous raconter leur réalité. Dans notre quête d'une nouvelle vision du défi que présente le vieillissement de la population, nous devons tirer les leçons de leur expérience, exploiter nos succès, accepter de nous donner une autre façon de penser et saisir

## **MOT DE LA PRÉSIDENTE**

---

les occasions de collaboration pour rendre notre société encore meilleure et plus inclusive.

*La présidente du Comité,*  
Sharon Carstairs, C.P.

## Avant-propos

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement a été constitué en novembre 2006 pour étudier une multitude de questions complexes et déterminer si le Canada offre les bons programmes et services au bon moment aux personnes qui en ont besoin.

Le Comité s'est penché sur les programmes et services publics destinés aux aînés, a repéré les besoins qui restent à combler et a examiné les effets du vieillissement de la population sur la prestation des services.

En février 2007, le Comité a rendu public un rapport provisoire, *Relever le défi du vieillissement*, qui résume les témoignages entendus dans la première phase de l'étude. Ce rapport définit les grandes questions en jeu, organisées autour de quatre thèmes : la définition des aînés; la diversité de la population des aînés et de ses besoins; les approches stratégiques prometteuses; le rôle du gouvernement fédéral.

Se servant de ces thèmes pour structurer ses travaux, le Comité a entrepris un examen plus approfondi des questions en jeu dans la deuxième phase de son étude, notamment par une série d'audiences et au moyen d'un questionnaire envoyé aux organismes d'aînés de différentes régions du pays pour connaître leur avis sur des sujets qui leur tiennent à cœur.

En mars 2008, le Comité a rendu public un deuxième rapport provisoire, *Une population vieillissante : enjeux et options*. Il y dégage les enjeux clés de la politique gouvernementale relative au vieillissement de la population et présente une série d'options pour y donner suite.

À compter de mars 2008, le Comité a réalisé la troisième et dernière phase de son étude en invitant des experts à témoigner et en parcourant le Canada pour entendre les vues des Canadiens sur les enjeux et les options définis dans le deuxième rapport provisoire.

Les membres du Comité se sont rendus à Halifax (Nouvelle-Écosse), à Moncton (Nouveau-Brunswick), à Sherbrooke (Québec), à Welland (Ontario), à Ste. Anne et dans la communauté des Premières nations Sagkeeng (Manitoba), ainsi qu'à Vancouver et à Victoria

(Colombie-Britannique). Ils sont allés dans les lieux de rencontre des aînés et les ont écoutés raconter leur histoire personnelle.

Dans ce rapport final, nous présentons notre vision des choses pour aider le gouvernement, les organisations et les particuliers à relever les défis du vieillissement de la population.

Le présent rapport contient des recommandations dans le sens le plus large du terme. Le Comité est une émanation du Sénat et est donc d'abord et avant tout un instrument du gouvernement fédéral. Strictement parlant, il ne peut adresser de recommandations qu'au Sénat.

Cependant, soucieux de faire profiter le plus grand nombre possible de l'expérience et du savoir des témoins qu'il a entendus, le Comité a intégré à son rapport des recommandations qui reflètent un consensus de ses membres quant à une démarche ou une idée qui sont ressorties de ses délibérations bien qu'elles relèvent en fait d'autres ordres de gouvernement ou concernent le secteur privé ou celui du bénévolat.

Il espère ainsi informer et susciter des initiatives à tous les paliers et dans tous les secteurs de la société.

## Un mot sur les définitions

La population vieillit, comme l'attestent les données démographiques. L'espérance de vie s'allonge.

Statistique Canada en a fourni une illustration chiffrée récemment, signalant que le nombre de centenaires avait augmenté de moitié entre 1996 et 2006, et qu'il allait tripler pour passer à plus de 14 000 d'ici 2031. La nouvelle a fait la manchette.

Par contre, les Canadiens ont moins d'enfants qu'avant, ce qui bouleverse les proportions relatives habituelles de jeunes et de vieux. Si l'on ajoute à cela le fait que la génération du baby-boom arrive à l'âge de la retraite, le constat est sans équivoque – la population canadienne vieillit.

Si vieillir signifie cesser tout travail rémunéré et entrer dans une période de déclin physique, d'inactivité et de dépendance, alors nous

risquons de nous retrouver avec une crise sur les bras. Mais les personnes âgées d'aujourd'hui sont en train de redéfinir ce que c'est que de vieillir et de dissiper progressivement les stéréotypes en trouvant une nouvelle façon, plus stimulante, de vivre vieux.

Il ne fait pratiquement pas de doute que la génération du baby-boom va complètement transformer la réalité et, partant, le concept, du vieillissement. Cela pose un problème dans un rapport comme le nôtre : qu'entendons-nous exactement par « vieillissement » et « personnes âgées »?

Dans tout le rapport, les termes « aînés » et « personnes âgées » sont interchangeables. Certains analystes établissent des catégories plus fines, parlant de « troisième, quatrième et cinquième âge », certains allant même à associer des tranches d'âge précises à chacune de ces catégories.

Dans son premier rapport, le Comité avait longuement parlé de la définition de ce qu'on entend par « aîné », se demandant si l'âge doit définir l'admissibilité à certains programmes et si la définition actuelle de personne âgée, c'est-à-dire toute personne de plus de 65 ans, sert encore les intérêts des aînés, des employeurs et du reste de la société.

En dernière analyse, nous laissons au lecteur le soin de décider ce qu'il entend par « personne âgée ». Il y a autant de façons de vieillir qu'il y a de personnes vieillissantes.

Le terme aîné convient tout à fait à certaines personnes dans la soixantaine; heureuses de leur statut, elles peuvent y voir la consécration de la sagesse que procure l'expérience ou le signe d'une retraite bien méritée après une vie de travail.

D'autres en revanche se hérissent devant cette étiquette et les images qui y sont associées.

Nous emploierons donc les termes « aîné » et « personne âgée » au sens large, en laissant au lecteur le soin de décider s'il se sent concerné.

Comme nous le verrons dans le prochain chapitre, nous voulons à tout prix éviter de tomber dans le piège de l'âgisme, où des personnes sont définies par leur seul âge. En conséquence, aux endroits appropriés, nous définirons plus précisément les groupes dont



nous parlons, comme les « personnes admissibles à la retraite », les « retraités » et les « résidents d'établissements de soins de longue durée ».

Nous faisons une place particulière dans notre rapport aux personnes âgées en perte d'autonomie, ou aînés fragiles ou aînés du cinquième âge, parce que les témoignages dont nous avons été saisis montrent qu'elles ont des problèmes particuliers alarmants.

L'emploi de certains de ces qualificatifs comme « fragiles » ou « en perte d'autonomie » présente un risque dans la mesure où il pourrait donner à entendre qu'il existe un groupe défini essentiellement par sa fragilité.

Nous tenons à affirmer que les plus fragiles d'entre nous sont bien plus que la somme de leurs incapacités et qu'ils ont un apport certain à la société, non seulement en raison de leurs réalisations passées, mais aussi dans la dignité de ce qu'ils sont maintenant devenus.

Nous employons ces qualificatifs dans l'espoir qu'un langage commun permettra aux personnes âgées, aux aidants naturels, aux praticiens, aux décideurs et aux politiques de proposer hardiment, à l'intention des plus âgés parmi nous, des changements respectueux de la dignité de la personne humaine.

## Notre vision des choses

Le Comité a reçu un vaste mandat : examiner les programmes et services publics destinés aux personnes âgées, identifier les lacunes et formuler des recommandations en vue d'y remédier.

L'adaptation au vieillissement de la population dépasse de loin les limites des attributions du gouvernement fédéral telles qu'elles sont définies dans la Constitution. Le problème concerne tout le monde, particuliers, provinces, territoires et municipalités, entreprises, petites et grandes, organisations bénévoles et ONG.

Le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer dans l'adaptation au vieillissement de la population. Le Comité estime qu'il a en fait trois fonctions principales :

- diriger et coordonner les démarches multigouvernementales conçues pour répondre aux besoins d'une population vieillissante;
- soutenir la recherche, l'éducation et la dissémination des connaissances et des pratiques exemplaires ;
- offrir des services directs aux populations qui relèvent de lui.

Le défi à relever pour répondre au vieillissement de la population exigera participation et coopération à tous les niveaux et dans tous les secteurs de la société.

## Ce que le Comité a appris

Nous nous réjouissons devant la progression de l'espérance de vie. Nous nous intéressons beaucoup à l'allongement de la durée de vie. La croissance exponentielle de la population âgée fait la manchette.

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement a cependant découvert un tout autre aspect de la question lorsqu'il s'est déplacé d'un océan à l'autre pour entendre les aînés. Partout on tient à

rappeler que les personnes âgées sont des citoyens actifs et intéressés et qu'elles veulent être considérées comme tels, on revendique pour les aînés le droit de vivre où bon leur semble dans les conditions de leur choix, on insiste sur l'importance de penser au moins autant à insuffler de la vie dans les années de vieillesse qu'à rallonger la vie.

D'abord et avant tout, on fait valoir que le vieillissement de la population représente en fait un atout pour le Canada.

Le Comité voit dans le vieillissement de notre population un phénomène qui se passe bien, mais il a néanmoins constaté l'existence de lacunes dans les programmes et services qu'il importe de combler.

### **Le Comité a appris...**

**que les personnes âgées sont souvent injustement privées de leurs droits.**

Pour valoriser le vieillissement, nous devons d'abord et avant tout prendre conscience des stéréotypes associés à la vieillesse et de la manière dont ils brident la vie des aînés.

L'âgisme n'a pas sa place dans un pays progressiste comme le Canada. Chacun peut bien plus qu'il ne le croit.

De nos jours, il y a des personnes âgées qui courent des marathons, qui surmontent finalement le déficit de toute une vie ou qui font d'innombrables heures de bénévolat. Seulement, les stéréotypes ont la vie dure, et trop de personnes âgées mènent des vies étriquées, limitées par un « âgisme internalisé » et par d'autres formes d'âgisme déclaré.

L'âgisme est insidieux et envahissant. Dans une société axée sur les jeunes, il faudra une vigoureuse campagne de relations publiques pour renverser l'opinion et faire respecter pleinement les droits des personnes âgées.

Il faudra un effort concerté pour faire en sorte que l'on suive des règles très strictes avant de rendre des décisions en matière de compétence qui peuvent priver les personnes âgées de leur dignité en leur enlevant leur libre arbitre, jusque dans les détails les plus intimes de leur vie.

### **Le Comité a appris...**

**qu'on prend parfois des décisions aberrantes faute d'offrir les bons services au bon moment.**

Pour valoriser le vieillissement, il faudra, en matière de santé, permettre un déplacement de ressources du système de soins aigus vers un système intégré de soins de degrés progressifs permettant aux personnes âgées de vivre où elles l'entendent tout en bénéficiant des services voulus en temps opportun.

### **Le Comité a appris...**

**que, les populations des provinces ne vieillissant pas toutes au même rythme, il est difficile d'offrir partout le même éventail de services.**

Pour valoriser le vieillissement, il faudra voir à ce que les services sociaux et les services de santé soient uniformes dans l'ensemble du pays et veiller à ce que les gouvernements et les fournisseurs de services des régions dont la population vieillit relativement rapidement aient les moyens d'offrir une palette de services suffisante.

### **Le Comité a appris...**

**que, en raison d'un manque de logements et de services de transport appropriés, certaines personnes âgées sont isolées ou vivent dans des logements mal adaptés à leurs besoins.**

Pour valoriser le vieillissement, il faudra faire des villes et des collectivités rurales et du nord des endroits amis des aînés, y aménager des lieux propices à une vieillesse active et supprimer toutes les barrières structurelles gênantes pour les personnes âgées de manière à répondre aux besoins des personnes de tous âges.

### **Le Comité a appris...**

**que les mesures de soutien du revenu ne permettent pas de répondre aux besoins fondamentaux des personnes âgées les plus pauvres.**

Pour valoriser le vieillissement, nous devons prendre acte des grandes disparités de revenu et de fortune parmi les personnes âgées et admettre que la pension de Sécurité de la vieillesse et le Supplément de revenu garanti fournissent un revenu de base qui demeure inférieur au seuil de pauvreté<sup>1</sup>. Personne ne devrait être condamné à vieillir dans la pauvreté.

### **Le Comité a appris...**

**que les mesures de soutien des aidants naturels sont insuffisantes et que les gens doivent parfois choisir entre conserver leur emploi ou s'occuper de leurs proches.**

Pour valoriser le vieillissement, nous devons apprendre à estimer à leur juste valeur les soins et services que les gens dispensent aux membres de leur famille et à leurs amis. À l'instar des autres groupes, les aînés reçoivent et donnent à ce chapitre. Nous avons tout intérêt à offrir des mesures d'appui aux personnes qui prennent soin des êtres qui leur sont chers.

### **Le Comité a appris...**

**que le secteur bénévole et communautaire, pourtant critique pour soutenir une population vieillissante, pâtit du vieillissement des bénévoles eux-mêmes.**

Pour valoriser le vieillissement, nous devons apprendre à apprécier l'apport inestimable des bénévoles. Avec une préparation adaptée, les retraités ont beaucoup à donner à la société du fait de leur expérience et de la quantité de connaissances qu'ils ont accumulées. Parallèlement, certaines personnes âgées dépendent des bénévoles grâce auxquels elles bénéficient de programmes et services indispensables. Nous avons besoin d'un secteur bénévole et communautaire vigoureux pour répondre aux besoins de la population vieillissante.

---

<sup>1</sup> Statistique Canada ne calcule pas de seuils de pauvreté proprement dits, mais des seuils de faible revenu, dont de nombreuses organisations se servent comme substitut. Le seuil de faible revenu permet de distinguer les personnes qui consacrent une part disproportionnée de leur revenu aux nécessités de base comme le logement, l'alimentation et l'habillement. Les deux termes, seuil de pauvreté et seuil de faible revenu, sont utilisés de manière interchangeable dans le présent rapport.

### **Le Comité a appris...**

**que le Canada va manquer de ressources humaines dans les domaines de la santé et des services sociaux du fait que les médecins, les infirmières et les travailleurs sociaux eux aussi vieillissent.**

Pour valoriser le vieillissement, il faudra remédier aux pénuries de main-d'œuvre dans les secteurs de la santé et des services sociaux. Nous avons besoin de travailleurs informés, capables de déterminer les éléments d'un vieillissement sain et d'offrir des services de qualité, et cela exige des études et de la formation.

### **Le Comité a appris...**

**que la technologie moderne offre de nouvelles manières d'assurer la prestation des soins.**

Pour valoriser le vieillissement à l'ère moderne, il faudra innover et exploiter judicieusement les technologies de pointe pour permettre aux personnes âgées de vivre là où elles le souhaitent. La technologie peut par exemple rapprocher les spécialistes, le plus souvent installés dans les villes, des personnes âgées qui vivent dans des collectivités rurales ou éloignées. Elle permet aussi facilement de suivre l'état des malades chroniques dans le confort de leur foyer.

### **Le Comité a appris...**

**que le gouvernement du Canada s'illustre sur certains plans mais laisse à désirer sur d'autres pour ce qui est du soin des personnes âgées qui relèvent de sa compétence.**

Il faut valoriser le vieillissement aussi dans les groupes démographiques qui relèvent directement du gouvernement fédéral, donc dans l'administration fédérale, ainsi que chez les anciens combattants et les détenus des établissements correctionnels fédéraux. La responsabilité fiduciaire du gouvernement fédéral envers les collectivités des Premières nations et des Inuits est tout aussi importante, et les ressources que le gouvernement fédéral met à la disposition de celles-ci doivent permettre d'offrir un niveau de soins au moins équivalent à celui qu'on offre ailleurs.

### Comment actualiser notre vision des choses

Le vieillissement de la population va transformer la manière dont nous faisons les choses. Nous pouvons subir ce changement passivement ou prendre les devants et nous y préparer activement.

D'après nous, tous les ordres de gouvernement devront collaborer avec le secteur privé et avec le secteur bénévole et communautaire pour susciter un changement propre à aboutir à une société exempte d'âgisme, où les personnes âgées peuvent bénéficier des aides et services dont elles ont besoin quand elles en ont besoin, où pas une personne âgée ne vit dans la pauvreté et où il y a suffisamment de services de soutien pour que les gens puissent vieillir là où ils le souhaitent.

Certaines recommandations revêtent une importance primordiale et nous paraissent essentielles à l'actualisation de notre volonté de saisir l'occasion que nous offre le vieillissement de la population pour bâtir une société meilleure et plus inclusive. Ces recommandations constituent le cadre dans lequel s'inscrit la vision des choses du Comité.

Nous recommandons que le gouvernement fédéral :

- **intervienne dès maintenant pour promouvoir un vieillissement actif et en bonne santé et pour combattre l'âgisme;**
- **dirige et coordonne l'adoption de mesures comme une initiative nationale pour des soins intégrés, une stratégie nationale sur les aidants naturels, un programme national d'assurance-médicaments, et un transfert fédéral pour répondre aux besoins des provinces où la proportion des aînés est le plus grande;**
- **veille à la sécurité financière des Canadiens en répondant aux besoins des travailleurs âgés et par une réforme des pensions et des programmes de sécurité du revenu;**
- **prenne les mesures voulues pour que plus de Canadiens puissent vieillir là où ils le souhaitent,**

**notamment en assurant une offre de services de transport et de logement adéquats et en veillant à l'intégration des services de santé et des services sociaux;**

- **intervienne sans tarder pour mettre en oeuvre les changements voulus à l'intention des populations qui relèvent directement de lui et à l'égard des engagements du Canada relativement aux langues officielles.**

Le rapport contient d'autres recommandations qui viennent étoffer ce cadre de base et en préciser la mise en oeuvre. On trouvera la liste complète des recommandations à la page 221.





## **Chapitre 1 : Contrer l'âgisme**

Si le Comité avait entrepris une étude sur les Canadiens de tous âges, qu'aurait-il conclu? Que certains sont bien nantis et que d'autres vivent en marge. Que certains vivent ici depuis des générations alors que d'autres viennent tout juste de s'établir dans notre pays. Le Comité aurait certainement pu conclure que la vie de la plupart des adolescents est bien différente de celle du trentenaire moyen, même si la différence d'âge n'est pas très élevée. Rédiger un rapport qui illustre toutes les réalités des Canadiens aurait probablement été impossible.

En novembre 2006, le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement a été chargé « d'examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne ». Dans son premier rapport provisoire, présenté en 2007, le Comité a ciblé les questions de fond, y compris la définition des « aînés ». Le Comité a établi les catégories des troisième, quatrième et cinquième âges, des catégories mentionnées fréquemment pendant les témoignages. Mais est-ce que ces catégories rendent vraiment justice à la diversité des aînés?

Ayant rencontré des aînés de partout au Canada, le Comité peut affirmer sans contredit que les aînés forment une population des plus diverses. S'attarder uniquement au cinquième âge laisserait dans l'ombre la majorité des personnes âgées de plus de 65 ans qui continuent de mener une vie active et saine. Et mettre uniquement l'accent sur la fragilité des personnes du cinquième âge ferait oublier les forces des membres de ce groupe.

Il y a visiblement beaucoup plus de différences que de ressemblances dans le large éventail des personnes de plus de 65 ans. Comment donc rédiger un rapport sur le vieillissement? Quel est le lien qui unit les vies de personnes aussi diverses?

Les aînés sont unis avant tout par leur appartenance à un groupe d'âge qui les définit comme étant des personnes âgées. Cette classification est en grande partie responsable du rôle que la société attend d'eux. Trop souvent, le qualificatif de « personne âgée » limite ouvertement ou subtilement leurs possibilités. C'est l'âgisme.

### 1.1 Qu'est-ce que l'âgisme?

Avec le vieillissement de la population au Canada, ma première recommandation est que le gouvernement fédéral reconnaisse un autre « isme », soit l'âgisme.

Laura Watts, directrice nationale du Canadian Centre for Elder Law Studies,  
*Témoignages*, 28 janvier 2008

L'âgisme peut être une forme de pure discrimination qui prive des personnes de la place qui leur revient de droit dans la société au seul motif de leur âge. Mais l'âgisme peut aussi être nuancé. Il peut être imposé de l'extérieur aux aînés, par des règlements et des politiques, et il peut aussi être auto-imposé, par exemple quand des gens s'efforcent de se conformer aux attentes de la société en limitant d'eux-mêmes leurs propres possibilités.

L'âgisme est une forme de discrimination fondée sur l'âge :

---

[...] l'âgisme que l'on s'impose, [c'est] quand on dit « je ne peux pas faire cela à mon âge ». Pour de nombreux aînés, la définition personnelle de ce qu'ils sont « capables de faire » est peut-être l'un des obstacles les plus difficiles à surmonter.

- où l'on applique des idées préconçues quant aux capacités de la personne âgée;
- où l'on prive la personne âgée du droit de décider pour elle-même;
- où l'on fait fi des souhaits connus de la personne âgée;
- où l'on traite la personne âgée comme un enfant<sup>2</sup>.

Elaine Gallagher,  
Centre on Aging, Université  
de Victoria

---

Selon certains, une « société axée sur la jeunesse manque de représentations positives de la vieillesse et est portée à nier le processus de vieillissement, qui doit être évité à tout prix et dissimulé. Par contre, une société qui valorise la contribution et la sagesse de ses aînés accorde plus facilement aux personnes âgées le droit de prendre leurs propres décisions<sup>3</sup>. »

---

<sup>2</sup> Butler, R., *Why Survive: Being Old in America*, Philadelphie, Harper & Row, 1975, cité dans Réseau ontarien de prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées, *Stopper la violence. Restaurer le respect. Réponse au rapport provisoire du Sénat - Une population vieillissante : enjeux et options*, 9 mai 2008, annexe A.

De nombreux pays s'intéressent au phénomène de l'âgisme. Des mouvements sociaux de lutte contre l'âgisme ont vu le jour en Europe, au Japon et en Australie. Le Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement de 2002 présente les personnes âgées sous un jour favorable.

### **Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement, 2002**

Tout au long de l'histoire, on a traditionnellement respecté les personnes âgées en leur reconnaissant l'autorité, la sagesse, la dignité et la réserve que donne l'expérience de toute une vie. Ces valeurs sont souvent négligées dans certaines sociétés et les personnes âgées sont présentées de façon exagérée comme étant un fardeau pour l'économie du fait de leurs besoins croissants en soins de santé et en programmes de soutien. Bien qu'il soit normal que les personnes âgées se soucient de plus en plus de vieillir en bonne santé, le rappel répétitif sur la place publique de l'ampleur et des coûts des soins de santé, des retraites et autres services a parfois donné naissance à une image négative du vieillissement. Il faut combattre cette image si l'on veut présenter au public les personnes âgées sous un autre jour en tant que groupe attrayant, hétérogène et créateur, dont la contribution est d'une importance capitale. Les femmes âgées sont particulièrement victimes de stéréotypes trompeurs et négatifs : au lieu d'être présentées sous un jour qui tienne compte de leurs contributions, atouts, ressources et qualités humaines, elles sont souvent présentées comme des êtres faibles et tributaires, ce qui renforce les pratiques d'exclusion aux niveaux local et national.

Il importe de dresser un portrait positif qui reflète plus fidèlement les Canadiens âgés et leur apport à la famille, la collectivité et l'économie. Pour y parvenir, il faut éliminer les obstacles, les facteurs désincitatifs et les pratiques discriminatoires, comme l'a dit Rock Lefebvre, de l'Association des comptables généraux accrédités du Canada, devant le Comité :

Nous devons cesser d'attribuer une connotation négative au mot « âgé », et arrêter de penser que l'âge de 65 ans correspond, par magie, à la fin de la vie productive. Nous

---

<sup>3</sup> Réseau ontarien de prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées, *Stopper la violence. Restaurer le respect. Réponse au rapport provisoire du Sénat - Une population vieillissante : enjeux et options*, 9 mai 2008, annexe A.

ne réclamons pas une baisse des droits et des avantages, mais plutôt l'élimination des obstacles, des facteurs désincitatifs et des pratiques discriminatoires peut-être involontaires.

*Témoignages, 26 mars 2007*

Dans son deuxième rapport provisoire, le Comité a proposé des initiatives visant à mieux faire connaître les bienfaits du bénévolat, de l'apprentissage continu et de l'activité physique. Il a été frappé d'apprendre que, dans certains cas, les aînés ne profitent pas pleinement des possibilités qui s'offrent à eux en raison d'un âgisme auto-imposé. Il semble donc essentiel de déployer des efforts significatifs pour contrer cette forme d'âgisme et pour souligner que l'âge ne devrait jamais empêcher les gens d'essayer de nouvelles choses et de repousser leurs limites.

### 1.2 Établir une vision positive du vieillissement

Il est difficile de parler de vieillissement dans une société qui combat le phénomène aussi farouchement. Nous sommes assaillis de publicités qui promettent la jeunesse éternelle. Comme Judy Cutler, de l'Association du Canada pour les gens de 50 ans et plus (CARP), l'a dit au Comité :

[...] des attitudes bien ancrées doivent être modifiées si nous voulons dépasser cette obsession que nous avons de vouloir défier le temps dans une société qui privilégie la jeunesse. Il n'y a rien de mal à vouloir bien paraître et à vouloir se sentir bien, mais cela ne doit pas empêcher la formation d'une société dynamique et productive composée de gens de tous les groupes d'âges. Les attitudes sociales et les pratiques commerciales qui sont fondées sur l'âgisme créent des silos démographiques et les groupes d'âges sont en concurrence les uns avec les autres — au travail, dans les soins de santé et dans les médias. Cette situation doit changer.

*Témoignages, 11 décembre 2006*

La société change et évolue. Au cours du dernier siècle, nous avons radicalement redéfini les rôles accessibles aux femmes. Les femmes sont devenues des « personnes » et ont obtenu l'accès à tous

les droits juridiques, y compris celui d'être candidates aux élections. La *Charte canadienne des droits et libertés* a été adoptée pour interdire de nombreuses formes de discrimination, notamment la discrimination fondée sur l'âge.

Mais il faut du temps pour changer les perceptions. Plusieurs témoins ont insisté sur l'importance des initiatives intergénérationnelles qui exposent les enfants et les adolescents à des aînés actifs. Les activités de ce genre aident les jeunes à se forger une image plus saine du vieillissement et sont enrichissantes pour tous ceux qui y participent. Partout au pays sont prises des initiatives visant à favoriser de telles interactions. Par exemple, à Vancouver, le programme Neighbours for Peace rassemble des classes de deuxième et troisième année et un groupe d'aînés afin que jeunes et moins jeunes puissent échanger leurs points de vue sur les façons de promouvoir la paix et la compréhension mutuelle. Il faut appuyer les initiatives de ce genre si nous voulons que les générations futures aient une meilleure perception du vieillissement.

### **Mettre en valeur une image positive du vieillissement : le programme Masterminds de l'Université de Victoria**

Le programme Masterminds de l'Université de Victoria est une bonne façon de combattre l'âgisme. Organisé par l'association des retraités de l'université et le Centre on Aging, ce programme consiste en une série d'exposés par des professeurs retraités pour montrer ce qu'ils ont fait depuis leur départ à la retraite. Des écrivains, des artistes, des théologiens, des scientifiques et bien d'autres ont participé à ce programme. Ils parlent des livres qu'ils ont écrits, des pièces de théâtre qu'ils ont écrites ou dans lesquelles ils ont joué et des projets de recherche qu'ils ont dirigés.

Un des principes fondamentaux du projet Vieillir en santé de l'Union européenne est que « [d]e nombreuses personnes âgées ont une vie extrêmement riche et constituent une ressource pour la société. [Elles] participent à la vie sociale, travaillent contre rétribution ou bénévolement en tant que volontaires dans des organisations ou des associations, prennent soin de membres de leur famille et d'amis<sup>4</sup>. »

---

<sup>4</sup> Institut national suédois de la santé publique, *Vieillir en bonne santé, un challenge pour l'Europe*, 2007.

Cette vision du vieillissement est semblable à celle décrite par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des aînés. Margaret Gillis, de l'Agence de la santé publique du Canada, a fait la déclaration suivante devant le Comité :

Lors de leur neuvième réunion, en septembre 2006, les ministres FPT responsables des aînés ont approuvé ce rapport ainsi que le document d'information *Des faits aux gestes*. Le rapport adopte une vision du vieillissement en santé qui valorise et appuie la contribution des aînés, fait valoir la diversité, rejette l'âgisme, réduit les inégalités et permet aux Canadiens âgés de faire des choix sains qui améliorent leur qualité de vie.

*Témoignages, 3 décembre 2007*

Le Comité est d'avis que cette vision doit être mieux expliquée aux Canadiens. Il faut mettre sur pied une campagne de lutte contre l'âgisme en collaboration avec les organisations communautaires. Une telle campagne doit mettre en valeur le concept de « bien vieillir ». Le Comité recommande :

- 1. Que le gouvernement fédéral mène une campagne de relations publiques vigoureuse pour montrer qu'on peut vieillir en bonne santé et pour expliquer l'importance de demeurer actif à tout âge, notamment par le bénévolat, l'apprentissage continu et l'activité physique.**

Une campagne proactive qui vise à changer la perception de la population à propos du vieillissement ne contrera toutefois pas les formes de discrimination pernicieuse dont certains aînés font l'objet. Une vigilance de tous les instants s'impose si nous voulons que les droits individuels des personnes âgées, en tant que membres à part entière de la société canadienne, soient pleinement respectés.

Dans un effort bien intentionné pour assurer la sécurité des personnes du cinquième âge, il arrive que certaines décisions concernant les aînés soient prises par d'autres, au sujet par exemple de questions aussi importantes et personnelles que l'endroit où ils vont vivre. Trop d'aînés sont victimes de mauvais traitements ou de négligence en raison de leur vulnérabilité causée par l'âgisme. L'appréciation de la compétence pour le travail ou la conduite d'un

véhicule se fonde trop souvent sur l'âge et non sur les capacités. C'est sur ces questions que nous portons maintenant notre attention.

### 1.3 La compétence

Je n'ai aucune objection à ce qu'une personne soit à risque si elle a la capacité de comprendre en quoi consiste le risque. Si la personne sait que ses actes constituent un comportement à risque élevé ou qu'elle se met en péril pour le faire, mais qu'elle comprend parfaitement les conséquences de ce comportement et peut les mesurer, alors certainement, elle a le droit de prendre ce risque.

Marge Dempsey, chef de la direction par intérim, Société Alzheimer de la région de Niagara, *Témoignages*, 9 mai 2008

Dans son deuxième rapport provisoire, le Comité a évalué des options pour que les gens puissent vieillir à l'endroit de leur choix. Pour que cela se produise, il est essentiel d'accepter et de respecter les choix des aînés. Pourtant, on a dit au Comité que trop de personnes âgées ne sont pas « prises au sérieux, que d'autres assument le contrôle de leur vie et les privent de leur droit à prendre leurs décisions, mettant dès lors à l'épreuve leurs capacités et leurs compétences qui sont pourtant intactes<sup>5</sup> ».

Laura Watts, du Canadian Centre for Elder Law Studies, a expliqué au Comité quelles sont les incidences sociales et civiques énormes de la remise en question des capacités des aînés :

Lorsqu'une personne est jugée « incapable », elle perd le droit de vote, le droit à la liberté, le droit de se marier, et dans certains cas, le droit de divorcer. Cette personne perd le droit de se prononcer sur les décisions concernant la tutelle et les biens. Elle n'est plus rien aux yeux de la loi. C'est l'une des pires choses qui puissent arriver, et si nous ne comprenons pas la signification des termes que nous utilisons, les conséquences peuvent être extrêmement graves.

*Témoignages*, 28 janvier 2008

---

<sup>5</sup> Judith A. Wahl, directrice générale, Advocacy Centre for the Elderly, *Témoignages*, 28 mai 2007.



À l'heure actuelle, déclarer qu'une personne est incapable est trop souvent une question de tout ou rien. Comme Maureen Etkin, du Réseau ontarien pour la prévention des mauvais traitements envers les

---

Je crois que la question appropriée, au Canada, serait : « être apte à quoi? ». Commençons par répondre à cette question, nous pourrions ensuite travailler sur le lexique plutôt que d'établir des principes généraux sur toutes sortes de questions hypothétiques.

Laura Watts, directrice nationale,  
Canadian Centre for Elder Law Studies

---

personnes âgées, l'a expliqué au Comité, « une personne âgée peut être en mesure de décider où elle veut vivre, mais peut ne plus pouvoir gérer ses finances. C'est une situation complexe pour les aînés eux-mêmes et pour les fournisseurs de services. Il faut absolument pousser la recherche plus loin et dégager des pratiques exemplaires dans ce domaine. »

La question complexe de la détermination de la compétence nécessite des preuves solides. Le Comité a appris que nous n'en savons pas encore assez sur les façons de mesurer les compétences et les capacités mentales et qu'il faut mener des recherches plus poussées sur le sujet. Les lacunes sur le plan des connaissances dans ce domaine doivent être ciblées, en consultation avec les groupes professionnels à qui ces connaissances seraient utiles.

Le Comité recommande :

**2. Que les Instituts de recherche en santé du Canada financent de la recherche sur les compétences et les capacités mentales. La recherche devrait être axée sur les besoins en information des décideurs et des organismes d'attribution des permis et déboucher sur l'élaboration de lignes directrices fondées sur les résultats de la recherche.**

---

Comme les évaluations des capacités ont des incidences aussi importantes sur les gens, il est essentiel de veiller à ce qu'elles soient effectuées de manière cohérente et méthodique à l'échelle du Canada. Le gouvernement fédéral doit faire preuve de leadership en établissant les outils et les mécanismes qui sont appropriés pour évaluer les capacités.

Le fait d'être déclaré inapte a d'importantes conséquences. Or, le Comité a appris que de nombreux Canadiens ne prennent pas de mesures sérieuses de prévoyance au cas où cela arriverait, en donnant

une procuration appropriée à quelqu'un, par exemple. Le D<sup>r</sup> Duncan Robertson, de la BC Medical Association, a fait la déclaration suivante :

L'adoption de mesures de prévoyance et les arrangements en ce qui concerne la gestion des finances et les décisions en matière de santé sont des moyens de se protéger [...]. En ne prenant pas à l'avance ces décisions préventives, les gens se rendent vulnérables.

*Témoignages, 5 juin 2008*

Les gens connaissent parfois bien mal les devoirs et responsabilités associés à une procuration. La fraude liée aux procurations est une des catégories de crimes qui connaît la plus forte croissance au Canada<sup>6</sup>.

Il est crucial de bien renseigner les gens sur les effets d'une procuration pour qu'ils puissent se protéger contre les profiteurs.

Plusieurs organisations canadiennes offrent ce genre de service. À Toronto, l'Advocacy Centre for the Elderly est un bon exemple d'organisme dont le mandat est de protéger les aînés et de les renseigner sur les questions juridiques qui peuvent les toucher. La sensibilisation des Canadiens à l'importance de la planification devrait faire partie intégrante des programmes de prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées, et le gouvernement fédéral devrait intégrer à ses programmes de lutte contre les mauvais traitements envers les aînés des mesures de sensibilisation à cette question.

**La sensibilisation des Canadiens à l'importance de la planification devrait faire partie intégrante des programmes de prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées, et le gouvernement fédéral devrait intégrer à ses programmes de lutte contre les mauvais traitements envers les aînés des mesures de sensibilisation à cette question.**

**Le gouvernement fédéral doit faire preuve de leadership en établissant les outils et les mécanismes qui sont appropriés pour évaluer les capacités.**

---

<sup>6</sup> Canadian Centre for Elder Law, *Frequently Asked Questions*, <http://www.ccels.ca/forolderadults.htm> [en anglais seulement].

### **Un centre communautaire d'information juridique axé sur le droit des aînés**

Fondé en 1984, l'Advocacy Centre for the Elderly de Toronto est axé sur le droit des aînés. En plus d'offrir des renseignements juridiques à la population, le centre offre de nombreux autres services. La majeure partie des questions touchent les problèmes de capacité mentale du point de vue des aînés; le droit de la santé; l'accès et l'admissibilité aux systèmes de soins à domicile et de longue durée; les conflits liés à la sortie de l'hôpital; les problèmes de santé mentale, notamment en ce qui concerne l'accès aux soins à domicile; les soins de longue durée; l'aide juridique et les conseils dans les cas d'abus envers les personnes âgées, ce qui comprend l'abus de procuration, la fraude, l'abus de pouvoir, l'exploitation financière, les mauvais traitements physiques et la négligence.

### 1.4 La compétence au volant : pas seulement une question d'âge

[...] la majorité des conducteurs dangereux sur la route ne le sont pas parce qu'ils sont vieux ou malades, mais bien parce qu'ils ne sont pas prudents.

D<sup>r</sup> Briane Scharfstein, secrétaire général associé de l'Association médicale canadienne, *Témoignages*, 28 janvier 2008

L'âge n'est pas un indicateur de compétence. La retraite obligatoire et la sécurité des conducteurs âgés sont des idées qui saisissent l'imagination collective, mais est-il approprié de s'attarder à l'âge lorsqu'on traite de ces questions? Pour la plupart des gens, le vieillissement s'accompagne d'une dégradation de certaines compétences, mais cette dégradation ne se fait pas au même rythme chez tout le monde.

Si l'âge n'est pas un indicateur de capacité, alors nous devons mettre au point des approches novatrices pour veiller à ce que des gens parfaitement capables ne soient pas privés de la possibilité d'exercer leur métier ou du privilège de conduire, sans compromettre la sécurité publique.

La plupart des conducteurs âgés sont parmi les moins dangereux sur la route. La hausse du nombre d'accidents chez les personnes âgées s'explique par l'augmentation de la prévalence de maladies,

l'utilisation de médicaments et l'affaiblissement des facultés de *certain*s conducteurs âgés.

Lorsque cela devient nécessaire, bon nombre de conducteurs âgés s'imposent eux-mêmes des restrictions, comme éviter de conduire la nuit. Bien que des gens de tous âges puissent voir leur capacité de conduire réduite en raison de troubles médicaux, les conducteurs âgés sont plus susceptibles de devoir changer leurs habitudes de conduite en raison de certaines maladies, comme la démence. Des recherches ont montré que les conducteurs atteints de démence surestiment beaucoup leur capacité de conduire par rapport aux conducteurs âgés en santé<sup>7</sup>. De tels conducteurs peuvent être incapables de s'imposer des limites, ce qui rend l'établissement de mécanismes officiels essentiel à la protection de ces conducteurs et de la population.

Renoncer à conduire n'est pas anodin et la question est difficile à aborder pour les aînés, leur famille et leur médecin. Dans la plupart des provinces du Canada, les médecins sont obligés de signaler aux autorités les personnes qui pourraient être inaptes à conduire d'un point de vue médical. Même s'il existe des lignes directrices, comme *Évaluation médicale de l'aptitude à conduire : Guide du médecin* de l'Association médicale canadienne, des médecins ont dit au Comité que d'expliquer à quelqu'un qu'il va peut-être devoir renoncer à conduire est une des questions les plus pénibles à aborder avec un malade pour un médecin de famille. Selon le Dr Shawn Marshall, professeur associé, du centre de réadaptation de l'Hôpital d'Ottawa :

La relation entre le médecin et son patient est souvent compromise. Il y a clairement un conflit. Vous défendez les intérêts du patient, mais pourtant, en vertu de la loi, vous êtes tenu de déclarer le patient comme étant potentiellement inapte à conduire. En outre, les médecins ont signalé à maintes reprises dans le cadre de sondages qu'ils ont des connaissances et une formation limitées pour prendre ces décisions.

*Témoignages, 28 janvier 2008*

---

<sup>7</sup> Phoebe Dey, « Taking Away the Keys », *Express News*, Université de l'Alberta, 13 juin 2003.

Des recherches sont en cours au Canada, notamment pour établir à quel moment un trouble de la santé qui *peut* nuire à la capacité de conduire devient une invalidité fonctionnelle qui affecte la capacité de conduire. Le réseau CanDRIVE effectue des recherches de ce genre.

### **Le réseau CanDRIVE**

Financé par les Instituts de recherche en santé du Canada, le réseau CanDRIVE mène des projets de recherche visant à aider les personnes âgées à conduire le plus longtemps possible sans danger. Ce réseau regroupe des chercheurs, des groupes d'aînés, des cliniciens, des représentants des ministères des Transports et d'autres organismes gouvernementaux et non gouvernementaux, dans le but de trouver des applications pratiques aux résultats des recherches.

On a dit au Comité qu'il n'est pas nécessaire de cibler les aînés pour rendre nos routes plus sûres. Comme l'a indiqué le D<sup>r</sup> Michel Bédard, titulaire de la chaire de recherche du Canada sur le vieillissement et la santé de l'Université Lakehead :

Il faudrait conduire de façon plus sécuritaire, peut-être rafraîchir nos connaissances de la conduite automobile à tous les cinq ans. On parle d'évaluation périodique, mais on ne parle pas des nouveaux cours donnés de façon périodique. Il faut avoir une approche globale.

*Témoignages, 28 janvier 2008*

Le Comité a reçu des propositions novatrices sur les façons de trouver le juste milieu entre les impératifs de la sécurité publique et le respect des droits des personnes. Par exemple, l'Association canadienne des automobilistes (CAA) a proposé que les gouvernements délivrent des permis de conduire conditionnels aux conducteurs dont les capacités physiques réduites affectent leur aptitude à conduire. Cela permettrait à ces personnes de continuer de conduire en observant certaines restrictions au lieu que leur permis soit purement et simplement révoqué. Ces restrictions peuvent concerner les heures de conduite, les types de routes et les aides à la conduite.

La CAA a proposé un certain nombre d'idées pour rendre nos routes plus sûres, dont l'amélioration de la conception des routes et des autoroutes afin de faciliter la conduite et les manœuvres

sécuritaires, pas seulement pour les aînés, mais pour tous les conducteurs; la modification de la conception des véhicules pour les adapter aux limites physiques des conducteurs âgés; des cours sur la sécurité routière qui tiennent compte des besoins spécifiques des conducteurs âgés et de leurs familles. Ces sujets seront abordés plus en profondeur dans le chapitre 4 qui porte sur les villes adaptées aux personnes âgées.

### **Plan d'action national pour la prévention des blessures chez les conducteurs âgés**

L'Agence de la santé publique du Canada offre du financement à l'Université McGill et à l'Association canadienne des ergothérapeutes pour un programme intitulé Plan d'action national pour la prévention des blessures chez les conducteurs âgés. Ce plan d'action vise l'élaboration d'une stratégie d'évaluation des conditions qui permettent aux conducteurs âgés de conduire en tout sécurité aussi longtemps que possible, avec une attention spéciale au rafraîchissement des connaissances des conducteurs. Les résultats de ce plan d'action seront transmis à différents intervenants.

Notre société devra adopter des approches multiples, y compris la promotion de la conduite sans danger et l'élaboration de moyens de transport de rechange, pour répondre aux besoins de déplacement des générations âgées futures. Il faudra faire preuve de souplesse et d'innovation en ce qui concerne la conception et la mise en œuvre de ces approches afin de répondre aux besoins des personnes âgées qui habitent dans les milieux urbains et ruraux<sup>8</sup>. Le Comité exhorte le gouvernement fédéral à faire preuve de leadership dans ce domaine.

Pendant que les recherches en cours améliorent les données sur lesquelles les décisions peuvent se fonder, le Comité recommande :

### **3. Que le gouvernement fédéral prenne l'initiative de mesures fédérales-provinciales-territoriales conçues pour voir à la sécurité publique et aborder le retrait du permis de conduire aux aînés dans le respect de la dignité de la personne et que les provinces et les territoires, en partenariat avec**

---

<sup>8</sup> D<sup>r</sup> Michel Bédard, titulaire de la chaire de recherche du Canada sur le vieillissement et la santé de l'Université Lakehead, *Témoignages*, 28 janvier 2008.

**divers organismes, lancent des mesures de sensibilisation et d'observation des règlements au sujet des conducteurs qui présentent un risque pour des raisons de santé.**

---

### 1.5 La compétence au travail

La majorité des travailleurs prennent leur retraite bien avant qu'ils y soient forcés par une perte de leurs capacités fonctionnelles. Des organisations professionnelles, comme l'Association médicale canadienne, ont établi des systèmes d'évaluation continue.

#### **Évaluation continue de la compétence des médecins du Canada**

L'Association médicale canadienne considère que la compétence peut être affectée par des troubles médicaux ou l'adversité en général à n'importe quelle étape de la carrière et n'est pas nécessairement fonction de l'âge. Bien que l'âge soit un facteur observé de près dans certains programmes, l'Association médicale canadienne est consciente qu'il ne s'agit que d'un facteur parmi bien d'autres. Les processus de contrôle de la compétence s'appliquent tout au long de la vie des médecins.

Les médecins en milieu institutionnel — notamment dans les hôpitaux — doivent suivre un processus rigoureux d'assurance de la qualité et de la compétence. Au lieu de forcer les médecins à choisir entre le temps plein et l'arrêt de travail pur et simple, on peut moduler leurs privilèges au fil du temps ou en fonction des pertes de compétence dans certains domaines, sans les forcer à cesser de pratiquer à un âge donné.

---

L'admissibilité à continuer de travailler devrait être fondée sur la compétence, non pas sur un âge magique.

Gloria Gutman,  
professeure de  
gérontologie, Université  
Simon Fraser

---

Les lois régissant la retraite obligatoire ont rapidement évolué partout au pays. Depuis la naissance du Comité, plusieurs provinces ont éliminé la retraite obligatoire. En juillet 2009, une fois que la loi à cet effet entrera en vigueur dans cette province, la Nouvelle-Écosse sera la dernière province à éliminer la retraite obligatoire. Dans la plupart des provinces, il est aujourd'hui interdit de forcer quelqu'un à prendre sa retraite, à moins

qu'il ne s'agisse d'une véritable exigence professionnelle aux termes de la loi.

Les employés régis par le gouvernement fédéral sont assujettis à la *Loi canadienne sur les droits de la personne*, peu importe leur province de travail ou de résidence. Cette loi exclut précisément ceux qui ont atteint « l'âge normal de la retraite » de la protection contre la discrimination en milieu de travail. Par conséquent, en juillet 2009, les employés régis par le gouvernement fédéral seront les seuls employés au Canada à ne pas être protégés contre la retraite obligatoire. Bien qu'il n'y ait pas d'âge précis pour la retraite obligatoire dans la fonction publique, il se peut que ce ne soit pas le cas pour d'autres employeurs régis par le gouvernement fédéral.

Le Comité est du même avis que l'Association du Canada pour les gens de 50 ans et plus (CARP), qui affirme que « les Canadiens devraient tous avoir le droit de choisir quand prendre leur retraite, en fonction de leurs capacités et non de leur âge », et il recommande :

**4. Que les dispositions de la *Loi canadienne sur les droits de la personne* qui concernent la retraite obligatoire soient modifiées pour rendre la législation fédérale conforme aux autres lois canadiennes sur les droits de la personne.**

---

### 1.6 Mauvais traitements et négligence

Dans la Déclaration de Toronto sur la prévention des mauvais traitements infligés aux personnes âgées de l'Organisation mondiale de la santé, la maltraitance des personnes âgées est définie comme suit :

« On entend par maltraitance des personnes âgées un acte isolé ou répété, ou l'absence d'intervention appropriée, qui se produit dans toute relation de confiance et cause un préjudice ou une détresse chez la personne âgée. » Elle peut se manifester de plusieurs façons : physique, psychologique/morale, sexuelle ou financière, ou



simplement refléter de la négligence intentionnelle ou non intentionnelle<sup>9</sup>.

Gail Mackenzie-High, du Niagara Elder Abuse Prevention Network<sup>10</sup>, a raconté au Comité une histoire montrant les nombreuses formes de mauvais traitements.

### **L'histoire de Rosa**

Rosa est une femme de 79 ans, devenue veuve tout à coup il y a moins d'un an, après avoir été mariée pendant 55 ans. En raison du décès récent de son mari, son revenu, qui était en grande partie fondé sur les prestations du régime de pensions privé de celui-ci, a beaucoup diminué. La maison de Rosa doit faire l'objet d'un entretien régulier, les factures s'accumulent, et Rosa se sent dépassée par les événements. Elle ne participe plus aux activités sociales auxquelles elle participait auparavant en raison de ses tracasseries financières et de l'épuisement émotionnel. Elle ne veut pas quitter le domicile conjugal.

Son fils s'est installé chez elle par souci d'économie et pour l'aider à entretenir la maison. À un moment donné, les voisins téléphonent à un organisme communautaire et rapportent qu'il arrive souvent que le fils de Rosa crie et jure, et menace de placer sa mère « dans un foyer ». Lorsqu'il rencontre Rosa, l'agent de l'organisme remarque qu'elle semble avoir des troubles de mémoire, même s'il n'arrive pas à déterminer si ces troubles sont le résultat du déclin de ses facultés cognitives ou d'une dépression réactionnelle liée à la perte récente de son conjoint et à sa situation actuelle.

Rosa révèle à l'agent que son fils travaille de façon sporadique et qu'elle le soupçonne maintenant d'avoir des problèmes de consommation de drogue et peut-être aussi de jeu. Le fils de Rosa nie avoir des problèmes et refuse donc toute aide à cet égard. Rosa donne de l'argent à son fils pour qu'il fasse l'épicerie pour elle, mais l'agent de l'organisme constate qu'il y a peu de nourriture à la maison lorsqu'il rend visite à Rosa, et celle-ci lui dit que son fils ne lui rend jamais de monnaie lorsqu'il revient de faire les courses.

---

<sup>9</sup> Organisation mondiale de la santé, *Déclaration de Toronto sur la prévention des mauvais traitements infligés aux personnes âgées*, 2002 [en anglais seulement].

<sup>10</sup> Gail Mackenzie-High, présidente du Niagara Elder Abuse Prevention Network, *Témoignages*, 9 mai 2008.

Rosa voudrait qu'on l'aide, mais elle dit qu'elle a peur de ne pas pouvoir continuer de vivre chez elle si elle demande à son fils de quitter la maison, et elle a peur que le seul choix qui lui reste soit de vivre dans un foyer de soins de longue durée. Elle décide de ne rien faire dans l'immédiat. Quelques semaines plus tard, Rosa se présente à l'hôpital avec un poignet fracturé, et, lorsqu'il l'examine, le médecin remarque qu'elle a des bleus qu'elle n'est pas en mesure d'expliquer de façon crédible. Le personnel de l'hôpital tente avec délicatesse de savoir ce qui s'est passé, et Rosa avoue que son fils la malmène, puis on avise les services de police.

Un examen approfondi de la situation révèle que les économies de Rosa ont fondu et qu'elle n'aura peut-être bientôt plus les moyens de conserver sa maison.

Le fils de Rosa sera poursuivi, mais celle-ci n'aura plus la possibilité de vieillir à l'endroit de son choix. Elle ne pourra plus non plus s'adonner aux activités de son choix, à cause des pertes financières qu'elle a subies, et sa relation avec son fils est anéantie. Ainsi, une personne capable, qui, il y a un an seulement, croyait avoir de la latitude quant à son avenir, s'est retrouvée à court de ressources, confrontée à des pertes financières imminentes, après avoir vu un lien de confiance brisé.

Comme l'histoire de Rosa le montre, les mauvais traitements prennent de nombreuses formes. Dans certains cas, la maltraitance est le prolongement de la violence subie par une personne pendant toute sa vie; une femme qui a été maltraitée pendant la majeure partie de sa vie adulte ne sera pas subitement à l'abri de tout lorsqu'elle aura 65 ans. Les femmes âgées sont plus susceptibles d'être victimes de mauvais traitements en raison de leur isolement social, des normes culturelles, de leur situation familiale, de leur situation financière ou d'un handicap<sup>11</sup>.

Il arrive aussi que les mauvais traitements commencent au troisième âge. Les personnes âgées peuvent être maltraitées chez elles, dans leur collectivité ou en milieu institutionnel. La maltraitance peut prendre plusieurs formes.

---

<sup>11</sup> M. Etkin, Réseau ontarien de prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées, *Stopper la violence. Restaurer le respect*, annexe A.

Bien que certains aînés soient victimes de fraude de la part d'étrangers, la plupart des profiteurs sont des personnes en qui la victime a confiance et qu'elle connaît bien, comme des membres de la famille.

Les différentes formes de mauvais traitements exigent différentes interventions. Après tout, les aînés sont des adultes, et comme Marion Smith l'a dit au Comité, « les personnes âgées maltraitées par des membres de leur famille ne veulent pas être séparées d'eux, elles veulent simplement que les mauvais traitements cessent<sup>12</sup> ». Moins d'un cas de mauvais traitement sur cinq est déclaré et il y en a encore moins qui sont signalés aux organismes publics du système de justice pénale<sup>13</sup>.

On a expliqué au Comité que ce n'est pas de nouvelles lois dont nous avons besoin pour lutter contre les mauvais traitements infligés aux aînés, mais plutôt d'une meilleure application des lois actuelles et d'un meilleur encadrement des personnes âgées.

### **Un centre d'accueil pour les aînés victimes de mauvais traitements**

Kerby Rotary House, à Calgary, est le premier refuge pour personnes âgées victimes de mauvais traitements en Amérique du Nord. Ce centre est un endroit sûr où les hommes et les femmes de 60 ans et plus de la région de Calgary qui sont victimes de mauvais traitements dans leur milieu familial peuvent trouver refuge. Le centre offre des services d'intervention en situation de crise, d'aide, de défense des droits, d'orientation et d'hébergement à court terme et répond aux besoins quotidiens des aînés.

Les mauvais traitements découlent parfois de l'incapacité des aidants naturels de faire face aux nombreuses tensions associées à leur rôle. Bien que le rôle d'aidant soit réellement stressant, cela ne justifie jamais un comportement abusif. Les options pour régler les problèmes des aidants naturels sont décrites au chapitre 6.

Les mauvais traitements et la négligence en milieu institutionnel peuvent découler d'un manque de personnel ou de la formation

---

<sup>12</sup> Questionnaire présenté par Marion Smith le 16 octobre 2007.

<sup>13</sup> Alison Leaney, Réseau canadien pour la prévention des mauvais traitements envers les aîné(e)s, *Témoignages*, 28 mai 2007.

inadéquate des employés. Cette situation ne doit jamais être tolérée. Les employés doivent être en mesure de reconnaître les mauvais traitements et avoir la formation et l'aide nécessaires pour bien faire leur travail. Une approche novatrice adoptée en France pour aider un centre à régler les problèmes liés aux comportements abusifs de certains employés vaut la peine d'être soulignée :

### **Ensemble contre la maltraitance**

Les Résidences Santé Cousin de Méricourt et Services de l'Aqueduc en France se sont mérité le Prix spécial du jury des Initiatives de la bientraitance de la Ville de Paris en 2005 pour leur approche, décrite dans une brochure intitulée *Ensemble contre la maltraitance*. Ces établissements prônent une approche éducative où chaque intervenant est appelé à s'auto-évaluer puis à reconnaître ses bonnes et ses mauvaises pratiques professionnelles. Cette approche invite à un dépistage collectif car tous les membres du personnel sont traités de façon identique<sup>14</sup>.

Partout au pays, les personnes âgées et les groupes d'aînés ont souligné l'importance de sensibiliser la population à la maltraitance des aînés. Les organisations d'aînés qui ont comparu devant le Comité lui ont fait part des programmes d'éducation et de sensibilisation qu'elles ont parrainés afin de renseigner leurs membres sur les mauvais traitements et, surtout, sur les façons de s'en protéger. Ces organisations se sont dites particulièrement préoccupées par le sort des personnes âgées isolées qui n'ont pas de contact avec les organisations officielles. Le Comité n'a pas été en mesure de trouver de solution à ce problème, mais souligne l'importance de communiquer personnellement avec ces personnes, soit par l'entremise des services professionnels et publics dont elles bénéficient, soit en faisant appel au secteur bénévole.

Le Comité insiste sur l'importance d'appuyer les organisations qui luttent contre la maltraitance aux échelles locale, provinciale-territoriale et nationale.

---

<sup>14</sup> Marie Beaulieu, Mémoire présenté à la consultation publique sur les conditions de vie des aînés, *La maltraitance envers les aînés, 20 ans de préoccupation au Québec : Une réflexion sur le chemin parcouru et pistes à explorer en vue de trouver des solutions adaptées à notre société*, septembre 2007.

---

Le problème du mauvais traitement des personnes âgées au Canada est largement sous-estimé. J'irais même jusqu'à dire que nous sommes en retard de 20 ans dans ce dossier, par rapport à ce que nous essayions de faire quand nous avons commencé à parler de la violence faite aux femmes et, avant cela, que nous avons cherché des solutions pour lutter contre la maltraitance des enfants et avons cherché à intervenir sur ce plan.

Alison Leaney, Réseau  
canadien pour la prévention  
des mauvais traitements  
envers les aîné(e)s

---

Pour être en mesure de détecter les mauvais traitements dont sont victimes les aînés, les travailleurs de tous les secteurs doivent connaître le processus de vieillissement et savoir reconnaître les signes de maltraitance et de négligence. Dans le mémoire qu'elle a présenté au Comité, Maureen Etkin du Réseau ontarien de prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées met l'accent sur l'importance de la formation :

Il faut déterminer quels groupes entrent le plus souvent en rapport avec les personnes âgées : pharmaciens, médecins, préposés aux soins à domicile, etc. - et travailler à mettre au point un programme de formation normalisé portant sur la violence faite aux personnes âgées. Les préposés aux soins à domicile sont bien placés car ils se rendent au domicile des personnes âgées et sont parfois leur seul contact avec le monde

extérieur. Les soins intimes que prodigue le préposé sont une occasion d'établir un rapport de confiance, qui peut amener la personne âgée à parler de la situation d'abus qu'elle vit<sup>15</sup>.

Le Comité est heureux de constater que le gouvernement fédéral appuie les efforts en ce sens. En juin 2008, le gouvernement fédéral a annoncé qu'il avait l'intention de rédiger des documents de formation afin d'aider les associations professionnelles nationales à adapter et à créer leur propre matériel et leurs propres outils destinés à leurs intervenants de première ligne (c.-à-d. professionnels de la santé, juristes, agents de police et professionnels des finances qui travaillent auprès des personnes âgées) à partir du printemps de 2009, et ce, pour aider ces intervenants à déceler et à régler les problèmes de maltraitance des aînés<sup>16</sup>. Les employés du gouvernement fédéral aussi entrent en contact avec des personnes âgées. Puisque le contact

---

<sup>15</sup> Réseau ontarien de prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées, *Réponse au rapport provisoire du Sénat – Une population vieillissante : enjeux et options*.

<sup>16</sup> <http://news.gc.ca/web/view/fr/index.jsp?articleid=405179>.

personnel est souvent considéré comme étant le meilleur moyen de renseigner les personnes âgées à propos de la maltraitance, le Réseau ontarien de prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées offre actuellement de la formation à certains employés de Service Canada à cet égard. Le Comité recommande :

**5. Que le gouvernement fédéral accroisse le soutien à la recherche sur les mauvais traitements et la négligence, qu'il collabore étroitement avec les organisations communautaires pour éviter le dédoublement des efforts et répondre aux besoins signalés, et qu'il intègre à la formation du personnel de l'information sur les mauvais traitements et la négligence envers les personnes âgées.**

### **1.6.1 Les nouveaux immigrants âgés et les mauvais traitements**

Des témoins qui ont comparu devant le Comité ont dit que les personnes âgées qui immigreront au Canada et qui font partie de la catégorie du regroupement familial forment un groupe particulièrement vulnérable. Ils ont expliqué au Comité que ces aînés sont plus susceptibles d'être maltraités ou négligés que les autres en raison de leur dépendance financière attribuable à la politique de parrainage du gouvernement fédéral. Les immigrants âgés qui font partie de la catégorie du regroupement familial à titre de parents ou de grands-parents doivent se soumettre à une période de parrainage de dix ans pendant laquelle leur parrain a la responsabilité de répondre à leurs besoins quotidiens, comme s'alimenter, se loger, se vêtir et ainsi de suite. Pendant cette période de dix ans, les parents ou grands-parents parrainés n'ont droit à aucune forme d'aide sociale, y compris la sécurité de la vieillesse et le supplément de revenu garanti, peu importe que le Canada ait signé ou non un accord de réciprocité sur la sécurité sociale avec leur pays d'origine<sup>17</sup>. De plus, l'Entente de parrainage de Citoyenneté et Immigration Canada stipule que les parents ou grands-parents âgés n'ont pas à se trouver un emploi pour

---

<sup>17</sup> Toutefois, un accord de réciprocité sur la sécurité sociale peut donner aux immigrants parrainés accès à des prestations de pension partielle de leur pays d'origine.

répondre eux-mêmes à leurs besoins<sup>18</sup>. Par conséquent, pendant les dix années suivant leur arrivée au Canada, de 25 à 40 p. 100 des immigrants âgés de plus de 60 ans n'ont aucun revenu indépendant et dépendent entièrement de leur parrain sur le plan financier<sup>19</sup>.

Des témoins ont indiqué au Comité que cette politique de parrainage crée une situation de dépendance chez les immigrants âgés qui peut les exposer à des mauvais traitements ou de la négligence<sup>20</sup>. Dans son témoignage, la D<sup>re</sup> Sharon Koehn a expliqué que deux facteurs principaux liés au parrainage augmentent le risque de mauvais traitements ou de négligence<sup>21</sup>. Premièrement, la longue durée de la période de parrainage présente un risque puisque, pendant cette période, la situation financière du parrain peut se détériorer subitement, causant ainsi des difficultés au parrain et à sa famille. De plus, la santé de la personne âgée parrainée peut se détériorer rapidement pendant la même période, ce qui impose un fardeau plus lourd à la famille chargée d'un rôle officieux d'aidante naturelle. Des difficultés financières conjuguées à l'incapacité de répondre aux besoins de santé de l'aîné parrainé peuvent engendrer des mauvais traitements ou de la négligence de même que l'effondrement du parrainage.

Deuxièmement, la dépendance associée au parrainage crée un déséquilibre dans les relations familiales, ce qui peut être source de mauvais traitements et d'exploitation<sup>22</sup>. Cela se produit lorsque des parrains s'attendent à ce que leurs parents compensent d'une façon quelconque le fait qu'ils acceptent de les parrainer pendant dix ans. Le Comité a appris que des parents et des grands-parents doivent souvent s'occuper de leurs petits-enfants, des tâches ménagères et des repas, ce qui dépasse parfois leurs capacités. Le fait de ne pas compter les membres parrainés de la famille comme employés d'une entreprise familiale, ce qui empêche les aînés d'accumuler des

---

<sup>18</sup> Rell Deshaw, « The History of Family Reunification in Canada and Current Policy », *Canadian Issues*, printemps 2006, p. 15.

<sup>19</sup> Mémoire : *Brief to the Special Senate Committee on Aging: Second Interim Report*, D<sup>re</sup> Sharon Koehn, Centre pour le vieillissement en santé de Providence, *Témoignages*, 4 juin 2008, p. 1.

<sup>20</sup> *Ibid.*

<sup>21</sup> D<sup>re</sup> Sharon Koehn, Centre pour le vieillissement en santé de Providence, *Témoignages*, 4 juin 2008.

<sup>22</sup> D<sup>re</sup> Sharon Koehn, Centre pour le vieillissement en santé de Providence, *Témoignages*, 4 juin 2008.

prestations du Régime de pensions du Canada, est une autre forme d'exploitation. Enfin, on a aussi expliqué au Comité que les aînés parrainés, surtout en Colombie-Britannique, vont parfois travailler dans des fermes fruitières dans des conditions difficiles pour un salaire de misère dans le but de rembourser leur parrain et pour ne pas être un fardeau pour leurs enfants<sup>23</sup>.

Bien que l'Entente de parrainage offre des recours aux immigrants qui sont victimes de mauvais traitements, sous forme d'aide sociale et de services de recouvrement des dettes de parrainage, les immigrants ne veulent souvent pas s'en prévaloir, par peur de jeter la honte sur leur famille<sup>24</sup>. Les immigrants récents qui sont parrainés ne sont souvent pas conscients de leurs droits en raison des barrières linguistiques et culturelles. Ils craignent donc de perdre leur parrain<sup>25</sup>.

Par conséquent, pour réduire le risque de mauvais traitements et de négligence dans les relations de parrainage, les témoins ont recommandé que la période de parrainage pour les immigrants qui font partie de la catégorie du regroupement familial passe de dix à trois ans, soit la période requise pour obtenir la citoyenneté canadienne<sup>26</sup>. Cette recommandation est conforme à la décision prise en 1997 par le gouvernement du Canada de faire passer la période de parrainage des époux et conjoints de dix à trois ans, afin de réduire le risque d'abus des ententes de parrainage<sup>27</sup>.

Des témoins ont aussi indiqué qu'une réduction de la période de parrainage signifierait que les critères de résidence des régimes publics de pensions du Canada devront être modifiés<sup>28</sup>.

---

<sup>23</sup> Charan Gill, Progressive Intercultural Community Services Society, *Témoignages*, 4 juin 2008.

<sup>24</sup> Mémoire : *Brief to the Special Senate Committee on Aging: Second Interim Report*, D<sup>re</sup> Sharon Koehn, Centre pour le vieillissement en santé de Providence, *Témoignages*, 4 juin 2008, p. 2.

<sup>25</sup> *Ibid.*

<sup>26</sup> Mémoire : *Brief to the Special Senate Committee on Aging: Second Interim Report*, D<sup>re</sup> Sharon Koehn, Centre pour le vieillissement en santé de Providence, *Témoignages*, 4 juin 2008, p. 9.

<sup>27</sup> Rell Deshaw, *The History of Family Reunification in Canada and Current Policy*, Canadian Issues, printemps 2006, p. 12.

<sup>28</sup> Mémoire : *Brief to the Special Senate Committee on Aging: Second Interim Report*, D<sup>re</sup> Sharon Koehn, Centre pour le vieillissement en santé de Providence, *Témoignages*, 4 juin 2008, p. 2.



Pour réduire le risque de mauvais traitements ou de négligence des parents ou grands-parents qui immigrèrent au Canada et qui font partie de la catégorie du regroupement familial, le Comité recommande :

- 6. Que le gouvernement fasse passer la période d'immigration parrainée de dix à trois ans, selon le modèle des règles sur le parrainage conjugal, et qu'il modifie en conséquence les conditions de résidence ouvrant droit à des prestations mensuelles en vertu de la *Loi sur la sécurité de la vieillesse*.**
-

## **Chapitre 2 : Intégration des soins**

La plupart des Canadiens préfèrent vieillir là où ils ont vécu. D'autres préfèrent se rapprocher de leur famille ou de leurs amis, ou encore de collectivités qui leur offrent l'environnement qu'ils recherchent. Certains choisissent de rester dans leur maison, tandis que d'autres optent pour un logement qui nécessite moins d'entretien ou qui leur offre des structures auxiliaires au quotidien. Les choix qui s'offrent aux aînés dépendent de nombreux facteurs, notamment leur état de santé, leur lieu de résidence (province/territoire, zone urbaine ou rurale), la proximité de parents ou amis, et leur situation financière.

Dans ce chapitre, nous allons examiner l'ensemble des structures auxiliaires qui permettent d'offrir à tous les aînés des choix viables quant à leur lieu de résidence. Il s'agit entre autres des programmes de logement et de rénovation, des logements supervisés, des soins à domicile et des soins palliatifs.

Trop de personnes âgées au Canada n'ont pas facilement accès aux structures auxiliaires qui leur permettraient de choisir leur lieu de résidence. Conçu pour soigner des maladies ponctuelles, le système de santé est mal équipé pour faire face à l'augmentation des affections chroniques, phénomène qui accompagne le vieillissement de la population. Les travailleurs de première ligne que le Comité a rencontrés sont des gens dévoués et généreux, qui réussissent à trouver des solutions novatrices pour aider les aînés à avoir la meilleure qualité de vie possible. Mais il arrive que de mauvaises décisions soient prises, faute de solutions viables. Parfois aussi, un manque d'intégration entre les différents systèmes de services de santé et des services sociaux empêche les soignants et les membres de la famille de mettre en place le dispositif de services adapté à chaque aîné. Des témoins de tout le pays réclament l'implantation d'un système de soins qui permettrait d'offrir les services requis au moment voulu, afin que les personnes âgées

---

Il est impossible de séparer les services de santé des services sociaux. On ne peut pas non plus séparer les soins hospitaliers des soins à domicile parce que, pour les travailleurs de première ligne, il n'y a aucune distinction entre les deux.

Dr François Béland  
professeur, Université de  
Montréal

---

puissent vivre là où elles le désirent. Selon certains témoins, la solution serait d'aider les gens à naviguer dans le dédale de nos systèmes de soins, mais le Comité estime qu'il faut aller beaucoup plus loin, comme l'a expliqué Marcus Hollander, de Hollander Analytical Services :

L'aîné a besoin de quelqu'un pour défendre ses intérêts, pas seulement pour naviguer, sans quoi il risque de se retrouver avec différents organismes qui disent qu'ils vont le prendre en charge ou qu'ils ne peuvent pas pour telle raison, et ainsi de suite. Il faut que la personne qui s'occupe de lui puisse autoriser les services.

*Témoignages, 7 avril 2008*

Il faut concevoir le système de façon à ce que personne ne reste en marge, et que les services évoluent en fonction des besoins des gens. C'est précisément ce que les décideurs et les universitaires entendent par système de soins intégrés. Le Comité a constaté, dans ses déplacements au Canada, que la notion de soins intégrés recevait un appui considérable.

### 2.1 Vers des soins intégrés

---

Les aînés ont des besoins qui relèvent à la fois des services médicaux et des services sociaux. L'idéal serait d'avoir un système de soins axé précisément sur ces besoins...

Marcus J. Hollander,  
Hollander Analytical  
Services Ltd.

---

Les aînés souffrant de graves handicaps fonctionnels, dits en perte d'autonomie ou « fragiles », représentent une minorité de la population des personnes âgées, mais ils ont par contre recours, de façon disproportionnée, aux services de soins actifs en hôpital ou en maison de soins infirmiers, et passent fréquemment d'une catégorie d'établissement à l'autre.

Pour les aînés fragiles, il n'y a pas de différence entre services médicaux et services sociaux, entre « se faire soigner » et « recevoir des soins » dans la collectivité ou chez soi. Les services sociaux et médicaux forment un réseau compliqué, où il est difficile de se repérer. Or, quand on est âgé, on a justement moins d'énergie à consacrer à ce genre d'exercice. Il est donc essentiel, pour répondre aux besoins des aînés fragiles et non

pas pour des raisons administratives ou financières, de s'assurer que ces services sont intégrés. Le Comité s'est rendu compte, au cours des audiences, que, malgré les efforts et les réformes, les services destinés aux aînés restent éparpillés :

- Les transitions entre les établissements de soins et les services de soins sont difficiles.
- L'exercice difficile que constitue l'organisation du dispositif de services demeure la responsabilité des aînés et de leur famille.
- La multiplicité des formes de financement et de paiement, et des conditions d'admission aux services sociaux et médicaux rend encore plus compliquée la gestion de l'accès aux services requis<sup>29</sup>.

De plus, certains types de services ne sont pas inclus dans le dispositif de services idéal dont auraient besoin les aînés, ce qui entraîne une utilisation inappropriée du système de soins de santé. Le Dr Duncan Robertson, de la BC Medical Association, en a donné un exemple :

Notre système manque de soins post-actifs, qui ne cessent de diminuer alors que certaines personnes peuvent avoir besoin d'un mois ou plus dans un environnement correctement structuré pour se remettre d'une crise de délire survenue à l'hôpital, ou d'une fracture subie lors d'une chute. Vu l'insuffisance de ces ressources, les décisions sont prises de manière prématurée et non appropriée, et, bien souvent, on renonce à la possibilité d'un retour à la maison et on place le patient en établissement de soins permanents.

*Témoignages, 5 juin 2008*

Grâce à des services intégrés et coordonnés pour les personnes souffrant d'affections chroniques, les services médicaux et sociaux peuvent mobiliser rapidement toute une gamme de ressources au fur et à mesure des besoins, ce qui évite toute utilisation inappropriée de ces dernières.

Cela nécessite « une vaste gamme de services regroupés sous une seule autorité administrative, un budget unique et la capacité

---

<sup>29</sup> Ce paragraphe est extrait du mémoire présenté par François Béland, « Trois points pour une politique : la santé, les services et l'innovation ».

d'avoir quelqu'un qui défend les intérêts du client et qui l'aide à naviguer dans le système<sup>30</sup> ».

Un système de financement idéal devrait permettre des transferts budgétaires en faveur de mesures préventives. Le D<sup>r</sup> François Béland, professeur à l'Université de Montréal, a illustré la façon dont un tel système fonctionnerait en donnant l'exemple d'une semelle orthopédique qui permet de réduire les chutes chez les aînés :

Le raisonnement procédera ainsi : 1) j'ai des personnes âgées fragiles qui chutent; 2) chaque fois qu'une personne chute, cela me coûte un montant "X" en hospitalisation, soit une fortune; 3) si je suis capable d'économiser 50 p. 100 des chutes grâce à la semelle, cela vaut la peine de la fournir aux personnes à risque de chuter; par conséquent, 4) je prends la décision de fournir cette semelle en fonction d'un protocole de soins.

*Témoignages, 7 avril 2008*

Réorienter un système aussi vaste que le système des soins de santé afin qu'il réponde mieux aux besoins de tous les Canadiens ayant des problèmes de santé chroniques est une tâche monumentale, mais pas impossible. Le Comité a appris qu'il y a déjà eu, dans certaines provinces au Canada, des systèmes de soins complets et intégrés<sup>31</sup>. En fait, beaucoup d'autres pays essaient eux aussi d'intégrer davantage leurs services de santé.

### **Soins intégrés en Europe**

En Europe et dans d'autres pays développés, on estime qu'il est indispensable d'intégrer les soins si l'on veut améliorer l'accès aux services, leur qualité, et leur viabilité financière. Le réseau CARMEN, qui est géré par la Commission européenne, vise à promouvoir des façons d'intégrer les services médicaux et sociaux dans les pays de l'Union européenne. Le réseau a notamment élaboré un cadre d'action pour les soins intégrés destinés aux personnes âgées<sup>32</sup>.

---

<sup>30</sup> Marcus J. Hollander, président, Hollander Analytical Services Ltd., *Témoignages*, 7 avril 2008.

<sup>31</sup> *Ibid.*

<sup>32</sup> Margaret MacAdam, *Frameworks of Integrated Care for the Elderly: A Systematic Review*, Canadian Policy Research Networks, avril 2008, p. 20.

Le gouvernement fédéral peut jouer un rôle de chef de file en donnant son appui à une réorientation du système vers les soins intégrés. Des témoins ont donné les exemples du Fonds de transition en matière de santé (1997-2001) et du Fonds d'adaptation des services de soins primaires (2000-2006) pour illustrer le rôle que le gouvernement fédéral pourrait jouer afin d'entraîner les autres paliers de gouvernement à opérer la mutation nécessaire.

Avec un budget de 150 millions de dollars, le Fonds de transition en matière de santé a permis de financer entre 1997 et 2001, dans tout le Canada, 140 projets visant à tester et à évaluer des façons novatrices de dispenser les soins de santé. Le Fonds d'adaptation des services de soins primaires, quant à lui, a été créé en 2000, lorsque les premiers ministres ont convenu « qu'il fallait améliorer les soins de santé primaires pour pouvoir réformer l'ensemble du système », tout en soulignant l'importance des équipes pluridisciplinaires. De 2000 à 2006, le gouvernement du Canada a transféré 800 millions de dollars aux provinces et aux territoires pour les aider à réformer leurs soins de santé primaires. Le Fonds servait à financer les coûts de mise en oeuvre de nouvelles approches pour la prestation des soins de santé primaires.

---

Je pense que le gouvernement fédéral pourrait assumer de façon beaucoup plus certaine, et sans problèmes constitutionnels, un rôle dans le développement des innovations à l'intérieur des services de santé.

Dr François Béland,  
professeur, Université de  
Montréal

---

Plusieurs témoins nous ont dit que « le gouvernement du Canada a aujourd'hui l'occasion de continuer sur sa lancée et d'accélérer les réformes fondamentales dont le système de santé canadien a besoin pour survivre<sup>33</sup> », notamment dans le domaine de l'intégration des soins.

Un système de soins intégrés comprend notamment les soins médicaux, le logement, les soins de longue durée, les logements supervisés/l'aide à la vie autonome, les soins à domicile et les soins de relève, et tous ces secteurs relèvent de la compétence provinciale. S'il n'est pas possible d'avoir un modèle unique de services intégrés, des recherches ont toutefois permis de définir des pratiques exemplaires pour organiser des services de soins prolongés, pratiques qui

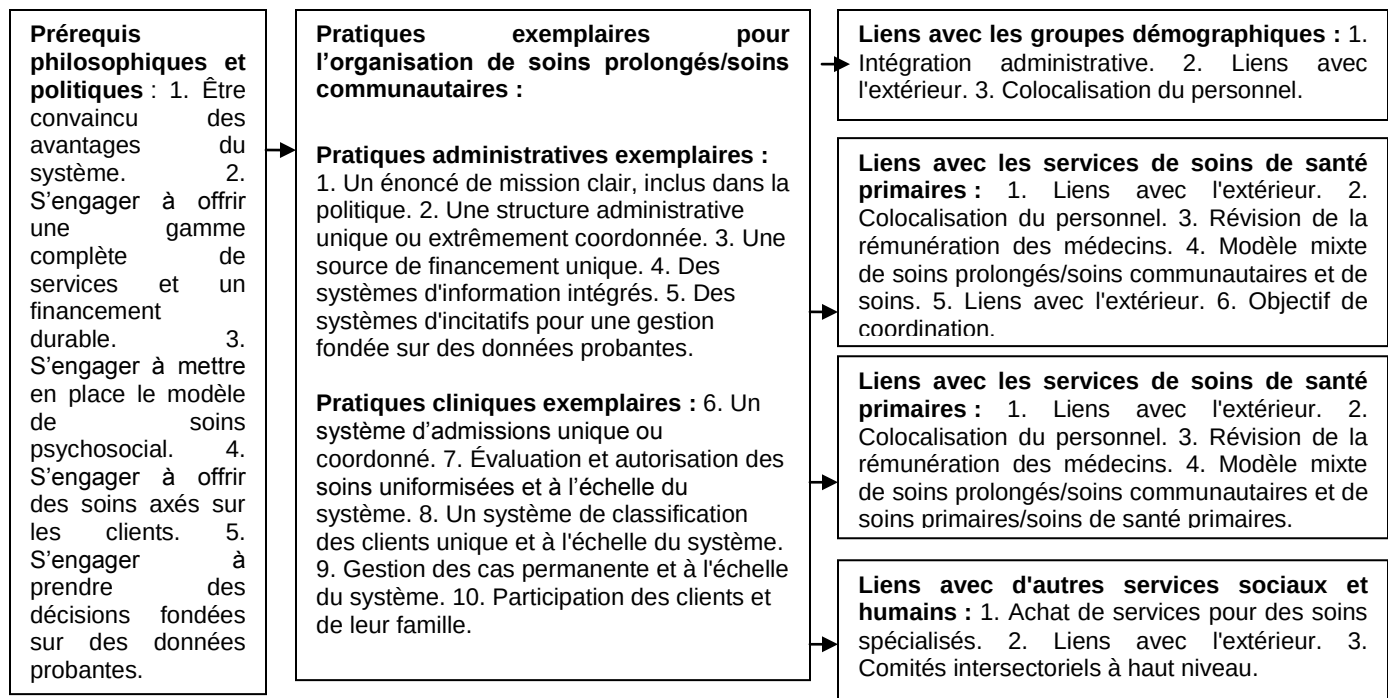
---

<sup>33</sup> Dr François Béland, professeur, Université de Montréal, 7 avril 2008.

## CHAPITRE 2 : INTÉGRATION DES SOINS

s'appliquent aussi à l'administration et à la prestation des services. Le schéma mis au point par M. Marcus Hollander (tableau 1) a été recommandé par plusieurs témoins.

**Tableau 1**  
**Schéma des pratiques exemplaires pour l'organisation de services de soins prolongés/soins communautaires**



Source : M. Hollander et M. Prince, « Organizing healthcare delivery systems », *Healthcare Quarterly*, vol. 11, n° 1 : 44-54, dans Margaret MacAdam, *Frameworks of Integrated Care for the Elderly: Systematic Review*, Canadian Policy Research Networks, avril 2008.

Le Comité se fait l'écho du D<sup>r</sup> François Béland, de l'Université de Montréal, pour dire qu'il est temps, si on veut parler véritablement d'intégration, qu'on la planifie « à partir des besoins des personnes âgées fragiles et non pas des besoins des ministères, des organismes régionaux, des hôpitaux, des CLSC ou des services à domicile<sup>34</sup> ». L'intégration des systèmes médicaux et sociaux est complexe, notamment parce que les services de santé dont ont besoin les aînés font toujours partie des services universels, en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, alors que d'autres services sont couverts par d'autres régimes qui prévoient, dans certains cas, des quotes-parts et des critères d'admissibilité. Plusieurs témoins ont parlé de ces

<sup>34</sup> D<sup>r</sup> François Béland, professeur, Université de Montréal, 7 avril 2008.

problèmes administratifs. Donald Juzwishin, président-directeur général du Conseil canadien de la santé, a expliqué que :

Il existe toutes sortes de stimulants financiers qui empêchent en réalité les gens de bien faire ou d'encourager les autres à cesser de poser de nombreux actes qui ne sont pas toujours très efficaces, à en juger par les données probantes... Pour réaliser le genre de contexte communautaire intégré dont nous rêvons, il est nécessaire selon moi d'examiner de près les éléments dissuasifs que comporte le système. Si vous mettez en place des incitatifs, le reste suivra. Les gens vont, en règle générale, là où il y a de l'argent, et vous aurez ainsi un bon incitatif pour mettre tout cela en oeuvre.

*Témoignages, 7 avril 2008*

Il est important de savoir quels sont ces éléments dissuasifs qui empêchent le système de donner aux Canadiens souffrant d'affections chroniques les services médicaux et sociaux dont ils ont besoin.

Le gouvernement fédéral est bien placé pour jouer un rôle de chef de file et de coordonnateur afin d'encourager véritablement la mise en place d'un système de soins de santé intégré et coordonné dans tout le pays. Selon la BC Medical Association, les expériences menées à l'étranger montrent qu'une initiative, même si elle est solidement documentée, peut difficilement être mise en oeuvre si l'on n'a pas calculé adéquatement le coût de lancement des programmes de soins à domicile et de soins communautaires<sup>35</sup>. Le gouvernement fédéral pourrait aider les provinces à assumer ces coûts de démarrage.

---

Si le gouvernement doit financer ce genre de programme dans un avenir proche, l'un des objectifs des services de soins à domicile, de soins communautaires et de soins prolongés devrait être le suivant : le patient devrait avoir le droit de mener une vie autonome du moment que le coût total est inférieur à ce que paierait le gouvernement si le patient était placé dans un établissement de soins prolongés.

Sharon Sholzberg-Gray,  
Association canadienne des soins  
de santé

---

---

<sup>35</sup> BC Medical Association, *Bridging the Island - Re-building BC's Home and Community Care System: A Policy Paper by BC's Physicians*, mai 2008.



Le Comité recommande :

- 7. Que le gouvernement fédéral lance une initiative visant à aider financièrement les provinces à mettre en place des modèles de soins intégrés à l'intention des personnes âgées et qu'il en fasse le modèle de soins de qualité pour tous les âges.**

**Les objectifs du programme doivent viser :**

- **l'intégration d'une vaste gamme de services, notamment les soins de santé, la gestion des cas, les soins à domicile et les services communautaires, et les soins spéciaux;**
- **un meilleur accès à des soins complets;**
- **une plus grande insistance sur la promotion de la santé, la prévention des maladies, et la gestion des maladies chroniques;**
- **l'élargissement des équipes pluridisciplinaires afin que les soins les plus appropriés soient dispensés par le soignant le mieux en mesure de le faire;**
- **la promotion du principe du guichet unique pour les personnes âgées et leurs familles;**
- **et la transférabilité accrue des services entre les provinces, notamment par la conclusion d'ententes réciproques éliminant les périodes d'attente.**

## 2.2 Dispositifs de soins et de services à offrir aux aînés qui veulent choisir leur lieu de résidence

Permettre aux gens de vieillir là où ils le désirent exige la mise en place de dispositifs de services de soins et de structures capables de répondre rapidement à l'évolution de leurs besoins. Comme on l'a déjà dit, l'intégration de ces services est essentielle, mais il faut aussi renforcer chacun d'entre eux : programmes de logement, de logement supervisé, de soins spécialisés, de soins à domicile et de soins palliatifs.

---

Le marché des appartements en copropriété sera toujours là pour répondre aux besoins des plus fortunés. Nous devons donc nous préoccuper des autres Canadiens, ceux qui ne sont pas en mesure d'en acheter un.

Ian Scott, Seniors College  
of Prince Edward Island

---

### 2.2.1 Logement

La grande majorité des aînés vivent dans des logements privés. Bon nombre d'entre eux n'ont pas besoin de structures auxiliaires, mais d'autres ont besoin d'aide. Pour notre société, cela va se traduire par une augmentation des demandes d'adaptation des logements, afin de permettre aux aînés de vieillir chez eux. Cela va également se traduire par une augmentation des besoins en matière d'entretien des maisons et de services auxiliaires, comme les soins à domicile et les soins personnels dont se chargent parfois des membres de la famille, des amis et des voisins<sup>36</sup>.

Il arrive que des aînés doivent faire la pénible constatation que leur logement ne répond plus à leurs besoins. Le Comité propose un certain nombre de recommandations visant à leur permettre d'habiter dans un logement adapté à leurs besoins.

#### 2.2.1.1 Adaptation des logements

Dans un monde idéal, les logements seraient conçus de telle façon qu'ils pourraient s'adapter aux besoins des gens à chaque étape de leur vie. On devrait dès maintenant utiliser de nouveaux concepts

---

<sup>36</sup> Luis Rodriguez, chercheur principal, Société canadienne d'hypothèques et de logement, *Témoignages*, 10 décembre 2007.

d'architecture pour l'aménagement des nouveaux logements et quartiers, mais il n'en reste pas moins que la majorité des logements actuels ont besoin d'être adaptés aux besoins de leurs occupants au fur et à mesure que ces derniers vieillissent.

Le coût des réparations et de l'entretien du logement peut être prohibitif pour des aînés à faible revenu. Luis Rodriguez, de la Société canadienne d'hypothèques et de logement, a déclaré devant notre Comité que :

Ce problème prend particulièrement de l'ampleur à l'extérieur des centres urbains où les ménages âgés sont majoritairement propriétaires -- 82 p. 100 par rapport à 68 p. 100 dans les centres urbains --, et où l'ensemble du parc de logements est beaucoup plus vieux, avec 34 p. 100 des habitations construites avant 1961, que celui des centres urbains, dont 29 p. 100 des habitations ont été construites avant 1961. Vieillir chez soi avec un revenu insuffisant, que ce soit en région rurale ou en région urbaine, peut entraîner une détérioration des habitations et des quartiers du fait que les réparations et l'entretien sont négligés.

*Témoignages, 10 décembre 2007*

La Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) offre une aide financière aux aînés à faible revenu qui ont besoin d'adapter leur logement. Il s'agit du Programme d'aide à la remise en état des logements et du Programme Logements adaptés : aînés autonomes.

### **Financement des adaptations apportées aux habitations**

Le Programme d'aide à la remise en état des logements, de la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL), aide les aînés à faible revenu à apporter des modifications à leur logement afin que celui-ci réponde aux normes en vigueur en matière de santé et de sécurité. Le Programme accorde également une aide financière aux personnes qui souffrent de handicaps, et encourage la création de logements abordables pour les aînés et les personnes handicapées à faible revenu par l'aménagement de logements accessoires<sup>37</sup>. Le

---

<sup>37</sup> Douglas Stewart, vice-président, Planification des politiques, Société canadienne d'hypothèques et de logement, *Témoignages*, 4 décembre 2006.

Programme Logements adaptés : aînés autonomes (LAAA) de la SCHL offre une aide financière aux propriétaires-occupants et aux propriétaires-bailleurs qui veulent apporter des modifications aux logements afin de permettre aux aînés à faible revenu de continuer à y vivre de façon autonome.

La SCHL affirme recourir à toutes sortes de moyens pour informer les Canadiens de l'existence de ces programmes, mais Sharon Sholzberg-Gray, de l'Association canadienne des soins de santé, s'est fait l'écho d'un grand nombre de personnes qui ont comparu devant notre Comité en disant que « ces programmes sont importants, mais la plupart des aînés en ignorent l'existence. S'ils étaient au courant de ces programmes, y aurait-il suffisamment de ressources pour qu'ils puissent tous y accéder<sup>38</sup>? »

Bon nombre de témoins ont souligné l'importance du contact direct avec les aînés isolés pour leur communiquer les informations. Étant donné que le logement est un facteur important pour que les aînés puissent rester en bonne santé et vivre là où ils le désirent, le Comité exhorte la Société canadienne d'hypothèques et de logement à mieux faire connaître le Programme d'aide à la remise en état des logements et le programme Logements adaptés : aînés autonomes. En outre, la SCHL et les organisations sans but lucratif et les groupes professionnels qui sont en contact direct avec les personnes âgées doivent collaborer pour voir à ce que l'information sur ces programmes atteigne toutes les personnes âgées, en particulier celles qui sont isolées socialement.

**Le Comité exhorte la Société canadienne d'hypothèques et de logement à mieux faire connaître le Programme d'aide à la remise en état des logements et le programme Logements adaptés : aînés autonomes.**

### 2.2.1.2 Logements à prix abordable

Trouver un logement à prix abordable est l'un des principaux problèmes qui se posent aux aînés. Dans certaines villes comme Vancouver, les aînés à faible revenu n'ont pas les moyens de louer un appartement ou consacrent au logement une proportion excessive de leur revenu. Le Comité a appris que, dans les régions rurales, les aînés

<sup>38</sup> Sharon Sholzberg-Gray, Association canadienne des soins de santé, *Témoignages*, 10 décembre 2007.

à faible revenu n'ont pas les moyens d'assurer l'entretien du logement dont ils sont propriétaires. Comme bon nombre de personnes âgées ont peu de possibilités d'augmenter leurs revenus, il faut que le gouvernement investisse dans le logement social afin d'offrir à ces gens-là un logement adéquat. Don Fiddler, du Ralliement national des Métis, a souligné l'urgence du problème :

En milieu urbain, il faudra s'intéresser de près aux logements subventionnés. Comme je l'ai dit, la plupart de nos citoyens vivent en milieu urbain et dans des zones semi urbaines et ne disposent comme revenus que de la pension de sécurité de la vieillesse et, dans certains cas, du modeste apport du Régime de pensions du Canada. Ils s'efforcent de survivre à l'aide du faible revenu que représentent ces pensions. Ces citoyens disposent d'un revenu moyen de 13 000 à 14 000 \$. Le coût du logement en milieu urbain est très élevé, et il faut compter en moyenne 1000 \$ par mois pour louer un logement plus ou moins acceptable; voilà qui représente une dépense de 12 000 \$ par an.

*Témoignages, 14 mai 2007*

Selon les organisations autochtones, le manque de logements adéquats et abordables est l'une des plus grandes difficultés qui se posent aux aînés inuits et métis et aux aînés des Premières nations. Dans certaines communautés inuites, il y a une liste d'attente de 10 à 15 ans pour un logement social<sup>39</sup>. Nous reviendrons plus en détail sur cette question au chapitre 10.

L'accès à un logement abordable est l'une des pierres angulaires du Guide mondial des villes-amies des aînés, de l'Organisation mondiale de la santé; c'est aussi un facteur clé si l'on veut permettre aux aînés canadiens de vivre là où ils le désirent. Le Comité est heureux de l'affectation de 400 millions de dollars sur deux ans à la construction de logements sociaux à l'intention des personnes âgées à faible revenu annoncée dans le budget de 2009. Il insiste sur l'importance de maintenir le financement dans ce domaine et d'adopter un plan d'action national et il recommande :

---

<sup>39</sup> Okalik Eegeesiak, Inuit Tapiriit Kanatami, *Témoignages*, 14 mai 2007.

- 8. Que le gouvernement fédéral collabore avec les ministres provinciaux et territoriaux responsables du logement pour augmenter le parc de logements abordables, notamment de logements supervisés, à la disposition des personnes âgées, en élaborant un plan d'action national à long terme sur le logement abordable.**
- 

### 2.2.1.3 Codes du bâtiment

Un logement devrait pouvoir s'adapter aux besoins de ses occupants à chaque étape de leur vie. Et c'est au moment de la conception initiale et de la construction qu'il est préférable de le prévoir.

Selon la *Loi constitutionnelle* du Canada, la réglementation du bâtiment relève des gouvernements provinciaux et territoriaux. Le *Code national du bâtiment* constitue un modèle que les autorités compétentes sont libres d'adopter. La plupart des provinces et territoires adoptent ou adaptent ce modèle et en appliquent les exigences. Dans un rapport sur les personnes âgées en Ontario, la Commission ontarienne des droits de la personne indique que « les normes que prévoit la *Loi sur le code du bâtiment* au sujet de l'aménagement pour accès facile ne sont bien souvent ni respectées par les entrepreneurs ni vérifiées par les inspecteurs<sup>40</sup> ». Les consommateurs ne pensent pas toujours à s'assurer que le logement qu'ils achètent est conforme à ces normes, et le Comité a entendu parler de nombreux cas où des personnes âgées souffrant d'une mobilité réduite ont été contraintes de quitter leur maison parce que celle-ci ne pouvait pas être adaptée à leurs nouveaux besoins. Le témoignage de Judy Lynn Richards, professeur adjoint à l'Université de l'Île-du-Prince-Édouard, illustre bien ce problème :

---

<sup>40</sup> Commission ontarienne des droits de la personne, *Time for Action: Advancing Human Rights for Older Ontarians*, juin 2001, p. 27.

La région de Niagara connaît une grave pénurie de logements supervisés abordables, surtout dans les collectivités du sud de la région. Au dire de nombreux observateurs bien informés, c'est à cause de cette pénurie que la liste d'attente des établissements de soins à long terme est anormalement longue. Environ 1500 personnes figurent sur cette liste, et la région compte 32 établissements de soins à long terme.

Dominic Ventresca, Directeur,  
Services aux aînés, Services  
communautaires de la  
municipalité régionale de  
Niagara

J'ai fait pas mal de bénévolat auprès des aînés, au fil des années, et il n'y a rien de plus désolant que de voir quelqu'un qui vit au même endroit depuis longtemps et qui en est au point d'avoir besoin d'une marchette. Ils sont encore autonomes et peuvent se déplacer, cuisiner et faire le ménage, etc., mais ils finissent par abandonner leur maison parce qu'ils ne peuvent plus entrer dans la salle de bains, et ils n'ont pas les moyens de payer 5 000 \$ pour la rénover. S'ils laissent la marchette à la porte de la salle de bains, ils risquent de glisser et de tomber. À quoi peuvent-ils s'agripper au milieu de la salle de bains pour se rendre de l'autre côté? Ce sont des

considérations d'ordre tout à fait pratique. Il devrait y avoir des codes du bâtiment standards pour que personne n'ait à s'inquiéter, à un moment donné de sa vie, de devoir laisser la marchette à la porte pour entrer dans la salle de bains, ou de devoir un jour quitter la maison parce que la salle de bains est trop glissante.

*Témoignages, 11 juin 2007*

Étant donné que l'accès à un logement abordable continuera d'être un facteur important si l'on veut permettre aux aînés de rester dans leur maison, le Comité recommande :

**9. Que les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables du logement fassent en sorte que les constructeurs appliquent les normes d'aménagement pour accès facile et que les inspecteurs les fassent respecter.**

### 2.2.2 Logements supervisés et logements-services (aide à la vie autonome)

Même si beaucoup de personnes âgées préfèrent rester dans leur logement, certaines ne peuvent plus, à un moment donné, vivre en autonomie. Cela ne veut pas dire pour autant qu'elles ont besoin de tous les services offerts dans les établissements de soins prolongés; elles peuvent simplement avoir besoin d'une aide pour le quotidien, qu'elles peuvent obtenir grâce à des services de soutien à domicile et de soins à domicile. Cette aide peut également être fournie si la personne vit dans un logement supervisé. Il existe toute une gamme de services, privés ou publics, conçus pour permettre le maintien à domicile des personnes âgées ou pour leur offrir une forme de logement supervisé.

Les établissements de logement supervisé fournissent une aide quotidienne qui comprend les repas, le ménage et des activités sociales et récréatives; ils offrent une plus grande souplesse, mais les soins qu'ils dispensent sont moins intensifs que dans un établissement de soins de longue durée. Le logement supervisé peut être offert dans des bâtiments de toutes sortes et de toutes tailles, qu'il s'agisse de petits bungalows ou de maisons de plain-pied, de maisons partagées par huit à dix personnes ou encore d'immeubles d'appartements, et quel que soit le mode d'occupation de ces logements (location, copropriété ou bail viager)<sup>41</sup>.

---

De nombreux aînés ne peuvent financièrement se permettre de résider dans des complexes privés haut de gamme réservés aux adultes ou dans des maisons de retraite. Les projets domiciliaires pour personnes âgées ne devraient pas viser uniquement la clientèle fortunée parmi cette population.

---

Conseil consultatif national sur  
le troisième âge

---

---

Des habitants de notre village ont dû aller jusqu'à Medicine Hat, qui est à 1 h 30 d'ici; autrement dit, non seulement ils ont dû quitter leur maison, mais en plus, ils ont dû s'adapter à la vie dans un établissement de soins de longue durée, sans avoir de famille à proximité.

---

Réponse anonyme au  
questionnaire du Comité

---

---

<sup>41</sup> Luis Rodriguez, chercheur principal, Société canadienne d'hypothèques et de logement, *Témoignages*, 10 décembre 2007.



Comme pour les autres types de logements, les Canadiens fortunés ont, en matière de logement supervisé, beaucoup plus de choix que les aînés à faible revenu. Il existe en effet sur le marché privé toute une gamme de logements luxueux pour les personnes âgées, mais il faut, par contre, stimuler l'offre de logements supervisés pour les aînés à faible revenu. Le Comité a appris que « le manque de logements supervisés et abordables contribue à un grand nombre des inefficacités du système de soins de santé et à la dépense inutile de centaines de milliers de dollars<sup>42</sup> ».

Il faut adopter des normes en matière de logements supervisés, et cela est d'autant plus important qu'il y a actuellement une grave pénurie de logements supervisés abordables. Les services de logement supervisé et d'aide à la vie autonome ne sont pas très réglementés au Canada parce qu'on part du principe que les consommateurs ont le choix entre plusieurs fournisseurs et que, par conséquent, cela a un effet positif sur la qualité des services. Mais en fait, les consommateurs ne peuvent exercer leur droit de choisir que si d'autres solutions s'offrent à eux<sup>43</sup>. Si l'on prend des mesures pour que les aînés à faible revenu aient le choix entre plusieurs types de logements supervisés abordables, comme le prévoit la recommandation ci-dessus, on a des chances que cela ait un effet positif sur la qualité des services fournis.

**Le Comité invite instamment le gouvernement fédéral à entamer des discussions avec le forum des ministres provinciaux/territoriaux responsables du logement, afin de déterminer de quelle façon il pourrait coordonner la diffusion des pratiques exemplaires et des informations relatives au logement supervisé.**

Un certain nombre de témoins ont fait des suggestions sur la façon dont le gouvernement fédéral peut faire connaître les pratiques exemplaires en matière de réglementation du logement supervisé, et sur le rôle qu'il pourrait jouer en offrant un guichet unique pour tous les Canadiens qui veulent se renseigner sur les diverses options disponibles dans tout le

pays. Conscient que la bonne santé du secteur du logement supervisé est indispensable au bon fonctionnement de l'ensemble des services fournis aux aînés, et qu'elle permet de désengorger le secteur des

---

<sup>42</sup> Dominic Ventresca, Services communautaires de la municipalité régionale de Niagara, *Témoignages*, 9 mai 2008.

<sup>43</sup> Margaret Isabel Hall, Université de la Colombie-Britannique, *Témoignages*, 10 décembre 2007.

soins de longue durée, le Comité invite instamment le gouvernement fédéral à entamer des discussions avec le forum des ministres provinciaux/territoriaux responsables du logement, afin de déterminer de quelle façon il pourrait coordonner la diffusion des pratiques exemplaires et des informations relatives au logement supervisé.

Les logements-services, qui sont des services d'aide à la vie autonome, se situent entre les services de logements supervisés (qui, généralement, ne fournissent pas une aide pour les activités quotidiennes), et les établissements de soins de longue durée, où les gens ont besoin de services plus intensifs. Les logements-services sont moins réglementés que les établissements de soins de longue durée. Le Comité a appris que ces services sont souvent considérés comme des logements de luxe, et que « certains exploitants de logements-services cherchent à courtiser des résidents âgés à la santé fragile...<sup>44</sup> ». Le Comité prend très au sérieux cet appel à la vigilance, car il ne faut pas que « les logements-services deviennent des établissements de soins de longue durée non réglementés, offrant des services à la carte<sup>45</sup> », et il invite instamment le gouvernement fédéral à surveiller la situation de près, en établissant un dialogue permanent avec ses homologues provinciaux.

**Le Comité prend très au sérieux cet appel à la vigilance, car il ne faut pas que « les logements-services deviennent des établissements de soins de longue durée non réglementés, offrant des services à la carte », et il invite instamment le gouvernement fédéral à surveiller la situation de près, en établissant un dialogue permanent avec ses homologues provinciaux.**

### 2.2.3 Soins de longue durée

En 2005, il y avait au Canada 2 086 établissements de soins de longue durée pour les personnes âgées, dont 1 121 (54 p. 100) appartenaient à des intérêts privés, 447 (21 p. 100) à des organisations à but non lucratif, et 420 (20 p. 100) à des gouvernements<sup>46</sup>. Les établissements de soins de longue durée établis

<sup>44</sup> Sharon Sholzberg-Gray, présidente directrice générale, Association canadienne des soins de santé, *Témoignages*, 10 décembre 2007.

<sup>45</sup> *Ibid.*

<sup>46</sup> Il y a en outre 98 établissements additionnels appartenant à la catégorie « Autre ». Statistique Canada signale que tous les établissements québécois tombent dans cette catégorie, car il est impossible d'en définir davantage la propriété. Source : Statistique Canada, tableau 107-5501 - Établissements de

au Canada sont gérés par des municipalités, des gouvernements provinciaux ou territoriaux, des organismes caritatifs ou des entreprises privées.

---

Si nous voulons améliorer les soins, nous devons envisager de nouvelles approches pour les soins à domicile, les services communautaires et les établissements de soins à long terme, en ayant pour objectif de préserver les fonctions des malades et la qualité de vie des gens atteints de démence, sans oublier la qualité des soins en fin de vie.

Scott Dudgeon, Société  
Alzheimer du Canada

---

Le Comité a constaté que la situation dans ce secteur variait beaucoup d'une région à l'autre, et que toutes sortes de frais étaient exigés pour des services et des fournitures, selon la province. Il existe d'ailleurs toutes sortes d'expressions pour désigner ce secteur. Les établissements de soins de longue durée ont, au Canada, toutes sortes d'appellations : centres de soins spéciaux, maisons de repos/maisons de soins infirmiers, centres de soins continus/permanents/de longue durée, foyers de soins personnels et foyers pour personnes âgées.

### **2.2.3.1 Transférabilité des services de soins de longue durée**

Les centres de soins de longue durée sont réglementés aux niveaux provincial et territorial, mais le gouvernement fédéral intervient directement dans la prestation des services d'aide à la vie autonome et des services de soins de longue durée pour certains groupes : les peuples autochtones, dans le cadre du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits; les détenus fédéraux, dans le cadre du programme de soins de longue durée du Service correctionnel du Canada; ainsi que les anciens combattants et les ex-membres de la GRC, s'ils répondent aux critères de leur régime d'avantages sociaux<sup>47</sup>. Le rôle direct que joue le gouvernement fédéral dans le domaine des soins de longue durée est examiné en détail au chapitre 10.

---

soins pour bénéficiaires internes, selon la propriété, la caractéristique principale du groupe prédominant de bénéficiaires et la grandeur de l'établissement, Canada, provinces et territoires, annuel (nombre), CANSIM (base de données), ESTAT (distributeur), [http://estat2.statcan.gc.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?LANG=F&ESTATFILE=ESTAT\FRANCAIS\CII\\_1\\_F.HTM&ROOTDIR=ESTAT/](http://estat2.statcan.gc.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?LANG=F&ESTATFILE=ESTAT\FRANCAIS\CII_1_F.HTM&ROOTDIR=ESTAT/), document consulté le 15 décembre 2008.

<sup>47</sup> Santé Canada, Soins à domicile et soins continus, document en ligne à <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/home-domicile/index-fra.php>.

La *Loi canadienne sur la santé* distingue deux catégories de services : les services de santé assurés, et les services complémentaires de santé (qui comprennent les soins de longue durée). La Loi définit cinq critères que les provinces et territoires doivent respecter pour pouvoir recevoir du financement en matière de santé : la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité. Ces critères s'appliquent aux services de santé assurés mais pas aux services complémentaires de santé<sup>48</sup>. C'est la raison pour laquelle, selon M. Hollander qui a comparu devant le Comité, les établissements de soins de longue durée peuvent exiger des frais modérateurs; c'est aussi pourquoi la plupart des services de soins continus ne sont pas transférables d'une province à l'autre<sup>49</sup>. La distinction existant entre les services de santé assurés et les services complémentaires de santé n'est pas toujours claire pour les Canadiens. Ainsi, ils ne savent pas toujours, d'après certains témoins, que certains services dispensés dans les établissements de soins de longue durée ne sont pas financés par le système de santé public<sup>50</sup>. Ils sont donc surpris d'avoir à payer pour ces services ou d'avoir à attendre pour être admis dans un établissement de soins de longue durée dans une autre province.

La non-transférabilité des services de soins de longue durée est une source de problèmes pour les aînés et leur famille. Les provinces et les territoires ont des façons différentes de calculer les indemnités qu'ils versent aux aînés pour les soins de longue durée dispensés dans des établissements. S'ils vont s'installer dans une autre province, les aînés

**Le Comité exhorte les provinces et les territoires à mettre en œuvre des ententes réciproques destinées à éliminer les périodes d'attente imposées aux résidents d'une autre province qui ont besoin de soins de longue durée.**

---

<sup>48</sup> Les deux catégories de services régies par la *Loi canadienne sur la santé* sont les services de santé assurés et les services complémentaires de santé. Les services de santé assurés comprennent les services hospitaliers médicalement nécessaires, les services médicaux et les services de chirurgie dentaire. Les services complémentaires de santé comprennent certaines composantes des soins à long terme (les soins intermédiaires en maison de repos, les soins en établissement pour adultes), ainsi que les composantes médicales des soins à domicile et des soins ambulatoires.

<sup>49</sup> M. J. Hollander, *Substudy 1: Final Report of the Study on the Comparative Cost Analysis of Home Care and Residential Care Services*, Victoria, National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care, 2001, p. 33.

<sup>50</sup> Sharon Sholzberg-Gray, présidente et directrice générale, Association canadienne des soins de santé, *Témoignages*, 10 décembre 2007.

risquent alors de devoir payer la totalité de la facture avant d'avoir droit au partage des coûts dans la province ou le territoire où ils se sont installés. D'après certains témoins, il arrive que des aînés paient la totalité des coûts de résidence dans des établissements de soins de longue durée pendant jusqu'à un an. Pour certains aînés et leur famille, cela constitue un obstacle insurmontable. Le Comité exhorte les provinces et les territoires à mettre en œuvre des ententes réciproques destinées à éliminer les périodes d'attente imposées aux résidents d'une autre province qui ont besoin de soins de longue durée.

### 2.2.3.2 Formation du personnel des services de soins de longue durée

D'après les témoignages que le Comité a entendus, les établissements de soins de longue durée sont appelés à accueillir des aînés de plus en plus âgés, ayant des besoins beaucoup plus complexes. Or, il y a eu des réductions de personnel dans plusieurs endroits, comme l'a expliqué Sandra Hirst, présidente de l'Association canadienne de gérontologie, devant le Comité :

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, pour des raisons financières.

*Témoignages, 11 décembre 2006*

Judith Wahl, directrice générale de l'Advocacy Centre for the Elderly, a dit au Comité « qu'on constate une augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies neurodégénératives

---

Il n'est pas absolument nécessaire de faire appel à un professionnel pour donner un bain à un aîné, lui préparer un repas, le nourrir et veiller à ce que sa maison soit propre et sécuritaire. Ce genre de services de soutien personnels permet aux personnes trop malades pour faire leurs courses, pour cuisiner ou pour prendre leur bain seules de conserver leur autonomie le plus longtemps possible. Ces services peuvent également générer des économies pour le système de soins de santé en évitant les admissions répétées à l'hôpital et le placement prématuré en établissements de soins de longue durée.

Marcus J. Hollander, Hollander  
Analytical Services Ltd.

---

dans les établissements [de soins] de longue durée, qu'on sait qu'il faudrait mieux former le personnel mais que cela ne se fait pas<sup>51</sup> ». D'après les témoignages entendus par le Comité, l'inadéquation entre la complexité croissante des soins et les réductions de personnel rend un certain nombre d'aînés vulnérables. Sandra Hirst, présidente de l'Association canadienne de gérontologie, explique :

Il faut offrir des soins à ces aînés dont les besoins sont très variés. Les personnes qui sont admises dans ces établissements souffrent rarement d'un seul problème de santé. Leurs malaises sont multiples. [...] Ce sont principalement des employés n'ayant pas une formation suffisante qui sont au chevet des personnes qui sont peut-être les plus vulnérables parmi nos aînés. C'est une situation déplorable.

*Témoignages, 11 décembre 2006*

Très préoccupé par cette situation, le Comité exhorte le gouvernement fédéral à collaborer étroitement avec ses homologues provinciaux et territoriaux pour revoir et modifier les compétences exigées du personnel des établissements de soins de longue durée, afin de garantir la qualité des soins dispensés dans les établissements du pays.

**Le Comité exhorte le gouvernement fédéral à collaborer étroitement avec ses homologues provinciaux et territoriaux afin de garantir la qualité des soins dispensés dans les établissements du pays.**

### **2.2.3.3 Services de soins de longue durée adaptés aux différences culturelles**

Plusieurs témoins ont souligné l'importance d'avoir des services de soins de longue durée adaptés aux différences culturelles. Ce fut le cas à Sainte-Anne, au Manitoba, où des témoins ont insisté sur l'importance de recevoir des soins dans sa langue maternelle. Ce fut aussi le cas dans les communautés des Premières nations, même si seulement une petite minorité de membres des Premières nations au Canada ont accès à des soins de longue durée dans leur communauté. Ce fut également le cas dans les communautés multiculturelles, même

---

<sup>51</sup> Judith A. Wahl, directrice générale, Advocacy Centre for the Elderly, *Témoignages*, 28 mai 2007.

lorsqu'il s'agit de personnes ayant passé une grande partie de leur vie au Canada.

Un grand nombre de personnes âgées au Canada sont nées à l'étranger. Au fur et à mesure qu'elles vieillissent, elles vont avoir besoin d'aide à la vie autonome ou de soins de longue durée en établissement. Il sera de plus en plus important d'offrir des services adaptés aux différences culturelles et aux besoins particuliers des aînés immigrants si l'on veut que les aînés appartenant à des minorités visibles se sentent à l'aise dans les établissements<sup>52</sup>. Voici ce que Gloria Gutman, professeure de gérontologie à l'Université Simon Fraser, a déclaré au Comité :

Nous constatons que, si elles sont originaires d'un autre pays et que l'anglais n'est pas leur première langue, les personnes atteintes de démence peuvent avoir perdu leur anglais mais être encore capables de communiquer dans leur langue d'origine. Si elles se trouvent dans un établissement de soins de santé qui a été créé par leur communauté culturelle et où l'on a maintenu leur culture, elles peuvent beaucoup mieux fonctionner.

*Témoignages, 19 mars 2007*

**Le Comité exhorte le gouvernement fédéral à jouer un rôle proactif dans la diffusion d'informations et de pratiques exemplaires sur l'adaptation des établissements de soins de longue durée aux besoins d'une société multiculturelle.**

Selon des témoignages recueillis par le Comité, certains établissements de soins ont des difficultés à s'adapter aux différents besoins des aînés immigrants. Dans un rapport de 2001, la Commission ontarienne des droits de la personne indiquait que, dans les établissements de soins de longue durée, les repas et les activités sociales et récréatives ne répondent pas toujours aux besoins culturels et religieux de certains aînés. La Commission ontarienne recommandait que les fournisseurs de soins de santé et d'autres services fassent des efforts pour s'adapter aux besoins des différents groupes ethniques, culturels, raciaux, linguistiques et

---

<sup>52</sup> Jessica Luh, « Ethnicity, Older Adults, and Long-Term Care », *Innovations: Enhancing Ability in Dementia Care*, vol. 2, n<sup>o</sup> 4, (automne 2003), p. 1-2.

religieux<sup>53</sup>. Le Comité exhorte le gouvernement fédéral à jouer un rôle proactif dans la diffusion d'informations et de pratiques exemplaires sur l'adaptation des établissements de soins de longue durée aux besoins d'une société multiculturelle.

### 2.2.4 Services de soins et de soutien à domicile

Selon la Légion royale canadienne, le plus gros défi qui se pose aux Canadiens de plus de 75 ans est de réussir à faire la transition entre habiter chez soi et aller vivre dans un établissement de soins<sup>54</sup>. Les services de soins à domicile et de soutien à domicile peuvent les aider à assurer cette transition.

Les programmes de soins à domicile couvrent toute une gamme de services, y compris les services professionnels comme les soins infirmiers, l'ergothérapie, et le travail social; les services de soins personnels quotidiens, comme la toilette, le bain, les soins de beauté et les déplacements; et les services ménagers comme le nettoyage, la lessive et la préparation des repas<sup>55</sup>. C'est souvent grâce à une combinaison de ces services que les personnes âgées réussissent à retarder ou à éviter leur admission dans un établissement.

Ce sont souvent les membres de la famille et les amis qui, de façon naturelle, dispensent aux aînés la majeure partie des soins et du soutien dont ils ont besoin chez eux. L'Association canadienne de soins et services à domicile estime que l'aidant naturel, qu'il soit parent ou ami, est la cheville ouvrière du système de soins à domicile au Canada. L'Institut canadien d'information sur la santé, pour sa part, n'hésite pas à dire que « c'est grâce au soutien naturel des membres de la famille, des amis et des voisins que beaucoup

---

Depuis un siècle, les progrès réalisés dans les domaines de la médecine et de la technologie ont rendu la vie plus facile mais la mort plus difficile, et vieillir nous rapproche de la mort. Il faut modifier le système pour offrir des soins de fin de vie de qualité aux malades.

Dr Lawrence Librach,  
Association canadienne des  
soins palliatifs

---

---

<sup>53</sup> Commission ontarienne des droits de la personne, *Time for Action: Advancing Human Rights for Older Ontarians*, juin 2001, p. 31.

<sup>54</sup> Légion royale canadienne, *Review and Determination of Housing Issues for Veterans and Seniors*, p. vi.

<sup>55</sup> Légion royale canadienne, *Review and Determination of Housing Issues for Veterans and Seniors*.



d'ânés peuvent continuer de vivre dans la collectivité, au lieu d'être obligés d'aller dans un établissement de soins ou dans un hôpital<sup>56</sup> ». On trouvera au chapitre 6 un énoncé des enjeux et des options concernant les soins à domicile fournis par des aidants naturels.

Il arrive parfois que le soutien apporté par les parents et amis ne soit pas suffisant, et il faut alors faire appel à des services de soutien officiels pour que les personnes souffrant d'affections aiguës ou chroniques puissent rester chez elles. Il y a aussi des moments où les parents et amis ne sont pas disponibles. La capacité des services publics de soins à domicile de répondre aux besoins des ânés varie considérablement d'une province à l'autre, pour ce qui est des services offerts et de la façon dont ils sont financés<sup>57</sup>. Trop souvent, ces services ne sont pas suffisants, si bien que les ânés ne peuvent pas continuer de vivre chez eux. C'est ce qu'explique Sue VanderBent, de l'Association canadienne des soins et services à domicile, dans son mémoire au Comité :

De plus en plus d'ânés qui vivent dans un logement « risquent » de perdre leur autonomie parce que, pour continuer d'y vivre, ils auraient besoin de plus de services que ne leur en offre le système de soins de santé. Lorsque la famille décide de commencer à chercher une maison de retraite ou un établissement de soins à long terme, l'âné comprend qu'il va bientôt perdre son autonomie. La décision est souvent prise pour des personnes âgées qui sont juste à la limite, c'est-à-dire qui ont besoin d'un petit peu plus de soutien que n'en offre le système mais qui n'ont pas vraiment besoin de tous les services offerts dans un établissement. C'est à cette étape-là que des services améliorés et mieux ciblés pourraient faire une grande différence au niveau de la qualité de vie des personnes âgées et de leur famille.

Au Canada, l'accès à des services à domicile et communautaires est limité. Dans leur mémoire, les Infirmières de l'Ordre de Victoria constatent que :

---

<sup>56</sup> ICIS, Analyses en bref, « Le Yukon, pionnier de l'information sur les services à domicile », octobre 2007.

<sup>57</sup> A. Côté et G. Fox, *The Future of Homecare in Canada: Roundtable Outcomes and Recommendations for the Future*, mars 2007.

L'accès est difficile pour toutes sortes de raisons, notamment la géographie, la langue et la culture, mais le principal obstacle à l'utilisation des services d'aide à domicile et communautaires est le coût. Seulement 50 p. 100 des bénéficiaires au Canada reçoivent des soins financés par le système public<sup>58</sup>.

Malgré l'augmentation du nombre de personnes âgées, le Comité a appris que certaines provinces avaient enregistré une diminution des services de soutien à domicile et communautaires au cours des 10 dernières années. Dans son mémoire au Comité, Chris Boldt, de la B.C. Retired Teachers' Association, fait remarquer que la diminution des services d'aide et de soutien à domicile au cours des 10 à 15 dernières années a augmenté le fardeau des aidants naturels, et qu'il est de plus en plus difficile pour les aînés de rester dans leur logement.

Les Canadiens veulent avoir accès à des services d'aide et de soutien à domicile lorsque leur état de santé ne leur permet plus que difficilement d'exécuter certaines tâches quotidiennes. C'est ce qu'indique clairement un projet pilote mené par Anciens Combattants Canada en 1999, et résumé dans l'encart ci-dessous :

### **Projet pilote des soins à domicile pour les anciens combattants ayant servi outre-mer**

Confronté à une pénurie de lits dans ses établissements, le ministère des Anciens Combattants a décidé d'offrir aux anciens combattants en attente d'une place dans un établissement de soins de longue durée toute une gamme de services de soutien à domicile, dans le cadre de son Programme pour l'autonomie des anciens combattants. Lors de l'évaluation du projet pilote, en 2002, 90 p. 100 des anciens combattants interrogés ont dit préférer rester chez eux et bénéficier des services de soutien du Ministère plutôt que d'être placés dans un établissement de soins de longue durée<sup>59</sup>. Même s'ils avaient déjà leur nom sur une liste d'attente, la grande majorité des participants ont préféré rester chez eux.

---

<sup>58</sup> IOV Canada, *Submission to the Special Committee on Aging*, 17 décembre 2007. p. 4.

<sup>59</sup> David Pedlar et John Walker, « Brief Report: the Overseas Service Veteran at Home Pilot: How Choice of Care May Affect Use of Nursing Home Beds and Waiting Lists », *Revue canadienne du vieillissement*, 23 (4): 368.

Dans son deuxième rapport provisoire, le Comité a proposé la création d'un Programme national de soins à domicile. Les réactions à cette proposition ont été partagées. Certains témoins étaient très favorables au développement des services d'aide et de soutien à domicile, mais ils avaient de graves réserves quant à la création d'un programme national. Des témoins ont fait remarquer que l'Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, signé en 2003, reconnaissait que les soins à domicile de courte durée faisaient partie du système de soins actifs, mais que cet accord a eu une conséquence imprévue, celle de réduire les services de soins de longue durée. Bon nombre d'aînés qui ont besoin de soins à domicile souffrent d'affections chroniques qui nécessitent des soins à domicile de plus longue durée. Des témoins ont souligné la nécessité de veiller à ce que les services de soutien offerts aux aînés soient organisés de façon intégrée plutôt que ponctuelle. Pour résumer les conclusions du document intitulé *National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care*, auquel il a participé, Marcus Hollander, de Hollander Analytical Services, a déclaré au Comité que :

Si l'on veut effectuer rapidement les types de substitution nécessaires pour réaliser des gains d'efficacité, alors il faut inclure les soins à domicile dans un système intégré et élargi de soins à domicile et de soins en établissement, souvent appelés soins continus. L'exercice du contrôle administratif et fiscal sur un tel système intégré et élargi de soins permet aux dirigeants et aux décideurs de prendre les mesures requises pour assurer la transition efficace et rentable des soins actifs en établissement vers des services de soins à domicile. Si l'on se contente d'augmenter les dépenses consenties aux soins de santé à proprement parler, on risque d'avoir un effet limité, sauf à prendre également des mesures pour remplacer les services de soins en établissement et (ou) de soins actifs par des services de soins à domicile.

*Témoignages*, 10 décembre  
2007

**Le Comité souligne le rôle important que le gouvernement fédéral peut jouer, en collaboration avec les provinces et les territoires, pour répondre aux besoins de ceux qui nécessitent des soins à domicile et de ceux qui fournissent ces soins.**

Les services d'aide et de soutien à domicile sont un élément essentiel des soins intégrés qu'il faut offrir aux Canadiens. Le Comité souligne le rôle important que le gouvernement fédéral peut jouer, en

collaboration avec les provinces et les territoires, pour répondre aux besoins de ceux qui nécessitent des soins à domicile et de ceux qui fournissent ces soins.

Le Comité recommande :

**10. Que, les soins à domicile constituant un élément clé d'une initiative nationale pour des soins intégrés, un programme pour l'autonomie des personnes âgées modelé sur le Programme pour l'autonomie des anciens combattants soit intégré au volet de l'initiative portant sur les soins à domicile et le soutien à domicile.**

Le Comité est également conscient du fait que la qualité de vie des aînés dépend beaucoup des employés des services d'aide et de soutien à domicile. Pour beaucoup d'aînés isolés, ces employés peuvent jouer un rôle déterminant en leur donnant des conseils sur la façon de rester en bonne santé et sur leur admissibilité à des programmes. C'est cependant un rôle qui ne semble pas faire systématiquement partie des fonctions de ces employés, et c'est sans doute à cause du peu d'importance qu'on accorde à ces métiers pourtant essentiels<sup>60</sup>.

### **Les employés des services d'aide à domicile et la promotion de la santé**

Vicky Scott, de l'Université de Victoria, a appris aux employés de soutien à domicile comment évaluer les risques de chute des aînés quand ils leur rendent visite. Grâce à cette formation, le nombre de chutes a diminué de 50 p. 100 en l'espace de 18 mois dans les logements visités par les employés formés, par rapport aux logements visités par des employés non formés.

Le Comité a appris que la majorité des services de soins à domicile dispensés au Canada le sont par des employés non professionnels ou paraprofessionnels. Ces employés sont souvent parmi les moins bien rémunérés du secteur de la santé; ils ont un minimum d'avantages sociaux, doivent souvent payer leur propre formation, et, dans certaines provinces, ils doivent même payer leurs

---

<sup>60</sup> Anne Martin-Matthews, directrice scientifique, Institut du vieillissement, Instituts de recherche en santé du Canada, *Témoignages*, 7 avril 2008.

frais de déplacement. Certains témoins ont laissé entendre que l'absence d'une stratégie nationale en matière de ressources humaines et de normes de formation nationales pour ce secteur a un impact important sur la qualité des soins dans les différentes provinces<sup>61</sup>. Nous reviendrons sur cette question au chapitre 8.

### 2.2.5 Soins palliatifs

Il est important de permettre aux gens de vieillir là où ils le désirent et, pour cela, de leur fournir les services dont ils auront besoin jusqu'à la fin de leur vie. Les services de soins palliatifs en sont un élément important, et ils doivent être offerts là et au moment où les gens en ont besoin. D'après les témoignages que le Comité a entendus, il est possible de fournir des soins palliatifs efficaces à domicile, dans les maisons de repos et dans les établissements de soins. Le Comité a été surpris d'apprendre que, même si la plupart des Canadiens atteints d'une maladie mortelle préfèrent mourir chez eux, 75 p. 100 meurent à l'hôpital ou dans un établissement de soins de longue durée<sup>62</sup>. De plus, le D<sup>r</sup> Lawrence Librach, vice-président de l'Association canadienne des soins palliatifs, a déclaré au Comité que :

Les personnes âgées admises dans un établissement de soins de longue durée ne vont pas, en général, recevoir des soins de fin de vie de qualité. Les malades entrent dans ces établissements pour y mourir; ce sont d'énormes mouiroirs.

*Témoignages, 18 juin 2007*

Il y a bien des choses qu'on peut faire pour permettre aux Canadiens de mourir là où ils le désirent. Le Comité a appris qu'avec certains programmes de soins palliatifs qui existent déjà au Canada, 70 p. 100 des malades peuvent mourir chez eux.

Si l'on veut permettre aux aînés de mourir là où ils le désirent, il va falloir qu'une collaboration étroite s'instaure entre les professionnels des soins palliatifs, les aînés, leur famille et les personnels des autres services médicaux et sociaux. Au dire de

---

<sup>61</sup> Jane Barratt, Fédération internationale du vieillissement, *Témoignages*, 11 décembre 2006.

<sup>62</sup> D<sup>r</sup> Lawrence Librach, vice-président, Association canadienne des soins palliatifs, *Témoignages*, 18 juin 2007.

l'économiste Marc Lee, les traitements de fin de vie les plus coûteux ne sont pas toujours ce que désirent les aînés en phase terminale, et ce genre d'interventions n'améliore pas toujours la qualité de vie. Il constate également que, « en revanche, certaines options de soins palliatifs aident les gens à mourir dignement chez eux ou dans un milieu similaire, plutôt qu'à l'hôpital<sup>63</sup> ».

De la même façon qu'un examen gériatrique adéquat peut contribuer à déterminer le dispositif de soins le mieux adapté pour offrir la meilleure qualité de vie à domicile ou dans un établissement, une évaluation adéquate peut contribuer à définir les soins palliatifs les plus appropriés à la fin de vie du malade. Nadine Henningsen, directrice générale de l'Association canadienne de soins et services à domicile, a parlé des besoins de formation du personnel en ces termes :

Nous voyons qu'il est certes possible, et cela se fait déjà d'ailleurs, d'offrir une formation à l'intention des intervenants de différentes disciplines, c'est-à-dire que la formation est donnée en même temps aux aides de maintien à domicile, aux médecins en soins palliatifs, aux aidants naturels et aux infirmières, pas nécessairement pour leur enseigner concrètement comment prodiguer les soins, mais pour leur montrer comment travailler ensemble et éviter les recoupements dans les services et pour leur permettre d'échanger, afin que les différents travailleurs de la santé puissent commencer à établir des partenariats.

*Témoignages, 18 juin 2007*

Le Comité appuie la recommandation de Sharon Baxter, de l'Association canadienne des soins palliatifs, à savoir que « le gouvernement fédéral doit jouer un rôle de chef de file en orientant et en supervisant les activités dans ce domaine, afin que des soins de fin de vie de qualité puissent être intégrés au système de soins de santé, qu'ils soient coordonnés avec les autres systèmes de santé, qu'ils soient de nature globale et qu'ils représentent une utilisation à bon escient des deniers publics », et il recommande :

---

<sup>63</sup> Marc Lee, *Is BC's health Care system sustainable? A Closer look at the Costs of Aging and technology*, Centre canadien de politiques alternatives, novembre 2006, p. 21.

**11. Que le gouvernement fédéral finance un partenariat national avec les provinces, les territoires et les organisations communautaires qui dirigera et orientera l'établissement des normes et des pratiques exemplaires, les mesures de sensibilisation et les mesures de soutien du renforcement des capacités nécessaires pour que les Canadiens aient accès à des soins de fin de vie intégrés de qualité.**

Le Comité est conscient que le travail accompli dans le cadre de la Stratégie canadienne sur les soins palliatifs et les soins de fin de vie a permis de faire avancer le dossier des soins palliatifs, mais le gouvernement fédéral doit continuer de jouer son rôle de chef de file et d'offrir le soutien nécessaire, car il est bien placé pour le faire. Afin d'encourager la poursuite des initiatives qui permettront d'améliorer la fin de vie des Canadiens, le Comité exhorte le gouvernement fédéral à se charger de l'orientation et de la coordination des mesures relatives aux soins palliatifs et aux soins de fin de vie.

**Le Comité exhorte le gouvernement fédéral à se charger de l'orientation et de la coordination des mesures relatives aux soins palliatifs et aux soins de fin de vie.**

Dans le plan décennal de 2004 pour consolider les soins de santé, les premiers ministres fédéral, provinciaux et territoriaux se sont entendus pour assurer la couverture intégrale de certains services de soins à domicile, y compris « la gestion de cas, les soins infirmiers, les produits pharmaceutiques liés aux soins palliatifs et les soins personnels de la fin de la vie<sup>64</sup> ». Afin d'aider les gouvernements provinciaux et territoriaux à respecter leur engagement, l'Association canadienne des soins palliatifs, en partenariat avec l'Association canadienne de soins et services à domicile, a défini des « normes de référence pancanadiennes » pour chacune des quatre catégories de services de soins à domicile qui seront financés par le gouvernement : la gestion de cas, les soins infirmiers, les produits pharmaceutiques liés aux soins palliatifs et les soins personnels de la fin de la vie<sup>65</sup>. Le gouvernement fédéral, qui

---

<sup>64</sup> Association canadienne des soins palliatifs, Normes de référence pancanadiennes en matière de soins palliatifs à domicile : vers l'accès équitable à des soins palliatifs et de fin de vie à domicile de qualité.

<sup>65</sup> Association canadienne des soins palliatifs, Normes de référence pancanadiennes en matière de soins palliatifs à domicile : vers l'accès équitable à des soins palliatifs et de fin de vie à domicile de qualité.

vient au cinquième rang des fournisseurs de soins de santé aux Canadiens, a la responsabilité de respecter ces « normes de référence » pour les secteurs de la population qui relèvent directement de sa compétence dans ce domaine. En conséquence, le Comité recommande :

**12. Que le gouvernement fédéral applique les normes de référence pancanadiennes qui ont été établies par l'Association canadienne des soins palliatifs et l'Association canadienne de soins et services à domicile pour ce qui est des soins palliatifs à domicile qu'il offre aux anciens combattants, aux membres des Premières nations, aux Inuits et aux détenus des pénitenciers fédéraux.**

Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) financent des travaux de recherche sur les soins palliatifs depuis 2004, mais ce financement doit se terminer en 2009. Or, d'après les témoignages que le Comité a entendus, il est nécessaire de poursuivre les recherches sur le contrôle efficace de la douleur et des symptômes, sur les aspects psychosociaux des soins palliatifs, et sur la façon de dispenser efficacement les services de soins palliatifs au sein du système de soins de santé, car, même si le Canada a renforcé ses capacités dans ce domaine, il y a encore beaucoup à faire. Pour assurer la poursuite des recherches entreprises et trouver à la recherche sur les soins palliatifs en hospice des applications pratiques utiles pour le grand public et pour les professionnels de la santé, le Comité recommande :

**13. Que le financement accordé aux Instituts de recherche en santé du Canada pour des études sur les soins palliatifs soit reconduit au-delà de 2009.**





## **Chapitre 3 : Accès comparable aux services d'un bout à l'autre du pays**

### **3.1 Les aînés et les coûts des soins de santé**

Les pressions de la population [ne] compromettent [pas] le système de santé, et cela a été démontré; ce n'est pas le principal élément qui explique la hausse des coûts.

Byron Spencer, professeur d'économie, Université McMaster,  
*Témoignages*, 5 mai 2008

Commençons par dissiper un mythe par trop répandu. Notre population vieillissante ne sera pas responsable de l'effondrement des soins de santé tels que nous les connaissons.

Même si les coûts des soins de santé ont augmenté considérablement ces dernières années, ces hausses sont principalement attribuables à l'expansion des services de santé, à la croissance de la population et au taux d'inflation des soins de santé<sup>66</sup>. En comparaison, l'impact du vieillissement de la population sur les coûts des soins de santé est relativement modeste. Marc Lee, du Centre canadien de politiques alternatives, a dit au Comité que :

[N]ous pouvons offrir le même niveau de services dans le futur à une population vieillissante que nous offrons aujourd'hui. Je crois qu'il s'agit d'un très haut niveau. Comme nous en voulons toujours plus, de meilleurs services de santé viennent avec un prix; nous devons donc payer et déduire une partie de notre revenu. Toutefois, nous devons nous assurer de ne pas confondre l'expansion du système de santé avec le strict minimum nécessaire pour le maintenir.

Marc Lee, *Témoignages*, 5 mai 2008

Ailleurs dans le monde, il n'existe pas de lien entre la proportion de personnes âgées dans un pays et les dépenses au titre de la santé,

---

<sup>66</sup> Marc Lee, économiste principal, Centre canadien de politiques alternatives, *Témoignages*, 5 mai 2008.

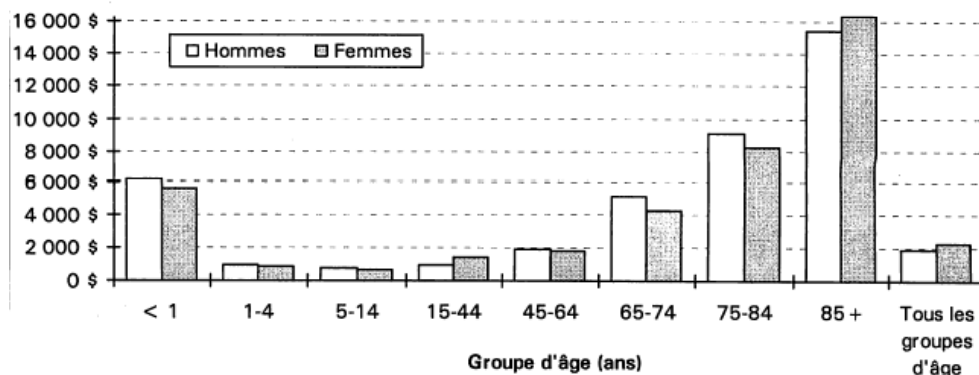
### CHAPITRE 3 : ACCÈS COMPARABLE AUX SERVICES D'UN BOUT À L'AUTRE DU PAYS

ni non plus de lien entre l'augmentation de la proportion d'aînés au cours des 25 dernières années et la hausse des dépenses au titre de la santé. Au Canada, il n'y a aucune corrélation entre les dépenses des provinces par habitant au titre de la santé et la proportion d'aînés au sein de la population de la province<sup>67</sup>.

Cela ne veut pas dire que le vieillissement n'aura aucune incidence sur les dépenses de santé. En effet, le phénomène n'est pas totalement étranger à la hausse des coûts. Toutefois, ces coûts demeurent raisonnables, et chaque province fait ses propres choix quant aux soins à offrir et à la façon de les organiser, à l'intérieur du cadre de la *Loi canadienne sur la santé*.

La pression sur les coûts des soins de santé exercée par le vieillissement de la population tient au fait que le recours aux soins de santé est habituellement plus intensif dans les première et dernière années de vie, comme l'illustre le graphique 3.1 ci-dessous.

**Graphique 3.1 Dépenses totales de santé, par habitant, des gouvernements provinciaux et territoriaux, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, en dollars constants de 1997, 2002.**



Source : Institut canadien d'information sur la santé, *Dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux selon le groupe d'âge, le sexe et les catégories principales : taux de croissance récents et futurs*, mai 2005.

Les dépenses de santé ont progressé à peu près également en pourcentage dans tous les groupes d'âge depuis dix ans, mais parce que les dépenses publiques au titre de la santé des personnes âgées sont plus élevées que celles qui concernent les autres groupes d'âge, en chiffres absolus, elles ont bien plus augmenté que les autres.

<sup>67</sup> Jean-Marie Berthelot, vice-président, Programmes, Institut canadien d'information sur la santé, *Témoignages*, 3 décembre 2007.

En plus des coûts des soins de santé, on s'attend à ce que le vieillissement de la population crée aussi des pressions accrues sur les soins à domicile, les soins de longue durée et les autres services complémentaires<sup>68</sup>. Il est donc d'autant plus important de favoriser une plus grande intégration des services afin de faire les meilleurs compromis possible, d'améliorer les soins et de contenir les dépenses, comme il est mentionné au chapitre 2.

### 3.2 Les activités de promotion de la santé peuvent contribuer à réduire les coûts des soins de santé

La promotion de la santé est « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci<sup>69</sup> ». Les études montrent que les stratégies de promotion de la santé et de prévention de la maladie peuvent aider les gens à vieillir mieux, contribuer à réduire la prévalence des affections chroniques et ainsi réduire les coûts pour le système de santé. Beaucoup de témoins ont insisté sur l'importance de la promotion de la santé tout au long de la vie. Victor Marshall, professeur de sociologie à l'Institut du vieillissement de l'Université de la Caroline du Nord, a dit au Comité que « les experts en promotion de la santé et en prévention de la maladie soulignent qu'il n'est jamais trop tard et qu'il n'est jamais non plus trop tôt pour instaurer des stratégies de promotion de la santé qui produiront des résultats positifs<sup>70</sup> ». On a donné au Comité de nombreux exemples de programmes innovateurs conçus pour aider les Canadiens âgés à bouger davantage<sup>71</sup> et à mieux s'alimenter.

---

<sup>68</sup> Marc Lee, *Témoignages*, 5 mai 2008.

<sup>69</sup> Organisation mondiale de la santé, *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, 1986.

<sup>70</sup> Victor Marshall, professeur de sociologie, Institut du vieillissement, Université de la Caroline du Nord, *Témoignages*, 19 février 2007.

<sup>71</sup> Voir le chapitre 4.

#### **Améliorer l'alimentation des résidents des établissements de soins de longue durée**

Il est important de bien s'alimenter pour être en bonne santé. La D<sup>re</sup> Hélène Payette, professeure à la faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke<sup>72</sup>, a parlé au Comité de recherches qui ont été menées dans des établissements de soins de longue durée au Canada et en Europe où l'on avait installé des cuisines et des salles à manger dans les unités. Toutes les études témoignent d'une amélioration de l'état nutritionnel, de la vitalité et de la sociabilité des résidents. Le Comité a pu constater ce phénomène à Halifax, au Camp Hill Veteran's Memorial Building, où un poste de réchauffage des plats diffuse dans le service l'odeur alléchante du petit-déjeuner qui attire les résidents vers la salle à manger.

Gudrun Langolf, directrice du Council of Senior Citizens' Organizations of British Columbia, a rappelé au Comité que les problèmes des personnes âgées ont souvent leur origine dans leur jeunesse et a affirmé par ailleurs que « [l]e fait que l'on tente de régler les problèmes à l'aide de solutions temporaires ou de dépannage a une incidence négative sur la société<sup>73</sup> ». Robert Dobie, président intérimaire du Conseil consultatif national sur le troisième âge a fait valoir au Comité l'importance de la promotion de la santé :

Je ne saurais trop insister sur le fait que 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. La promotion de la santé, y compris pour les personnes très âgées, peut produire des résultats bénéfiques. La prévention des chutes, de même que des changements dans le mode de vie, particulièrement en ce qui a trait à la nutrition et à l'activité physique, doivent recevoir une attention

---

<sup>72</sup> D<sup>re</sup> Hélène Payette, professeure, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, *Témoignages*, 16 mai 2008.

<sup>73</sup> Gudrun Langolf, directrice, Council of Senior Citizens' Organizations of British Columbia, *Témoignages*, 5 juin 2008.

prioritaire dans les programmes de prévention et de promotion destinés à une population vieillissante.

*Témoignages, 27 novembre 2006*

Le Comité est parfaitement conscient de l'importance d'une stratégie globale de promotion de la santé. Il sait qu'elle fait économiser de l'argent à terme en augmentant les années de bonne santé et en retardant l'arrivée des problèmes de santé.

#### **Retarder l'apparition de la maladie d'Alzheimer**

Selon des données provenant des États-Unis, si nous pouvions retarder de cinq ans l'apparition de la maladie d'Alzheimer, nous réduirions d'environ 50 p. 100 sa prévalence au sein de la population, et nous tentons actuellement, avec la Société Alzheimer du Canada, de produire des données équivalentes pour ce qui est de la situation canadienne. L'Institut du vieillissement a récemment lancé une initiative appelée le PARD, ou Programme d'application de la recherche sur les démences, dans le cadre duquel nous travaillons avec des praticiens à la question du retardement du déclenchement des maladies.

Anne Martin-Matthews, directrice scientifique, Institut du vieillissement, Instituts de recherche en santé du Canada

Le gouvernement fédéral joue un rôle dans la promotion de la santé et la prévention de la maladie par l'élaboration, la mise en oeuvre et l'évaluation de programmes et de politiques conçus pour encourager les Canadiens à adopter un mode de vie sain. L'Agence de la santé publique du Canada, par exemple, se concentre sur la promotion de la santé, la prévention des maladies chroniques comme le diabète et les maladies cardiovasculaires, et la prévention des blessures. En multipliant les activités de promotion de la santé, le gouvernement fédéral pourrait contribuer à réduire les dépenses globales de santé. En conséquence, le Comité reprend la recommandation formulée par le Comité sénatorial des affaires sociales, des sciences et

**Le Comité reprend la recommandation formulée par le Comité sénatorial des affaires sociales, des sciences et de la technologie dans son étude de la santé des Canadiens, à savoir que le gouvernement fédéral assure un leadership fort en matière de soutien, de coordination et d'intégration de l'infrastructure de la santé publique et des efforts de promotion de la santé au Canada et qu'il y affecte davantage de fonds.**

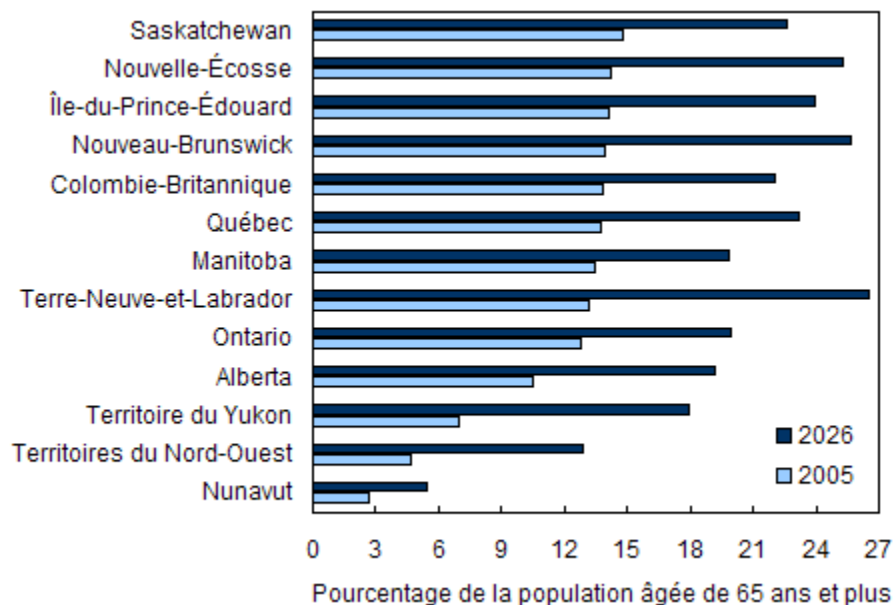
## CHAPITRE 3 : ACCÈS COMPARABLE AUX SERVICES D'UN BOUT À L'AUTRE DU PAYS

de la technologie dans son étude de la santé des Canadiens<sup>74</sup>, à savoir que le gouvernement fédéral assure un leadership fort en matière de soutien, de coordination et d'intégration de l'infrastructure de la santé publique et des efforts de promotion de la santé au Canada et qu'il y affecte davantage de fonds.

### 3.3 Prévisions démographiques pour les provinces et territoires

Les différentes régions du pays ne vieillissent pas toutes au même rythme. La migration des populations ainsi que la variation des taux de fécondité amplifient les disparités régionales. Les provinces dont la population est déjà plus âgée vieillissent plus rapidement, en particulier les cinq provinces les plus à l'est du pays.

**Graphique 3.2**  
**Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus, par province, 2005 et projections pour 2026**



Source : Statistique Canada, Un portrait des aînés au Canada, 2006.

<sup>74</sup> Comité sénatorial permanent de la santé, des sciences et de la technologie, *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral*, Rapport final, Volume six : Recommandations en vue d'une réforme, 2002.

Comme l'illustre le graphique 3.2, les différences observées d'une province et d'un territoire à l'autre dans la structure de la population par âge vont s'accroître dans l'avenir.

### **3.4 Un programme supplémentaire pour compenser le vieillissement inégal de la population d'une province et d'un territoire à l'autre**

Parce que les coûts des soins de santé dispensés aux aînés sont plus élevés que pour les autres groupes d'âge, les provinces qui comptent une proportion plus grande d'aînés subiront des hausses de coûts supérieures aux autres. La formule de financement par habitant du Transfert canadien en matière de santé ne tient pas compte de ces coûts marginaux, d'où la possibilité que l'écart entre les différents ensembles de services offerts par les gouvernements provinciaux et territoriaux finisse par s'élargir, comme le souligne le gouvernement de la Nouvelle-Écosse dans son mémoire à l'intention du Comité :

La Nouvelle-Écosse craint que l'approche fédérale courante, qui consiste à adopter le financement égal par habitant pour les transferts fédéraux, crée de nouveaux problèmes de viabilité du financement pour des sphères de compétence comme la Nouvelle-Écosse<sup>75</sup>.

Nous croyons qu'il est essentiel de veiller à ce que les Canadiens d'un bout à l'autre du pays, peu importe leur âge, aient un accès équitable aux services, et que les provinces et territoires dont les populations sont plus âgées ne soient pas pénalisés en raison de leur situation démographique.

Le Deuxième rapport provisoire du Comité sur les enjeux et options examine un certain nombre d'options pour remédier à ce déséquilibre. Au cours de nos audiences, des témoins nous ont clairement indiqué qu'il serait litigieux et délicat de tenter d'introduire des

**Le Comité croit que la façon la plus simple de compenser les coûts marginaux associés au vieillissement de la population consiste à verser aux provinces un paiement de transfert distinct.**

---

<sup>75</sup> Gouvernement de la Nouvelle-Écosse, *Rapport à l'intention du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement – Perspective de la Nouvelle-Écosse*, 13 juin 2008.



## CHAPITRE 3 : ACCÈS COMPARABLE AUX SERVICES D'UN BOUT À L'AUTRE DU PAYS

---

considérations fondées sur l'âge dans les formules de péréquation et de calcul du Transfert canadien en matière de santé, étant donné la vaste portée de ces programmes.

La façon la plus simple de compenser les coûts associés au vieillissement rapide de la population consiste à verser aux provinces un paiement de transfert distinct à cette fin, comme l'explique Joe Ruggeri, professeur d'économie à l'Université du Nouveau-Brunswick :

Je crois qu'il [un supplément distinct] serait beaucoup plus transparent et ciblé et assurerait une meilleure reddition de comptes. En outre, il s'agirait d'une mesure provisoire pour régler un problème temporaire, une mesure qu'on pourrait adapter en fonction du vieillissement de la population.

*Témoignages, 5 mai 2008*

Le Comité recommande donc :

**14. Que le gouvernement fédéral crée un programme de transfert supplémentaire afin d'aider les provinces et territoires dont les populations sont plus âgées à absorber les coûts accrus des soins de santé destinés à leurs aînés.**

### 3.5 Accès comparable aux médicaments : un formulaire national

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.

Robert Dobie, président intérimaire, Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Témoignages*, 27 novembre 2006

Les produits pharmaceutiques, en particulier les médicaments sur ordonnance, sont perçus comme l'un des trois piliers essentiels des soins de santé, avec les services offerts par les médecins et les services hospitaliers. Les aînés ont particulièrement besoin de médicaments pour prévenir des complications, traiter des maladies

chroniques, atténuer la douleur et réduire des symptômes tout au long et à la fin de leur vie. Toutefois, contrairement aux soins médicaux et hospitaliers, qui sont généralement assurés parce qu'ils sont considérés comme des services médicalement nécessaires, les médicaments sur ordonnance utilisés en dehors du cadre hospitalier sont payés par les consommateurs eux-mêmes, à moins d'être remboursés par un régime public ou privé d'assurance-médicaments.

La principale couverture offerte aux aînés canadiens réside dans les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-médicaments. Chaque gouvernement a normalement son propre régime d'assurance-médicaments et dispose de son propre formulaire où sont énumérés les médicaments couverts par le régime. Ainsi, il y a actuellement dix formulaires provinciaux, trois formulaires territoriaux et six formulaires fédéraux, c'est-à-dire 19 listes de médicaments susceptibles d'être approuvés au nombre des médicaments dont les aînés assurés peuvent obtenir le remboursement. De même, chaque régime provincial et territorial est assorti de cotisations, de quotes-parts ou de franchises imputables aux bénéficiaires, tandis que les régimes fédéraux remboursent généralement le plein prix des médicaments couverts.

Il s'ensuit que les remboursements consentis aux aînés d'un bout à l'autre du pays au titre des médicaments sont très disparates. Par exemple, les médicaments approuvés par Santé Canada pour traiter la maladie d'Alzheimer ne figurent pas sur tous les formulaires provinciaux, de sorte que les aînés qui n'en ont pas les moyens n'ont pas accès à ce traitement coûteux. Les coûts, conjugués au manque d'uniformité des médicaments couverts en vertu des formulaires provinciaux, se répercutent sur la santé des aînés. Selon Donald Juzwishin du Conseil canadien de la santé, l'obligation de déboursier eux-mêmes directement le coût des médicaments incite certains aînés à réduire leur médication ou à l'interrompre :

Dans le cadre de notre sondage, nous avons établi que 10 p. 100 des Canadiens atteints de maladies chroniques avaient signalé ne pas faire remplir une ordonnance ou passer outre à la prise de médicaments en raison des coûts qui leur étaient associés.

*Témoignages, 7 avril 2008*

### **CHAPITRE 3 : ACCÈS COMPARABLE AUX SERVICES D'UN BOUT À L'AUTRE DU PAYS**

---

Les médicaments sur ordonnance sont un élément essentiel de la prestation de soins intégrés aux aînés. Malgré les efforts des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour offrir un accès suffisant aux médicaments en dehors du cadre hospitalier, la couverture offerte par les régimes d'assurance-médicaments d'un bout à l'autre du pays manque d'uniformité et d'équité. L'adoption d'un formulaire national commun est généralement perçue comme une première étape essentielle pour remédier aux écarts d'une province et d'un territoire à l'autre. Cette solution de même que l'idée d'un programme national de médicaments sur ordonnance financé par l'État ont reçu l'appui de bon nombre de témoins entendus par le Comité<sup>76</sup>.

Le Comité reconnaît toutefois que l'adoption d'un formulaire national commun et d'un régime uniforme d'assurance-médicaments pour l'ensemble du pays exigera une importante collaboration de la part des différentes instances gouvernementales. Il rappelle qu'en 2002, la proposition en faveur d'un formulaire national a reçu l'appui de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada et du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. La création, en 2003, du Programme commun d'évaluation des médicaments, grâce à la participation de toutes les instances provinciales et territoriales à l'exception du Québec, est perçue comme une étape importante vers l'élaboration d'un formulaire national. De même, le Comité prend acte de l'adhésion de tous les ordres de gouvernement au Plan décennal pour consolider les soins de santé, lorsque les premiers ministres provinciaux ont créé un groupe de travail ministériel chargé d'élaborer et de mettre en œuvre une Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques.

Les avantages d'un formulaire national sont particulièrement importants pour les aînés. En plus de réduire les inégalités dans la couverture offerte aux aînés par les différents régimes publics d'un bout à l'autre du pays, le formulaire contribuera à promouvoir une utilisation optimale des médicaments et permettra une administration plus efficace. Il est intéressant de noter que le coût des médicaments était auparavant le troisième en importance, après les dépenses au titre des hôpitaux et des médecins; il est maintenant passé au deuxième rang, après les soins hospitaliers. En ce qui concerne les

---

<sup>76</sup> Par exemple, l'hon. Michael Baker, ministre des Finances de la Nouvelle-Écosse, Christine Mounsteven de La Corporation Canadienne des Retraités Intéressés, Marc Lee du Centre canadien de politiques alternatives, etc.

régimes fédéraux d'assurance-médicaments, l'exercice d'un leadership est possible grâce au Partenariat fédéral en santé, qui a déjà négocié et coordonné l'achat par le gouvernement fédéral de produits pharmaceutiques au nom de certains ministères et organismes représentant des clients fédéraux précis. En ce qui concerne les différents ordres de gouvernement (fédéral, provinciaux et territoriaux), une comparaison des listes actuelles de médicaments figurant sur les formulaires permettra d'évaluer les écarts dans la couverture offerte, de trouver des façons de réduire les inégalités et d'amorcer l'élaboration d'un formulaire national commun.

La création d'un formulaire national commun passe par l'établissement d'une liste de médicaments utilisés par les aînés d'un bout à l'autre du pays, laquelle pourra servir à la mise en œuvre d'un formulaire national pour les aînés.

Le Comité recommande donc :

**15. Que le gouvernement fédéral engage des fonds à durée limitée pour permettre aux régimes provinciaux, territoriaux et fédéraux d'assurance-médicaments d'élaborer une liste commune de médicaments utilisés par les aînés, que cette liste serve à l'établissement par toutes les instances gouvernementales d'un formulaire national commun qui pourrait devenir la liste de médicaments couverts pour l'ensemble des aînés canadiens, et que cette initiative serve de fondement à un programme national d'assurance-médicaments.**

---



## **Chapitre 4 : Vieillissement actif dans des villes et des collectivités rurales amies des aînés**

Pour vieillir à l'endroit de son choix, il faut vivre dans une collectivité qui peut suivre l'évolution des besoins familiaux et individuels. Dans tout le pays, des programmes innovateurs sont offerts aux aînés, souvent par d'autres aînés. Ce sont, à titre d'exemple, des programmes universitaires, des cours d'informatique, des ateliers de menuiserie, des clubs sociaux et des activités de conditionnement physique. Ces programmes ne sont pas toujours d'un accès facile pour différentes raisons, soit parce que l'infrastructure locale ne se prête pas aux déplacements ou parce que le transport est trop cher ou compliqué. Il y a donc lieu de s'intéresser aux principes de la conception universelle et à la mise en œuvre du modèle de la collectivité amie des aînés.

### **4.1 Vieillissement actif**

Les aînés font bénéficier la société de nombreuses contributions de grande valeur grâce aux connaissances et à l'expérience accumulées pendant toute leur vie. En même temps, la société a besoin de la contribution de travailleurs compétents et de bénévoles pour fournir les biens et les services requis par une population croissante et une main-d'œuvre qui diminue<sup>77</sup>.

Le Cadre national sur le vieillissement, élaboré il y a dix ans pour orienter l'action fédérale et provinciale, présente l'énoncé de vision qui suit :

Le Canada, une société pour tous les âges, favorise le bien-être et la participation des aînés dans tous les aspects de la vie, favorise le bien-être des aînés, reconnaît leurs

---

<sup>77</sup> Comité fédéral-provincial-territorial des hauts fonctionnaires responsables des aînés, *Un cadre pour la planification. relativement au vieillissement de la population canadienne*, 2005.

précieuses contributions et vise à éliminer l'âgisme dans tous les secteurs.

De nombreux aînés demeurent des membres actifs de la société par le travail rémunéré, le bénévolat, les études, les relations sociales et intergénérationnelles et l'activité physique. Le Comité a été informé que l'activité physique et intellectuelle contribue grandement au bien-être des personnes âgées. Le vieillissement accéléré est la conséquence directe de l'inactivité. Les faits montrent pourtant que les aînés ne voient pas nécessairement à quel point il importe de rester actifs. Comme l'a indiqué Monika Queisser, de l'Organisation de coopération et de développement économiques :

Toute leur vie, les gens entretiennent des projets de retraite, par exemple faire du bénévolat ou travailler au sein d'associations. Pourtant, lorsqu'on se penche sur la façon dont les retraités occupent leur temps libre [...] , on constate qu'ils sont davantage sédentaires, c'est-à-dire qu'ils dorment et regardent la télévision plus souvent.

*Témoignages, 7 mai 2007*

---

Notre défi est donc de sensibiliser les gens. Tous doivent savoir que pour vivre longtemps, heureux et bien portants, il faut qu'ils adoptent un mode de vie sain et actif.

Coalition de vie active pour les aîné(e)s

---

Pour favoriser un vieillissement actif, il faut prévoir des mesures qui donnent aux adultes la possibilité de mener une vie occupée et active, de façon qu'ils gardent ces mêmes habitudes après leur retraite. Il faut aussi examiner de près les obstacles au maintien d'une vie active chez certains aînés.

La promotion du vieillissement actif nécessite une collaboration entre les personnes concernées, le secteur bénévole, le secteur privé et les différents ordres de gouvernement.

### 4.1.1 Relations sociales et intergénérationnelles

L'interaction sociale est importante pour la santé mentale et physique. Dans le mémoire qu'elle a présenté au Comité, la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées a formulé l'observation suivante :

## CHAPITRE 4 : VIEILLISSEMENT ACTIF DANS DES VILLES ET DES COLLECTIVITÉS RURALES AMIES DES ÂÎNÉS

---

Le réseau social est très important [chez les aînés] car l'isolement [...] entraîne la dépression et la perte d'autonomie. Les programmes communautaires ou institutionnels qui procurent du soutien social aux aînés contribuent à leur santé mentale.

*Témoignages, 28 mai 2007*

La Société Alzheimer signale que « l'interaction sociale semble avoir un effet protecteur contre la maladie d'Alzheimer<sup>78</sup> » et recommande aux aînés de participer à des activités sociales avec la famille et les amis, de continuer à travailler, de faire du bénévolat, d'adhérer à un groupe de loisirs ou à un club ou de suivre des cours.

Les organisations qui offrent des activités sociales aux aînés jouent un rôle d'intervenants de première ligne. Selon Judith Cameron, du Fairfield Activity Centre de Victoria :

Nous sommes des travailleurs de première ligne. Nous voyons nos membres les bons jours comme les mauvais. Nous les voyons avant qu'ils entrent en résidence et se retrouvent à l'hôpital. Nous les acheminons vers d'autres services et exerçons des pressions pour obtenir des services de santé, des renvois à des médecins, des soins à domicile, du logement, et des soins de santé mentale.

*Témoignages, 28 mai 2007*

Ces organisations contribuent de façon cruciale à informer les aînés et à les aiguiller vers les services qui leur sont accessibles et doivent être convenablement soutenues. Un bon nombre des témoins entendus par le Comité ont dit se préoccuper des aînés qui vivent en isolement. Contrairement à ceux qui participent à des activités et programmes dans leur milieu, les aînés isolés ne connaissent pas les ressources offertes, ne reçoivent pas d'informations pouvant les aider à se protéger, par exemple contre la violence, et ne sont pas en contact avec des intervenants aptes à les renseigner sur leurs droits.

La question de l'isolement social a été soulevée à toutes les tables rondes sur le bien-être des aînés que le Conseil national des aînés a tenues entre février et mai 2008. Les personnes âgées qui y

---

<sup>78</sup> Société Alzheimer, *Faites marcher votre cerveau, il a besoin d'exercice! Ce qu'il faut savoir sur la santé du cerveau et la maladie d'Alzheimer.*



## CHAPITRE 4 : VIEILLISSEMENT ACTIF DANS DES VILLES ET DES COLLECTIVITÉS RURALES AMIES DES ÂÎNÉS

---

participaient ont indiqué que le faible revenu et l'absence de moyen de transport les rendent vulnérables à l'isolement social<sup>79</sup>.

Certains groupes d'âînés sont particulièrement susceptibles de connaître l'exclusion sociale, notamment les personnes très âgées, les femmes, les personnes peu scolarisées, les âînés des régions urbaines, ceux qui ne sont pas Canadiens de naissance, ceux qui ne sont pas mariés et ceux dont la santé nuit au niveau d'activité<sup>80</sup>.

Des études montrent que les âînés vivant en milieu urbain risquent beaucoup plus d'être confrontés à l'exclusion sociale, peut-être parce que « [l]es âînés des régions rurales peuvent profiter davantage du soutien du voisinage et des pairs pour ce qui est du transport aller-retour à des événements familiaux et à des activités communautaires, en raison de la plus forte probabilité que les gens se connaissent<sup>81</sup> ». Cette situation rend intéressant le modèle des villes et des collectivités rurales amies des âînés.

L'exclusion sociale guette tout spécialement les âînés immigrants, quoique le Conseil ethnoculturel du Canada ait exhorté le Comité à prendre en considération « l'importance des interactions sociales, du bénévolat spontané, des services d'autoassistance, des associations que l'on retrouve au sein des collectivités ethnoculturelles ainsi que de leur contribution à l'économie du pays et leur précieux apport à la société canadienne<sup>82</sup> ». La diversité culturelle sera encore plus grande dans les cohortes d'âînés à venir. Le Comité recommande :

**16. Que le gouvernement fédéral soutienne adéquatement la recherche sur le besoin de réseaux sociaux des personnes âgées et qu'il soutienne aussi les organisations qui offrent des activités sociales aux personnes âgées, en particulier celles qui**

---

<sup>79</sup> Conseil national des âînés, mémoire présenté au Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, juin 2008.

<sup>80</sup> Groupe de travail sur l'isolement social, Comité fédéral-provincial-territorial des hauts fonctionnaires (Âînés), *Un profil de l'isolement social au Canada - Phase II*, novembre 2007.

<sup>81</sup> Groupe de travail sur l'isolement social, Comité fédéral-provincial-territorial des hauts fonctionnaires (Âînés), *Un profil de l'isolement social au Canada - Phase II*, novembre 2007, p. 7.

<sup>82</sup> Anna Chiappa, Conseil ethnoculturel du Canada, *Témoignages*, 28 mai 2007.

**organisent des événements et activités  
culturellement adaptés aux aînés qui ne sont pas  
Canadiens de naissance.**

---

#### **4.1.2 Activité physique**

Il existe deux bons moments pour commencer à faire de l'exercice : quand on est jeune et aujourd'hui.

Elaine Gallagher, directrice, Centre on Aging, Université de Victoria,  
*Témoignages*, 28 avril 2008

Il faut prendre des mesures pour amener les adultes à reconnaître les bienfaits de l'activité jusqu'à un âge avancé et pour offrir l'éventail des services qui répondront aux besoins d'une population âgée physiquement active.

Rester physiquement actif, voilà un facteur déterminant de la santé. La bonne nouvelle est qu'il n'est jamais trop tard pour commencer. En adoptant des habitudes de vie saines à l'âge mûr et même par la suite, on accroît considérablement ses chances de santé et de longévité, et les effets se font sentir rapidement<sup>83</sup>.

La forme physique est essentielle pour prévenir ou retarder l'apparition des maladies chroniques liées au vieillissement et pour réduire la période d'invalidité et de dépendance, comme l'a dit au Comité Donald Paterson, professeur à l'École de kinésiologie de la Faculté des sciences de la santé de l'Université Western Ontario :

La recherche montre une réduction de 50 p. 100 du risque d'avoir besoin de soins de longue durée chez ceux qui sont modérément en forme [...] C'est parce que beaucoup de gens se retrouvent aux soins de longue durée non pas à cause de dysfonctions cognitives, mais parce qu'ils ne peuvent plus marcher.

*Témoignages*, 28 avril 2008

---

<sup>83</sup> Australie, Prime Minister's Science, Engineering and Innovation Council, *Promoting Health Ageing in Australia*, 2003.

## CHAPITRE 4 : VIEILLISSEMENT ACTIF DANS DES VILLES ET DES COLLECTIVITÉS RURALES AMIES DES ÂÎNÉS

---

L'activité physique peut aussi atténuer les effets de maladies chroniques. Dianne Austin, directrice exécutive nationale de la Coalition de vie active pour les aîné(e)s, a dit au Comité :

Bien des gens ne se rendent pas compte du fait que les bienfaits de l'activité physique aident souvent à diminuer la douleur associée à l'ostéoporose ou à l'arthrite. Bien souvent, les gens supposent qu'il ne faut pas bouger; en fait, c'est plutôt le contraire. Plus les gens participent à des exercices physiques — surtout des exercices de renforcement musculaire — plus ils seront en mesure de combattre les complications de l'ostéoporose. Toutefois, de façon générale, les gens ignorent ce fait. Le travail de recherche a été fait, mais les résultats n'ont pas été communiqués au grand public.

*Témoignages, 7 mai 2007*

---

[...] il est important de trouver des façons de soutenir l'offre de programmes d'exercice aux aînés. Il faut aussi former des dirigeants, des instructeurs et des éducateurs.

Dr Donald Paterson, École de kinésiologie, Faculté des sciences de la santé, Université Western Ontario

---

La sédentarité est un problème sérieux dans la population canadienne, y compris chez les personnes âgées. Seule une minorité est assez active physiquement. Beaucoup de personnes âgées se sentent fragiles parce qu'elles sont fragiles. Elles sont devenues trop faibles, trop raides et trop instables pour vivre sans crainte de faire des chutes.

---

Les personnes âgées sédentaires disent qu'elles savent déjà que faire de l'exercice est bon pour le corps, mais estiment néanmoins que ce n'est pas bon pour elles. Il se peut donc que le problème sous-jacent soit l'âgisme auto-imposé.

Chad Witcher, représentant, Alberta Centre for Active Living

---

Selon Donald Paterson, de l'École de kinésiologie de l'Université Western Ontario, les personnes âgées en santé ont besoin d'activités physiques « d'une intensité modérée ou modérément vigoureuses, 30 minutes par jour, de quatre à cinq fois par semaine » pour obtenir le maximum d'effets sur leur santé. Cet exercice devrait s'ajouter aux activités légères du quotidien, comme les travaux ménagers, la marche ordinaire ou les activités de très courte durée. M. Paterson a dit au Comité qu'en encourageant une tranche de la population, si petite soit-elle, à suivre cet avis, on constaterait d'énormes avantages pour

l'économie et la société. Il a ajouté : « Ce serait peut-être plus efficace d'encourager d'abord ceux qui seraient plus susceptibles de changer leurs habitudes en ce qui a trait à l'exercice pour que ce groupe fixe en fait une norme que les personnes les plus récalcitrantes pourraient tenter d'atteindre. »

Il est peu probable que l'on puisse amener la majorité des adultes qui ne sont pas physiquement actifs à atteindre le niveau optimal d'activité physique défini plus haut. Chad Witcher, de l'Alberta Centre for Active Living, résume ainsi la difficulté qui se pose :

[...] les adultes âgés sédentaires en santé disent qu'ils n'ont pas forcément besoin d'être physiquement en forme pour être en bonne santé, tandis que les personnes âgées malades disent qu'il est trop tard, qu'elles sont trop vieilles ou qu'elles ne sont pas suffisamment en forme pour prendre part à ces activités.

*Témoignages, 28 avril 2008*

Il y a lieu d'examiner à fond les moyens à prendre pour valoriser l'activité physique chez les adultes et leur faire comprendre qu'il n'est jamais trop tard pour commencer à bouger. Ce message doit être conçu exprès pour les groupes les moins physiquement actifs. Par exemple, les femmes âgées sont en général beaucoup moins actives que les hommes âgés. Les autres groupes peu actifs sont les personnes de plus de 80 ans, les aînés à faible revenu ou peu scolarisés, ceux qui sont handicapés ou qui ont une maladie chronique, ceux qui vivent en établissement ou en isolement et les membres de minorités ethnoculturelles et ethnolinguistiques<sup>84</sup>.

Il est essentiel de faire comprendre à tous les Canadiens, y compris aux aînés, que l'activité physique est importante pour rester en bonne santé physique et psychologique, réduire le risque de maladies chroniques et gérer la douleur due à une maladie chronique. Le Comité exhorte le gouvernement fédéral à lancer une campagne nationale de marketing

**Le Comité exhorte le gouvernement fédéral à lancer une campagne nationale de marketing social à grande visibilité en utilisant les médias pour sensibiliser un vaste segment de la population aux avantages de l'activité physique chez les aînés.**

---

<sup>84</sup> Santé Canada, *L'activité physique chez les personnes âgées*, Division du vieillissement et des aînés, 2002.

## CHAPITRE 4 : VIEILLISSEMENT ACTIF DANS DES VILLES ET DES COLLECTIVITÉS RURALES AMIES DES ÂÎNÉS

---

social à grande visibilité en utilisant les médias pour sensibiliser un vaste segment de la population aux avantages de l'activité physique chez les aînés.

Pareille stratégie doit mettre en lumière les bienfaits de l'exercice physique. « Les messages axés sur la peur qui soulignent les risques de chute ou de problèmes de santé ne sont pas efficaces pour modifier les comportements. Les gens pensent habituellement qu'ils ne sont pas à risque et que ces messages ne s'adressent pas à eux<sup>85</sup> », a-t-on dit au Comité.

D'après l'Active Living Coalition for Older Adults, de nombreux obstacles empêchent les aînés d'être plus actifs physiquement, entre autres l'accès aux installations où se donnent les programmes, l'utilité des programmes pour les personnes âgées, les frais de participation et

**Le Comité exhorte le gouvernement fédéral à faire connaître plus énergiquement les pratiques exemplaires et les modèles innovateurs touchant l'activité physique chez les aînés.**

de transport, ainsi que le manque de motivation<sup>86</sup>. L'environnement physique peut aussi être un important facteur de dissuasion ou d'encouragement. Faciliter l'activité physique, c'est offrir un milieu de vie qui inspire un sentiment de sécurité, c'est s'assurer qu'on peut parcourir le quartier à pied, sur des trottoirs sans neige ni glace.

Il existe déjà un bon nombre d'initiatives pour stimuler l'activité physique chez les personnes âgées, telles que les programmes modèles d'exercice et de formation d'instructeurs mis sur pied par le Canadian Centre for Activity and Aging<sup>87</sup>. Le Comité a toutefois été informé que l'échange d'informations est insuffisant au niveau national. Des témoins ont préconisé l'établissement d'un mécanisme permettant de communiquer les pratiques exemplaires. Comme l'a indiqué Colin Milner, de l'International Council on Active Aging : « Beaucoup de personnes travaillent à l'aveuglette. » Par conséquent, le Comité exhorte le gouvernement fédéral à faire connaître plus

---

<sup>85</sup> Colin Milner, président-directeur général, International Council on Active Aging, *Témoignages*, 7 mai 2007.

<sup>86</sup> Active Living Coalition for Older Adults, réponse au questionnaire du Comité envoyé à des organismes d'aînés.

<sup>87</sup> Donald Paterson, professeur, École de kinésiologie, Faculté des sciences de la santé, Université Western Ontario, *Témoignages*, 28 avril 2008.

énergiquement les pratiques exemplaires et les modèles innovateurs touchant l'activité physique chez les aînés.

#### **4.1.3 Éducation et apprentissage continu**

Des études montrent que les personnes qui ont continué d'apprendre toute leur vie n'arrêteront pas parce qu'elles sont âgées. Certaines, qui n'ont pas eu cette possibilité pendant leur vie professionnelle, profitent de la retraite pour acquérir de nouvelles habiletés. Comme pour les adultes en général, les besoins et les modes d'apprentissage varient grandement chez les aînés. Lorsque ces besoins sont satisfaits, la société tout entière est gagnante.

L'attention portée à l'éducation des adultes est surtout axée sur la productivité au travail. Il a été clairement établi que les travailleurs âgés sont nettement sous-représentés dans les activités de formation professionnelle offertes par les employeurs au Canada. Or, l'apprentissage n'a pas qu'une utilité professionnelle. Il faut reconnaître que ses bienfaits dépassent le cadre de l'emploi rémunéré et ont un profond retentissement sur l'individu et la société en général.

---

L'apprentissage actif contribue aussi à entretenir la santé du cerveau, car il prévient la perte des fonctions cérébrales et des habiletés cognitives comme la mémoire, le raisonnement et le jugement. Cette découverte est extrêmement importante pour la prévention et le traitement de la démence.

Marjorie Wood, Creative Retirement Manitoba

---

On a fait valoir au Comité qu'« il existe un lien entre l'apprentissage continu d'une part et la longévité et la qualité de vie d'autre part. L'apprentissage continu aide les personnes âgées à développer de nouveaux intérêts et à s'impliquer activement dans la collectivité. Les personnes âgées se sentent plus heureuses, en meilleure forme, plus respectées et plus indépendantes lorsqu'elles participent activement à l'apprentissage<sup>88</sup>. » Des études montrent que l'apprentissage actif contribue aussi à préserver les habiletés cognitives comme la mémoire, le raisonnement et le jugement.

Les aînés sont plus enclins à pratiquer des activités d'apprentissage s'ils le faisaient déjà auparavant. Normalement, ils

---

<sup>88</sup> Marjorie Wood, directrice, Creative Retirement Manitoba, *Témoignages*, 7 mai 2007.

## CHAPITRE 4 : VIEILLISSEMENT ACTIF DANS DES VILLES ET DES COLLECTIVITÉS RURALES AMIES DES ÂNÉS

---

reprennent l'apprentissage au niveau où ils étaient rendus à la fin de leurs études. À l'étape actuelle de leur vie, ils peuvent aussi en profiter pour améliorer leur capacité de lire et d'écrire, qui est cruciale dans le quotidien, comme l'a fait observer Faye Martin, directrice intérimaire du Secrétariat aux aînés de l'Île-du-Prince-Édouard :

[...] nous savons que beaucoup de nos aînés n'y ont pas accès [à l'éducation des adultes] parce qu'ils n'ont pas les capacités nécessaires en matière de lecture et d'écriture. Ceux-ci sont incapables de participer aux activités d'enseignement et d'apprentissage, et ils ont de la difficulté à lire les ordonnances de leur médecin [...]

*Témoignages, 13 mai 2008*

Des aînés des différentes régions du pays ont renseigné le Comité sur plusieurs programmes innovateurs d'apprentissage continu.

### **Collèges et universités du troisième âge au Canada**

Le Comité a entendu parler de programmes conçus pour répondre aux besoins en apprentissage des aînés. Le Seniors College de l'Île-du-Prince-Édouard compte 527 membres qui jouissent d'un accès illimité à une grande variété de cours sur des sujets aussi divers que la généalogie, l'astronomie, la magie des mathématiques, la rédaction d'une biographie et le chant. L'Université Acadia offre aux personnes âgées la possibilité d'assister en auditeur libre à tous les cours et le plein accès à la bibliothèque. À Halifax, le programme Elder Learners a donné, en une bonne vingtaine d'années d'existence, plus de 120 cours à quelque 12 000 aînés. L'Université du troisième âge de l'Université de Sherbrooke a été la première université pour les aînés en Amérique du Nord. Elle donne des cours sans unités aux personnes de plus de 50 ans qui désirent apprendre pour le plaisir.

Les programmes éducatifs ont aussi pour avantage de favoriser les rencontres entre participants. Il importe d'offrir un éventail d'activités qui peuvent répondre aux besoins d'hommes et de femmes de formations diverses. Le Comité a été informé de l'existence, en Australie, d'un programme innovateur destiné aux hommes.

**Programme Men's Sheds, Australie**

Men's Sheds offre aux hommes âgés un milieu d'apprentissage informel axé sur le travail du bois et du métal et qui favorise en même temps l'interaction sociale. Réunis généralement dans des hangars ou des ateliers de leur localité, ces aînés s'occupent par exemple de remettre en état de vieux vélos et fauteuils roulants, qui sont ensuite donnés à des citoyens locaux qui n'auraient pas les moyens de les acheter. Le programme s'avère très efficace pour favoriser l'apprentissage, car il attire des hommes qui sont généralement peu intéressés par les programmes traditionnels de santé, d'emploi, d'éducation et de formation. Beaucoup de participants sont aux prises avec les problèmes associés à des changements radicaux, notamment le vieillissement, le déclin de la santé, la retraite, l'isolement, le chômage, l'invalidité et la séparation.

Dans sa réponse au questionnaire du Comité, le Seniors College de l'Île-du-Prince-Édouard a recommandé un soutien annuel permettant d'améliorer les communications entre les provinces sur l'apprentissage continu pour les 50 ans et plus, en précisant qu'il faudrait y associer à la fois les organismes locaux et les ministères dont le mandat vise les personnes âgées<sup>89</sup>. Le Comité insiste sur l'importance de promouvoir l'échange de renseignements entre les fournisseurs canadiens de services d'apprentissage continu destinés aux aînés et il recommande :

**17. Que la question de l'apprentissage continu pour les aînés soit inscrite à l'ordre du jour de la prochaine réunion du Conseil des ministres de l'Éducation et des ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux responsables des aînés.**

Le Comité encourage les efforts pour rendre aussi abordables que possible les activités d'apprentissage destinées aux aînés. Certains témoins ont dit que la scolarité devrait être gratuite pour les personnes âgées. D'autres estiment que les aînés devraient bénéficier des crédits d'impôt pour études, qui sont actuellement offerts aux étudiants à temps plein de niveau postsecondaire ou aux personnes qui suivent une formation professionnelle dans un établissement

---

<sup>89</sup> Réponse du Seniors College de l'Île-du-Prince-Édouard au questionnaire envoyé à des organismes d'aînés.



Le Comité exhorte le gouvernement fédéral à étudier la possibilité d'étendre les crédits d'impôt pour études aux aînés, en cherchant tout particulièrement à déterminer si cette mesure pourrait accroître la participation des aînés aux programmes d'apprentissage.

d'enseignement attesté par Ressources humaines et Développement social Canada. Au deuxième stade de l'étude du Comité, des témoins ont suggéré d'étendre ces mesures aux personnes de plus de 65 ans pour élargir la définition des cours admissibles. Le Comité a reçu des témoignages contradictoires à ce sujet. Des témoins ont fait valoir que les crédits d'impôt s'adressent aux personnes à revenu élevé, pour qui les frais de scolarité ne représentent pas un obstacle.

D'autres, en revanche, estimaient que les crédits d'impôt pour études aideraient à supporter les coûts de l'apprentissage chez les aînés. Le Comité exhorte le gouvernement fédéral à étudier la possibilité d'étendre les crédits d'impôt pour études aux aînés, en cherchant tout particulièrement à déterminer si cette mesure pourrait accroître la participation des aînés aux programmes d'apprentissage.

### 4.2 Villes et collectivités rurales amies des aînés

Avec le vieillissement de la population canadienne, nos collectivités — villes, bourgs et villages — devront être plus conviviales pour les aînés. Elles devront donc être mieux adaptées aux besoins des aînés, c'est-à-dire leur permettre de se rendre où ils doivent aller et veulent aller, de participer à des activités récréatives, sociales et communautaires et d'accéder aux services de soutien dont ils ont besoin. Le but ultime sera de créer des collectivités qui sont accessibles, accueillantes, enrichissantes et favorables au désir généralisé qu'ont les personnes âgées de demeurer autonomes le plus longtemps possible.

Luis Rodriguez, chercheur principal, Société canadienne d'hypothèques et de logement, *Témoignages*, 10 décembre 2007

Le Comité juge important de rendre les villes et les collectivités rurales plus accessibles aux aînés pour que ceux-ci puissent demeurer des membres actifs de la société.

L'Organisation mondiale de la santé a publié le *Guide mondial des villes amies des aînés* en octobre 2007. Ce document sert à

préparer les municipalités à absorber des populations croissantes d'âînés actifs. Il contient des suggestions concernant les espaces extérieurs et les bâtiments, les transports, le logement, la participation sociale, le respect et l'inclusion sociale, la participation citoyenne et l'emploi, les communications et l'information, ainsi que le soutien communautaire et les services de santé (on trouvera à l'annexe 1 la liste des caractéristiques des villes amies des âînés). Au Canada, le modèle de la ville amie des âînés a été adapté aux collectivités rurales et éloignées dans un guide intitulé *Initiative des collectivités rurales et éloignées amies des âînés : un guide*.

**Le Comité juge important de rendre les villes et les collectivités rurales plus accessibles aux âînés pour que ceux-ci puissent demeurer des membres actifs de la société.**

Ces deux guides proposent aux collectivités des outils accessibles qui les aideront à devenir plus accueillantes pour les âînés, mais aussi, par le fait même, plus conviviales pour tous les citoyens. Comme l'a indiqué le Hamilton Council on Aging dans le mémoire qu'il a présenté au Comité :

[...] la création d'une ville amie des âînés - la pleine mise en œuvre du modèle - est un processus à long terme. Nous estimons qu'il faut dix ans pour opérer ce changement et que le processus deviendra de plus en plus dynamique avec le temps. Et pour arriver à un tel virage, il faut un leadership et un appui de la part de tous les paliers de gouvernement. Néanmoins, le succès de l'entreprise reposera d'abord sur l'engagement et la participation de la population à l'échelle locale, à l'échelle des quartiers<sup>90</sup>.

Pour concevoir des villes amies des âînés, il faut trouver un moyen par lequel les personnes âgées peuvent s'exprimer. De nombreux témoins ont souligné l'importance d'associer les organismes communautaires et les groupes d'âînés à la mise en œuvre des principes directeurs sur les villes et collectivités rurales et éloignées

---

<sup>90</sup> Hamilton Council on Aging, *Réponse au Rapport intérimaire du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement intitulé « Une population vieillissante : enjeux et options »*, 9 mai 2008.

## CHAPITRE 4 : VIEILLISSEMENT ACTIF DANS DES VILLES ET DES COLLECTIVITÉS RURALES AMIES DES ÂÎNÉS

---

amies des aînés. Elaine Gallagher, directrice du Centre on Aging de l'Université de Victoria, a dit que l'existence de comités consultatifs locaux composés d'aînés permet aux personnes âgées de se faire entendre quand vient le temps de prendre des décisions sur la destination des fonds municipaux et sur la nature des travaux publics à effectuer pour rendre les installations municipales plus accessibles.

---

Si une majorité de citoyens âgés vivent dans des collectivités où il est indispensable d'avoir une voiture pour être fonctionnel, qu'arrive-t-il alors quand ces personnes âgées deviennent trop vieilles pour conduire?

Glenn Miller, directeur,  
Éducation et recherche, Institut  
urbain du Canada

---

Diverses collectivités canadiennes ont dit qu'elles aimeraient commencer à mettre en œuvre les principes directeurs. Certaines reçoivent déjà un soutien de leur gouvernement provincial. D'autres sollicitent une aide auprès d'autres bailleurs de fonds. Le Hamilton Council of Aging, par exemple, a dit au Comité qu'il avait présenté une demande de subvention pour trois ans à la Fondation Trillium en vue de l'application des principes directeurs.

Les gouvernements de la Nouvelle-Écosse, du Québec, du Manitoba et de la Colombie-Britannique ont décidé d'aider des municipalités à mettre en œuvre les principes directeurs. Voici certains des programmes de mise en œuvre qui ont été signalés au Comité :

- Le projet « Villes-amies des aînés » du gouvernement du Québec affecte des fonds à sept projets pilotes. Les municipalités concernées travailleront avec les aînés à implanter des politiques, des services et une infrastructure sociale et matérielle qui permettront aux citoyens de vieillir en restant actifs.
- Le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique a constitué une équipe qui aidera les administrations locales à repérer les obstacles et à prendre des mesures amies des aînés. L'équipe offrira un soutien et des conseils d'expert en aménagement aux administrations locales (y compris les municipalités, les districts régionaux et les communautés autochtones)<sup>91</sup>. L'objectif est de faire de la

---

<sup>91</sup> Les guides sont accompagnés de documents faciles à utiliser comme *How Age-friendly Is Your Community?*

Colombie-Britannique la province canadienne la plus accueillante pour les aînés d'ici 2010.

- La Union of British Columbia Municipalities met une subvention de 5 000 \$ à la disposition de toute collectivité qui veut évaluer dans quelle mesure elle est favorable aux aînés. Une subvention supplémentaire de 35 000 \$ peut être versée pour des projets communautaires, p. ex. pour rendre plus de toilettes publiques accessibles aux personnes âgées<sup>92</sup>.

Des témoins ont indiqué que ces initiatives pourraient être renforcées et élargies avec la participation du gouvernement fédéral. L'aide fédérale pourrait contribuer pour beaucoup à faire appliquer les principes directeurs dans le plus grand nombre de collectivités possible au pays. C'est pourquoi le Comité recommande :

**18. Que le gouvernement fédéral fasse la promotion du Guide mondial des villes amies des aînés et de Initiative des collectivités rurales et éloignées amies des aînés : un guide auprès des organisations d'aînés et des autorités provinciales et municipales et qu'il procure une aide financière pour la mise en œuvre des principes directeurs sur les villes amies des aînés et sur les collectivités rurales et éloignées amies des aînés.**

---

Cette aide pourrait prendre la forme d'un soutien financier pour des projets réalisés conjointement par des organismes d'aînés et des administrations locales résolus à mettre en œuvre les principes directeurs, ou encore d'un transfert de fonds aux provinces pour que celles-ci financent des projets.

---

([http://www.seniorsincommunities.ca/upload/dcd188\\_Start\\_Up\\_Guide.pdf](http://www.seniorsincommunities.ca/upload/dcd188_Start_Up_Guide.pdf)) et une feuille de route sur les caractéristiques essentielles des villes amies des aînés, Checklist of Essential Features of Age-friendly Cities, ([http://www.seniorsincommunities.ca/upload/dcd174\\_Age\\_friendly\\_cities\\_checklist.pdf](http://www.seniorsincommunities.ca/upload/dcd174_Age_friendly_cities_checklist.pdf)).

<sup>92</sup> Elaine Gallagher, directrice, Centre on Aging, Université de Victoria, *Témoignages*, 28 avril 2008.

### 4.3 Conception universelle

Il existe des normes d'accessibilité pour les bâtiments depuis des années au Canada. Le Comité a été informé que ces normes ont besoin d'être étendues à l'ensemble des produits et services de tous les jours, y compris aux moyens qu'emploie l'État pour communiquer avec la population canadienne. Selon Glenn Miller, de l'Institut urbain du Canada :

---

[...] un bon design est toujours valable : si nous concevons bien les installations pour les aînés, nous aurons alors, en règle générale, des installations bien conçues pour les enfants. Leur adaptation à l'âge ne vaut pas seulement pour les aînés, mais également pour d'autres membres de la collectivité.

Margaret Gillis, Division du vieillissement et des aînés,  
Agence de la santé publique  
Canada

---

Une bonne conception est à l'avantage de tous, quel que soit l'âge, mais quand il y a des problèmes de mobilité ou encore des troubles sensoriels ou cognitifs, elle peut faire la différence entre une vie autonome ou l'exclusion sociale. Un foyer pour une vie entière n'est pas suffisant car il faut des quartiers pour une vie entière où les personnes âgées ne sont pas marginalisées ou oubliées parce qu'elles ne peuvent pas avoir accès aux immeubles ou aux espaces publics... [Ces] quartiers sont conçus pour que le transport, les bons commerces, les espaces verts, les sanitaires confortables et les bancs soient destinés stratégiquement à l'intention des personnes de tous âges [...]

*Témoignages, 28 avril 2008*

**Le Comité exhorte les gouvernements à adopter les principes de la conception universelle ou inclusive pour orienter l'action de tous les ministères.**

Tous les aînés ne sont pas handicapés, mais c'est dans ce groupe démographique que les handicaps et les limitations sont les plus courants. La facilité d'utilisation des produits et des services est une question qui acquiert de l'importance à mesure que la proportion de personnes âgées augmente au sein de

la population mondiale<sup>93</sup>. La facilité d'utilisation est un concept plus vaste que celui de l'accessibilité des bâtiments, car il inclut des éléments tels que l'accessibilité de l'information. À titre d'exemple, la publication de renseignements sur le Web repose sur le principe que les gens ont une capacité de lecture élémentaire et qu'ils ont accès à Internet. Comme il a été dit au Comité : « Le gouvernement doit avoir une vision plus large et comprendre qu'il ne faut pas que toutes les ressources soient consacrées à l'information axée sur Internet; il faut penser à ceux qui n'y ont pas accès<sup>94</sup>. » Des représentants d'organisations autochtones et de groupes d'immigrants ont adressé le même message au Comité.

Le Comité a été informé que des pays tels que le Royaume-Uni et le Japon ont fait un effort concerté pour que les produits et services soient conçus de façon à répondre aux besoins du plus grand nombre. Le Canada a, lui aussi, des projets innovateurs, comme la mise en œuvre des normes de « visitabilité » en Colombie-Britannique.

### **Visitabilité**

Un regroupement de 41 localités du nord de la Colombie-Britannique a décidé d'adopter le concept de visitabilité [...]. Il prévoit en effet qu'une personne handicapée devrait pouvoir vous rendre visite sans problème pendant trois ou quatre heures. Cela signifie qu'il doit y avoir des toilettes au rez-de-chaussée, qu'il ne doit pas y avoir d'escalier à l'entrée et que les portes doivent être suffisamment larges pour laisser passer un fauteuil roulant. C'est cela, il y a trois éléments au concept. Depuis, tout nouveau logement dans ces 41 collectivités devra respecter cette norme de visitabilité dès l'étape de la construction, afin qu'une personne handicapée puisse visiter ces logements, sans difficulté.

Elaine Gallagher, Centre on Aging, Université de Victoria

Le Comité exhorte les gouvernements à adopter les principes de la conception universelle ou inclusive pour orienter l'action de tous les ministères.

---

<sup>93</sup> Comité européen de normalisation, *CEN/CENELEC Guide 6 Guidelines for standards developers to address the needs of older persons and persons with disabilities*.

<sup>94</sup> Glenn Miller, directeur, Éducation et recherche, Institut urbain du Canada, *Témoignages*, 28 avril 2008.

## 4.4 Transport

Le transport est un des piliers de la collectivité amie des aînés. C'est un sujet qui a été fréquemment abordé dans les discussions du Comité avec les aînés. Il joue un rôle clé dans le maintien à domicile et l'accès aux services de santé et aux services sociaux.

---

L'autonomie d'un aîné, sa santé physique, émotionnelle et sociale de même que sa capacité de rester en lien avec le monde extérieur dépendent de sa capacité d'avoir accès au transport.

Mémoire, Comité du transport des aînés d'Ottawa

Les personnes âgées ont différents moyens de transport à leur disposition. Il y en a beaucoup qui continuent de conduire, tout en modifiant parfois leurs habitudes à mesure qu'ils vieillissent. Le transport en commun est une option viable pour les aînés de nombreuses grandes villes. D'autres encore se fient sur le transport adapté, les services de transport bénévoles ou des amis et des membres de la famille. Chacun de ces moyens de transport présente ses inconvénients.

---

Les aînés à mobilité réduite ou atteints d'une démence sont confrontés à des difficultés particulières. Le choix restreint de moyens de transport valables et accessibles peut entraîner l'isolement social.

De nombreuses villes offrent un service de transport public adapté pour les rendez-vous médicaux, mais sa disponibilité limitée l'empêche de répondre à tous les besoins. On a dit au Comité que, dans certaines régions par exemple, les services de transport adapté « ne sont pas accessibles au patient atteint d'Alzheimer qui est mobile et qui serait accompagné de son aidant naturel. À moins que la personne ne souffre d'un handicap physique, elle ne peut emprunter ce genre de mode de transport. » Dans d'autres régions, le transport adapté est réservé aux rendez-vous médicaux, de sorte qu'il ne peut être utilisé pour d'autres services et activités communautaires. Certaines administrations, notamment la Colombie-Britannique et Calgary, assurent le transport public des aînés à peu de frais.

**Solutions innovatrices : les laissez-passer pour aînés en Colombie-Britannique et à Calgary**

Le programme de laissez-passer d'autobus de la Colombie-Britannique offre un moyen de transport abordable aux aînés à faible revenu et aux personnes handicapées dans 44 villes de cette province. Il profite à plus de 60 000 personnes par année. Pour être admissible au laissez-passer de 45 \$ par année, il faut recevoir la pension de la Sécurité de la vieillesse et soit le Supplément de revenu garanti, soit l'Allocation au conjoint<sup>95</sup>. À Calgary, le laissez-passer pour aînés offre aux personnes de 65 ans et plus un accès illimité aux services de transport pour 35 \$ par année. Les aînés à faible revenu peuvent se le procurer pour 15 \$ par année.

La problématique du transport n'est pas la même dans les collectivités éloignées et les collectivités rurales. Souvent, les aînés vivant en milieu rural n'ont pas accès à du transport en commun et dépendent du bon vouloir des autres. Beaucoup d'entre eux doivent faire de longs trajets pour leurs rendez-vous et traitements médicaux. Kimberly Wilson, de la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, a signalé que, selon des membres de son organisme qui travaillent en région rurale, le transport demeure le principal obstacle aux soins et aux services des aînés.

---

[...] faute d'avoir un membre de la famille ou un ami qui peut vous conduire en voiture, on est coincé chez soi pour une bonne partie des rudes mois d'hiver.

Elaine Gallagher,  
directrice, Centre on  
Aging, Université de  
Victoria

---

Certains programmes offerts en milieu urbain comptent sur un service de transport assuré par des bénévoles, si bien qu'ils ne sont pas accessibles aux aînés des régions rurales. L'organisme Hospice at May Court d'Ottawa a formulé le commentaire suivant sur l'accessibilité de son programme aux habitants des régions rurales :

Notre plus gros défi est de recruter des conducteurs bénévoles dans ces collectivités. Comme nos conducteurs viennent surtout de la région d'Ottawa, notre programme

---

<sup>95</sup> Colombie-Britannique, Premier's Council on Aging and Seniors' Issues, *Aging Well in British Columbia: Report On Progress*, juillet 2007.



## CHAPITRE 4 : VIEILLISSEMENT ACTIF DANS DES VILLES ET DES COLLECTIVITÉS RURALES AMIES DES ÂÎNÉS

---

n'est pas nécessairement accessible à certains des patients qui vivent en milieu rural<sup>96</sup>.

Des témoins ont dit au Comité que les besoins en transport varient d'un endroit à l'autre. Ils ont aussi indiqué que certaines solutions sont peu coûteuses; il suffirait parfois d'une simple réorganisation des services existants.

Différentes collectivités canadiennes cherchent à établir des stratégies pour répondre aux besoins en transport de leurs citoyens âgés. Comme pour les autres volets du modèle de la collectivité amie des aînés, la meilleure façon de s'attaquer aux besoins dans le domaine du transport est de le faire en collaboration avec les aînés eux-mêmes et leurs organismes. Un exemple d'action concertée nous est fourni par le Comité du transport des aînés d'Ottawa.

### **Le Comité du transport des aînés d'Ottawa (CTAO)**

Les organismes non gouvernementaux comme le partenariat du CTAO sont des structures locales en prise avec la réalité. Ils constatent eux-mêmes à quel point le manque de transport abordable ou accessible crée des besoins et des contraintes pour les aînés. Des partenariats communautaires peuvent trouver en temps opportun des solutions nouvelles et constructives qui sont pratiques et abordables. Ces partenariats peuvent défendre énergiquement les intérêts de leurs membres — et se faire entendre.

Il n'y a pas de solution toute faite pour répondre aux besoins en transport des aînés. S'il décidait d'appuyer l'instauration de collectivités amies des aînés, comme le Comité l'a recommandé plus haut, le gouvernement fédéral laisserait ces collectivités définir leurs propres solutions. Au chapitre 7, nous verrons comment le gouvernement fédéral peut soutenir le secteur bénévole, qui est un partenaire actif dans les services de transport à certains aînés particulièrement âgés.

---

<sup>96</sup> Hospice at May Court, réponse au questionnaire du Comité envoyé aux organismes d'aînés.

## Chapitre 5 : Élimination de la pauvreté

Dans son étude, le Comité a choisi d'accorder une attention toute spéciale à l'élimination de la pauvreté chez les personnes âgées au Canada. Des témoins l'ont informé que la pauvreté chez les aînés a accusé un très fort recul au cours des dernières années; en fait, le Canada, grâce à son système de sécurité du revenu pour les aînés, est, de tous les pays industrialisés, celui qui enregistre le moins de faibles revenus<sup>97</sup>.

Le fait que le revenu des aînés a nettement augmenté en général depuis quelques décennies n'a pas pour autant éliminé la pauvreté dans cette tranche de la population canadienne. Le tableau 5.1, fondé sur les seuils de faible revenu de Statistique Canada comme mesure de la pauvreté, illustre la situation de différents ménages au fil du temps. Le seuil de faible revenu, établi par Statistique Canada, correspond au fait pour un ménage de consacrer 20 points de pourcentage de plus de son revenu à ses besoins élémentaires que le ménage moyen. Le seuil varie selon la taille de la collectivité et le nombre de personnes qui composent le ménage. Le calcul est basé sur le revenu brut (avant le prélèvement d'impôts ou le remboursement de crédits d'impôt).

**Tableau 5.1 – Pourcentage de personnes âgées à faible revenu, par type de famille, Canada, certaines années**

| Pourcentage de personnes âgées à faible revenu, par type de famille, Canada, certaines années |             |      |      |      |      |      |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------|------|------|------|------|------|
|                                                                                               | 1980        | 1984 | 1988 | 1992 | 1996 | 2000 | 2003 |
|                                                                                               | pourcentage |      |      |      |      |      |      |
| <b>Seuil de faible revenu avant impôt (année de référence 1992)</b>                           |             |      |      |      |      |      |      |
| Couples mariés                                                                                | 20,1        | 15,9 | 12,8 | 8,3  | 7,8  | 4,9  | 5,3  |
| Personnes seules – Total                                                                      | 69,2        | 64,3 | 56,5 | 50,5 | 47,2 | 42,6 | 38,4 |
| Personnes seules – Hommes                                                                     | 61,0        | 55,6 | 39,4 | 36,0 | 35,7 | 34,0 | 31,7 |
| Personnes seules – Femmes                                                                     | 72,2        | 67,0 | 61,7 | 55,2 | 51,1 | 45,8 | 41,0 |
| <b>Seuil de faible revenu avant impôt (année de référence 1992)</b>                           |             |      |      |      |      |      |      |
| Couples mariés                                                                                | 5,9         | 4,7  | 3,9  | 1,7  | 2,0  | 1,2  | 1,7  |
| Personnes seules – Total                                                                      | 54,4        | 40,8 | 31,7 | 25,9 | 25,4 | 20,6 | 17,7 |
| Personnes seules – Hommes                                                                     | 47,0        | 32,6 | 18,7 | 16,9 | 19,8 | 17,6 | 14,7 |
| Personnes seules – Femmes                                                                     | 57,1        | 43,4 | 35,6 | 28,8 | 27,3 | 21,6 | 18,9 |

Sources : Statistique Canada, Enquête sur les finances des consommateurs; Enquête sur la dynamique du travail et du revenu.

Source : Martin Turcotte et Grant Schellenberg, *Un portrait des aînés au Canada – 2006*, Statistique Canada, 2007, p. 99.

<sup>97</sup> Le faible revenu est mesuré de différentes façons : dans ce cas, comme on le fait souvent aux fins de comparaisons entre pays, le faible revenu désigne le revenu inférieur à la moitié du revenu médian d'un pays.

Ce tableau montre que tous les groupes ont vu leur sort s'améliorer au fil des années, mais pas au même degré, et que les avantages fiscaux diminuent le nombre d'aînés pauvres.

Le Comité a appris qu'il existe des différences entre les aînés en ce qui a trait au nombre de pauvres et au degré de pauvreté, données qui ne ressortent pas d'emblée du tableau. L'économiste Michael Veall a fourni l'explication suivante au Comité :

Quand on observe les données, on constate que la plupart des aînés qui vivent sous le seuil de faible revenu ne se trouvent pas très loin sous ce seuil, ce qui signifie que la pauvreté n'est pas aussi grande qu'on pourrait le penser. Il y a, essentiellement, trois groupes d'aînés qui connaissent une grande pauvreté. L'un de ces groupes est composé d'immigrants qui n'ont pas encore droit au Supplément de revenu garanti. Le second groupe est composé des aînés qui ont des enfants à charge, dans certains cas des enfants handicapés ou des petits-enfants dont ils s'occupent. Le troisième groupe est constitué des personnes qui ne touchent pas le SRG même si, selon les données, elles y ont droit. Nous ne comprenons pas pourquoi c'est ainsi; il s'agit d'une énigme empirique qui a d'importantes conséquences.

*Témoignages, 14 avril 2008*

Le système de revenu pour aînés repose sur quatre piliers : le Régime de pensions du Canada ou le Régime de rentes du Québec (RPC/RRQ); les régimes de retraite d'employeur; la Sécurité de la vieillesse et le Supplément de revenu garanti (SV et SRG); le revenu personnel tiré d'un travail rémunéré et des économies<sup>98</sup>. Ensemble, ces sources de revenu répondent aux besoins de la plupart des aînés, mais pas de la totalité.

---

<sup>98</sup> Silvana Pozzebon, « The Future of Pensions in Canada », Pension Research Council Working Paper 2004-15, Wharton School of the University of Pennsylvania, 2004, p. 2 et 3.

## 5.1 Pensions

Les pensions, autant les prestations du RPC/RRQ que celles des régimes d'employeur, peuvent être considérées comme une rémunération différée. Les employeurs et les travailleurs cotisent pendant la durée de la vie active pour que ces derniers puissent toucher des prestations après leur retraite à un âge prédéterminé (en général 55 ans pour les régimes privés et 60 ans pour le RPC/RRQ).

Le revenu de pension varie selon le nombre d'années où des cotisations ont été versées et selon le niveau de rémunération applicable au cours de ces années.

### 5.1.1 Régimes de retraite d'employeur

Certains employeurs offrent des régimes de retraite privés, qui prévoient généralement des prestations déterminées calculées d'après la rémunération et le montant des cotisations versées par le travailleur. Le taux de protection a beaucoup augmenté à partir des années 1970, si bien que, en 2003, près de 70 p. 100 des hommes et 53 p. 100 des femmes de plus de 65 ans touchaient un revenu provenant d'un régime de retraite privé<sup>99</sup>.

Le Comité a appris qu'au cours des dernières années, beaucoup de ces régimes à prestations déterminées ont opéré un virage, surtout dans le secteur privé, en devenant des régimes à cotisations déterminées, auquel cas le niveau des prestations est calculé d'après le rendement obtenu sur les cotisations. Au final, le risque est transféré de l'employeur aux travailleurs, ce qui peut accroître la précarité du revenu une fois à la retraite.

D'après les témoignages entendus, on peut s'attendre à ce que la sécurité du revenu régresse du fait que de plus en plus de travailleurs, en particulier les femmes, occupent des emplois atypiques sans régime de retraite privé et que les nombreux changements d'emploi qui surviendront pendant la vie active auront pour effet de restreindre le revenu de pension. Des témoins ont dit au Comité que 40 p. 100 seulement des Canadiens – et le tiers seulement des

---

<sup>99</sup> Martin Turcotte et Grant Schellenberg, *Un portrait des aînés au Canada – 2006*, Statistique Canada, 2007, p. 69 et 70.

Canadiens en dehors du secteur public – participent à un régime de retraite privé à l’heure actuelle.

Par conséquent, même si les régimes de retraite privés ont procuré jusqu’ici un revenu accru aux aînés, il est probable que la tendance s’inversera et que le niveau de revenu tiré de cette source deviendra moins stable dans un proche avenir.

### **5.1.2 Régime de pensions du Canada/Régime de rentes du Québec**

Depuis leur instauration en 1966, les régimes publics – RPC/RRQ – demandent des cotisations aux employeurs et aux travailleurs. Maintenant que ces régimes sont parvenus à maturité, la plupart des Canadiens âgés (95 p. 100 des hommes et 85 p. 100 des femmes) touchent des prestations, qui ont représenté environ 20 p. 100 de leur revenu total en 2003<sup>100</sup>. De septembre à décembre 2008, un peu plus de cinq millions de personnes recevront des prestations du RPC et près de 1,7 million, des prestations du RRQ<sup>101</sup>.

Le montant des prestations (en moyenne 4 900 \$ pour les femmes et 6 500 \$ pour les hommes en 2003)<sup>102</sup> est calculé en partie d’après le nombre d’années au cours desquelles les cotisations ont été versées et d’après le niveau de rémunération et de cotisation. Cependant, il est aussi limité par les règles du régime voulant que la prestation maximale corresponde à 25 p. 100 du salaire moyen dans l’industrie.

À la lumière de l’évolution qui se produit dans le type d’emplois disponibles et dans la nature des régimes de retraite privés, le Comité a voulu savoir ce que les témoins recommandaient pour accroître le taux de remplacement du revenu ou relever le maximum des gains auquel s’applique le taux. Plusieurs témoins ont suggéré de faire passer de 40 000 \$ à 60 000 \$ le maximum des gains ouvrant droit à pension, alors que d’autres ont proposé de doubler le taux de

---

<sup>100</sup> Martin Turcotte et Grant Schellenberg, *Un portrait des aînés au Canada – 2006*, Statistique Canada, 2007, p. 99.

<sup>101</sup> Service Canada, « Carte de renseignements du Régime de pensions du Canada », <http://www.rhdsc.gc.ca/fr/psr/statistiques/taux/julsep08.shtml>, consulté le 21 novembre 2008.

<sup>102</sup> Martin Turcotte et Grant Schellenberg, *Un portrait des aînés au Canada – 2006*, Statistique Canada, 2007, p. 69.

remplacement. Des témoins ont également signalé les multiples répercussions qu'aurait pareil changement, même s'il était étalé dans le temps.

Les modalités du RPC n'influent pas uniquement sur le revenu à la retraite. Elles donnent la possibilité de recevoir des prestations dès l'âge de 60 ans (moyennant une légère réduction du montant pour chaque année qui précède 65 ans) ou n'importe quand jusqu'à 70 ans (moyennant une légère hausse du montant pour chaque année après 65 ans). La personne qui veut recevoir des prestations doit avoir cessé de toucher un revenu d'emploi, mais une fois que les prestations commencent à être versées elle peut se remettre à gagner un revenu.

La mesure permettant de déterminer soi-même l'âge auquel on veut commencer à recevoir la pension a été conçue pour donner un large éventail de choix. Or, des témoins ont indiqué au Comité qu'elle a l'effet contraire, car elle encourage financièrement les Canadiens à prendre leur retraite plus tôt. Pour les témoins préoccupés par la pénurie de travailleurs, cet incitatif fait problème et devrait être contrebalancé par un encouragement accru à retarder le paiement des prestations. Toutefois, aux yeux des témoins qui se soucient des travailleurs âgés à faible revenu incapables de garder leur emploi à temps plein, il faudrait abolir la pénalité qui accompagne une participation anticipée. D'autres encore ont fait valoir qu'il n'est pas productif d'amener les gens à quitter leur emploi pour toucher un revenu de retraite.

Le Comité a à cœur d'élargir l'éventail des choix et d'éliminer la pauvreté et considère le RPC/RRQ comme un mécanisme propre à agir en ce sens. Compte tenu de l'aspect technique et intergouvernemental des modifications à apporter au RPC, le Comité recommande :

**19. Que, dans leur prochain examen triennal du RPC, les ministres des Finances envisagent :**

- **de hausser le taux de remplacement du revenu aux termes du RPC (qui est actuellement de 25 p. 100 du revenu admissible);**
- **de porter le maximum des gains ouvrant droit à pension au-delà du salaire moyen;**
- **d'étudier la possibilité de rajustements actuariels au RPC pour encourager davantage les Canadiens**

**à retarder le moment où ils feront une demande de pension aux termes du RPC;**

- **d'étudier les mécanismes qui permettraient aux travailleurs âgés qui commencent à toucher des prestations avant 65 ans, mais ne reçoivent pas le maximum, de continuer à cotiser au RPC;**
- **d'abolir l'exigence voulant que les personnes de 60 à 65 ans qui demandent une pension du RPC quittent leur emploi ou gagnent moins que le maximum autorisé dans les mois précédant la demande;**
- **d'instituer une disposition d'exclusion pour les aidants naturels.**

Enfin, le Comité a été informé que les personnes qui ont les salaires les plus bas et les emplois les moins stables recevront le moins du RPC/RRQ. Elles se trouvent dans des groupes surreprésentés parmi les pauvres en âge de travailler : les nouveaux arrivants au Canada, les Autochtones et les chefs de famille monoparentale, qui sont surtout des femmes.

Thelma McGillivray, de l'Older Women's Network, a dit au Comité que :

En nombre, les femmes sont plus pauvres que les hommes (sans nier qu'il y a des hommes pauvres) et cela augure mal pour les générations futures qui vieillissent elles aussi. Cela découle d'un certain nombre de facteurs souvent mentionnés : les revenus moins élevés des femmes au cours de leur vie, les responsabilités de l'éducation des enfants et l'inexistence d'un programme national de garderies, conjugués aux modèles traditionnels de travail rémunéré et non rémunéré qui expliquent les revenus moins élevés à la retraite.

*Témoignages, 9 mai 2008*

Derek Hum, de l'Université du Manitoba, a expliqué au Comité pourquoi les immigrants peuvent s'attendre à recevoir des prestations du RPC moins élevées que les autres bénéficiaires :

Ce qui devrait nous préoccuper, c'est l'expérience récente des immigrants. Au cours des deux ou trois dernières décennies, les salaires des immigrants n'ont pas convergé aussi rapidement vers ceux de leurs concitoyens que par le passé. D'après certaines estimations [...], l'écart s'est accru [...] et [...] les immigrants n'arrivent jamais à rattraper leurs concitoyens.

*Témoignages, 11 février 2008*

Le Comité constate que les modalités actuelles du RPC n'offriront pas une sécurité économique suffisante aux femmes, aux immigrants et aux autres personnes confrontées à des obstacles économiques systémiques.

### 5.2 Épargne<sup>103</sup>

En moyenne, les aînés tirent presque tout leur revenu personnel d'un régime de retraite privé; moins de 10 p. 100 provient d'un régime enregistré d'épargne-retraite (REER)<sup>104</sup>. Les aînés à faible revenu n'ont pas toujours touché un revenu suffisant par le passé pour pouvoir réaliser de confortables économies. En outre, les REER ne présentaient pas pour eux d'avantages réels, car leur revenu était soit assez bas pour être exempté d'impôts, soit imposé au même niveau qu'il le serait au moment de la retraite. Enfin, avant les changements annoncés dans le budget de 2007, les bénéficiaires du Supplément de revenu garanti, lié au revenu, voyaient leur supplément amputé d'un montant correspondant à la moitié des sommes retirées d'un REER.

---

<sup>103</sup> Les audiences du Comité ont pris fin au printemps de 2008, avant le ralentissement économique de l'automne 2008 et la chute de valeur des placements de nombreuses personnes âgées. Le Comité n'a pas entendu de témoignages sur l'érosion de la valeur des investissements des aînés, mais il insiste sur la nécessité de prendre des mesures propres à atténuer les effets délétères de la conjoncture actuelle sur les personnes âgées.

<sup>104</sup> Martin Turcotte et Grant Schellenberg, *Un portrait des aînés au Canada – 2006*, Statistique Canada, 2007.



Les REER incitent à l'épargne en soustrayant à l'impôt la cotisation versée pour une année donnée. L'impôt est exigible au moment du retrait, ce qui encourage les participants à retirer leurs fonds au moment où leur revenu (et leur niveau d'imposition) est bas. Ce régime vise à augmenter le revenu personnel à la retraite, mais il ne sanctionne ni n'interdit les retraits avant cette période, ce qui permet d'utiliser ce type d'épargne pour régulariser l'apport de fonds au cours d'une période de faible revenu.

**Le Comité croit que l'épargne-retraite n'est pas à la portée des personnes à faible revenu, mais que les REER peuvent aider à régulariser des revenus variables.**

Le parcours de vie traditionnel école-travail-retraite fait place graduellement à de multiples itinéraires caractérisés par une participation fragmentée au marché du travail. Il est concevable que cette tendance se poursuive, modifiant la définition de la retraite et justifiant l'adoption de mesures qui faciliteront les choix quant aux périodes de vie propices à l'étude, au travail, à l'éducation des enfants et à la retraite. L'adaptation des programmes et politiques au parcours de vie part du principe que l'emploi et le revenu varieront au cours d'une vie : les particuliers et les ménages ont besoin de consacrer moins de temps à leur vie professionnelle pendant certaines périodes et ont une rémunération plus ou moins élevée selon les périodes. Le fait que plus de 40 p. 100 des Canadiens qui retirent des sommes de régimes de retraite privés ou de REER<sup>105</sup> ont moins de 65 ans montre que ces régimes servent à corriger les variations dans l'emploi et le revenu qui se présentent au cours d'une vie et pas seulement à procurer un revenu à la retraite. Les REER offrent donc cette souplesse, mais le Comité a néanmoins appris que la plupart des personnes à faible revenu ne placent pas, ou à peu près pas, d'argent dans ces régimes.

### 5.3 Sécurité de la vieillesse et Supplément de revenu garanti

Le système public de sécurité du revenu prévoit une prestation de Sécurité de la vieillesse (SV) pour tous les aînés qui répondent au

---

<sup>105</sup> Finances Canada, cité dans Projet de recherche sur les politiques, *Encourager les choix touchant le travail et le départ à la retraite – Rapport de projet*, 2005, p. 16.

critère du statut de résident ainsi que le Supplément de revenu garanti (SRG) pour les personnes à faible revenu. Presque tous les aînés touchent des prestations de ces sources<sup>106</sup> (95 p. 100)<sup>107</sup>, mais à peine plus du tiers bénéficie du SRG<sup>108</sup>. Pour la période d'octobre à décembre 2008, la prestation mensuelle maximale de la SV est de 516,96 \$, et celle du SRG est de 641,51 \$ pour un célibataire<sup>109</sup>. Quelque 4,5 millions de Canadiens recevront des paiements de la SV au cours de cette période, et 1,6 million toucheront aussi soit la SV et soit l'Allocation au conjoint (l'allocation régulière ou celle qui est versée à la mort du bénéficiaire<sup>110</sup>).

Cependant, comme indiqué plus haut, même ensemble, la SV et le SRG n'élèvent pas tous les aînés jusqu'au seuil de faible revenu, surtout dans les grandes villes. Qui plus est, lorsque le coût des produits de première nécessité augmente plus vite que les prestations, malgré l'indexation, de nombreux aînés n'ont plus les moyens de combler leurs besoins fondamentaux. Les fortes hausses des prix des aliments et de l'essence en sont des illustrations.

Le Comité recommande :

**20. Que le gouvernement du Canada augmente le Supplément de revenu garanti pour éviter que des ménages se situent sous le seuil de pauvreté, lequel correspond par définition au seuil de faible revenu. L'augmentation du SRG ne doit pas faire perdre le droit aux subventions ou services provinciaux ou territoriaux destinés aux personnes âgées.**

---

<sup>106</sup> Les deux programmes prévoient un revenu maximal au-delà duquel les prestations sont réduites. Pour la SV, ce maximum est de 64 718 \$, et aucune prestation n'est versée à une personne dont le revenu est supérieur à 105 266 \$. Pour le SRG, le revenu maximal à partir duquel les prestations sont réduites est de 37 584 \$. Comme le présent chapitre porte sur l'élimination de la pauvreté, il ne vise pas les personnes qui ne touchent pas de prestations parce que leur revenu dépasse la limite permise.

<sup>107</sup> Martin Turcotte et Grant Schellenberg, *Un portrait des aînés au Canada – 2006*, Statistique Canada, 2007, p. 69.

<sup>108</sup> Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Vieillir pauvre au Canada*, 2006, p. 12.

<sup>109</sup> Service Canada, « Carte de renseignements du Régime de pensions du Canada », <http://www.rhdcc.gc.ca/fra/psr/sv/svtaux.shtml>, consulté le 24 novembre 2008.

<sup>110</sup> Service Canada, « Carte de renseignements du Régime de pensions du Canada », <http://www.rhdsc.gc.ca/fr/psr/statistiques/taux/julsep08.shtml>, consulté le 24 novembre 2008.

### 5.3.1 Accès

Des témoins ont dit au Comité que les Canadiens ont beau être nombreux à bénéficier de ces prestations, ce sont les personnes qui ne les reçoivent PAS qui ont les revenus les plus bas. Les deux principaux groupes non bénéficiaires sont les immigrants qui ne sont pas au Canada depuis assez longtemps pour être admissibles aux programmes et les personnes qui n'ont pas présenté de demande de prestations même si elles y ont droit.

#### **Immigrants âgés**

Au fil de son étude, le Comité a appris que les aînés immigrants sont particulièrement susceptibles de vivre dans la pauvreté. Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2003, 26 p. 100 des aînés immigrants appartenaient au quartile de revenu inférieur, comparativement à 15 p. 100 chez les aînés non immigrants. Cette situation est attribuable en partie au double inconvénient qu'ils subissent face au système de pension canadien.

Premièrement, comme on l'a vu précédemment, les immigrants ne cotisent pas au Régime de pensions du Canada (RPC) autant que les Canadiens de naissance, car ils gagnent moins leur vie durant. Ces cotisations plus faibles ou moins nombreuses leur valent une pension moins élevée à la retraite.

Deuxièmement, les immigrants sont aussi désavantagés par les programmes de pension sans cotisations, comme la SV et le SRG, en raison des critères de résidence. Pour avoir droit à la SV, il faut être citoyen canadien ou résident légal du Canada, avoir 65 ans ou plus et avoir résidé au Canada pendant au moins 10 ans après l'âge de 18 ans. La pension intégrale de la SV n'est offerte qu'aux personnes ayant vécu au Canada pendant au moins 40 ans.

Toutefois, une pension partielle de la SV peut être versée aux personnes qui ne répondent pas aux exigences d'une pension complète. La pension partielle correspond à 1/40 de la pension mensuelle intégrale pour chaque année complète de résidence au Canada après l'âge de 18 ans. De même, le SRG n'est accessible qu'aux bénéficiaires de la SV.

Pour permettre aux immigrants de surmonter ces obstacles et aux Canadiens vivant à l'étranger de toucher des prestations, le gouvernement du Canada a commencé à négocier des accords

internationaux de sécurité sociale en 1977. En vertu de l'ensemble des dispositions que renferment ces accords, les immigrants pourraient toucher des prestations du programme de sécurité sociale de leur pays d'origine et devenir admissibles plus tôt aux prestations partielles de la SV et du SRG au Canada.

À ce jour, le Canada a signé 50 accords de sécurité sociale, dont 48 sont en vigueur. Ces accords ont été conclus avec cinq des dix principaux pays d'origine des nouveaux résidents permanents de 2006, soit les Philippines, les États-Unis, le Royaume-Uni, la République de Corée et la France.

Les témoins ont dit reconnaître l'importance de ces accords de réciprocité pour la sécurité du revenu des aînés immigrants, en ajoutant toutefois que cela n'allégeait pas le fardeau économique des aînés originaires de pays qui n'ont pas conclu d'accord de réciprocité, comme l'Inde, le Pakistan et le Sri Lanka.

Cette situation amène certains à militer pour que les critères d'admissibilité à la SV soient fondés sur la citoyenneté plutôt que sur le nombre d'années de résidence au Canada. Dans sa réponse au questionnaire du Comité, Women Elders in Action a indiqué que toute personne qui acquiert la citoyenneté canadienne devrait être admissible aux prestations. Ce point de vue concorde avec celui de chercheurs qui ont conclu dans un article que l'admissibilité aux prestations basée sur la citoyenneté permettrait d'augmenter grandement le revenu de retraite des nouveaux immigrants<sup>111</sup>. Le Comité réitère l'importance d'assouplir le critère de résidence pour la SV, comme il le recommande au chapitre 1.

**Le Comité réitère l'importance d'assouplir le critère de résidence pour la SV, comme il le recommande au chapitre 1.**

### **Non-participation**

Le Comité a été déçu d'apprendre qu'un grand nombre d'aînés admissibles aux prestations n'en reçoivent pas parce qu'ils n'ont pas

---

<sup>111</sup> Patrik Marier et Suzanne Skinner, « The Impact of Gender and Immigration on Pension Outcomes in Canada », communication présentée à la conférence annuelle de l'Association canadienne de science politique, Saskatoon, tenue du 30 mai au 2 juin, p. 12.

présenté de demande ou parce qu'ils ne se sont pas conformés à la procédure à suivre.

Ce problème ne date pas d'hier. En 2001, le Comité permanent du développement des ressources humaines et de la condition des personnes handicapées a déposé un rapport intitulé *Le supplément de revenu garanti à la portée de tous : un devoir*. À cette époque, Statistique Canada signalait que 84 p. 100 des aînés admissibles bénéficiaient du SRG, mais que, parmi ceux qui devaient présenter une demande (parce qu'ils n'avaient pas produit de déclaration de revenus et que le renouvellement n'était pas automatique), seulement 41 p. 100 l'avaient fait<sup>112</sup>.

Le ministère responsable du paiement des prestations a réagi en déployant des efforts concertés pour contacter tous les aînés admissibles et s'assurer qu'ils étaient au courant de leur droit. Il a par exemple envoyé de l'information par la poste aux aînés qui avaient fait état d'un faible revenu dans leur déclaration de revenu, il a communiqué des renseignements lors de rencontres et d'activités pour les aînés et a lancé une campagne de publicité nationale dans la presse écrite et à la télévision, y compris dans les journaux locaux et les médias qui ciblent les aînés<sup>113</sup>. Le Ministère a annoncé que la campagne avait donné lieu à plus de 17 000 appels téléphoniques.

Étant donné que les prestations du SRG sont liées au revenu, leur renouvellement annuel est basé sur l'information donnée au sujet du revenu. En 2006, la vérificatrice générale a étudié la question de la SV et du SRG, signalant que des mesures avaient été prises pour améliorer le taux de participation, notamment le renouvellement automatique des prestations du SRG pour les bénéficiaires qui ont produit une déclaration de revenus et l'envoi d'avis de renouvellement aux autres bénéficiaires<sup>114</sup>. De plus, en mai 2007, une loi a été adoptée

---

<sup>112</sup> Preston Poon, « Le SRG : qui n'en profite pas? », *L'emploi et le revenu en perspective*, Statistique Canada, octobre 2007, p. 11, consulté à l'adresse [http://www.statcan.ca/francais/freepub/75-001-XIF/11005/art-1\\_f.pdf](http://www.statcan.ca/francais/freepub/75-001-XIF/11005/art-1_f.pdf) le 27 juin 2008.

<sup>113</sup> Développement des ressources humaines Canada, *Rapport sur le rendement pour la période se terminant le 31 mars 2003*, consulté à l'adresse [http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr/02-03/HRDC-DRHC/HRDC-DRHC03D-PR\\_f.asp?printable=True](http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr/02-03/HRDC-DRHC/HRDC-DRHC03D-PR_f.asp?printable=True) le 28 mai 2008.

<sup>114</sup> Bureau du vérificateur général, « Chapitre 6 — La Sécurité de la vieillesse — Ressources humaines et Développement social Canada et Service Canada », *Rapport de la vérificatrice générale du Canada*, novembre 2006, consulté à

pour permettre aux aînés de ne demander qu'une seule fois les prestations de la SV et du SRG; depuis, si leur revenu a dépassé le seuil prévu pour le SRG une année mais qu'ils sont admissibles l'année suivante, ils n'ont pas besoin de présenter une nouvelle demande.

Malgré ces efforts, il y a encore trop d'aînés admissibles qui ne reçoivent pas les prestations auxquelles ils ont droit, d'après ce qui a été dit au Comité. Marjorie Wood, de Creative Retirement Manitoba, a formulé l'observation suivante :

[...] le nombre de personnes qui ne réclament pas le SRG témoigne de l'existence d'un problème systémique plus sérieux. J'ai l'impression que ces gens sont tombés entre les mailles du filet. Ils pensent peut-être qu'ils n'ont pas à remplir de déclaration d'impôt parce qu'ils ne gagnent pas d'argent. Ils vivent peut-être à la limite du seuil de pauvreté ou en dessous de celui-ci, ne remplissent pas de déclaration d'impôt et ne reçoivent donc pas la prestation. Nous ne le saurons jamais si nous n'avons pas de renseignements à leur sujet. Comment atteindre les personnes qui se trouvent dans cette situation?

*Témoignages, 7 mai 2007*

Un mémoire présenté par l'Assemblée des Premières Nations, dont les membres ont un taux de participation moindre que la population en général, met en lumière deux obstacles à l'accessibilité des prestations : l'absence de renseignements suffisamment clairs pour être utiles et la complexité de la procédure à suivre pour faire une demande<sup>115</sup>. Les formulaires en français ou en anglais ne répondent pas aux besoins de tous les immigrants ou membres des Premières nations.

**Le Comité est d'avis que le fait de rendre les prestations plus accessibles à ceux qui y ont droit est un pas important vers l'élimination de la pauvreté chez les aînés.**

En s'appuyant sur l'information recueillie, le Comité est d'avis que le fait de rendre les prestations plus accessibles à ceux qui y ont

---

l'adresse [http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/francais/aud\\_ch\\_oag\\_2006\\_6\\_f\\_14974.html#ch6hd3a](http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/francais/aud_ch_oag_2006_6_f_14974.html#ch6hd3a) le 27 juin 2008.

<sup>115</sup> Assemblée des Premières Nations, « Soutenir le cycle de la prestation de soins : Les Premières nations et le vieillissement », mémoire présenté au Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, mai 2007, p. 23.

droit est un pas important vers l'élimination de la pauvreté chez les aînés.

Le Comité a également été informé que les aînés qui omettent de demander les prestations auxquelles ils ont droit vivent souvent seuls, sans grands contacts sociaux. Carolyn Rosenthal, du Hamilton Council on Aging, lui a parlé des efforts de son organisme pour informer les quelque 4 000 aînés de Hamilton qui ne reçoivent pas les prestations auxquelles ils ont droit :

Le mieux que je puisse vous dire en ce moment, c'est que la collaboration avec les associations locales et les groupes de quartier, y compris les organismes confessionnels établis dans certaines collectivités, s'est révélée utile pour joindre les personnes. Toutefois, le processus consiste vraiment à surmonter un défi à la fois. C'est un travail pénible.

*Témoignages, 9 mai 2008*

Ces témoignages confirment au Comité l'importance des organismes non gouvernementaux et de leurs bénévoles dans les démarches faites pour accroître l'accessibilité des programmes de sécurité du revenu pour les aînés à faible revenu. Le rôle des bénévoles est examiné plus en détail au chapitre 7.

Le Comité a aussi été informé que les aînés qui s'inscrivent à la SV et au SRG ont droit à des paiements rétrospectifs pour une période de seulement 11 mois. Les mêmes restrictions s'appliquent au RPC. Comme les prestations du RPC sont financées par les employeurs et les travailleurs et que la SV et le SRG visent à combattre la pauvreté chez les aînés, le Comité recommande :

**21. Que le gouvernement fédéral mène de vigoureuses campagnes d'information pour veiller à ce que toutes les personnes admissibles touchent les prestations de retraite et autres prestations liées à l'âge auxquelles elles ont droit. À cette fin, le gouvernement doit :**

- **informer les personnes âgées de tous les programmes fédéraux de soutien du revenu auxquels elles peuvent être admissibles quand elles présentent une demande à l'égard de l'un d'entre eux;**

- **offrir aux personnes âgées des formulaires de demande dans les langues autochtones et dans la langue des grandes populations d'immigrants;**
  - **verser des remboursements rétroactifs, avec intérêts, aux personnes admissibles qui n'ont pas présenté de demande de SV/SRG à 65 ans ou de prestations du RPC à 70 ans ou qui ont essuyé un refus en raison d'erreurs administratives.**
- 

## 5.4 Revenu d'emploi

Des témoins ont dit au Comité que la réglementation actuelle sur les pensions, conjuguée aux mesures fiscales, encourage les gens à quitter leur emploi lorsque leurs prestations de retraite ont atteint le niveau maximal, ce qui est parfois le cas dès l'âge de 55 ans. Pour donner un éventail de choix au moyen de programmes neutres et pour éviter l'âgisme, le Comité aimerait faire abolir les éléments dissuasifs et incitatifs qui peuvent jouer dans la décision de prendre ou non sa retraite, comme en témoignent les recommandations formulées plus haut. Ce faisant, le Comité sait qu'il est judicieux d'encourager les gens à travailler dans la perspective d'un parcours de vie. Terrence Hunsley, du Projet de recherche sur les politiques, a dit ceci au Comité :

Nous recommandons qu'il soit fait en sorte que le processus soit rendu plus souple en supprimant certains des incitatifs existants. Ceux-ci peuvent être le fait de lois touchant les régimes de pension privés ou de la façon dont sont calculées les prestations [...] Tout est dans le détail, mais c'est en regardant ces détails que l'on pourra peut-être trouver des moyens d'augmenter la flexibilité dont pourraient jouir tant les employeurs que les employés dans leurs décisions de travailler, de prendre leur retraite, de combiner travail et retraite et diverses activités, selon l'étape où ils sont dans leur vie.

*Témoignages, 19 février 2007*



**Le Comité croit qu'il faut modifier les programmes pour donner une plus grande latitude dans les décisions sur le travail et la retraite.**

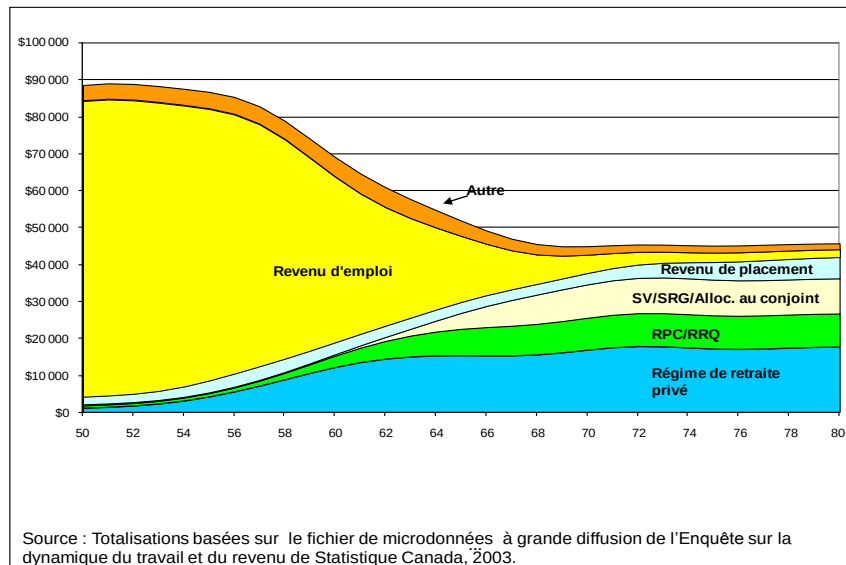
Des témoins ont signalé au Comité que la tendance à partir tôt du marché du travail (dès 55 ans, la moyenne étant de 60 ans) est en train de se renverser depuis quelques années. Les Canadiens, et en particulier les femmes, sont plus nombreux à choisir de travailler jusqu'à l'âge de 65 ans ou plus, souvent à temps partiel ou à leur compte. Byron Spencer, de l'Université McMaster, a expliqué au Comité en quoi ce revirement peut être une arme à double tranchant :

[...] on a constaté un redressement prononcé de ce taux [de participation à la vie active] pour des raisons encore mal comprises, mais cela pourrait partiellement s'expliquer par leur meilleur état de santé. Le fait qu'il y ait des emplois disponibles pour eux y est pour beaucoup. S'ils perdent leur emploi, ils peuvent se tourner vers autre chose car le marché du travail a généralement été actif au cours de ces années. En outre, leur sécurité du revenu a été ébranlée quelque peu au cours de cette période, ce qui fait qu'ils sont plus intéressés à demeurer au sein de la population active.

*Témoignages, 6 novembre 2006*

Lors d'une conférence qui a eu lieu en 2006, M. Spencer a présenté le graphique ci-dessous, qui illustre le rôle du revenu d'emploi dans le revenu des hommes de 50 ans et plus. Le diagramme équivalent pour les femmes montre que le revenu d'emploi occupe une place encore plus importante chez elles à un âge plus avancé.

**Graphique 5.2 - Sources de revenu : Ménages dirigés par un homme, selon l'âge, Canada, 2003**



Source : Byron G Spencer, « Retirement Income and the Public-Private Balance: Lurking Dangers », communication pour la conférence annuelle 2006 du Queen's International Institute on Social Policy de l'Université Queen's, 21 au 23 août 2006.

L'intérêt manifesté par le Comité à cet égard est étroitement lié à la question du choix, qui est traitée plus en détail ci-dessous.

En outre, le Comité a été informé des répercussions, sur les femmes, des salaires plus bas qu'elles ont toujours eus ainsi que des effets résiduels du temps qu'elles ont passé en dehors du marché du travail à s'occuper – sans rémunération – des enfants, des parents et d'autres membres de la famille. Kathleen Lahey a fait ce constat :

Comme elles ont un revenu moins élevé, des capacités d'épargne inférieures, une capacité de cotisation au Régime de pensions du Canada moins élevée — sur le plan des heures assurables, de la rémunération assurable et du montant disponible par l'entremise du régime de pension —, elles arrivent à l'âge de 50 ans avec un actif beaucoup moins important que celui des hommes.

*Témoignages, 14 avril 2008*

### 5.4.1 Le choix de continuer à travailler

Mises à part les dispositions du RPC et des règlements fiscaux sur le revenu provenant de régimes de retraite privés, il y a relativement peu de politiques ou de programmes gouvernementaux qui brident le choix de continuer à travailler, surtout depuis l'abolition de la retraite obligatoire dans la totalité des provinces et des territoires. Des témoins ont dit au Comité qu'il n'y a pas de raison d'imposer un âge pour la retraite, en particulier un âge aussi peu avancé que 65 ans. Selon Peter Hicks, de Ressources humaines Canada :

Il n'y a aucun facteur biologique qui nous indique que nous devons partir à la retraite à l'âge de 65 ans. Évidemment, au début du siècle dernier, c'était peut-être le cas pour les travailleurs manuels, comme ceux travaillant dans la construction ou sur les lignes d'usinage. Dans la plupart des cas, ces personnes ne pouvaient travailler bien au-delà de l'âge de 65 ans, mais ce n'est pratiquement plus le cas de nos jours. Parallèlement, sur le plan social, aucune raison évidente n'explique pourquoi nous devrions abandonner, à l'âge de 65 ans, une des institutions les plus importantes et les plus valorisantes de notre société. Certaines personnes arrêtent de travailler pour des raisons de santé ou autres, mais rien dans notre société ou notre biologie ne dicte que nous devons prendre notre retraite à l'âge de 65 ans.

*Témoignages, 4 décembre 2006*

On a toutefois dit au Comité que des considérations de nature principalement économique et humaine peuvent limiter ce choix.

Concernant la question de savoir si les travailleurs sont plus – ou moins – productifs à mesure qu'ils vieillissent, des économistes soutiennent que la santé et la mémoire tendent à diminuer tandis que d'autres font valoir que la mémoire institutionnelle et les compétences s'améliorent avec le temps. Comme on l'a vu au chapitre 1, les faits montrent que la grande majorité des gens prennent leur retraite avant que leur capacité de travailler s'amenuise. Compte tenu des pénuries de travailleurs, presque tous pensent qu'il serait bon d'encourager les travailleurs âgés à demeurer dans la population active.

À titre d'exemple, la Chambre de commerce de Calgary a fait les commentaires suivants dans un mémoire présenté au Groupe d'experts sur les travailleurs âgés, qui relève du gouvernement fédéral :

Les travailleurs âgés représentent une source importante mais sous-utilisée de compétences et de main-d'œuvre dans l'économie canadienne. Cependant, les programmes et les politiques du gouvernement fédéral qui touchent la retraite, comme le Régime de pensions du Canada, la Sécurité de la vieillesse et les mesures privées d'épargne donnant droit à une aide fiscale, ne correspondent pas à la réalité canadienne actuelle en ce qui concerne la situation démographique, la retraite et l'espérance de vie. En fait, ces programmes tendent à freiner la participation des travailleurs âgés alors qu'ils pourraient être modifiés pour encourager le maintien sur le marché du travail<sup>116</sup>.

Des témoins ont fait savoir au Comité que les personnes à faible revenu voyaient souvent leur revenu augmenter lorsqu'elles arrêtaient

**Le Comité exhorte le gouvernement fédéral à lancer une campagne d'information sur les changements annoncés dans les récents budgets concernant les programmes de soutien du revenu pour les aînés, y compris l'exemption de 3 500 \$ sur le revenu gagné des bénéficiaires du SRG, les modifications législatives qui ont éliminé les obstacles à la retraite progressive et l'instauration de la nouvelle mesure d'épargne.**

de travailler et recevaient les prestations du RPC, de la SV et du SRG auxquelles elles avaient droit. Jusqu'à tout récemment, les aînés à faible revenu qui touchaient le SRG avaient une excellente raison de ne pas vouloir retourner sur le marché du travail, car la moitié de chaque dollar gagné était déduite de leurs prestations. Le budget 2008 a modifié la réglementation en exemptant la première tranche de 3 500 \$ du revenu gagné dans le calcul du SRG,

ce qui a pour effet de donner plus de choix aux aînés à faible revenu.

Le Comité se réjouit de cette décision et tient à s'assurer que les aînés à faible revenu sont au courant de la nouvelle exemption et d'autres modifications récentes. Par conséquent, il exhorte le

---

<sup>116</sup> Chambre de commerce de Calgary, « Older Workers: Amending Federal Government Retirement Programs to Tap Into an Underutilized Pool of Labour Supply », mémoire présenté au Groupe d'experts sur les travailleurs âgés, 30 juillet 2007, p. 2.

gouvernement fédéral à lancer une campagne d'information sur les changements annoncés dans les récents budgets concernant les programmes de soutien du revenu pour les aînés, y compris l'exemption de 3 500 \$ sur le revenu gagné des bénéficiaires du SRG, les modifications législatives qui ont éliminé les obstacles à la retraite progressive et l'instauration de la nouvelle mesure d'épargne.

### 5.4.2 L'absence de choix

Le Comité a été informé qu'il existe des préjugés sur les aînés et leurs compétences (ce dont on traite plus en détail au chapitre 1). C'est particulièrement le cas des travailleurs âgés qui ont été licenciés par suite d'une réduction d'effectifs dans leur entreprise ou qui ne peuvent continuer parce que leur emploi est trop difficile physiquement. Ils ont souvent du mal à trouver un emploi dans le même secteur d'activité et à trouver des programmes de recyclage adéquats et utiles. Selon ce qui a été dit au Comité, il arrive souvent que les travailleurs âgés en chômage n'aient pas la scolarité et les compétences nécessaires pour occuper les emplois vacants.

Le Comité a appris qu'une bonne proportion des retraites involontaires sont prises pour des raisons de santé ou pour des soins à donner à un membre de la famille. C'est ce qu'a précisé au Comité Kevin Milligan, de l'Université de la Colombie-Britannique :

[...] il ne faut pas perdre de vue que ce n'est pas tout le monde qui a le choix. Environ 25 p. 100 des gens appartenant à ce groupe d'âge prennent leur retraite pour des raisons de santé, tandis que 10 p. 100 le font pour s'occuper d'un membre de leur famille. Ces personnes n'ont pas nécessairement le choix, et, par conséquent, on veut être certain de mettre au point un mécanisme équitable pour elles.

*Témoignages, 14 avril 2008*

Le Comité a reçu des témoignages à ce sujet, mais la question était l'unique objet du Groupe d'experts sur les travailleurs âgés, présidé par la sénatrice à la retraite Erminie Cohen et créé par le

ministre des Ressources humaines et du Développement social<sup>117</sup>. L'examen des mémoires soumis au Groupe d'experts a permis de corroborer les témoignages entendus par le Comité et d'étoffer l'information et les propositions reçues.

Les témoignages et les mémoires présentés au Comité et au Groupe d'experts proposaient diverses solutions, notamment plus d'activités de formation pour les travailleurs âgés (financées, peut-être, par le régime d'assurance-emploi expressément pour eux); une hausse de la Prestation fiscale pour le revenu gagné et une plus grande flexibilité, pouvant être facilitée par des changements dans les normes du travail provinciales et territoriales, pour permettre aux travailleurs âgés de continuer à travailler à temps partiel; des subventions salariales pour les employeurs; une période de prestations prolongée en vertu du régime d'assurance-emploi pour faire la transition jusqu'à l'arrivée d'autres formes de revenu, entre autres les prestations du RPC.

Le Comité veut attirer l'attention sur les obstacles créés par l'âgisme. Judy Cutler, de l'Association du Canada pour les gens de 50 ans et plus (CARP), a dit au Comité :

[...] même 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 [...] même s'ils n'ont, dans certains cas, que 45 ans.

*Témoignages, 11 décembre 2006*

Le Comité est conscient du fait que cette discrimination va à l'encontre des lois canadiennes sur les droits de la personne et des traités internationaux en la matière que le Canada a signés et qu'elle pourrait nuire à la compétitivité future du pays. Par conséquent, il

**Le Comité exhorte le gouvernement fédéral à lancer une campagne de sensibilisation à la discrimination contre les travailleurs âgés et à examiner de façon plus active le traitement qu'ils subissent afin de faire respecter les mesures législatives et réglementaires en la matière.**

---

<sup>117</sup> Le rapport du Groupe d'experts sur les travailleurs âgés, *Soutien et engagement des travailleurs âgés dans la nouvelle économie* peut être consulté en ligne à l'adresse

[http://www.rhdcc.gc.ca/fra/publications\\_ressources/pmt/eta/2008/page00.shtml](http://www.rhdcc.gc.ca/fra/publications_ressources/pmt/eta/2008/page00.shtml).

exhorte le gouvernement fédéral à lancer une campagne de sensibilisation à la discrimination contre les travailleurs âgés et à examiner de façon plus active le traitement qu'ils subissent afin de faire respecter les mesures législatives et réglementaires en la matière.

### 5.5 Le système de sécurité du revenu

Le présent rapport a jusqu'ici mis en lumière des éléments particuliers du revenu sur lesquels comptent les aînés, mais le Comité a aussi été informé par des témoins que certains des problèmes à l'origine de la pauvreté ont un lien avec l'ensemble des sources de revenu et leur interaction.

#### 5.5.1 Caractère suffisant du revenu

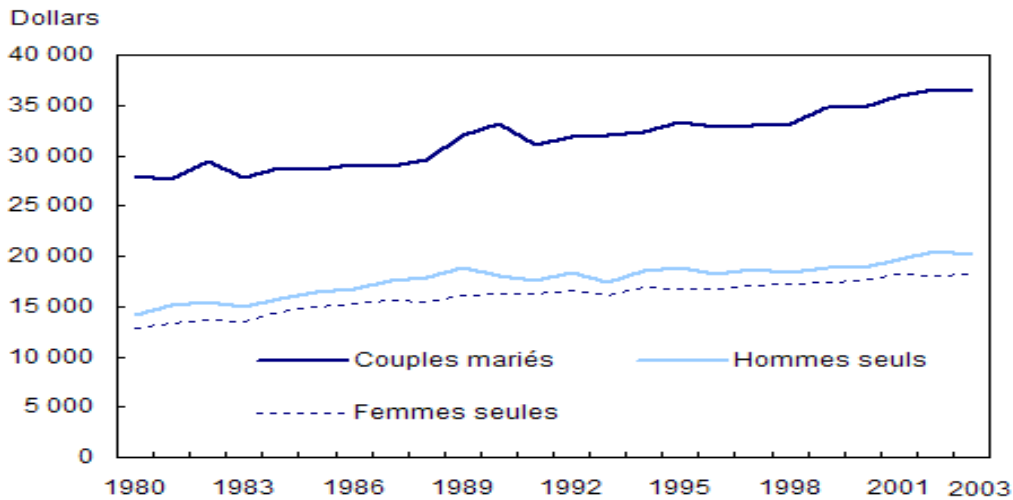
Par exemple, de nombreux témoins ont indiqué au Comité que les aînés disposaient d'un revenu insuffisant, en particulier les femmes et les hommes vivant seuls, comme le montre le graphique ci-dessous<sup>118</sup>.

Même lorsque les prestations combinées de la SV et du SRG correspondent au seuil de faible revenu de Statistique Canada, les aînés sont à la merci d'une dépense imprévue ou d'une situation d'urgence.

---

<sup>118</sup> Martin Turcotte et Grant Schellenberg, *Un portrait des aînés au Canada – 2006*, Statistique Canada, 2007, p. 68.

Graphique 5.3 – Revenu médian après impôt des familles d'aînés et des aînés seuls, de 1983 à 2003



Sources : Statistique Canada, Enquête sur les finances des consommateurs, Enquête sur la dynamique du travail et du revenu.

Plusieurs témoins ont évoqué par ailleurs la complexité des programmes de sécurité du revenu et de leur interaction et expliqué en quoi cela peut empêcher les aînés de recevoir les prestations auxquelles ils ont droit et, par conséquent, contribuer à leur pauvreté. Dans un mémoire présenté au Comité, l'Assemblée des Premières Nations a fait la recommandation suivante :

Il faudrait entreprendre une analyse approfondie des programmes de soutien financier destinés aux aînés des Premières nations, dont les régimes de retraite américains et les REER, et produire un manuel pratique et facile à comprendre que le personnel ou les aînés des Premières nations peuvent utiliser lorsqu'ils demandent la SV, le SRG et le RPC. Ces documents devraient expliquer les critères d'admissibilité et les raisons pour lesquelles une personne peut ne pas être admissible à certaines prestations. Des documents de formation et de soutien doivent être élaborés et distribués aux fournisseurs de services des Premières nations pour qu'ils soient en mesure d'aider les aînés à demander et à recevoir ces prestations<sup>119</sup>.

<sup>119</sup> Assemblée des Premières Nations, « Soutenir le cycle de la prestation de soins : Les Premières nations et le vieillissement », mémoire présenté au Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, mai 2007.



Certains témoins ont préconisé une augmentation du SRG, ce à quoi souscrit le Comité, alors que d'autres ont plaidé en faveur d'un changement dans la combinaison des programmes. Par exemple, Jean-Guy Saint-Gelais, de la Conférence des Tables régionales de concertation des aînés du Québec, a dit au Comité :

[...] il faudrait aussi [voir à ce que,] en incluant la sécurité du revenu, les régimes de retraite des gouvernements fédéral, provincial ou un régime privé [...] la personne reçoive au moins le minimum du seuil de pauvreté reconnu par le gouvernement du Canada. Actuellement, ce n'est pas le cas.

*Témoignages, 4 juin 2007*

Un autre témoin a indiqué qu'il faudrait coordonner les prestations payables aux aînés qui sont aussi des anciens combattants.

Vu la complexité de l'interaction entre les programmes de la sécurité du revenu et la nécessité d'assurer un revenu satisfaisant aux aînés, le Comité recommande :

**22. Que le gouvernement fédéral examine plus à fond la possibilité d'un revenu annuel garanti pour tous les Canadiens.**

---

### 5.5.2 Efficacité

Dans le même ordre d'idées, on a parlé au Comité d'interactions inattendues entre programmes qui se répercutent sur l'accès aux services et sur le revenu, en particulier lorsqu'on passe d'un ordre de gouvernement à l'autre. Ainsi, le Comité a appris que la participation au programme du SRG était parfois une condition d'admissibilité à des services fournis par les gouvernements provinciaux, car elle sert d'indicateur de faible revenu.

Le Comité a également été informé de cas où des prestations provenant d'une source fédérale sont déduites de prestations supplémentaires provinciales destinées aux aînés et de cas où le paiement de prestations majorées fait perdre l'accès à des services provinciaux. Par conséquent, il répète que le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux fassent en sorte que la

hausse des prestations de la SV ou du SRG n'entraîne pas la perte de l'admissibilité aux subventions ou aux services pour aînés.

Les témoignages avaient un thème en commun : les changements démographiques rapides et leur interaction avec un marché du travail et une économie qui évoluent rapidement. Par conséquent, le Comité exhorte le gouvernement fédéral à analyser les effets de la participation de plus en plus diversifiée au marché du travail sur les programmes prévus de sécurité du revenu à la retraite.

**Le Comité exhorte le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux, le milieu des affaires et les syndicats à discuter des manières de modifier l'activité et, partant, la sécurité du revenu des aînés.**

Plusieurs témoins ont mis en lumière la nécessité d'accroître la collaboration et la planification intergouvernementales et intersectorielles pour assurer une sécurité du revenu aux aînés, à l'exemple de ce qui s'est fait dans des domaines comme le logement et le vieillissement en bonne santé. Bob Baldwin, associé principal chez Informetrica, a dit au Comité :

Pour qu'il y ait une réelle collaboration, le gouvernement peut former des groupes de discussion visant à rassembler des gens du milieu des affaires et du milieu syndical pour qu'ils discutent des différentes façons de rendre l'environnement de travail attrayant pour les travailleurs aînés. Je sais que le Programme du travail a mis en place une initiative modeste en ce sens il y a quelques années, mais je ne crois pas qu'on y a donné suite.

Il faut bien se rendre compte que le gouvernement ne peut pas y parvenir en faisant cavalier seul. Si vous envisagez un effort conjoint, je crois que le gouvernement devra probablement mener la barque.

*Témoignages, 14 avril 2008*

Par conséquent, le Comité exhorte le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux, le milieu des affaires et les syndicats à discuter des manières de modifier l'activité et, partant, la sécurité du revenu des aînés.

### 5.5.3 Éléments d'actif et revenu

Statistique Canada a signalé que la maison représente une part de plus en plus grande de l'actif des aînés et qu'une proportion croissante d'aînés sont propriétaires. Des témoins ont dit au Comité que cette situation crée une anomalie, à savoir que des personnes âgées peuvent posséder des éléments d'actif importants qui ne génèrent pas de revenu. Les aînés sont alors pauvres par manque de liquidités et peuvent se sentir obligés de vendre leur maison alors qu'ils préféreraient vieillir chez eux.

Le Comité a été saisi du programme de report de l'impôt foncier administré par la province de la Colombie-Britannique. La province verse l'impôt à la municipalité, et le propriétaire ne rembourse la somme, moyennant un taux d'intérêt modéré, qu'au moment de la vente ou de la cession de la propriété<sup>120</sup>. D'autres provinces et des administrations locales ont des programmes similaires de report de l'impôt foncier, dont certains sont exempts d'intérêt, mais dans ces cas, les municipalités assument elles-mêmes la baisse de revenus au lieu de se faire rembourser par un programme provincial<sup>121</sup>.

**Le Comité exhorte le gouvernement fédéral à examiner d'autres moyens, pour les propriétaires de maison, d'exploiter la valeur de leur maison pour en tirer un avantage financier.**

Par conséquent, le Comité exhorte le gouvernement fédéral à examiner d'autres moyens, pour les propriétaires de maison, d'exploiter la valeur de leur maison pour en tirer un avantage financier.

---

<sup>120</sup> Cliff Boldt, directeur, B.C. Retired Teachers' Association, *Témoignages*, 5 juin 2008.

<sup>121</sup> L'Île-du-Prince-Édouard a un programme provincial de cette nature, et Calgary et Ottawa comptent parmi les villes qui offrent un report d'impôt foncier aux aînés à faible revenu.

## **Chapitre 6 : Soutien des aidants naturels**

Les soins fournis par des amis et des proches revêtent une importance capitale pour nos collectivités et nos systèmes de santé. À mesure qu'ils vieillissent et qu'ils souffrent de diverses maladies, nombre de gens ont besoin d'aide pour les travaux ménagers, les tâches personnelles ou les soins de santé. Dans certains cas, le rôle d'aidant est rempli par le conjoint, un parent ou un ami. Les soins dispensés varient, entre quelques heures par semaine et un service continu, 24 heures sur 24. Les aidants naturels représentent un élément vital du système de santé, tant pour les aînés qui restent à la maison que pour ceux qui vivent en établissement. Ils assurent quelque 80 p. 100 de tous les soins à domicile fournis aux aînés vivant dans la collectivité et jusqu'à 30 p. 100 des services aux aînés vivant dans un établissement<sup>122</sup>.

---

Étant donné que les aidants non payés fournissent 70 p. 100 des soins dont ont besoin les aînés, les malades chroniques et les handicapés au Canada, il faut de toute urgence prendre conscience de la diversité des situations de pourvoyeur de soins et la reconnaître.

Palmier Stevenson  
Young, présidente,  
Coalition canadienne  
des aidantes et aidants  
naturels

---

Selon l'Enquête sociale générale de 2007 de Statistique Canada, parmi les 45 ans et plus, 19 p. 100 des hommes et 22 p. 100 des femmes viennent en aide à une personne âgée ayant besoin de soins pour des raisons de santé. Comme bien d'autres groupes, les aînés reçoivent des soins et en donnent. En effet, l'enquête sociale générale de 2007 a permis de constater qu'un aidant naturel sur quatre a plus de 65 ans. Les femmes fournissent une part disproportionnée des soins non professionnels. En effet, si presque autant de femmes que d'hommes âgés de 45 à 65 ans sont des aidants naturels, les femmes sont plus susceptibles de fournir des soins plus lourds.

Ce ne sont pas tous les groupes d'aînés qui peuvent compter sur des proches ou des amis pour du soutien. Par exemple, le Comité a appris que beaucoup de jeunes de régions rurales et éloignées sont partis vivre en ville, laissant aux aînés la tâche de prendre soin des

---

<sup>122</sup> Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1999 et après, *Les défis d'une société canadienne vieillissante*, Ottawa, 1999, p. 55.

aînés. Suivant les résultats de l'Enquête sociale générale de 2007 de Statistique Canada, le tiers environ des aidants naturels étaient des amis (14 p. 100), des parents (11 p. 100) et des voisins (5 p. 100). Dans l'avenir, les aînés risquent fort d'avoir moins de gens pour prendre soin d'eux. Selon les projections démographiques fournies par Janice Keefe du Nova Scotia Centre on Aging, si, en 2001, 15 p. 100 des femmes de plus de 65 ans n'avaient pas d'enfant leur survivant, cette proportion passera vraisemblablement à 30 p. 100 d'ici 2051. De même, le Comité a appris que les tendances observées au chapitre des mariages et des divorces sont telles que, dans l'avenir, moins d'aînés handicapés pourront compter sur leur conjoint pour prendre soin d'eux. Compte tenu de ces projections, les témoins ont souligné qu'il ne fallait pas s'en remettre de façon exagérée aux aidants naturels au détriment des services professionnels, comme les soins à domicile.

Les options d'aide professionnelles, comme les soins à domicile ou le soutien à domicile, sont importantes aussi pour faire en sorte que les personnes qui donnent des soins le fassent par choix, et non faute de solutions de rechange viables. Il peut arriver que les gens soient incapables de fournir le niveau de soins nécessaire à leurs amis ou à leurs proches, soit parce qu'ils doivent déjà prendre soin de quelqu'un, qu'ils ne peuvent s'absenter de leur travail ou qu'ils ne se sentent pas compétents pour donner les soins. Et ceux qui fournissent des soins ont besoin de soutien pour relever les défis physique, mental, émotif et financier que représente le fait de prendre soin de quelqu'un. Robert Dobie, du Conseil consultatif national sur le troisième âge, a rappelé au Comité que :

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.

*Témoignages, 27 novembre 2006*

Le fait de négliger les besoins des aidants naturels entraîne de sérieuses conséquences pour les aidants eux-mêmes, pour les personnes à qui ils prodiguent des soins et pour le système de santé.

## 6.1 Soutien gouvernemental des aidants

Janice Keefe, du Nova Scotia Centre on Aging<sup>123</sup>, a déterminé quatre formules de soutien public des aidants :

- les services directs aux aidants naturels, qui leur offrent du répit, du soutien grâce aux programmes de soins à domicile, de la formation, de l'information, des ressources et des conseils;
- le paiement direct, par lequel les aidants naturels reçoivent des indemnités ou un dédommagement ou encore se font rembourser leurs dépenses;
- la politique relative au travail, ce qui comprend les mesures en milieu de travail, les normes et des programmes d'assurance-emploi, comme les prestations de soignant;
- les dédommagements indirects, c'est-à-dire les crédits d'impôt, les droits à pension, les retraits aux fins de pension et d'autres mesures du genre.

Le Canada a fait des progrès depuis dix ans dans la mise en œuvre de politiques soutenant les aidants naturels. L'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé prévoit la couverture de services de soins actifs de courte durée à domicile et le régime d'assurance-emploi offre des prestations de soignant pour soutenir le revenu et protéger l'emploi des travailleurs qui prennent congé pour s'occuper d'un membre de leur famille gravement malade ou mourant<sup>124</sup>. Il reste beaucoup à faire pour soutenir ce travail qui passe largement inaperçu.

---

Les aidants sont soumis à des niveaux élevés de stress. Si nous ne les soutenons pas, nous pourrions nous retrouver avec une autre catégorie d'utilisateurs du système de santé.

Janice M. Keefe, Nova Scotia Centre on Aging, Mount Saint Vincent University

---

### 6.1.1 Services directs aux aidants

Les aidants naturels ont besoin de soutien pour les soins qu'ils fournissent tous les jours. Cela peut comprendre des services de relève et de l'aide supplémentaire sous diverses formes (programme

---

<sup>123</sup> Janice M. Keefe, titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les politiques relatives au vieillissement et à la prestation des soins, Maritime Data Center for Aging Research & Policy Analysis, Université Mount Saint Vincent, *Témoignages*, 11 juin 2007.

<sup>124</sup> Palmier Stevenson-Young, présidente, Coalition des aidantes et des aidants naturels, *Témoignages*, 11 juin 2007.

public de soutien à domicile, sensibilisation, information, ressources et conseils). Les aidants naturels ont également besoin de conseillers pour les guider dans le labyrinthe des services sociaux et de santé. À l'heure actuelle, la disponibilité et l'accessibilité de ces services varient beaucoup d'un bout à l'autre du pays.

### **Facilité d'accès à l'information pour les aidants naturels**

Le réseau de soutien des aidants naturels des aînés d'East Kootenay soutient les aidants familiaux d'un grand secteur principalement rural de la province, lequel compte six grandes agglomérations et un grand nombre de petites collectivités. Parmi les services offerts, on compte : de l'information et du soutien fournis lors des réunions de groupe locales, un système de surveillance mutuelle, un bulletin et une ligne téléphonique sans frais. Trop souvent, les aidants naturels ne savent pas où s'adresser pour obtenir de l'aide; ce réseau les aide à trouver l'aide et le soutien dont ils ont besoin<sup>125</sup>.

---

Lorsqu'ils s'occupent d'un proche qui souffre de démence, les maris doivent soudainement se mettre à cuisiner, à faire le ménage, le lavage et les courses; les épouses doivent faire appel à des plombiers, s'occuper des finances et conduire l'automobile. C'est tout simplement épuisant, physiquement et mentalement. Les services de relève nous permettent de reprendre des forces

Betty Brousse, bénévole,  
Société Alzheimer du  
Canada

---

Les services de relève fournissent un répit aux aidants naturels grâce à des services comme des soins de jour pour adulte, des soins de relève à domicile, les séjours d'une nuit ou à long terme dans un établissement ou une combinaison de ces services<sup>126</sup>. Dans son deuxième rapport provisoire, le Comité a proposé la création d'un programme national de relève. Si cette option a été bien accueillie, les aidants naturels qui ont comparu devant le Comité ont, en revanche, souligné que pareil programme devait être souple et qu'il fallait éviter l'établissement de critères d'admissibilité complexes. Les aidants naturels ayant une foule de besoins différents, une formule universelle ne conviendrait pas. Par exemple, Sharon Baxter, directrice générale de l'Association canadienne des soins palliatifs a dit ceci au Comité :

---

<sup>125</sup> Elsie Gerdes, BC Old Age Pensioners Organization, réponse au questionnaire du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement.

<sup>126</sup> Janice Keefe et Marlie Manning, *L'efficacité par rapport au coût des soins de relève : Évaluation de la documentation*, Santé Canada, Ottawa, 2005.

Dans la réalité, lorsqu'un proche est sur le point de mourir, les parents et les amis ne veulent pas nécessairement s'absenter; ils veulent avoir la possibilité de passer plus de temps avec la personne mourante, sans être constamment gênés par toutes les tâches de la vie quotidienne. Un programme de relève national devrait être souple pour permettre aux gens de faire face, grâce à des mesures de soutien adaptées en fonction de l'évolution de la maladie. On pourrait considérer la livraison de repas à domicile, par exemple, et ce n'est souvent pas très coûteux.

*Témoignages, 7 avril 2008*

Nombre de provinces ont ajouté à leur programme de soins à domicile des services de relève. Cependant, la disponibilité et l'accessibilité de ces services varient beaucoup d'une province à l'autre. Contrairement au Canada, l'Australie s'est dotée d'un programme de relève national pour les aidants naturels il y a plus de dix ans. Les centres de relève des aidants naturels de ce pays fournissent des conseils au sujet des services de relève, coordonnent l'accès aux services de relève au niveau local et assurent la fourniture de services de relève 24 heures sur 24. De plus, un site web national renferme de l'information sur les personnes à contacter pour les services locaux et indique aux intéressés un numéro de téléphone où ils peuvent appeler sans frais pour obtenir de l'information. Cela contraste vivement avec la situation dans bien des endroits au Canada, où les aidants naturels ont accès à un soutien limité pour les aider à déterminer leurs besoins et à y répondre.

En outre, les aidants naturels ont besoin d'information au moment où ils ont le moins de temps pour la chercher. Les témoins ont souligné le rôle essentiel que jouent les organismes du secteur bénévole en guidant les intéressés dans le dédale des critères d'admissibilité. La Société Alzheimer, par exemple, aide les aînés qui souffrent d'Alzheimer, leur famille et les aidants naturels à prévoir l'évolution de la maladie afin qu'ils puissent mieux s'y préparer et fournir les soins qui conviennent.



### Premier lien

Il existe actuellement un projet pilote en Ontario qu'on appelle Premier lien. Ce projet vise seulement la maladie d'Alzheimer et la démence. La coordonnatrice de Premier lien rencontre les équipes de santé familiale et d'autres médecins dans une communauté élargie du sud-est de l'Ontario. On lui donne le nom des gens qui ont reçu un diagnostic de démence. À titre de coordonnatrice, son travail consiste à communiquer avec la personne et à demander si elle a besoin d'aide ou de ressources.

Palmier Stevenson-Young, présidente, Coalition canadienne des aidantes et aidants naturels, *Témoignages*, 11 juin 2007

Les aidants naturels veulent aussi obtenir de l'information sur la façon dont ils peuvent faire office de défenseurs efficaces pour ceux qu'ils aident, comme l'a rappelé au Comité Judith Wahl, de l'Advocacy Centre for the Elderly :

Ce n'est pas qu'une question d'admissibilité, de ce que l'on obtient et de la façon dont on fait une demande et sur quel formulaire, mais plutôt de la manière dont on navigue dans le système et de ce qu'il convient de faire quand les choses vont de travers ou que l'on se heurte à un obstacle. Il faut éduquer les gens, il faut les informer, ce qui permet de les soulager, parce qu'ils savent, ainsi, ce qu'il faut faire, ce à quoi ils doivent s'attendre et quelles limites sont associées aux divers aspects du système.

*Témoignages*, 28 mai 2007

Les services de relève, l'accès à l'information et la sensibilisation au travail des aidants naturels devraient être d'importantes composantes d'une stratégie nationale pour les aidants.

### 6.1.2. Soutien financier des aidants naturels

À l'échelle internationale, les soins informels représentent quelque 75 p. 100 de tous les soins personnels prodigués aux aînés dans les pays industrialisés, que ceux-ci aient un régime d'assurance-

maladie universel ou non<sup>127</sup>. Plusieurs témoins ont rappelé au Comité que le Canada est en retard sur d'autres pays comme le Royaume-Uni, l'Australie, l'Allemagne, le Japon, les Pays-Bas et les États-Unis au chapitre du soutien accordé aux aidants naturels. Un examen de la façon dont les aidants naturels sont soutenus dans d'autres pays peut être riche d'enseignements pour le Canada.

Les pouvoirs publics d'un peu partout dans le monde ont conçu diverses politiques d'indemnisation des aidants naturels. Ce peut être une indemnisation directe comme un salaire ou des allocations versés au bénéficiaire de soins ou à l'aidant naturel ou une indemnisation indirecte sous forme d'allégement fiscal ou de paiement par un tiers de crédits de pension ou de primes d'assurance.

L'Allemagne offre une assurance universelle de soins de longue durée qui permet aux aidants de s'inscrire comme employés. Les aidants profitent ainsi de droits et d'une reconnaissance, y compris une allocation en espèces qui peut être utilisée par la personne qui bénéficie des soins pour indemniser les personnes qui s'occupent d'elle, des services de relève qui n'exposent pas à des difficultés financières et le paiement des cotisations au régime de retraite public obligatoire. Le niveau des cotisations au régime de retraite est fonction du niveau de soins dont a besoin le bénéficiaire et du temps consacré aux soins<sup>128</sup>.

Aux Pays-Bas, le bénéficiaire de soins a droit à un budget fondé sur ses besoins. Le bénéficiaire de soins peut se servir de ce budget personnel pour obtenir des services fournis par une organisation ou embaucher quelqu'un, un proche ou un aidant professionnel, pour lui prodiguer des soins. L'aidant naturel peut déduire la partie de ses dépenses médicales et des autres dépenses extraordinaires liées aux soins fournis au bénéficiaire qui dépasse 11,2 p. 100 de son revenu. De plus, l'aidant naturel employé a droit à 10 jours de congé par année. L'employeur paie 70 p. 100 du salaire et le gouvernement lui verse une indemnité.

---

<sup>127</sup> Marcus Hollander *et coll.*, « Providing Care and Support for an Aging Population: Briefing Notes on Key Policy Issues », *Healthcare Quarterly*, vol. 11, n° 3, 2007, p. 34-45 (p. 42).

<sup>128</sup> Janice Keefe, Pamela Fancey et Sheri White, *Consultation on financial compensation initiatives for family caregivers of dependent adults*, Final Report, Mount Saint Vincent University, mars 2005, p. 6, et Janice Keefe, « Policy Profile for Compensating Family Caregivers, Germany », octobre 2004.

La Suède offre des options de paiement direct, un ajustement des crédits de pension et un régime complet de congés payés. Deux programmes d'indemnisation directe visent les besoins de soins de longue durée des aînés – une allocation au participant et une allocation à l'aidant. L'allocation au participant est un paiement non imposable qui est fait au bénéficiaire de soins pour lui permettre de payer l'aidant familial. Le paiement maximal s'élève à 860 \$CAN par mois, mais le montant versé varie d'une municipalité à l'autre. L'allocation à l'aidant assure que la rémunération de l'aidant soit égale à celle que toucherait un aidant professionnel employé par la municipalité. Cette formule reconnaît la valeur du temps et des efforts consacrés par l'aidant. Les aidants qui obtiennent une allocation à l'aidant ou des congés payés ont droit à des crédits de pension.

Le Royaume-Uni s'est doté d'une stratégie nationale pour les aidants. La National Health Service and Community Care Act de 1990 a été la première loi qui a reconnu officiellement la nécessité de soutenir les aidants familiaux. En 2000, l'Angleterre et le Pays de Galles ont adopté la Carers and Disabled Children Act, qui conférait aux conseils locaux le pouvoir de fournir certains services directement aux aidants<sup>129</sup>. L'allocation à l'aidant est un programme fondé sur le revenu qui cible les aidants naturels d'un enfant ou d'un adulte handicapé. L'aidant reçoit une allocation imposable de 108 \$CAN par semaine qui peut être versée jusqu'à 12 semaines si l'aidant profite d'un service de relève ou si le bénéficiaire est hospitalisé. Cela procure de la stabilité aux aidants naturels afin de les aider à surmonter des changements temporaires dans leur situation d'aidant. Un supplément salarial déterminé par l'analyse des besoins est offert aux aidants. Le régime de retraite des aidants naturels cible les aidants dont l'activité professionnelle peut souffrir du fait qu'ils prennent soin de quelqu'un, ce qui peut avoir des conséquences à long terme<sup>130</sup>.

Au Canada, le gouvernement fédéral a recours à des déductions d'impôt et des crédits d'impôt remboursables pour aider les familles à absorber les coûts des soins fournis à domicile. Les Canadiens ayant un emploi qui prennent congé pour prendre soin d'un proche

---

<sup>129</sup> Janice Keefe, « Policy Profile for Compensating Family Caregivers, United Kingdom », octobre 2004.

<sup>130</sup> Janice Keefe, Pamela Fancey et Sheri White, *Consultation on financial compensation initiatives for family caregivers of dependent adults*, Final Report, Mount Saint Vincent University, mars 2005, p. 8.

gravement malade et qui risque de mourir ont droit aux prestations de soignant du régime d'assurance-emploi.

Le Comité a appris, toutefois, que ces programmes ne suffisent pas à répondre aux besoins des gens qui fournissent des soins à leurs proches et à leurs amis. Neena Chappell, titulaire de la chaire de recherche du Canada en gérontologie sociale et professeure de sociologie au Centre du vieillissement de l'Université de Victoria, a dit au Comité que beaucoup « de soignants et de bénévoles ont indiqué qu'ils seraient fort reconnaissants si on remboursait leurs dépenses, même s'ils ne touchaient aucun dédommagement pour leur temps et leur travail<sup>131</sup> ».

La question du soutien financier des aidants naturels constitue une autre composante essentielle d'une stratégie nationale à leur intention.

### **6.1.3 Modifications des politiques du travail pour soutenir les aidants naturels**

Les politiques liées au milieu de travail et les normes d'emploi peuvent permettre aux aidants naturels de conjuguer leur travail rémunéré et leurs besoins d'aidant. Des modifications peuvent être apportées au Code canadien du travail et aux normes de travail provinciales afin d'élargir le droit aux congés payés. Certes, les politiques du travail appliquées chez les employeurs échappent à l'examen public, mais il reste que le gouvernement fédéral, à titre de principal employeur au Canada, peut montrer la voie en adoptant une politique de congés souple afin de permettre aux gens de fournir des soins. Enfin, le régime de prestations de soignant peut être amélioré pour mieux répondre mieux aux besoins des aidants naturels et des bénéficiaires de soins.

Les salariés ont besoin de lois sur l'emploi pour jouir de normes de travail, de droits et d'avantages essentiels. Les témoins ont proposé que le gouvernement du Canada prenne les devants, dans le cadre du Code canadien du travail, et adopte des normes de travail favorisant un meilleur équilibre travail-vie afin que les aidants puissent remplir

---

<sup>131</sup> Neena L. Chappell, chaire de recherche du Canada en gérontologie sociale et professeure de sociologie, Centre du vieillissement, Université de Victoria, *Témoignages*, 19 mars 2007.

leurs obligations de donneurs de soins. En outre, le Comité exhorte le gouvernement fédéral, en tant que principal employeur au Canada, à jouer un rôle de chef de file en accordant à ses employés des congés familiaux très souples adaptables aux diverses formes de responsabilités d'aidant naturel.

**Le Comité exhorte le gouvernement fédéral, en tant que principal employeur au Canada, à jouer un rôle de chef de file en accordant à ses employés des congés familiaux très souples adaptables aux diverses formes de responsabilités d'aidant naturel.**

Le régime de prestations de soignant a été créé en 2004 dans le cadre de l'assurance-emploi afin d'indemniser les travailleurs qui doivent prendre congé pour s'occuper d'un proche gravement malade. Des modifications réglementaires ont été apportées en 2006 pour élargir l'admissibilité au régime afin que les prestations puissent être demandées par un frère, une sœur, un petit-enfant, un parent par alliance, un oncle, une tante, un neveu, une nièce, un parent nourricier, un pupille, un tuteur ou toute personne considérée comme un membre de la famille d'une personne gravement malade. Le Comité applaudit à cette modification.

Les témoins ont fait un certain nombre de suggestions pour que la prestation de soignant réponde encore mieux aux besoins des travailleurs canadiens, comme l'élimination du délai de carence de deux semaines avant de recevoir les prestations, l'augmentation des prestations pour qu'elles représentent une plus grande proportion du revenu et l'allongement de la durée de la période pendant laquelle sont versées les prestations.

**Le Comité exhorte le gouvernement à mieux faire connaître l'existence des prestations de soignant et des crédits d'impôt pour aidants naturels.**

Les témoins ont également souligné que les familles pourraient ne pas savoir que ces prestations existent. En effet, Sharon Baxter, de l'Association canadienne des soins palliatifs, a dit au Comité :

Il y a environ deux [mois], j'ai prononcé une allocution au Nouveau-Brunswick, dans une pièce où se trouvaient presque 100 personnes; les deux tiers n'avaient jamais entendu parler du congé pour prendre soin d'un proche. J'ai été renversée. Nous devons faire mieux du côté de la promotion.

*Témoignages, 18 juin 2007*

Le Comité exhorte le gouvernement à mieux faire connaître l'existence des prestations de soignant et des crédits d'impôt pour aidants naturels.

Les prestations de soignant sont versées dans le cadre du régime d'assurance-emploi. Comme c'est le cas pour les autres prestations spéciales du régime, il y a un délai de carence de deux semaines avant que les demandeurs commencent à toucher les prestations<sup>132</sup>. Les témoins se sont dits d'avis que ce délai causait des difficultés excessives aux familles au moment où elles ont le plus besoin de soutien.

Le niveau de remplacement du revenu fourni par les prestations de soignant s'établit à 55 p. 100 de la rémunération assurée moyenne, à concurrence de 435 \$ par semaine. D'autres pays accordent des prestations plus généreuses. En Suède, par exemple, le niveau des prestations est égal à 80 p. 100 du revenu. Le Comité a appris en outre que si le régime de la Californie accorde un niveau de remplacement du revenu comparable à celui prévu par le régime canadien, en revanche, la prestation maximale en Californie s'élève à quelque 800 \$CAN par semaine, soit beaucoup plus qu'au Canada<sup>133</sup>. Les témoins ont fait valoir que le niveau des prestations de soignant devait être relevé.

---

Tout comme on peut prendre congé pour s'occuper d'un enfant, on devrait pouvoir le faire aussi pour prendre soin d'un aîné sans être pénalisé et même avoir droit à des incitatifs à cet égard.

Gloria Gutman,  
professeure,  
gérontologie, Université  
Simon Fraser

---

D'autres témoins ont fait valoir que la durée pendant laquelle sont versées les prestations de soignant (six semaines actuellement) devrait être prolongée et que les Canadiens devraient avoir accès aux prestations durant une période de crise médicale et non pas seulement durant la phase terminale d'une maladie.

---

<sup>132</sup> Si les prestations de soignant sont partagées par plusieurs membres d'une même famille, seule la première personne faisant la demande est assujettie au délai de carence.

<sup>133</sup> Janice M. Keefe, chaire de recherche sur le vieillissement et les politiques de soins, et directrice, Nova Scotia Centre on Aging, Mount Saint Vincent University, à titre personnel.

Le Comité recommande donc :

**23. Que la Loi sur l'assurance-emploi soit modifiée pour :**

- **supprimer le délai de carence de deux semaines avant le versement des prestations de soignant ;**
- **porter les prestations à 75 p. 100 du revenu d'emploi;**
- **porter de six à treize semaines la période de paiement des prestations;**
- **donner accès aux prestations durant toute crise médicale, et non pas seulement durant la phase terminale d'une maladie.**

**Le gouvernement fédéral doit en outre prendre les mesures voulues pour faire connaître l'existence des prestations de soignant dans la population.**

### **6.1.4 Indemnisation indirecte des aidants naturels**

Les régimes de retraite publics des pays occidentaux ont été initialement conçus pour les personnes travaillant à plein temps durant une période ininterrompue. Lorsque les femmes se sont mises à entrer, de plus en plus nombreuses, sur le marché du travail, les régimes de retraite publics ont dû tenir compte des périodes pendant lesquelles des gens s'absentaient du travail pour fournir des soins. Comme les femmes sont plus susceptibles que les hommes de réduire leur participation à la population active (de façon temporaire ou permanente) afin de prendre soin de leurs enfants ou d'autres membres de leur famille, la prise de mesures visant à reconnaître officiellement les périodes de retrait de la population active pour prendre soin de quelqu'un contribuerait à réduire l'écart de revenu entre les hommes et les femmes au moment de la retraite.

Si l'activité des femmes a fortement augmenté ces dernières décennies, il reste que les femmes sont toujours plus susceptibles de nos jours d'avoir un emploi à temps partiel et d'interrompre leur carrière pour fournir des soins à un membre de leur famille. Il en

résulte que les femmes touchent un revenu plus faible leur vie durant, y compris pendant leur retraite.

Au Canada, la disposition d'exclusion pour élever des enfants a été ajoutée au Régime de pensions du Canada (RPC)/Régime de rentes du Québec (RRQ) en 1977 dans le but de modifier le calcul de la pension pour que les travailleurs qui ont réduit leur participation à la population active pour prendre soin d'un enfant de moins de sept ans ne soient pas pénalisés. D'autres pays de l'OCDE ont semblablement reconnu l'effet des responsabilités liées à la prestation de soins sur l'admissibilité à la pension. Ainsi, dans certains pays qui accordent des allocations aux aidants (comme on le lit au paragraphe 6.1.2), l'État verse aussi des crédits de pension au régime de retraite public des aidants.

Le RPC permet à un particulier d'exclure du calcul des prestations de pension 15 p. 100 des années où son revenu a été le moins élevé. Cela a pour effet d'élever le revenu moyen et donc de relever la pension. Les témoins ont proposé, cependant, que le Canada songe à accorder la disposition d'exclusion pour élever des enfants du RPC/RRQ à d'autres aidants naturels. Ils ont fait valoir que pareille mesure serait utile pour ceux qui ont eu moins de temps pour acquérir des droits à pension, dont les femmes et les immigrants. Comme il l'a recommandé à la section 5.1.2, le Comité exhorte le gouvernement fédéral à envisager d'intégrer au Régime de pensions du Canada une disposition d'exclusion à l'intention des aidants naturels.

**Le Comité exhorte le gouvernement à envisager d'intégrer au Régime de pensions du Canada une disposition d'exclusion à l'intention des aidants naturels.**

## 6.2 Une stratégie nationale pour les aidants naturels

Répondre aux besoins des aidants naturels requiert de vastes efforts multigouvernementaux, et le meilleur moyen de le faire consiste à élaborer une stratégie nationale pour les aidants. Toute initiative ne visant qu'un élément parmi ceux qui sont énoncés à la partie 6.1 risque de causer un préjudice aux aidants naturels. Par exemple, le Comité a appris que l'indemnisation des aidants peut être une arme à deux tranchants pour les femmes :



D'un côté, par les paiements en espèces aux aidants familiaux, on tente de tenir compte des coûts directs et des coûts d'option qu'entraîne le fait de fournir des soins et de valoriser le rôle d'aidant naturel. D'un autre côté, ces programmes risquent de piéger les femmes dans un rôle d'aidante en leur offrant un soutien financier au lieu d'autres solutions en matière de soins<sup>134</sup>.

Les témoins ont proposé, afin d'éviter pareils effets néfastes, l'élaboration d'une combinaison de paiements et de services. Les aidants pourraient ainsi profiter à la fois d'un revenu de subsistance et de services concrets.

Le gouvernement fédéral peut jouer un rôle de chef de file dans la conception d'une stratégie nationale pour les aidants. Ensemble, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux peuvent mettre en place les composantes du soutien qui devrait être accordé à tous les Canadiens. Palmier Stevenson-Young, de la Coalition canadienne des aidantes et des aidants naturels, a résumé certaines des composantes à intégrer à pareille stratégie :

...élaborer et mettre en place une stratégie de communication qui renseigne les Canadiens sur la prestation de soins et valorise et reconnaît le rôle joué par les aidants naturels provenant de tous les milieux; améliorer les services sociaux et de santé offerts au bénéficiaire de soins, à l'aidant naturel et à la famille; verser une rémunération aux aidants naturels; adopter des programmes d'aide financière; accorder des subventions, des indemnités, des déductions fiscales et des crédits d'impôt remboursables pour atténuer les coûts liés à la prestation de soins à domicile; faire en sorte que les plans de gestion des cas comprennent une évaluation des besoins de l'aidant naturel; offrir de l'information et de la formation; appuyer les organismes du secteur bénévole qui représentent les aidants naturels.

*Témoignages, 11 juin 2007*

---

<sup>134</sup> Janice Keefe et Beth Rajnovich, « To Pay or Not to Pay: Examining Underlying Principles in the Debate on Financial Support for Family Caregivers », *La Revue canadienne du vieillissement*, volume 26, suppl\_1 1 /2007.

Le Comité recommande :

**24. Que le gouvernement fédéral s'entende avec les provinces et les territoires, les décideurs, les parties concernées et les aidants familiaux pour instituer une stratégie nationale sur les aidants naturels qui s'inscrirait dans une vaste initiative fédérale intégrée sur les soins.**

---



## Chapitre 7 : Soutien du secteur bénévole

### 7.1 Les aînés et le secteur bénévole

Le secteur bénévole joue un rôle important dans le soutien des personnes et des collectivités. Les bénévoles dispensent des services essentiels à tous les groupes d'âge, y compris les aînés. De plus, le travail bénévole permet à la société d'utiliser les connaissances et les compétences des Canadiens âgés. Les aînés profitent d'un secteur bénévole fort aussi bien comme donateurs que comme bénéficiaires.

Quelque 12 millions de Canadiens donnent chaque année près de 2 milliards d'heures de leur temps à titre bénévole. Il est cependant très inquiétant de noter le degré de concentration du bénévolat : 77 p. 100 de ces heures sont offertes par 11 p. 100 des Canadiens, et une proportion assez importante de ces derniers consiste en aînés.

Il ne faut pas perdre de vue qu'il existe actuellement différentes générations d'aînés et que les schémas de bénévolat varient sensiblement d'une génération à l'autre. Voici quelques conclusions auxquelles a abouti le groupe Bénévole Canada :

---

Si nous ne trouvons pas les moyens de mobiliser les générations vieillissantes pour garantir leur contribution maximale, le bénévolat et en fait nos collectivités seront en péril.

Ruth MacKenzie,  
Bénévoles Canada

---

La génération d'après-guerre a placé l'engagement social au premier rang de ses priorités, et sa promptitude à consacrer temps, argent et énergie à d'innombrables causes compte pour beaucoup dans l'évolution du secteur bénévole canadien et sa vivacité actuelle. Pour paraphraser une expression, les baby-boomers sont « une toute autre affaire ». Aujourd'hui à la veille de la retraite, ils offrent la promesse d'un renouveau et d'un rayonnement du milieu bénévole canadien. Mais cette cohorte diffère de ses prédécesseurs. Ses membres sont plus exigeants en ce sens qu'ils sont à l'affût d'occasions nouvelles et créatives de croissance et d'utilisation du

temps et qu'ils recherchent des expériences intéressantes et enrichissantes<sup>135</sup>.

Bernie LaRusic, vice-président du Group of IX de la Nouvelle-Écosse, confirme cette conclusion :

Pour les aînés, le bénévolat ne semble plus aussi attrayant qu'il l'a déjà été [...] Le nombre des bénévoles baisse alors même qu'il devrait augmenter.

*Témoignages, 11 juin 2007*

Les gens se portent volontaires pour différentes raisons. Certains veulent contribuer à leur collectivité. D'autres souhaitent utiliser leurs connaissances et leurs compétences, apprendre de nouvelles choses, acquérir de nouveaux talents, ressentir une certaine stimulation intellectuelle ou se sentir utiles ou nécessaires<sup>136</sup>. Comme l'a dit au Comité Elaine Gallagher, directrice du Centre du vieillissement de l'Université de Victoria :

Les aînés qui voudraient faire du bénévolat doivent parfois y renoncer en raison de problèmes de santé, d'autres engagements, d'un emploi du temps chargé ou d'un manque de temps. Ils veulent pouvoir aller passer quelques mois dans le Sud ou faire une croisière si un forfait abordable se présente.

*Témoignages, 28 avril 2008*

Les gens qui cherchent à recruter et à garder des bénévoles doivent être au courant de ces renseignements. Ils doivent comprendre les raisons qui portent des personnes à vouloir donner de leur temps et qui les encouragent à continuer à le faire. Les organisations bénévoles n'ont en général pas suffisamment de ressources pour faire une gestion adéquate de leurs bénévoles. Elles ont besoin d'aide pour affronter les difficultés de recrutement, de présélection et de formation des bénévoles. Une partie de cette aide est assurée par des organismes tels que Bénévoles Canada, mais

---

<sup>135</sup> Bénévole Canada, *Perspectives bénévoles : Nouvelles stratégies pour favoriser la participation des adultes plus âgés*, 2001, <http://volunteer.ca/volunteer/francais/pdf/OlderAdults-Fre.pdf>.

<sup>136</sup> Elaine Gallagher, directrice, Centre on Aging, Université de Victoria, *Témoignages*, 28 avril 2008.

beaucoup des petites organisations bénévoles qui ont comparu devant le Comité ne semblaient pas disposer des moyens nécessaires pour recruter et garder des bénévoles.

Les aînés jouent un rôle clé dans la préservation de la culture, particulièrement parmi les groupes autochtones et les groupes linguistiques minoritaires. D'après l'Association acadienne et francophone des aînées et des aînés du Nouveau-Brunswick :

[L]’avenir des communautés francophones en situation minoritaire repose en très grande partie sur l’apport de l’action bénévole et du rôle que peuvent y jouer les aînés et les retraités. Les communautés francophones en situation minoritaire sont vieillissantes [...] Par conséquent, il est important que les aînés et les retraités puissent exercer le leadership nécessaire pour assurer la transmission de la langue et de la culture et travailler à la vitalité des communautés.

*Témoignages, 13 mai 2008*

À part le fait qu’ils contribuent sensiblement au secteur bénévole, les aînés bénéficient souvent des activités et des services offerts par les bénévoles. Toute mesure prise pour assurer la vitalité future du secteur constitue un important investissement.

Des témoins ont dit au Comité que le fait de faciliter le bénévolat des aînés est intimement lié aux efforts déployés pour encourager le bénévolat dans tous les groupes d’âge. Comme l’a dit au Comité Peter Hicks, de Ressources humaines et Développement social Canada, « en général, les personnes qui font du bénévolat à un âge plus avancé en ont également fait lorsqu’elles étaient plus jeunes<sup>137</sup> ». Les employeurs peuvent aider leurs employés à prendre l’habitude du bénévolat, laquelle a des chances de leur rester pendant toute leur vie. Par exemple, ils peuvent offrir à leurs travailleurs du temps libre ou un

**Le Comité croit que l'imminent départ à la retraite des membres de la génération du baby-boom peut constituer une occasion unique de recruter de nouveaux bénévoles, mais le secteur bénévole doit disposer des moyens voulus pour les attirer et les garder.**

---

<sup>137</sup> Peter Hicks, Ressources humaines et Développement social Canada, *Témoignages*, 12 février 2007.

horaire souple pour leur permettre de faire du bénévolat. Le Comité croit que le gouvernement fédéral, qui est le plus important employeur du Canada, devrait donner l'exemple et encourager le bénévolat chez ses employés.

Dans son deuxième rapport provisoire, le Comité a mentionné différents moyens d'encourager les gens à faire du bénévolat. L'option des crédits d'impôt pour le bénévolat a suscité beaucoup de discussions. Certains témoins craignaient qu'un crédit d'impôt ne profite pas sensiblement aux Canadiens à faible revenu et que les répercussions administratives soient assez lourdes pour les organisations bénévoles. D'autres estimaient qu'un crédit d'impôt pour le bénévolat mettrait en évidence l'importance de cette activité. Ruth MacKenzie, de Bénévoles Canada, a conclu ainsi ses observations concernant cette option :

La proposition est intéressante, voire attrayante, mais il faut effectuer des recherches plus approfondies pour mieux mesurer les répercussions positives possibles, ainsi que les risques posés à la participation des bénévoles et à la culture ou philosophie du bénévolat.

*Témoignages, 28 avril 2008*

**Le Comité croit que le gouvernement fédéral, qui est le plus important employeur du Canada, devrait donner l'exemple et encourager le bénévolat chez ses employés.**

Même si la réaction au crédit d'impôt proposé a été mitigée, les témoins, partout dans le pays, ont fortement appuyé l'idée d'aider les organisations à rembourser aux bénévoles leurs frais directs. Beaucoup d'organisations sans but lucratif connaissent des difficultés financières et ne peuvent même pas rembourser ces frais.

Par conséquent, le Comité recommande :

**25. Que le gouvernement fédéral recherche, de concert avec le secteur bénévole, des moyens de reconnaître et de rembourser les frais directs des bénévoles, surtout dans le cadre d'activités financées par des subventions et contributions fédérales.**

Pour les bénévoles, le manque de continuité du financement est un important facteur de frustration. Les témoins ont recommandé d'encourager les gouvernements à prendre des engagements de financement pluriannuels pour que les bénévoles puissent espérer en

la continuité de leur propre travail. Certains ont proposé que ce principe s'applique aussi au programme Nouveaux Horizons. Ruth MacKenzie, présidente de Bénévoles Canada, a dit au Comité :

Une part essentielle de l'engagement bénévole tient à la relation entre les bénévoles et le choix du domaine où ils consacreront leur temps. Cette relation repose sur la confiance, la fiabilité, la continuité et l'intensité, des notions impossibles à maintenir en l'absence de l'assurance que cette relation existant le 31 mars va pouvoir être maintenue le 1<sup>er</sup> avril, l'assurance qu'au début d'un exercice financier, on ne risque pas que les programmes et les protagonistes sur lesquels on compte risquent de disparaître.

*Témoignages, 28 avril 2008*

Conscient de l'importance du rôle du secteur bénévole pour défendre les droits des aînés, leur donner constamment la possibilité de faire profiter la société de leurs talents et répondre aux besoins de la collectivité, y compris les autres aînés, le Comité exhorte le gouvernement fédéral à travailler avec les ministères responsables afin de favoriser l'adoption d'arrangements pluriannuels pour le financement des organisations du secteur bénévole.

Les organisations d'aide aux aînés jouent un rôle essentiel en renseignant les personnes âgées sur de nombreuses questions. Un peu partout dans le pays, le Comité a entendu des représentants de telles organisations, qui fournissent aux aînés des renseignements sur d'importants sujets comme la nutrition, les traitements abusifs et l'admissibilité aux services et aux programmes. Les aînés qui participent aux activités de ces organisations sont beaucoup plus susceptibles que les autres d'être bien informés.

Il est très difficile de trouver des moyens de communiquer avec des aînés isolés pour leur permettre d'accéder à toute la gamme des programmes et des services auxquels ils ont droit. C'est particulièrement le cas des immigrants âgés, qui ont aussi à affronter des obstacles linguistiques et culturels

**Le Comité exhorte le gouvernement fédéral à travailler avec les ministères responsables afin de favoriser l'adoption d'arrangements pluriannuels pour le financement des organisations du secteur bénévole.**



pour accéder à l'information<sup>138</sup>. Ces gens ont souvent besoin de contacts personnels pour surmonter ces défis et se prévaloir de leurs droits auprès de l'administration. Comme nous l'avons mentionné au chapitre 5, ces problèmes de communication font encore que certaines personnes n'obtiennent pas des allocations qui leur sont dues, comme la pension de sécurité de la vieillesse et le supplément de revenu garanti. Ce sont souvent des organisations bénévoles de première ligne (comme Meals on Wheels) qui ont des contacts directs avec les aînés isolés si difficiles à joindre. Ces organisations jouent donc un rôle important dans la transmission des renseignements aux aînés.

Il est possible d'emprunter différentes voies pour répondre aux besoins des Canadiens : la famille, le secteur privé, le secteur public et le secteur bénévole. Le Comité croit qu'il est important de comprendre le rôle que chacun de ces intervenants joue pour dispenser des services aux Canadiens, y compris les aînés. Le secteur bénévole ne peut pas se substituer au secteur public pour la prestation de services. Il peut cependant améliorer la qualité de vie de nombreux Canadiens. En répondant aux besoins des organisations de ce secteur, on peut veiller au maintien des services dispensés. Le Comité n'a fait qu'effleurer ces besoins. Il reste encore beaucoup à faire pour assurer le dynamisme du secteur bénévole. Le Comité recommande donc :

**26. Que les besoins du secteur bénévole fassent l'objet d'études complémentaires d'un comité du Sénat ou d'un groupe d'experts, dans le but d'étudier :**

- les difficultés nouvelles que posent le recrutement de bénévoles et leur fidélisation;
- les possibilités de promotion du bénévolat;
- le rôle du gouvernement fédéral dans le soutien de la capacité du secteur bénévole partout dans le pays, notamment le recours à un mode de financement pluriannuel et les conséquences de la création d'un crédit d'impôt pour bénévolat.

---

<sup>138</sup> Eyob Naizghi, MOSAIC, *Témoignages*, 4 juin 2008.

## 7.2 Le programme Nouveaux Horizons pour les aînés

Le programme Nouveaux Horizons pour les aînés du gouvernement fédéral offre des subventions pouvant atteindre 25 000 \$ aux projets communautaires qui encouragent les aînés à faire profiter leur collectivité de leurs compétences, de leur sagesse et de leur expérience et qui favorisent leur participation aux activités communautaires de façon à réduire le risque d'isolement. Les projets sont généralement axés sur les thèmes de la contribution à la collectivité, de la vie active, de la participation sociale et de la formation de partenariats.

Les témoins qui ont comparu devant le Comité ont en général fait l'éloge du programme, mais ont formulé des recommandations pour qu'il réponde mieux à leurs besoins.

Le Comité trouve par ailleurs inquiétant que les Autochtones canadiens et les groupes minoritaires de langue officielle considèrent ne pas avoir un accès équitable au financement. Compte tenu du succès du programme Nouveaux Horizons pour les aînés, le Comité exhorte Ressources humaines et Développement social Canada à veiller à ce que les comités provinciaux d'évaluation du programme Nouveaux Horizons pour les aînés reflètent la diversité de la population, et surtout les groupes minoritaires de langue officielle et les Autochtones de chaque province.

**Le Comité exhorte Ressources humaines et Développement social Canada à veiller à ce que les comités provinciaux d'évaluation du programme Nouveaux Horizons pour les aînés reflètent la diversité de la population.**

Le Comité insiste sur l'importance qu'il y a à rendre les fonds offerts par l'entremise du programme très accessibles à tous les Canadiens. Des procédures de demande simples devraient être mises à la disposition des organisations qui peuvent n'avoir qu'une connaissance limitée de l'accès aux fonds fédéraux, comme celles qui représentent les minorités visibles, les personnes handicapées, les Autochtones et les minorités linguistiques. Certains groupes ont dit au Comité que les procédures actuelles de demande leur paraissent

**Le Comité exhorte le gouvernement fédéral à revoir les procédures de demande du programme Nouveaux Horizons pour s'assurer que la documentation est rédigée dans un langage simple, en français et en anglais, mais aussi dans les langues autochtones et dans la langue des grandes populations d'immigrants, et que des efforts sont déployés pour informer le plus grand nombre possible de groupes de la disponibilité des fonds.**

compliquées. Par conséquent, le Comité exhorte le gouvernement fédéral à revoir les procédures de demande du programme Nouveaux Horizons pour s'assurer que la documentation est rédigée dans un langage simple, en français et en anglais, mais aussi dans les langues autochtones et dans la langue des grandes populations d'immigrants, et que des efforts sont déployés pour informer le plus grand nombre possible de groupes de la disponibilité des fonds.

De plus, le Comité croit qu'il est important de veiller à ce que tous les groupes disposent d'un délai suffisant pour préparer leur demande de financement au programme Nouveaux Horizons pour les aînés. Le Comité insiste donc beaucoup sur la nécessité de prévoir un délai approprié entre l'annonce de la disponibilité de fonds et la date limite de réception des demandes.

**Le Comité suggère que le programme Nouveaux Horizons du gouvernement fédéral pour les aînés permette aux organisations de demander des fonds pour différentes étapes d'un même projet.**

Des témoins ont dit au Comité qu'à cause du financement à court terme, il est difficile pour les organisations d'assurer la continuité des programmes et des services qu'elles offrent. Par conséquent, le Comité suggère que le programme Nouveaux Horizons du gouvernement fédéral pour les aînés permette aux organisations de demander des fonds pour différentes étapes d'un même projet afin qu'elles puissent recevoir un financement pluriannuel pour certaines initiatives.

## **Chapitre 8 : Les travailleurs de la santé et des services sociaux**

Même s'ils sont pour la plupart en bonne santé, les aînés canadiens sont les plus grands utilisateurs du système des soins de santé. En 2003, ils représentaient 13 p. 100 de la population du pays, mais le tiers des hospitalisations et plus de la moitié des journées passées à l'hôpital leur étaient attribuables<sup>139</sup>, de même que 44 p. 100 de l'ensemble des dépenses consacrées aux soins de santé<sup>140</sup>.

Des soins de qualité, accessibles et dispensés à temps, jouent un rôle important dans la qualité de vie des aînés. Pour que le Canada soit en mesure d'offrir ces soins, il doit tout d'abord disposer d'un nombre suffisant de professionnels de la santé et des services sociaux convenablement formés. Or le secteur de la santé est l'un de ceux qui comptent le plus grand nombre de professions où se manifestent des pénuries de ressources humaines.

Les pressions sont particulièrement fortes chez les médecins, les infirmières, les pharmaciens, les technologues et techniciens médicaux et le personnel de soutien des services de santé (aides-infirmières et assistantes dentaires). L'augmentation de la demande dans ces professions a été forte en raison des besoins croissants liés au vieillissement de la population, à l'accroissement du financement gouvernemental pour les soins de santé et à un nombre élevé de départs à la retraite. De plus, la croissance de l'offre pour plusieurs de ces professions a été relativement faible<sup>141</sup>.

Ces pénuries rendent les conditions de travail encore plus difficiles pour les professionnels de la santé et des services sociaux. Tout le long de ses audiences, le Comité a constamment été impressionné par le dévouement et l'excellence des professionnels qu'il a entendus un peu partout dans le pays. Nous manquerions à notre

---

<sup>139</sup> Statistique Canada, « Rapports sur la santé : Utilisation des services de santé par les personnes âgées », *Le Quotidien*, 7 février 2006.

<sup>140</sup> Margaret Gillis, Agence de santé publique du Canada, *Témoignages*, 4 décembre 2006.

<sup>141</sup> Mario Lapointe et coll., « Perspectives du marché du travail canadien pour la prochaine décennie, 2006-2015 », dans *Horizons*, vol. 9, n° 4, décembre 2007, p. 30.

devoir si nous ne les félicitons pas de leurs efforts extraordinaires et ne reprenions pas ici les propos de Lyne England, présidente de la Saanich Peninsula Health Association :

On félicite toutefois les fournisseurs de soins de santé de tous les échelons à Victoria, car ils font tout ce qu'ils peuvent dans des circonstances très difficiles. Les contrats qui ont été négociés ne sont pas respectés, de nombreuses infirmières autorisées ont été remplacées par des infirmières auxiliaires autorisées, et des travailleurs de la santé choisissent de travailler à titre occasionnel en raison des charges de travail insoutenables dans le domaine des soins de longue durée. Pour ces raisons et bien d'autres, toutes les personnes qui travaillent dans le domaine de la santé devraient être saluées pour leur conscience professionnelle, leur souplesse, leur compassion et les soins qu'elles dispensent quotidiennement aux patients.

*Témoignages, 5 juin 2008*

On peut s'attendre à ce que le vieillissement de la population intensifie encore plus les pressions qui s'exercent sur ce marché du travail déjà serré et se répercute tant sur le nombre que sur le genre de professionnels nécessaires pour donner des soins à un moment où la diversité croissante de la population canadienne impose aux travailleurs de la santé et des services sociaux d'avoir ou de pouvoir obtenir plus de compétences, de connaissances et de soutien.

Un autre facteur augmente la complexité de la prestation des services : c'est la nécessité de servir les citoyens dans la langue de leur choix. Cela comprend les aînés faisant partie des minorités de langue officielle du Canada (francophones hors Québec et anglophones du Québec), de même que les Autochtones et les immigrants.

Des communications exactes sont essentielles dans les relations entre fournisseurs et bénéficiaires de services. Autrement, le patient pourrait ne pas comprendre les conseils du médecin ou le traitement qu'il a prescrit, ce qui peut entraîner une réduction considérable de la qualité du service<sup>142</sup>.

---

<sup>142</sup> Aurèle Boisvert, président, Santé Sud-Est, *Témoignages*, 2 juin 2008.

Dans le meilleur des scénarios, un médecin de famille parlant la première langue du patient peut dispenser des services dans cette langue. Toutefois, en l'absence d'un tel médecin ou en cas de renvoi à un spécialiste, le patient doit souvent utiliser des compétences linguistiques rudimentaires ou des signes ou encore recourir à un membre de la famille pour faire l'interprétation nécessaire. Le recours à un membre de la famille peut être délicat parce que le patient peut avoir honte de parler de certaines maladies devant d'autres personnes. Le Comité a appris qu'il manque de services d'interprétation et que, même quand il est possible d'y recourir, on ne les utilise pas toujours, comme l'a expliqué la D<sup>re</sup> Sharon Koehn, du Centre pour le vieillissement en santé de Providence Health Care :

Nous avons également constaté que beaucoup de professionnels ne font pas appel aux services d'interprétation même s'ils y ont accès. Ils ont la possibilité de demander l'aide d'un interprète par l'intermédiaire des services linguistiques de la province, mais ils ne le font pas, parce que ça prend du temps. Ils préfèrent se débrouiller et obtenir de leurs patients des réponses insatisfaisantes ou incomplètes parce que ça prend du temps, et parce qu'ils ne sont pas payés pendant ce temps-là. C'est ainsi que le paiement à l'acte fonctionne dans la plupart des cas.

*Témoignages, 4 juin 2008*

À part les différences linguistiques, ces aînés et leur famille ainsi que d'autres réseaux de soutien social direct peuvent avoir des pratiques culturelles ou religieuses qui influent sur les soins. Il faut bien comprendre que le vieillissement d'une personne se produit dans une collectivité où la langue et la culture occupent une place primordiale<sup>143</sup>.

Cela est particulièrement vrai dans les collectivités autochtones où les aînés ont à affronter toute une série d'obstacles pour accéder à des soins. Le fait d'avoir affaire à un système médical étranger à leur culture se traduit par une diminution de l'accès aux soins et de leur qualité. Dans le cas des fournisseurs de services de santé qui desservent les Premières nations, les Inuits et les Métis, la

---

<sup>143</sup> Charles Gagné, directeur général, Centre Taché et Foyer Valade, *Témoignages*, 2 juin 2008.

compétence devrait comprendre la compréhension des traditions linguistiques et culturelles, l'impact des pensionnats et l'importance de la famille dans la vie des aînés<sup>144</sup>.

Le Comité a appris que les écoles de médecine et de sciences infirmières s'orientent vers une formation culturellement adaptée, mais cette évolution est lente<sup>145</sup>.

Dans ce contexte, le Comité appuie cette déclaration de Jean Balcaen, président de Villa Youville :

Il est donc très important de continuer à maintenir les acquis en matière de soins de santé qui sont respectueux de la réalité linguistique et culturelle du bénéficiaire. Une prise de conscience au niveau de l'importance de la sensibilisation continue aux divergences culturelles est intimement liée à la qualité de l'intervention auprès du client.

*Témoignages, 2 juin 2008*

Nous présentons au chapitre 10 un examen plus détaillé du rôle du gouvernement fédéral auprès de ces groupes.

### 8.1 Pour la formation de plus de gérontologues et de gériatres

D'une façon générale, deux genres de médecins s'occupent des aînés, et particulièrement ceux du « cinquième âge » :

- Les médecins de famille qui ont suivi un cours de formation avancée de six mois ou d'un an en soins aux personnes âgées, agréé par le Collège des médecins de famille du Canada.
- Les spécialistes en gériatrie (gériatres) qui ont reçu une formation complémentaire d'au moins cinq ans après avoir obtenu leur diplôme en médecine<sup>146</sup>.

---

<sup>144</sup> Joe Gallagher, directeur principal, First Nations Health Council, *Témoignages*, 4 juin 2008.

<sup>145</sup> D<sup>re</sup> Sharon Koehn, associée de recherche, Centre pour le vieillissement en santé, *Témoignages*, 4 juin 2008.

Peu après avoir entrepris ses audiences, le Comité a entendu des témoignages concernant la pénurie actuelle de gériatres. Même si leur nombre a presque doublé, passant de 111 à 211 entre 1995 et 2007<sup>147</sup>, il est encore très loin des 538 dont on estimait avoir besoin en 2006<sup>148</sup>. Par ailleurs, le nombre d'infirmières occupées spécialisées en gériatrie ou en soins de longue durée est resté relativement stable entre 1995 et 2006<sup>149</sup>.

Le Comité a cependant appris que beaucoup des 211 gériatres du Canada avaient d'autres responsabilités, de sorte que le nombre équivalent de gériatres à temps plein est probablement inférieur à 150<sup>150</sup>. Un autre fait est encore plus alarmant : le nombre de résidents de médecine interne qui s'inscrivent à des programmes de gériatrie a considérablement diminué dans les dix dernières années. La Société canadienne de gériatrie a signalé que, en 2007, il n'y avait dans tout le Canada que cinq stagiaires dans les programmes de gériatrie de langue anglaise. De même, les programmes de formation en soins aux personnes âgées destinés aux médecins de famille ont beaucoup de places libres, et tout le pays ne compte que 140 médecins ayant suivi cette formation<sup>151</sup>.

Contrairement à ce qui se produit aux États-Unis, où beaucoup de gériatres dispensent des soins primaires, les gériatres canadiens donnent plutôt aide et conseils à court terme à d'autres médecins dispensant des soins primaires et à des équipes de soins exerçant dans la collectivité, des hôpitaux et des établissements de soins de longue durée. En jouant le rôle de catalyseurs dans le système, ils peuvent établir des modèles de services, que d'autres peuvent ensuite gérer et diffuser.

---

<sup>146</sup> Dr Duncan Robertson, Gériatrie et soins palliatifs, BC Medical Association, *Témoignages*, 5 juin 2008, et Collège des médecins de famille du Canada, *Priorités pour les soins aux personnes âgées : Le rôle du médecin de famille*, juin 2007.

<sup>147</sup> Institut canadien d'information sur la santé, Base de données médicales Scott's, 2007, et Collège des médecins de famille du Canada, *Priorités pour les soins aux personnes âgées : Le rôle du médecin de famille*, juin 2007.

<sup>148</sup> Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Les aînés au Canada : Bulletin 2006*, 2006, p. 19.

<sup>149</sup> Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les infirmières et infirmiers autorisés, 2007.

<sup>150</sup> Dr Duncan Robertson, Gériatrie et soins palliatifs, BC Medical Association, *Témoignages*, 5 juin 2008.

<sup>151</sup> Dr Chris Frank, président, Société canadienne de gériatrie, mémoire au Comité, 20 avril 2008.



Le problème de la pénurie de ressources humaines et de l'augmentation prévue de la demande est d'autant plus complexe que les travailleurs actuels des services de santé sont eux-mêmes en train de vieillir et que le recrutement n'est pas assez important pour compenser. L'Association canadienne de gérontologie a informé le Comité que « l'âge moyen des infirmières et infirmiers autorisés au Canada atteint presque 50 ans<sup>152</sup> ».

Cela met en évidence la première difficulté mentionnée par plusieurs témoins : attirer plus de jeunes dans le domaine. La gériatrie et la gérontologie semblent souffrir d'une image de marque peu reluisante. Des enquêtes menées par l'Université Western Ontario ont révélé que les étudiants préfèrent travailler avec des patients dont les fonctions cognitives ne sont pas atteintes, qui ont des problèmes de santé simples et bien définis et qui n'ont pas de maladies chroniques<sup>153</sup>.

Les témoins ont dit au Comité que la gériatrie et la gérontologie ne sont souvent pas considérées comme des professions « excitantes », peut-être un peu à cause de la discrimination sous-jacente qui se manifeste envers les aînés dans la société. En donnant aux jeunes l'occasion de vivre l'expérience exaltante du travail sur le terrain, d'affronter la complexité des problèmes liés au vieillissement et d'apprendre à les surmonter, on pourrait arriver à leur montrer à quel point une carrière dans ce domaine peut être stimulante et enrichissante<sup>154</sup>.

Toutefois, la promotion de la gériatrie est encore plus difficile quand la plupart des écoles de médecine du Canada n'imposent aucune connaissance de cette discipline. Aucun stage en gériatrie n'est encore exigé dans les programmes canadiens de formation en médecine interne<sup>155</sup>, de sorte que les étudiants doivent choisir une

---

<sup>152</sup> Sandra Hirst, présidente, Association canadienne de gérontologie, *Témoignages*, 11 décembre 2006.

<sup>153</sup> Presse Canadienne, « Canada's ageing population could run short on docs », 19 juillet 2007, [http://www.ctv.ca/servlet/ArticleNews/story/CTVNews/20070719/aging\\_populati\\_on\\_070719/20070719?hub=Health](http://www.ctv.ca/servlet/ArticleNews/story/CTVNews/20070719/aging_populati_on_070719/20070719?hub=Health).

<sup>154</sup> Dr David Martell, Centre médical de Lunenburg, à titre personnel, *Témoignages*, 12 mai 2008.

<sup>155</sup> David Hogan, « Proceedings and Recommendations of the 2007 Banff Conference on the Future of Geriatrics in Canada », dans *Canadian Journal of Geriatrics*, vol. 10, n° 4, 2007, p. 133-144.

spécialité vers la fin de leur troisième année d'études sans avoir jamais eu de contacts officiels avec cette discipline<sup>156</sup>. Il n'y a pas très longtemps, la même situation existait dans le domaine des soins palliatifs. Il a fallu que le gouvernement du Canada intervienne en appuyant le développement d'un cours dans ce domaine. Aujourd'hui, tous les étudiants en médecine doivent suivre au moins un cours de soins palliatifs. Ne pouvons-nous pas avoir la même chose en gériatrie?

Il conviendrait peut-être de faire appel à l'idéalisme des étudiants en médecine. Le D<sup>r</sup> Ken Rockwood, professeur de gériatrie à l'Université Dalhousie, a expliqué ainsi à ses étudiants son approche de la promotion de la gériatrie.

### **Voulez-vous sauver le monde?**

Pendant des années, nous avons tenté de diverses façons de convaincre plus de jeunes médecins de s'orienter vers la gériatrie. Quand ils sont encore très jeunes, je leur dis que, s'ils souhaitent sauver le monde, c'est en gériatrie qu'il faut aller. Ensuite, je m'explique. Si l'on réfléchit à tous les problèmes du système de santé au Canada actuellement, à mon avis, la fragilité est celui qui minera le plus probablement la prestation publique de soins médicaux, parce que tous sont frustrés et qu'ignorant quoi faire, ils prônent la privatisation. Pareille solution a des effets pervers pour plusieurs raisons dont on pourrait discuter, mais si l'on y pense bien, l'assurance santé est l'une des grandes valeurs qui cimente l'unité canadienne. Par conséquent, si nous n'obtenons pas de bons résultats à cet égard, quel espoir reste-t-il pour le pays? Étant donné toute la richesse du Canada et l'abondance de ses ressources, si nous ne pouvons pas garder le pays uni, quel espoir y a-t-il pour le reste du monde? Donc, je dis aux jeunes que, s'ils souhaitent sauver le monde, qu'ils exercent la gériatrie au Canada.

D<sup>r</sup> Ken Rockwood, professeur de gériatrie, Université Dalhousie,  
*Témoignages*, 12 mai 2008

Une fois qu'on aura persuadé les étudiants de s'orienter vers la gériatrie, il faudra prévoir à leur intention des endroits de résidence, surtout dans les collectivités où on espère qu'ils exerceront après avoir

---

<sup>156</sup> Chris MacKnight, professeur agrégé, Département de médecine, Université Dalhousie, *Témoignages*, 12 mai 2008.

fini leurs études. Par suite de la concurrence entre les sous-spécialités, il semble que ce ne soit pas toujours le cas. S'il était possible de promettre aux étudiants des places garanties de formation et de bonnes perspectives d'emploi par la suite, le domaine de la gériatrie deviendrait beaucoup plus intéressant pour eux<sup>157</sup>. Le Comité recommande donc :

**27. Que le gouvernement fédéral appuie des campagnes d'information et de sensibilisation visant à favoriser le choix d'une carrière en gériatrie et en gérontologie, y compris le financement de places de résidence en gériatrie.**

---

Les pratiques actuelles de rémunération constituent un autre facteur qui décourage les médecins de s'orienter vers la gériatrie. La formule actuelle de rémunération à l'acte pénalise les gériatres par rapport aux autres spécialistes parce qu'ils ont tendance à consacrer plus de temps à chaque patient pour mieux définir leurs multiples problèmes dans un contexte holistique et pluridisciplinaire.

Pour valoriser le travail fait auprès des aînés, il faut assurer une rémunération compétitive aux professionnels de la santé qui leur dispensent des soins. Comme l'a dit Réjean Hébert, doyen de la faculté de médecine et de sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke :

Les médecins qui pratiquent auprès des personnes âgées n'ont pas le même revenu qu'un cardiologue, qu'un neurochirurgien ou qu'un radiologiste. Je pense que c'est un phénomène qui peut être un dissuasif pour que de jeunes étudiants puissent s'intéresser à une carrière auprès des personnes âgées. Il faut être capable de valoriser celles-ci par des conditions de travail, des conditions salariales qui permettent à ces personnels professionnels de la santé de trouver là une valorisation adéquate, et surtout insister sur la formation nécessaire.

*Témoignages, 16 mai 2008*

Au Canada, des formules de financement différentes ainsi que des modèles de rémunération mixtes ont permis à certains gériatres de trouver des arrangements acceptables, mais ceux-ci ne constituent

---

<sup>157</sup> D<sup>r</sup> Ken Rockwood et D<sup>r</sup> Chris MacKnight, *Témoignages*, 12 mai 2008.

sûrement pas des encouragements à entrer dans le domaine. Il y a lieu de mentionner que la majoration des échelles de rémunération a joué un rôle de premier plan dans le recrutement des gériatres nécessaires en Irlande.

Par conséquent, le Comité insiste sur la nécessité d'instituer un système de facturation plus équitable à l'intention des gériatres et suggère que le gouvernement fédéral fasse l'essai, avec les gériatres qu'il emploie, de systèmes de facturation qui pourraient être utilisés dans les autres administrations canadiennes.

**Le Comité insiste sur la nécessité d'instituer un système de facturation plus équitable à l'intention des gériatres et suggère que le gouvernement fédéral fasse l'essai, avec les gériatres qu'il emploie, de systèmes de facturation qui pourraient être utilisés dans les autres administrations canadiennes.**

L'accélération de la reconnaissance des titres de compétence des immigrants ayant une formation en santé pourrait également atténuer la pénurie de personnel. Il est beaucoup plus rapide de donner des compléments de formation ou de renouveler l'agrément que de former de nouveaux étudiants. Des progrès dans cette direction pourraient inverser la diminution de la proportion de médecins canadiens formés à l'étranger, qui était passée de 25 à 22 p. 100 entre 1999 et 2006<sup>158</sup>.

**Le Comité exhorte le gouvernement fédéral à travailler avec les organismes d'agrément professionnel à l'élaboration de programmes pouvant faciliter et accélérer la reconnaissance des titres de compétence étrangers.**

En conséquence, le Comité exhorte le gouvernement fédéral à travailler avec les organismes d'agrément professionnel à l'élaboration de programmes pouvant faciliter et accélérer la reconnaissance des titres de compétence étrangers.

---

<sup>158</sup> Institut canadien d'information sur la santé, Base de données médicales Scott's, 2007.

## 8.2 Adaptation de la formation à une population vieillissante

... partout dans le pays, il est primordial de sensibiliser les professionnels de la santé aux questions touchant les aînés.

D<sup>re</sup> Marianne McLennan, directrice, Aînés, Fin de la vie et santé spirituelle, Autorité sanitaire de l'île de Vancouver, *Témoignages*, 5 juin 2008

Au-delà des gériatres et des gérontologues, il importe de se rendre compte que presque toutes les professions de la santé ont affaire à une population de plus en plus âgée. Dans ce contexte, le Comité est d'accord avec le D<sup>r</sup> Duncan Robertson, du Comité de gériatrie et de soins palliatifs de l'Association médicale de la Colombie-Britannique, qui a recommandé ce qui suit :

Nous devons aussi nous assurer d'améliorer le contenu du programme d'enseignement pour tous les étudiants, et non seulement l'aspect didactique, que ce soit une expérience clinique obligatoire qui comprend le travail avec des membres plus âgés de la communauté, de l'hôpital et de l'établissement de soins de longue durée, sur tous les aspects des soins.

*Témoignages*, 5 juin 2008

Les problèmes qu'affronte une population vieillissante se distinguent assez sensiblement de ceux de groupes plus jeunes. Les comorbidités, les maladies chroniques et la santé fragile sont plus fréquentes chez les aînés, mais ne sont probablement pas suffisamment couvertes dans les programmes d'études actuels. Comme l'a mentionné Byron Spencer, professeur d'économie à l'Université McMaster :

... on constate que les programmes de formation des médecins et autres professionnels de la santé sont peu axés sur le traitement spécifique des patients âgés... Autrement dit, dans la formation des professionnels de la santé, on consacre très peu de temps au traitement des troubles chroniques complexes dont souffrent souvent les patients âgés. Presque toute la formation des médecins a lieu en milieu hospitalier, et lorsque des patients âgés se

présentent à l'hôpital, on se concentre habituellement sur un état pathologique grave. En fait, il peut même arriver que des patients souffrant de plusieurs maladies chroniques qui ne reçoivent pas de traitement approprié lorsqu'ils sont encore actifs au sein de la communauté voient leurs symptômes devenir aigus et doivent se présenter à l'hôpital.

*Témoignages, 5 mai 2008*

Le système des soins de santé a de tout temps été basé sur le traitement d'une seule affection à la fois. Toutefois, la santé fragile des aînés découle de multiples problèmes médicaux et sociaux interdépendants, qui nécessitent des soins différents de ceux qu'on administre ordinairement<sup>159</sup>.

Le système des soins de santé a eu tendance à réagir à ces cas complexes en recourant à des équipes interprofessionnelles. Selon la Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé, cette approche nécessite des modifications correspondantes des programmes d'études :

Changer la façon dont nous formons les fournisseurs de soins de santé est indispensable pour opérer un changement dans le système et pour s'assurer qu'ils ont les connaissances et les compétences requises pour accomplir un travail efficace au sein des équipes interprofessionnelles dans un système de soins de santé en évolution<sup>160</sup>.

Les aspects sociaux de la fragilité, sans parler de ceux du bien-être, nécessitent une approche fondée sur l'habilitation de l'individu dans son réseau de soutien élargi. La formation à la prise de contact avec un éventail plus vaste d'intervenants revêt alors une grande importance<sup>161</sup>.

---

<sup>159</sup> Dr Ken Rockwood, professeur de gériatrie, Université Dalhousie, *Témoignages*, 12 mai 2008.

<sup>160</sup> Santé Canada, Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2006-wait-attente/hhr-rhs/index-fra.php>.

<sup>161</sup> Marie Beaulieu, professeure, Service social, Université de Sherbrooke, *Témoignages*, 16 mai 2008.

Une formation pouvant aider cet éventail plus vaste d'intervenants à comprendre la dynamique d'une réaction aux multiples aspects et leur propre rôle dans cette réaction est également importante. À cet égard, Pamela Fancey, directrice adjointe du Centre sur le vieillissement de l'Université Mount Saint Vincent, a dit au Comité :

...nous devons également soutenir les entrepreneurs en herbe et offrir de la formation dans un plus vaste éventail de professions, y compris pour les éducateurs et les conseillers auprès des familles, les coordonnateurs de programmes, les chercheurs et les analystes des politiques.

*Témoignages, 12 mai 2008*

D'une façon plus générale, pour renforcer et adapter les programmes de formation au vieillissement de la population, le Comité exhorte le gouvernement fédéral à appuyer les projets de renforcement des capacités, comme la création d'un programme de base, pour la formation de gériatres, de travailleurs sociaux en gérontologie, d'infirmières en gérontologie et d'autres professionnels.

**Le Comité exhorte le gouvernement fédéral à appuyer les projets de renforcement des capacités, comme la création d'un programme de base, pour la formation de gériatres, de travailleurs sociaux en gérontologie, d'infirmières en gérontologie et d'autres professionnels.**

Dans le contexte du vieillissement de la population, il est également important que les programmes d'études apprennent aux professionnels de la santé à reconnaître les signes d'abus et à prendre les mesures appropriées dans ce cas. Comme nous l'avons mentionné au chapitre 1, le Comité espère que le

gouvernement fédéral appuiera à cet égard la création de matériel de formation à l'intention de nombreux secteurs professionnels.

### 8.3 Formation des travailleurs en soins à domicile et en soutien personnel

Ce sont les membres de la famille et d'autres proches non rémunérés qui donnent l'essentiel des soins à domicile. Les témoins ont dit au Comité que le système public ne répond pas à 90 p. 100 des

besoins dans ce domaine, pour lesquels il faut compter sur la famille et les amis<sup>162</sup>.

Toutefois, comme la taille des familles diminue et que la mobilité de la population augmente, séparant les familles, il est probable que de plus en plus d'aînés auront besoin d'une aide extérieure. Le raccourcissement des séjours à l'hôpital, ces dernières années, fait qu'une plus grande partie de la convalescence est passée à la maison et dans la collectivité, grâce aux soins à domicile. De plus, le fait que les aînés souhaitent rester chez eux tandis que les taux de maladies chroniques grimpent dans la population contribuera aussi à l'augmentation de la demande d'aide à domicile. Les deux phénomènes sont généralement positifs pourvu que des dispositions suffisantes soient prises en matière de soins à domicile.

Les organismes de soins et d'aide à domicile dispensent une vaste gamme de services. Susan VanderBent de l'Ontario Home Care Association en a dressé une liste :

... des soins infirmiers, des services de soutien à domicile, des soins personnels, des traitements de physiothérapie et d'ergothérapie, des services de travail social, de diététique et d'orthophonie, en plus de veiller à ce que de l'équipement et des fournitures médicales soient en place à la maison.

*Témoignages, 9 mai 2008*

Les travailleurs en soutien personnel peuvent offrir des services d'économie domestique (achats, ménage, préparation de repas), donner des soins personnels (aide pour s'habiller, hygiène personnelle, mobilité et autres activités courantes), et s'occuper de responsabilités familiales (soins aux enfants) et d'activités sociales et récréatives<sup>163</sup>.

**Le Comité croit que les travailleurs en soutien personnel et en soins à domicile méritent plus de reconnaissance, de formation et d'aide.**

---

<sup>162</sup> Marie Beaulieu, professeure, Service social, Université de Sherbrooke, *Témoignages*, 16 mai 2008.

<sup>163</sup> Personal Support Network of Ontario, [http://67.19.94.210/~psw//index.php?option=com\\_content&task=view&id=16&Itemid=44](http://67.19.94.210/~psw//index.php?option=com_content&task=view&id=16&Itemid=44).



Les témoins qui ont comparu devant le Comité ont souligné que la contribution des travailleurs en soutien personnel et en soins à domicile est mal reconnue et que ces travailleurs peuvent jouer un rôle beaucoup plus actif à condition de recevoir suffisamment de formation, de rémunération et d'appui. Comme l'a dit Elaine Gallagher, directrice du Centre sur le vieillissement de l'Université de Victoria :

Ces aides de maintien à domicile sont parmi les travailleurs des soins de santé les plus sous-utilisés au pays. Ils reçoivent peu ou pas de formation, leur salaire se situe tout au bas de l'échelle et on ne reconnaît pas leurs efforts lorsqu'ils détectent des signes précoces de démence, de fragilité et d'autres problèmes. Ils pourraient faire beaucoup, avec un peu plus de formation.

*Témoignages, 28 avril 2008*

Le rôle des travailleurs en soutien personnel est encore plus essentiel dans le cas des aînés à risque. D'après le Réseau ontarien pour la prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées :

Les préposés aux soins à domicile forment l'un des groupes qui ont le plus d'interaction avec les personnes âgées chez elles, et ils sont parfois le seul contact que celles-ci ont avec le monde extérieur. La nature des soins qu'ils dispensent leur donne l'occasion d'établir des rapports de confiance avec les aînés. De ce fait, ils pourraient bien être les premiers à qui les aînés se confieront s'ils font l'objet d'abus<sup>164</sup>.

Le projet SAIL illustre les avantages possibles d'une meilleure formation des travailleurs en soutien personnel et en soins à domicile.

---

<sup>164</sup> Réseau ontarien pour la prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées, Réponse au rapport intérimaire du Sénat, Une population vieillissante : enjeux et options, 9 mai 2008.

### **Le programme SAIL pour des aînés autonomes**

Dirigé par la D<sup>re</sup> Vicky Scott à l'Université de Victoria, SAIL est un programme de formation visant à apprendre aux travailleurs en soutien à domicile à évaluer les risques de chute des personnes qu'ils soignent et, sur la base de cette évaluation, à mettre en œuvre une série d'interventions. L'une de ces interventions consiste en un simple programme d'exercices à la maison que le travailleur fait pendant 10 minutes avec le bénéficiaire des soins.

Grâce à la formation et aux 10 minutes de temps supplémentaire que le travailleur consacre aux exercices à chaque visite, le programme SAIL a permis de réduire de 44 p. 100 le taux des chutes par rapport aux endroits où les travailleurs n'avaient pas reçu cette formation. Les organismes de soutien à domicile ne se sont pas du tout inquiétés des considérations économiques liées au temps supplémentaire, considérant que les résultats valaient bien ce prix. Le programme donnait aux travailleurs les connaissances, la formation et les renseignements dont ils avaient besoin pour desservir une population difficile qui compte parmi celles qui courent le plus de risques. Les gens adoraient le programme.

Aujourd'hui, tous les organismes de santé de la Colombie-Britannique adoptent ce programme et le présentent à leurs travailleurs en soutien à domicile.

Elaine Gallagher, directrice, Centre du vieillissement, Université de Victoria,  
*Témoignages*, 28 avril 2008

Malgré le rôle clé que jouent les travailleurs en soutien personnel et en soins à domicile, ils sont mal rémunérés, n'ont pas beaucoup de sécurité d'emploi et leurs heures de travail ne sont pas très nombreuses<sup>165</sup>. Voici ce qu'en a dit Cecile Cassista, directrice générale de la Coalition pour les droits des aînés et des résidents des foyers de soins longue durée du Nouveau-Brunswick :

Au Nouveau-Brunswick, le gouvernement a conclu des contrats visant les soins à domicile avec des agences et la Croix- Rouge en prévoyant un taux de 13,64 \$ l'heure, ce qui fait que les employés ne reçoivent que 8 ou 9 \$ l'heure

---

<sup>165</sup> VON Canada, mémoire au Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, 17 décembre.

et font de 15 à 20 heures par semaine. Notre province a donc un problème de rétention et de formation.

*Témoignages, 13 mai 2008*

De mauvaises conditions de travail entraînent inévitablement un important roulement du personnel et un manque de continuité dans les services dispensés. Si nous souhaitons vraiment valoriser les services rendus par les travailleurs en soutien personnel et en soins à domicile, il est important que ces travailleurs reçoivent un salaire décent et bénéficient d'avantages sociaux et de conditions de travail raisonnables.

Le Comité a appris que la Stratégie fédérale-provinciale-territoriale des ressources humaines en santé ne comprend pas les services de soutien à domicile et dans la collectivité en dépit du fait que le plan décennal de 2004 pour consolider les soins de santé reconnaissait les soins à domicile comme partie intégrante du système de santé<sup>166</sup>. Une approche pancanadienne des ressources humaines en santé doit tenir compte des services de soutien personnel et de soins à domicile. Par conséquent, le Comité recommande :

**28. Que le gouvernement fédéral travaille avec les provinces et les territoires en vue d'abord la formation, le recrutement et le maintien des travailleurs en soutien personnel et en soins à domicile dans le cadre de la Stratégie fédérale-provinciale-territoriale des ressources humaines en santé.**

Le Comité insiste sur la nécessité, pour les gouvernements, de collaborer avec les travailleurs en soins personnels et en soins à domicile en vue d'établir des normes communes de formation.

La formation officielle en soutien personnel demeure limitée. Malgré l'importance du rôle des travailleurs de soutien personnel, seules trois provinces – l'Alberta, la Nouvelle-Écosse et l'Ontario – offrent des diplômes, des programmes d'études ou des cours dans ce domaine<sup>167</sup>. Les pratiques exemplaires

---

<sup>166</sup> Congrès des organismes nationaux d'aînés, mémoire au Comité spécial sur le vieillissement concernant le chapitre 5 du deuxième rapport provisoire, 2 juin 2008.

<sup>167</sup> *Ibid.*

établies dans ces provinces peuvent servir de base à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un programme national de formation des travailleurs en soutien personnel et en soins à domicile. De tels efforts auraient en même temps l'avantage de mettre en évidence l'importance du rôle de ces travailleurs, de favoriser la parité salariale et de contribuer à la solution des problèmes de recrutement et de maintien en fonction.

Pour ces raisons, le Comité insiste sur la nécessité, pour les gouvernements, de collaborer avec les travailleurs en soins personnels et en soins à domicile en vue d'établir des normes communes de formation.



## **Chapitre 9 : Savoir exploiter la recherche et les technologies modernes**

Les Canadiens vieillissent dans un monde qui change. Les façons dont les gens vieillissent changent avec le temps – il se pourrait que les baby-boomers n’aient pas les mêmes besoins ni les mêmes attentes que leurs parents. Les progrès technologiques continuent à ouvrir de nouvelles perspectives.

Les décideurs doivent pouvoir prendre leurs décisions en fonction de preuves solides et d’une bonne compréhension des nombreuses façons dont les gens vieillissent. Il faudra effectuer des recherches longitudinales pour comprendre le processus du vieillissement et les façons complexes dont les facteurs économiques, sociaux et liés à la santé influent sur un bon vieillissement. Pour valoriser le vieillissement de la population, il faudra aussi mieux comprendre comment les progrès technologiques peuvent servir à améliorer la qualité de vie des Canadiens et utiliser de la manière la plus efficace possible des ressources humaines limitées.

---

[N]ous réalisons d’importantes recherches qui sont financées par le gouvernement fédéral, mais nous devons en faire un meilleur usage afin de mieux servir nos aînés.

Doug Rapelje,  
représentant, Comité  
consultatif des aînés de  
la Ville de Welland

---

### **9.1 La recherche sur le vieillissement**

L’Institut du vieillissement est l’un des 13 instituts par l’entremise desquels les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) procurent une aide financière à des chercheurs du Canada entier. L’Institut finance la recherche suivante : vieillir en santé, les processus biomédicaux et biologiques du vieillissement, les troubles cognitifs, le vieillissement et le maintien de l’autonomie fonctionnelle, la politique et les services de santé pour les personnes âgées. Peu importe le domaine, l’Institut du vieillissement reconnaît que l’application des résultats de la recherche est très importante pour les personnes âgées et ceux qui travaillent avec elles. L’exemple qui suit d’une semelle de chaussure conçue pour réduire les risques de chute chez les personnes âgées en leur assurant un meilleur équilibre

montre comment la recherche peut améliorer concrètement la vie des personnes âgées.

### **Un nouveau produit protège les aînés contre les chutes<sup>168</sup>**

Les chutes constituent un danger réel et particulièrement grave pour les aînés, en raison du risque de fractures et de la perte d'autonomie qui en découle. Le D<sup>r</sup> Stephen Perry de l'Université Wilfrid-Laurier a récemment trouvé une application à ses recherches fondamentales sur le mouvement humain; il a mis au point un produit qui peut prévenir les chutes et sauver ainsi la vie de nombreux aînés. En prenant de l'âge, nous perdons de la sensibilité au niveau des pieds, ce qui rend difficile de garder l'équilibre. Grâce à une subvention des IRSC, le D<sup>r</sup> Perry et ses collègues ont élaboré une semelle intérieure spéciale, simple et bon marché, appelée Sole Sensor<sup>MC</sup>. La semelle intérieure présente une légère crête le long de son bord extérieur qui alerte les aînés au moment où ils sont sur le point de perdre l'équilibre. Cet appareil promet de réduire le nombre de blessures causées par les chutes.

Doug Rapelje, représentant du Comité consultatif des aînés de la Ville de Welland, et membre du conseil consultatif de l'Institut du vieillissement, a repris les préoccupations de plusieurs témoins selon qui la recherche doit être plus largement accessible :

Je suis très impressionné par la recherche qui est faite, mais, en tant que profane, je suis très préoccupé par notre incapacité de communiquer cette information importante aux personnes appropriées pour provoquer des changements. Je suggère au comité d'explorer les manières d'insister pour que les chercheurs rédigent des sommaires que les profanes peuvent comprendre. La recherche est associée à une langue particulière. Ce n'est pas une langue canadienne. Je pense qu'il s'agit d'une question importante parce qu'il y a de l'information très pertinente qui n'est jamais utilisée, car elle ne se rend jamais aux personnes appropriées.

*Témoignages, 9 mai 2008*

---

<sup>168</sup> Les Instituts de recherche en santé du Canada, *Le vieillissement - La recherche en santé, ça rapporte 2006-2007*, <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/35187.html>.

Le Comité loue les efforts déployés par l'Institut du vieillissement pour cerner les besoins en recherche des personnes âgées et de ceux qui travaillent avec elles, et traduire la recherche en des outils utiles pour les Canadiens. Le Comité invite les IRSC à continuer à faire de l'application des connaissances une priorité.

**Le Comité invite les IRSC à continuer à faire de l'application des connaissances une priorité.**

### **9.1.1 L'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement**

Une équipe de plus de 200 chercheurs de 26 universités canadiennes travaille à la conception d'une étude transdisciplinaire novatrice sur le vieillissement, l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ELCV). Une bonne partie de nos connaissances sur le vieillissement consistent en des images instantanées qui ne donnent qu'un bref aperçu du vieillissement. En revanche, l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement suivrait sur une période de vingt ans entre 30 000 et 50 000 Canadiens de plus de 40 ans pour connaître les processus et les facteurs qui influent sur la santé et le vieillissement. Nombreux sont les gens qui ont l'impression de bien vieillir ou de pouvoir bien vieillir, malgré une détérioration de leur état et des circonstances difficiles. L'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement permettrait aux décideurs de « cerner les facteurs qui ont la plus forte incidence sur la réussite du vieillissement et mieux comprendre la façon dont ils exercent leurs effets <sup>169</sup> ».

#### **De quelle façon l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement peut-elle avoir une incidence directe sur la politique?**

L'une des principales façons sera de suivre le parcours de vie et les événements menant à la transition du travail à la retraite et aux transitions post-retraite. À titre d'exemple, nombre des politiques relatives au travail et à la retraite sont fondées sur le modèle d'un individu, typiquement du sexe masculin, qui reste à l'emploi d'une seule et même organisation pendant une longue période de temps. Or, la réalité d'aujourd'hui est telle que beaucoup de gens passent d'un emploi à un autre ou vivent des périodes sans emploi au fur et à mesure qu'ils approchent de la retraite. La hausse de la prévalence des femmes parmi

---

<sup>169</sup> Susan Kirkland, professeure, Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement, Université Dalhousie, *Témoignages*, 19 février 2007.



la population active et l'augmentation du nombre des familles à deux revenus ont également créé des situations nouvelles en matière d'équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle, tout comme cela a été le cas de l'augmentation du travail rémunéré non standard — par exemple travail autonome, travail contractuel ou travail d'expert-conseil — ainsi que du statut d'employé occasionnel, phénomène récent qui aura d'importantes conséquences en matière de prévisions relativement à la retraite et qui n'a pas été étudié en profondeur. Le retrait imminent de l'importante cohorte de baby-boomers du marché du travail aura également des conséquences sur le plan des politiques relatives à l'âge de la retraite, aux pénuries de main-d'œuvre et à la perte de travailleurs chevronnés. Une meilleure compréhension de l'incidence de ces changements permettra aux décideurs d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques mieux en mesure d'améliorer la santé et la productivité de la population active.

Susan Kirkland, professeure, Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement, Université Dalhousie, *Témoignages*, 19 février 2007

Le Comité est heureux d'apprendre que les Instituts de recherche en santé du Canada ont récemment confirmé l'affectation de 23,5 millions de dollars sur cinq ans à la phase de mise en œuvre de cette étude qui s'étendra sur vingt ans. Cet investissement permettra de fournir une assise solide de travaux de recherches et de données à cette étude d'envergure nationale.

### 9.2 Télémédecine et télésoins à domicile

La télémédecine est un nouveau domaine qui offre la possibilité d'accroître l'offre de services ou de faciliter la prestation des services.

Tom Peirce, directeur principal, Planification stratégique et intégration,  
Centre d'accès aux soins communautaires de Hamilton Niagara  
Haldimand Brant, *Témoignages*, 9 mai 2008

La télémédecine procure des services et des renseignements en matière de santé au moyen de technologies de télécommunication<sup>170</sup>. Elle sert surtout à offrir des services cliniques, à améliorer l'efficacité administrative et à élargir les possibilités d'étude et de développement professionnel des travailleurs de la santé.

---

<sup>170</sup> Réseau Télémédecine Ontario, <http://www.otn.ca/fr/otn/>.

Les télésoins à domicile exploitent aussi les progrès technologiques, mais pour contrôler l'état des malades et favoriser l'autonomie de ceux-ci. Les données recueillies à la maison, par le malade ou par un travailleur de la santé, sont transmises à un service central où elles sont analysées, ce qui facilite la détection des modifications des signes vitaux et une intervention rapide propre à prévenir une détérioration de l'état de la personne. L'expérience a montré que cette technique permet de réduire les coûts pour le système de santé, notamment par la diminution des taux d'hospitalisation, des visites à l'urgence et des admissions dans un établissement de soins de longue durée<sup>171</sup>.

**Le Comité croit que la télémédecine et les télésoins peuvent améliorer la prestation des soins de santé et des soins à domicile.**

La technologie évolue rapidement, mais cela fait longtemps qu'on en connaît les applications potentielles dans le secteur de la santé et celui des soins à domicile. Le rapport d'avril 2002 du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie<sup>172</sup> ainsi que le rapport de novembre 2002 de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada<sup>173</sup> proposent tous deux le recours à la télémédecine pour soutenir la prestation des services de santé.

Parmi les témoins que nous avons entendus dans tout le pays, beaucoup ont remarqué l'absence de ces questions de notre second rapport provisoire, *Une population vieillissante : enjeux et options*. Plusieurs représentants d'organisations qui évaluent et mettent en œuvre des programmes de télémédecine nous en ont parlé, notamment la D<sup>re</sup> Marianne McLennan de la Vancouver Island Health Authority :

Nous considérons la technologie comme une manière d'offrir des services plus près des lieux où habitent les gens et de faire en sorte que nos professionnels qui travaillent dans le sud de l'île puissent traiter des patients

---

<sup>171</sup> Réseau Télémédecine Ontario, <http://exweb.otn.ca/telehomecare/>.

<sup>172</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral*, Volume 5 : Principes et recommandations en vue d'une réforme – Partie I, avril 2002.

<sup>173</sup> Roy J. Romanow, *Guidés par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada*, Rapport final, novembre 2002.

qui habitent dans le nord de l'île. Nous sommes en train d'envisager les vidéoconférences et les groupes téléphoniques de soutien à la transition. Nous sommes également en train d'examiner des approches de formation novatrices qui nous permettront de tenir notre personnel au courant des dernières informations.

*Témoignages, 5 juin 2008*

La télémédecine peut aussi aider à servir les groupes de langue minoritaire, comme les francophones de l'Ontario, comme l'a décrit Marcel Castonguay du Centre de santé communautaire Hamilton-Niagara:

À un moment donné, on a commencé à se servir beaucoup du médium de vidéoconférence, où on est capable de donner un atelier, disons, à Welland avec une audience à Hamilton, de rendre la question vraiment interactive, et on est à voir comment on pourrait se brancher avec d'autres communautés où on est capable d'avoir des audiences à travers la province, se servant d'une infirmière. Encore là, les professionnels de la santé sont quand même très rares, sont beaucoup plus difficiles à recruter, ne sont pas nécessairement là où sont les patients.

*Témoignages, 9 mai 2008*

Voilà un exemple de la manière dont on peut pallier dans une certaine mesure des pénuries de ressources humaines dans le secteur de la santé par un plus grand usage de la technologie. Celle-ci permet non seulement aux spécialistes de servir des personnes qui auraient autrement difficilement accès à eux, mais aussi à certains intervenants de servir davantage de personnes en une journée. Comme l'a dit un porte-parole de VON Canada :

Les infirmières qui dispensent des soins à domicile peuvent assurer 20 visites ou plus par jour avec l'aide de la technologie, par opposition à quatre à huit seulement en personne.

*Mémoire au Comité, 17 décembre 2007*

La télémédecine et les télésoins à domicile peuvent aussi contribuer à améliorer les services aux personnes âgées dans les régions rurales. En effet, pour les malades des régions rurales, le transport pour aller voir un médecin, notamment un spécialiste, peut coûter cher. Encore faut-il qu'il y en ait, ce qui n'est pas toujours le cas. Le Comité souscrit à la position exprimée par le Comité sénatorial permanent de l'agriculture et des forêts dans son rapport sur la pauvreté rurale qui voit dans la télésanté un moyen de pallier la pénurie de professionnels de la santé et l'insuffisance de la formation axée sur la pratique en milieu rural, d'améliorer l'infrastructure de santé en région rurale et de voir à un développement équitable des systèmes d'information sur la santé dans l'ensemble du pays<sup>174</sup>.

Dans ce contexte, la télésanté peut être particulièrement utile aux collectivités des Premières nations et aux collectivités inuites, mais celles-ci doivent, pour en bénéficier, disposer d'une connexion Internet de haute qualité, ce dont beaucoup d'entre elles sont encore privées, comme l'a signalé Joe Gallagher du First Nations Health Council :

L'un des points prioritaires du plan tripartite de santé sur lesquels on travaille consiste à créer et à mettre en œuvre un réseau clinique Télésanté complètement intégré pour les Premières nations en Colombie-Britannique [...] la connectivité est un grave problème dans la province.

*Témoignages, 4 juin 2008*

La technologie ne peut pas remplacer des professionnels de la santé bien formés, mais elle peut permettre à ces professionnels de servir davantage de personnes, avec une plus grande efficacité. Dans cette optique, le Comité recommande :

**29. Que le gouvernement fédéral soutienne l'expansion de la télémédecine et des télésoins à domicile et que, à cette fin, il institue un fonds de transition à l'intention des provinces et un fonds pour les technologies à usage résidentiel à l'intention des particuliers et des organismes de services locaux, et qu'il accroisse le recours aux technologies modernes dans la prestation des services à ses groupes clients**

---

<sup>174</sup> Comité sénatorial permanent de l'agriculture et des forêts, neuvième rapport, *Au-delà de l'exode : Mettre un terme à la pauvreté rurale*, juin 2008, p. 311.

**et qu'il assure pour cela l'accès à Internet dans les collectivités du Nord et les collectivités éloignées, et que les collectivités de langue officielle en situation minoritaire soient consultées à ce sujet.**

---

### 9.3 Le dossier de santé électronique

Le Canada accuse un retard considérable pour ce qui est de la mise en œuvre du dossier de santé électronique, et les Canadiens ignorent les décisions difficiles qu'il faut prendre. Faute de données et d'information, il est très difficile de réaliser cela.

Donald Juzwishin, Conseil canadien de la santé, *Témoignages*, 7 avril 2008

Le dossier de santé électronique (DES) est essentiel à l'intégration nécessaire des services décrite à la section 2 et peut grandement améliorer l'efficacité du système de santé.

Comme elles sont des utilisateurs relativement fréquents du système de santé, les personnes âgées qui doivent consulter plusieurs professionnels de la santé, par exemple, ou qui ont besoin de services dispensés par plusieurs organismes ont, peut-être plus que d'autres, tout à gagner de l'institution du DES, sans compter les économies de temps et d'argent et les avantages pour la santé qui en résulteront du fait que le DES évitera les doubles emplois au niveau des bilans de santé et des tests de même que les interactions de médicaments fâcheuses. Les témoins de tout le pays nous l'ont fait valoir clairement et nous ont expliqué leurs démarches en vue de la mise en œuvre du DSE.

Un mécanisme qui permettrait d'obtenir de l'information exacte en temps opportun et qui éviterait la multiplication des examens et la transmission d'information erronée serait un mécanisme de grande valeur. Je pense qu'il faudrait déployer tous les efforts nécessaires pour faire la promotion de cet outil à l'échelle nationale.

Tom Peirce, directeur principal, Planification stratégique et intégration,  
Centre d'accès aux soins communautaires de Hamilton Niagara  
Haldimand Brant, *Témoignages*, 9 mai 2008

[D]u point de vue du foyer de soins de longue durée [...] dans la région qu'englobe le Réseau local d'intégration des services de santé, ou RLISS, les responsables d'un groupe de quelque 20 foyers se sont dits intéressés à participer à certaines des initiatives du RLISS consistant à enregistrer l'information ou à en disposer en format électronique et à l'échanger, de façon que les aînés puissent raconter leur histoire une seule fois, plutôt que d'avoir à la répéter encore et encore. Ce qui est encore plus important, ou peut-être tout aussi important, c'est que l'intervenant du système n'ait pas à refaire tous ces examens, avec toutes les dépenses que cela suppose.

Dominic Ventresca, directeur des Services aux aînés, Services communautaires de la municipalité régionale de Niagara,  
*Témoignages*, 9 mai 2008

Nous ne devrions pas refaire plusieurs évaluations des personnes âgées, mais plutôt faire en sorte que tous les organismes se fondent sur une évaluation commune et communiquent bien entre eux. Le dossier de santé électronique est un instrument très utile pour faciliter cette coordination et il fonctionne bien dans le contexte canadien. Nous savons comment instaurer un tel système et nous savons qu'il ne comporte pas de frais supplémentaires, mais il faut investir maintenant pour pouvoir en profiter plus tard.

Réjean Hébert, Faculté de médecine et des sciences de la santé,  
Université de Sherbrooke, *Témoignages*, 16 mai 2008

Ces investissements sont importants, mais leurs retombées le sont encore plus. Le coût total du système est estimé à 10 à 12 milliards de dollars, mais quand il sera entièrement opérationnel, il devrait faire économiser de 6 à 7 milliards de dollars par an<sup>175</sup>. Évidemment, la valeur des vies sauvées est inestimable.

---

<sup>175</sup> Inforoute Santé du Canada, *Rapport annuel 2007-2008*.

**Le Comité exhorte le gouvernement fédéral à fournir à Inforoute Santé du Canada des moyens suffisants pour permettre la réalisation de l'objectif à long terme de l'organisation, à savoir de doter les Canadiens d'un dossier de santé électronique.**

Malgré les efforts déployés, la mise en œuvre du dossier de santé électronique ne progresse pas suffisamment vite au gré des témoins entendus par le Comité. Au Canada, elle relève depuis 2001 de l'Inforoute Santé du Canada, une organisation sans but lucratif financée par le gouvernement fédéral qui supervise l'élaboration de normes canadiennes en collaboration avec les provinces et les territoires, qui exploitent chacun leur propre système<sup>176</sup>. Le Comité insiste sur l'importance de veiller à ce que les collectivités de langue officielle en situation minoritaire soient consultées à ce sujet.

Inforoute Santé du Canada s'est donné pour objectif de faire en sorte que la moitié des Canadiens aient un DES d'ici 2010, mais l'absence de financement additionnel dans le budget fédéral de 2008 en compromet la réalisation. En conséquence, le Comité exhorte le gouvernement fédéral à fournir à Inforoute Santé du Canada des moyens suffisants pour permettre la réalisation de l'objectif à long terme de l'organisation, à savoir de doter les Canadiens d'un dossier de santé électronique.

---

<sup>176</sup> Inforoute Santé du Canada, *About Canada Health Infoway – Document d'information*.

## Chapitre 10 : Groupes démographiques relevant du gouvernement fédéral – La valeur de l'exemple

La population s'attend, avec raison, que le gouvernement du Canada donne l'exemple en coordonnant les efforts nationaux d'amélioration de la situation des aînés canadiens. Tandis que les gouvernements provinciaux et territoriaux sont les grands défenseurs des aînés dans leurs secteurs de compétence respectifs, le gouvernement fédéral a des responsabilités particulières envers plusieurs groupes démographiques. Dans le cas particulier des aînés, il intervient à plus d'un titre puisqu'il a des responsabilités directes à l'égard de groupes démographiques qui relèvent de sa compétence et d'autres attributions indirectes au sujet desquelles il collabore au niveau national avec les gouvernements provinciaux et territoriaux.

### 10.1 Le leadership direct du gouvernement fédéral

Le rôle particulier du gouvernement du Canada à l'égard de certains groupes d'aînés relevant directement de sa compétence englobe un éventail de services sociaux et de santé. En matière de santé, par exemple, le gouvernement fédéral assume des responsabilités directes par l'intermédiaire de six ministères fédéraux, ce qui fait de lui le cinquième fournisseur de services de santé en importance au Canada, un pays dont la population vieillit<sup>177</sup>. Dans les limites des attributions du gouvernement fédéral, ces ministères offrent des services aux aînés des Premières nations et aux Inuits âgés, aux anciens membres admissibles des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada, ainsi qu'aux détenus âgés des pénitenciers fédéraux.

---

<sup>177</sup> Santé Canada, *Les Canadiens et les Canadiennes en santé : Rapport sur les indicateurs comparables de la santé*, 2006.



## 10.2 Les anciens combattants

Anciens Combattants Canada (ACC) a pour mandat d'exécuter des programmes aux termes de lois telles que la *Loi sur le ministère des Anciens Combattants* et la *Loi sur les pensions*. En 2006, le Canada, dont environ 7 p. 100 des aînés sont des anciens combattants, comptait près de 234 000 anciens combattants ayant servi durant la Première Guerre mondiale, la Seconde Guerre mondiale et la guerre de Corée, ainsi que 580 000 anciens combattants des Forces canadiennes (Force régulière et Première réserve).

Bien que les services et les prestations auxquels ont droit les anciens combattants englobent une pension d'invalidité, une aide financière sous forme d'allocations, des services de soins à domicile

**Le Comité constate que les anciens combattants n'ont pas tous droit aux services d'Anciens Combattants Canada.**

ainsi que des prestations et des services de soins de santé, seule une fraction d'entre eux touchent des prestations et reçoivent des services d'ACC. Selon un rapport ministériel, « dès mars 2006, environ 68 p. 100 des anciens combattants ayant servi en temps de guerre (62 594) et tous les clients des Forces canadiennes (45 589) recevaient une pension d'invalidité. De plus, environ 74 000 anciens combattants et 24 000 survivants touchaient des prestations et recevaient des services en vertu du Programme pour l'autonomie des anciens combattants. Enfin, environ 113 000 anciens combattants ont reçu des avantages médicaux en 2005-2006<sup>178</sup> ».

### 10.2.1 Les programmes et services

La réception d'une pension d'invalidité ou d'une allocation d'ancien combattant ouvre droit à d'autres programmes et services tels que le Programme de soins de santé et le Programme pour l'autonomie des anciens combattants. La situation financière et la fonctionnalité de l'ancien combattant plutôt que l'âge déterminent son admissibilité aux programmes.

---

<sup>178</sup> Anciens Combattants Canada, *Plan stratégique quinquennal, 2001-2006, Mise à jour 2006-2007*, p. 15.

Un témoin a toutefois décrit le processus comme étant complexe, incohérent et parfois inéquitable, en précisant que le programme intensif de vérification de l'admissibilité décourage les gens de faire une demande et en exclut certains. La plupart des témoins ont indiqué vouloir un programme axé sur les besoins plutôt que sur des conditions d'admissibilité complexes fondées sur le service. Ils ont maintenu qu'il n'est ni faisable ni nécessaire de lier un problème de santé survenant à un âge avancé à un événement particulier survenu en service de guerre, et qu'il est pratiquement impossible d'établir un lien entre l'état de santé actuel et quelque chose qui s'est produit aussi loin que 1944.

Une des conditions concerne le manque de moyens, vérifié par un examen des ressources, mais la principale condition consiste à pouvoir lier un problème de santé actuel à un incident survenu en service de guerre.

Le Programme de soins de santé couvre les examens médicaux, chirurgicaux ou dentaires, les traitements fournis par des professionnels de la santé, les appareils médicaux et les prothèses et les médicaments d'ordonnance. Le Comité a appris que :

À l'heure actuelle, 40 p. 100 des anciens soldats ayant participé à des efforts de guerre touchent des indemnités de santé d'Anciens Combattants Canada. Notre position est que tous les anciens combattants [qui auraient besoin des] services d'ACC devraient être admissibles. En d'autres termes « un ancien combattant est un ancien combattant est un ancien combattant »<sup>179</sup>.

De nombreux témoins ont dit au Comité que le Programme pour l'autonomie des anciens combattants (PAAC) est le genre de programme de services à domicile généreux et enrichi destiné aux aînés dont devraient s'inspirer les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Selon eux, ce programme offre les services de qualité supérieure dont tous les anciens combattants au pays ont besoin et qu'ils méritent. Il subventionne les coûts de certains services fournis au domicile des clients tels que l'entretien du terrain, l'entretien ménager, les soins personnels, la nutrition, les soins de santé et les

---

<sup>179</sup> Victor Marshall, professeur de sociologie, Institut sur le vieillissement, University of North Carolina, *Témoignages*, 19 février 2007.

## **CHAPITRE 10 : GROUPES DÉMOGRAPHIQUES RELEVANT DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL – DONNER L'EXEMPLE**

---

services de soutien. Il couvre aussi une partie des frais de transport, des soins ambulatoires et des mesures d'adaptation du domicile. Élargi récemment, il fournit également des services d'entretien ménager et(ou) d'entretien du terrain aux survivants à faible revenu ou handicapés de certains anciens combattants ayant servi en temps de guerre. Dans l'ensemble, il s'agit d'un modèle de continuum de services ou de soins progressifs qui met l'accent sur l'intervention précoce et la prestation d'une gamme de services adaptés suivant l'évolution des besoins.

Selon les données du Ministère, ces services élémentaires de soutien à domicile aident les personnes à demeurer dans leur collectivité, ce qui retarde le placement en établissement, plus coûteux. Le coût moyen du PAAC pour les soins fournis en foyer d'accueil et dans un établissement pour adultes est de plus de 8 000 \$ par client tandis que le coût moyen pour l'entretien ménager et l'entretien du terrain était de 1 787 \$ et de 675 \$ respectivement par client en 2005-2006. On constate de plus en plus que les soins à domicile peuvent remplacer avantageusement les soins de longue durée en établissement. Pour le Ministère, le coût moyen des soins en établissement communautaire est environ le quart du coût des lits d'accès prioritaire offerts en vertu de marchés<sup>180</sup>. Le tableau 10.1, qui a été établi à partir de données sur les clients d'Anciens Combattants Canada, montre que les soins offerts en milieu communautaire coûtent moins cher par année que les soins offerts en établissement, même lorsqu'on attribue un coût aux soins fournis par les aidants naturels.

---

<sup>180</sup> Anciens Combattants Canada, *Évaluation du Programme pour l'autonomie des anciens combattants (PAAC)*, décembre 2006.

## CHAPITRE 10 : GROUPES DÉMOGRAPHIQUES RELEVANT DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL – DONNER L'EXEMPLE

**Tableau 10.1 Coûts incombant au gouvernement, aux clients et aux aidants, et total des frais sociaux (clients en milieu communautaire et clients en établissement)<sup>181</sup>**

|                                        | Niveau de soins (en fonction des scores du SMAF) | Total des coûts incombant au gouvernement | Total des coûts incombant aux clients ou aux aidants naturels | Total des coûts sociaux |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------|
| <b>Clients en milieu communautaire</b> | Niveaux 1et 2                                    | 4 837                                     | 14 411                                                        | 19 248                  |
|                                        | Niveau 3                                         | 5 905                                     | 20 194                                                        | 26 099                  |
|                                        | Niveau 4                                         | 12 783                                    | 31 083                                                        | 43 866                  |
|                                        | Niveau 5                                         | 14 875                                    | 50 297                                                        | 65 172                  |
|                                        | Niveau 6 et +                                    | 14 581                                    | 42 263                                                        | 56 844                  |
|                                        | Moyenne générale                                 | 9 104                                     | 27 904                                                        | 37 008                  |
| <b>Clients en établissement</b>        | Niveau 4                                         | 63 008                                    | 24 239                                                        | 87 247                  |
|                                        | Niveau 5                                         | 67 675                                    | 23 617                                                        | 91 292                  |
|                                        | Niveau 6                                         | 64 594                                    | 24 463                                                        | 89 057                  |
|                                        | Niveau 7                                         | 64 811                                    | 23 975                                                        | 88 786                  |
|                                        | Niveau 8                                         | 65 296                                    | 19 053                                                        | 84 349                  |
|                                        | Niveau 9                                         | 64 203                                    | 19 120                                                        | 83 323                  |
|                                        | Moyenne générale                                 | 65 175                                    | 22 201                                                        | 87 376                  |

Outre ces économies et les avantages du maintien à domicile des anciens combattants et de leurs conjoints, le PAAC s'est également traduit par une réduction marquée de la demande de soins de longue durée. Selon une étude menée à Ottawa, Halifax et Vancouver par Anciens Combattants Canada, le programme a permis de réduire de 90 p. 100 la liste d'attente pour les soins de longue durée dans ces trois villes<sup>182</sup>. La plupart des participants ont opté pour le maintien à domicile de préférence au placement dans un établissement de soins de longue durée<sup>183</sup>. Par ailleurs, des témoins ont indiqué que malgré

<sup>181</sup> Extrait de Jo Ann Miller, Marcus Hollander et Margaret MacAdam, *Projet de recherche sur les soins continus pour Anciens Combattants Canada et le gouvernement de l'Ontario : Rapport de synthèse*, avril 2008. p. 36. Voir l'annexe IV pour une ventilation plus détaillée des coûts.

<sup>182</sup> Doug Rapelje, représentant, Comité consultatif des aînés de la Ville de Welland, *Témoignages*, 9 mai 2008.

<sup>183</sup> Voir David Pedlar et John Walker, « Brief Report: The Overseas Service Veteran at Home Pilot: How Choice of Care may Affect Use of Nursing Home Beds and Waiting Lists », *Canadian Journal on Aging*, 23(4), p. 367-369.

l'élargissement des critères d'admissibilité depuis la création du programme, il existe toujours des différences sur le plan des prestations offertes aux différents groupes d'anciens combattants.

Anciens Combattants Canada travaille également en partenariat avec des groupes tels que la Légion royale canadienne pour encourager le recours au logement supervisé pour retarder le placement en établissement des anciens combattants. Comme l'a affirmé un témoin, avec ses quelque 150 établissements et plus de 7 500 unités d'habitation, « la Légion est l'un des meilleurs organismes dispensateurs de logements abordables et sûrs pour les anciens combattants et les aînés dans tout le Canada<sup>184</sup> ». Les témoins ont réclamé davantage de services de logement supervisé pour les anciens combattants, particulièrement des options qui leur permettraient d'habiter à proximité des membres de leur famille et qui permettraient aux conjoints de continuer de vivre ensemble.

### 10.2.2 La voie de l'avenir

Plusieurs témoins ont évoqué l'approche des services intégrés préconisée dans le rapport que le Conseil consultatif de gérontologie a remis à Anciens Combattants Canada en 2006<sup>185</sup>. Le modèle des services intégrés éviterait que des anciens combattants soient laissés pour compte. Ainsi, les anciens combattants pourraient vivre avec leur famille et dans la collectivité, car on leur fournirait, dans la mesure du possible, des programmes de soins à proximité de leur domicile. On chercherait à fournir des services sociaux et de santé de première ligne aux anciens combattants admissibles, peu importe leur lieu de résidence et à éliminer la séparation entre services sociaux et services de santé en facilitant la transition des services hospitaliers vers les autres services sociaux et de santé tels que les services de soins à domicile. Enfin, on dispenserait des soins jusqu'au décès de l'ancien combattant.

---

<sup>184</sup> Pierre Allard, directeur, Bureau d'entraide, Légion royale canadienne, *Témoignages*, 10 décembre 2007.

<sup>185</sup> Conseil consultatif de gérontologie, *Parole d'honneur – L'avenir des prestations de santé pour les anciens combattants du Canada ayant servi en temps de guerre*, Rapport du Conseil consultatif de gérontologie à Anciens Combattants Canada, novembre 2006.

Ces témoins ont toutefois fait remarquer que le ministre des Anciens Combattants n'avait pas encore donné suite aux recommandations du Conseil consultatif de gérontologie<sup>186</sup>. D'après eux, celles-ci permettraient de réaliser des économies puisqu'elles respectent déjà trois conditions cruciales : répondre aux besoins des groupes d'anciens combattants, être réalistes du point de vue de l'expérience clinique et autre des fournisseurs de services et répondre aux critères scientifiques des chercheurs universitaires siégeant au Conseil.

Le Comité félicite Anciens Combattants Canada pour avoir mis sur pied, à l'intention des anciens combattants, un programme efficace et rentable considéré comme l'exemple idéal pour tous les aînés au Canada. Le PAAC fournit des services complets et souples aux clients admissibles. À notre avis, toutefois, le Ministère pourrait aller plus loin en adoptant un modèle de soins complètement intégrés pour tous ses clients. Il pourrait commencer par garantir à tous les anciens combattants ayant servi en temps de guerre l'accès à tous les services indispensables, et graduellement garantir ce même accès aux autres Canadiens et Canadiennes ayant servi dans des zones de conflit.

Le Comité félicite Anciens Combattants Canada pour avoir mis sur pied, à l'intention des anciens combattants, un programme efficace et rentable considéré comme l'exemple idéal pour tous les aînés au Canada.

Le Comité recommande :

**30. Que le gouvernement fédéral adopte le modèle des services intégrés que le Conseil consultatif de gérontologie a recommandé à Anciens Combattants Canada, et qu'il commence par élargir l'admissibilité aux programmes offerts par Anciens Combattants Canada de manière qu'en bénéficient tous les anciens combattants ayant servi en temps de guerre et pas seulement les clients du Ministère.**

---

<sup>186</sup> Victor Marshall, professeur de sociologie, Institut sur le vieillissement, University of North Carolina, *Témoignages*, 19 février 2007; François Béland, professeur titulaire, Faculté de médecine, Université de Montréal, codirecteur, SOLIDAGE, *Témoignages*, 7 avril 2008; et Doug Rapelje, représentant, Comité consultatif des aînés de la Ville de Welland, *Témoignages*, 9 mai 2008.

### 10.3 Les Premières nations et les Inuits

La responsabilité première des services sociaux et de santé fournis aux aînés des Premières nations et inuits relève de deux ministères fédéraux. Le ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada, habilité par la *Loi sur les Indiens*, s'occupe des Indiens inscrits et de certains Inuits. Santé Canada, pour sa part, fournit ses services aux Premières nations et aux Inuits admissibles essentiellement par l'intermédiaire de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits en vertu de la politique fédérale de 1979 relative aux services de santé des Indiens, laquelle préconise l'exercice par les collectivités des Premières nations et des Inuits d'un contrôle plus direct sur les services de santé.

Même si un nombre considérable de membres des Premières nations et d'Inuits au Canada vivent en milieu urbain, les deux ministères accordent priorité aux programmes et services ciblant les résidents des réserves ou les Inuits de certaines collectivités de l'Arctique. Les premières interprétations de la *Loi constitutionnelle de 1867* ont prévu le partage des responsabilités touchant les peuples autochtones, c'est-à-dire que certains ont droit aux programmes et services du gouvernement fédéral tandis que d'autres, tels que les Indiens non inscrits et les Métis, ne peuvent s'en prévaloir.

En règle générale, le gouvernement fédéral fait valoir que le montant des transferts budgétaires au titre des services sociaux et de santé est calculé au prorata de la population, et il maintient que les services fournis aux Premières nations et aux Inuits relèvent d'autres compétences. Pour leur part, les provinces et les territoires affirment que le calcul des transferts fédéraux au prorata de la population ne tient pas compte des coûts de prestation, surtout si l'on considère les facteurs socioéconomiques et l'isolement.

Des témoins ont dit au Comité que les querelles de compétence ont entraîné la fragmentation des services ainsi que de graves lacunes et des chevauchements dans la prestation des services aux aînés des Premières nations et inuits<sup>187</sup>. Ils ont souligné que le manque de coordination et les multiples modes de prestation des services devaient être examinés à la lumière du fait que, dans de nombreuses

---

<sup>187</sup> Elmer Courchene, aîné, et Richard Jock, président-directeur général, Assemblée des Premières Nations, *Témoignages*, 14 mai 2007.

collectivités des Premières nations et inuites, les besoins sont des plus fondamentaux. En outre, l'impact des pensionnats continue de se faire sentir non seulement sur les aînés qui y ont séjourné, mais également sur les générations suivantes et, en fin de compte, sur le niveau de soutien et de soins qu'elles peuvent fournir. Près de la moitié des membres des Premières nations âgés de 50 ans et plus ont fréquenté un pensionnat et bon nombre d'entre eux ont été isolés de leur famille et de leur collectivité, ont été victimes de violence verbale et psychologique et ont perdu leur identité culturelle<sup>188</sup>.

Malgré les preuves historiques de santé robuste, un nombre disproportionnellement élevé de membres des Premières nations et d'Inuits vivent avec une maladie chronique comparativement aux autres Canadiens<sup>189</sup>. Le diabète à lui seul est la première cause d'invalidité chez les 65 ans et plus. Trente pour cent des hommes et 32 p. 100 des femmes des Premières nations de plus de 65 ans sont diabétiques. Chez leurs homologues non autochtones, les taux sont de 14 p. 100 et 11 p. 100, respectivement<sup>190</sup>.

**Le Comité exhorte le gouvernement fédéral à examiner l'âge auquel il conviendrait d'assurer aux aînés autochtones l'accès aux services.**

Des témoins ont fait valoir que la mauvaise santé et les mauvaises conditions socioéconomiques chez ce groupe de la population justifient l'établissement de l'âge d'admissibilité aux services à 55 ans. Des facteurs socioéconomiques tels que le taux élevé de pauvreté, les bas niveaux d'instruction, le manque d'emplois, les mauvaises conditions de logement et les problèmes sanitaires ainsi que le manque d'eau potable expliquent les troubles de santé et une espérance de vie inférieure à celle des Canadiens en général<sup>191</sup>. Étant donné l'espérance de vie moindre des aînés autochtones, le Comité exhorte le gouvernement fédéral à examiner l'âge auquel il conviendrait d'assurer aux aînés autochtones l'accès aux services.

---

<sup>188</sup> Assemblée des Premières Nations, [A Report from the Assembly of First Nations to the Special Senate Committee on Aging](#), mai 2007.

<sup>189</sup> Elmer Courchene, aîné, et Richard Jock, président-directeur général, Assemblée des Premières Nations, *Témoignages*, 14 mai 2007.

<sup>190</sup> ONSA, mémoire présenté au Comité le 26 novembre 2006.

<sup>191</sup> Elmer Courchene, aîné, et Richard Jock, président-directeur général, Assemblée des Premières Nations, *Témoignages*, 14 mai 2007.



### **10.3.1 Les programmes et services**

Le ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada (AINC) et Santé Canada fournissent des fonds aux Premières nations habitant dans des réserves, lesquelles assurent la prestation aux aînés des services et des programmes sociaux et de santé dont ils ont besoin. Ainsi, AINC offre aux aînés des Premières nations habitant dans des réserves des services de soutien du revenu et des services sociaux analogues à ceux qu'offrent les provinces pour répondre aux besoins essentiels sur le plan de l'alimentation, de l'habillement et du logement. Santé Canada finance des dispensaires et centres de santé dans les réserves, mais le Ministère s'attend que les Premières nations se prévalent des services hospitaliers et de soins de santé primaires fournis par les gouvernements provinciaux et territoriaux. Pour les aînés inuits, le lien entre AINC et Santé Canada relativement à la prestation de services généraux de soins de santé et de services sociaux est moins évident.

En ce qui concerne les programmes de soutien du revenu, l'Assemblée des Premières nations a indiqué que près de 80 p. 100 des aînés des Premières nations comptent sur des revenus de sources gouvernementales, notamment les prestations d'assurance-emploi, de sécurité de la vieillesse et d'aide sociale. De même, 7 p. 100 des aînés (55 ans et plus) recevaient une allocation d'invalidité en 2001<sup>192</sup>. Les représentants inuits ont souligné que très peu d'aînés reçoivent des prestations de SV et le SRG.

Des témoins ont souligné les conditions de logement vraiment déplorables dans lesquelles vivent certains aînés dans les collectivités des Premières nations et inuites où beaucoup se retrouvent dans des logements surpeuplés, mal aérés, insalubres. Lors de sa visite au Manitoba, le Comité a appris que la pénurie de logements est telle qu'il arrive que jusqu'à 12 personnes habitent le même logement, ce qui en force certaines à dormir à tour de rôle. Des témoins ont expliqué au Comité que 58 p. 100 des aînés des Premières nations habitent dans des maisons appartenant à la bande,

**Le Comité constate que les besoins des aînés des Premières nations et inuits sont des plus élémentaires et incluent l'accès à un logement adéquat.**

---

<sup>192</sup> Assemblée des Premières Nations, [A Report from the Assembly of First Nations to the Special Senate Committee on Aging](#), mai 2007, p. 13.

et que plus d'un tiers signalent la présence de moisissures dans leur maison<sup>193</sup>. Les aînés inuits aussi sont gravement touchés par le manque de logements et le coût de la vie élevé, alors que leurs revenus sont bien faibles. Trop souvent, ils doivent vivre dans les maisons bondées de leurs enfants où s'entassent plusieurs générations, ou encore accepter de partager leurs petites résidences subventionnées avec des membres de leur famille<sup>194</sup>.

Le Programme des services de santé non assurés (SSNA) de Santé Canada est l'un des programmes dont peuvent se prévaloir les Premières nations et les Inuits, peu importe leur lieu de résidence. Il couvre des produits et services de santé non assurés par les régimes de santé provinciaux et territoriaux comme les médicaments, les soins dentaires, les soins de la vue, les fournitures et le matériel médicaux, les interventions d'urgence en santé mentale et le transport à des fins médicales. Apparemment, la clientèle de ce programme est relativement jeune, mais les aînés (les clients âgés de 65 ans et plus, selon Santé Canada) en représentent quand même environ 6 p. 100, une augmentation par rapport à 2000<sup>195</sup>.

Pour ce qui est des principaux programmes fédéraux ciblant le soin à domicile des aînés, des témoins ont signalé les chevauchements entre le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits créé par Santé Canada et le Programme d'aide à la vie autonome d'AINC<sup>196</sup>. Malgré des années de consultation interministérielle, le manque de coordination entre ces deux programmes contribue à des lacunes et des chevauchements dans la prestation des soins. Selon des témoins, près de la moitié des aînés des Premières nations ont besoin d'au moins un type de service de soins à domicile, mais le tiers seulement en bénéficient<sup>197</sup>.

Outre les soins à domicile qui viennent compléter ceux fournis par Santé Canada, le Programme d'aide à la vie autonome comporte

---

<sup>193</sup> Elmer Courchene, aîné, *Assemblée des Premières Nations, Témoignages*, 14 mai 2007.

<sup>194</sup> Organisation nationale de la santé autochtone, *Témoignages*, 27 novembre 2006.

<sup>195</sup> Santé Canada, *Services de santé non assurés - Rapport annuel 2006-2007*, Ottawa : 2008.

<sup>196</sup> Ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, *Témoignages*, 4 décembre 2006.

<sup>197</sup> Elmer Courchene, aîné, *Assemblée des Premières Nations, Témoignages*, 14 mai 2007.

## **CHAPITRE 10 : GROUPES DÉMOGRAPHIQUES RELEVANT DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL – DONNER L'EXEMPLE**

---

un volet de soins institutionnels qui sont dispensés des établissements situés dans des réserves ou gérés par la province. On a souligné toutefois que seulement 0,5 p. 100 des collectivités des Premières nations sont dotées d'établissements de soins de longue durée, ce qui oblige la plupart des aînés ayant besoin de soins à quitter leur domicile et leur collectivité. Ainsi, les aînés nécessitant des soins institutionnels sont, dans bien des cas, placés dans des établissements provinciaux ou territoriaux à une grande distance de chez eux. Les effets néfastes de ce déménagement peuvent inclure : des soins culturellement inadaptés (les obstacles linguistiques par exemple); l'isolement; l'absence de possibilité de faire partie de la collectivité; la perte du rôle social en tant qu'aîné<sup>198</sup>.

Même si le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits créé par Santé Canada assume les coûts des fournitures et des médicaments fournis à domicile, le personnel infirmier est souvent confronté à des obstacles administratifs quand il veut se procurer les fournitures médicales de base dont il a besoin pour faire son travail et répondre aux besoins de la clientèle. Par exemple, pour demander des fournitures médicales aussi banales que de la gaze, du ruban et des solutions salines, il faut une ordonnance d'un médecin. Ce genre de situation retarde l'accès aux fournitures et au matériel étant donné que les médecins sont rarement sur place, particulièrement dans le cas des collectivités éloignées. Des témoins ont également fait valoir au Comité l'importance des soins podologiques que requièrent les aînés diabétiques. Ils ont dit qu'au Manitoba, par exemple, 21 seulement des 64 collectivités ont accès à de tels services.

Le Comité a remarqué le dévouement du personnel infirmier et du conseil de bande lors de sa visite au Manitoba. En dépit des difficultés, et même s'il doit composer avec un manque de fournitures, une technologie désuète et des salaires très bas, le personnel infirmier fait preuve d'optimisme et de détermination pour dispenser les meilleurs soins possibles aux clients âgés, et ce, alors que le personnel travaillant dans les réserves est moins bien rémunéré que le personnel hors réserve et que les échelles de salaire du personnel infirmier du programme de soins à domicile financé par Santé Canada sont différentes de celles des établissements de soins de longue durée subventionnés par AINC.

---

<sup>198</sup> Carole Lafontaine, ONSA, *Témoignages*, 26 novembre 2006.

Vu les ressources limitées du programme de soins de santé et de services sociaux, les collectivités des Premières nations sont souvent confrontées à des choix difficiles au sujet des services qu'elles peuvent offrir. Par exemple, le Comité a appris que l'enveloppe budgétaire des soins de santé des Premières nations et des Inuits ne prévoit aucune allocation pour les soins palliatifs. Il s'est laissé dire également qu'il y a moins de soins de relève parce que les ressources disponibles sont affectées ailleurs où les besoins augmentent<sup>199</sup>. De façon analogue, à cause d'un manque de personnel pour dispenser les soins palliatifs ou fournir d'autres services, ce sont des aidants naturels qui dispensent certains services à domicile, dans les centres de soins palliatifs et dans les foyers pour personnes âgées, ce qui n'est pas sans conséquence puisqu'ils peuvent alors avoir du mal à trouver un emploi rémunéré<sup>200</sup>. De plus, les aidants naturels ne reçoivent pas la formation voulue pour fournir des soins de qualité à domicile aux aînés des Premières nations et inuits.

### **10.3.3 La voie de l'avenir**

Dans le cas des populations des Premières nations et des Inuits, valoriser le vieillissement signifie faire en sorte que les programmes et les services tiennent compte de la réalité culturelle. Beaucoup de témoins ont insisté sur le fait que les services qui n'en tiennent pas compte sont parfois inutilisés. Okalik Eegeesiak, directrice du Développement socioéconomique à l'Inuit Tapiriit Kanatami, a mis l'accent sur la nécessité de mettre en place des politiques et des programmes qui soient sensibles aux réalités inuites : « Souvent, [on nous propose] un modèle qui ne nous convient pas. Les collectivités inuites sont laissées pour compte...<sup>201</sup>. Selon Debra Keays-White, directrice de la région de l'Atlantique à la Direction générale des Premières nations et des Inuits :

La prestation de services adaptée à la réalité culturelle est un facteur important à prendre en considération dans la mise en œuvre des programmes. Les aînés des Premières

---

<sup>199</sup> Visite chez la Première nation Sagkeeng au Manitoba.

<sup>200</sup> Santé Canada, *Ressources humaines en santé dans le secteur des soins de santé continus dispensés aux communautés des Premières nations et des Inuits*, Rapport technique, avril 2006. p. 27.

<sup>201</sup> Okalik Eegeesiak, directrice, Développement socioéconomique, Inuit Tapiriit Kanatami, *Témoignages*, 14 mai 2007.

nations qui sont admis dans un logement supervisé ou un établissement de soins de longue durée doivent se réinstaller loin de leur milieu familial et culturel. Comme il n'existe pas d'établissements de soins de longue durée dans les communautés des Premières nations, nos clients nous indiquent que les établissements hors réserve ne représentent pas un environnement sûr au plan culturel. Le nombre d'aînés des Premières nations dans les provinces de l'Atlantique qui choisissent cette option est négligeable.

*Témoignages, 13 mai 2008*

Le financement de tous les programmes est une question qui préoccupe beaucoup. Dans ses déplacements au pays, le Comité a été frappé par les disparités flagrantes au niveau des services et des établissements auxquels ont accès les aînés des Premières nations comparativement au reste de la population canadienne. Peu importe que ces disparités soient le fait de conflits de compétence, de formules de financement rigides ou d'un manque de financement, une chose est claire : il faut corriger la situation dès que possible.

L'Assemblée des Premières Nations a fourni des preuves convaincantes démontrant que l'aide financière versée aux Premières nations n'a pas évolué au même rythme que les coûts des services<sup>202</sup>. Ce déséquilibre financier a entraîné un appauvrissement graduel des budgets des collectivités et nuit considérablement à la capacité des administrations des Premières nations à répondre aux besoins de leur population, y compris ceux des aînés.

Depuis 1997-1998, le gouvernement du Canada applique un plafond arbitraire de 2 p. 100 aux hausses des dépenses destinées aux services de base, qui englobent tous les programmes sociaux offerts aux collectivités des Premières nations. De même, en 1996-1997, l'augmentation de l'enveloppe budgétaire allouée à la santé des Autochtones, comprenant tous les programmes de base de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, a été limitée en général à 3 p. 100 par année. Ces plafonds ne tiennent pas compte des facteurs qui influent sur les coûts de base comme la croissance de la population, le vieillissement et l'inflation. De

---

<sup>202</sup> Elmer Courchene, aîné, et Richard Jock, président-directeur général, Assemblée des Premières Nations, *Témoignages*, 14 mai 2007.

plus, ils représentent moins du tiers de l'augmentation moyenne de 6,6 p. 100 dont la plupart des Canadiens bénéficient jusqu'en 2013 par le biais des transferts en matière de santé et de programmes sociaux<sup>203</sup>.

L'importance démographique et l'isolement des collectivités des Premières nations et des Inuits varient ainsi que les défis du financement des services de santé auxquels elles sont confrontées. Les petites collectivités sont en effet aux prises avec des problèmes uniques, et le Comité a appris que certaines y font face en mettant leurs ressources en commun pour se procurer des services essentiels par exemple pour embaucher des travailleurs de la santé. Ces innovations sont utiles, mais le gouvernement doit faire plus pour que les collectivités puissent répondre aux besoins de la population.

Il est clair toutefois que la situation dans l'ensemble se résume à un problème de sous-financement créé par le plafonnement de programmes de santé et de services sociaux qui ne répondent pas aux besoins accrus de la population, qui a un urgent besoin d'eau potable, de logements convenables et d'une gamme de programmes de santé et de services sociaux.

Le Comité recommande :

**31. Que le gouvernement fédéral réponde aux besoins des Premières nations et des Inuits et de leurs collectivités, lesquels comprennent les suivants :**

- **améliorer les logements et en construire davantage;**
- **accorder une attention particulière aux besoins sur le plan de l'eau potable, du régime alimentaire, des soins podologiques et des autres soins aux diabétiques;**
- **adopter des mesures en vue d'assurer la parité salariale entre les fournisseurs de soins;**

---

<sup>203</sup> Mémoire, « Soutenir le cycle de la prestation des soins. Les Premières nations et le vieillissement ».

- **offrir davantage de soins à domicile et de soins palliatifs en hospice;**
- **soutenir davantage les aidants naturels;**
- **supprimer le plafond du financement du Programme des services de santé non assurés;**
- **adopter des mesures en vue d'intégrer complètement la gamme de programmes actuellement offerts aux aînés habitant dans les réserves des Premières nations et dans les collectivités inuites en un système homogène analogue à celui utilisé par Anciens Combattants Canada.**

## 10.4 Les détenus sous responsabilité fédérale

Le Service correctionnel du Canada (SCC), aux termes du mandat qui lui a été confié en vertu de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, est responsable de la prise en charge et de la garde des délinquants purgeant une peine de deux ans ou plus. Le SCC entend par détenus âgés ceux qui ont 50 ans et plus, dont le processus de vieillissement est accéléré en raison de facteurs qui incluent la situation socioéconomique inférieure, l'accès limité aux soins médicaux et de mauvaises habitudes de vie. D'après M. Ross Toller, commissaire adjoint aux Opérations et programmes correctionnels, les détenus sous responsabilité fédérale âgés de 50 ans et plus représentaient 20 p. 100 des délinquants sous responsabilité fédérale en 2007, ce qui correspond à 4 339 personnes : 2 068 détenus et 2 271 délinquants vivant sous surveillance dans la collectivité.

Howard Sapers, enquêteur correctionnel, a décrit les problèmes psychosociaux du soin des délinquants âgés dans les termes suivants :

un isolement des autres détenus ou manque de rapports avec eux étant donné la proportion relativement petite de détenus âgés; une vulnérabilité physique à des répercussions plus graves d'un acte d'agression; plus de difficulté à s'adapter à un nouveau milieu et plus de temps requis pour faire cette adaptation; un taux de suicide plus

élevé; une plus grande probabilité de mourir en prison; une incidence plus élevée de perte de soutiens dans la collectivité — par exemple, la conjointe ou le conjoint, les proches et les amis.

*Témoignages, 4 février 2008*

#### **10.4.1 Les programmes et services**

Le Service correctionnel du Canada gère 58 pénitenciers à sécurité minimale, moyenne, maximale et mixte. Il gère également 16 centres correctionnels communautaires pour les délinquants mis en liberté sous condition ou assujettis à une ordonnance de surveillance de longue durée. De plus, environ 200 établissements résidentiels communautaires, communément appelés maisons de transition, sont exploités par des organismes communautaires avec lesquels le SCC a conclu un contrat<sup>204</sup>. Dans ce contexte, le SCC est responsable d'une vaste gamme de programmes de services sociaux, d'emploi et de logement, ainsi que de services ciblant en particulier les délinquants âgés.

Le Comité a entendu des témoignages au sujet des diverses mesures d'adaptation prises pour répondre aux besoins des détenus âgés<sup>205</sup>. Des témoins ont fait remarquer que l'âge est un des facteurs dont on tient compte dès l'évaluation initiale pour autoriser des assouplissements relativement au placement pénitentiaire, aux exigences en matière de programmes et d'emploi, à l'obligation de se tenir debout pour le dénombrement obligatoire pour raisons de sécurité et aux effets personnels que les détenus sont autorisés à conserver. Quant à l'aspect physique, les établissements utilisent des marchepieds pour aider les détenus à monter dans les véhicules d'escorte et en descendre; ils sont dotés de cellules conçues pour permettre l'accès aux fauteuils roulants, d'appareils sanitaires destinés aux détenus ayant des déficiences physiques ainsi que de cellules permettant l'utilisation en toute sécurité de bouteilles d'oxygène et d'appareils respiratoires, ainsi que de rampes d'accès et d'appareils de levage. Quant à l'aspect social, il existe des programmes de réinsertion sociale qui offrent aux détenus l'occasion de prouver qu'ils ont fait des progrès leur permettant d'être transférés dans un établissement de

---

<sup>204</sup> Comité d'examen du SCC, *Pour une sécurité publique accrue*, 2007.

<sup>205</sup> Ross Toller, commissaire adjoint aux Opérations et programmes correctionnels, Service correctionnel du Canada, *Témoignages*, 4 février 2008.



## **CHAPITRE 10 : GROUPES DÉMOGRAPHIQUES RELEVANT DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL – DONNER L'EXEMPLE**

---

niveau de sécurité inférieur ou de bénéficier d'une mise en liberté sous condition. En matière de santé, on a mis en place un outil d'évaluation spécial pour les détenus âgés de 50 ans et plus, adopté des lignes directrices sur les soins palliatifs suivant une approche multidisciplinaire, et formé du personnel infirmier en gériatrie. Au besoin, les détenus âgés reçoivent une formation pour leur permettre d'aider les autres détenus âgés.

M. Toller, commissaire adjoint aux Opérations et programmes correctionnels, a précisé qu'à part certaines exceptions, il est possible d'accorder une libération conditionnelle à titre exceptionnel « à un délinquant s'il est malade en phase terminale, si sa santé physique ou mentale risque d'être gravement compromise si la détention se poursuit, si l'incarcération constitue pour lui une contrainte excessive difficilement prévisible au moment de sa condamnation...<sup>206</sup> ».

Howard Saper nous a parlé aussi de l'excellence de certaines initiatives prises à l'intention des délinquants âgés. Il a mentionné entre autres le programme de soins palliatifs de l'Établissement du Pacifique/Centre régional de traitement ainsi que le programme d'entraide grâce auquel les détenus apprennent à s'occuper des détenus âgés et les mesures prises pour répondre aux besoins physiques des délinquants âgés.

En revanche, il s'est dit préoccupé par l'absence de stratégie globale qui ciblerait les besoins des délinquants âgés. Il a remis en question la politique d'incarcérer des délinquants âgés dans des établissements à sécurité moyenne et maximale même s'ils ont des problèmes de mobilité ou une maladie tellement grave qu'ils ne présenteraient aucune menace pour la sécurité publique s'ils étaient placés ailleurs. Il a indiqué que les délinquants âgés ayant des problèmes de santé mentale et des déficits cognitifs sont vulnérables et pris à partie par les autres délinquants, d'où leur placement en isolement préventif. Les longues listes d'attente font en sorte que les programmes ne sont offerts que très tardivement, ce qui retarde la libération conditionnelle. De même, aucun programme ne cible précisément les délinquants âgés de telle sorte qu'ils finissent par cesser de participer à de saines activités par crainte de contact avec les autres détenus ou à cause d'inaptitude physique ou psychologique.

---

<sup>206</sup> Ross Toller, commissaire adjoint aux Opérations et programmes correctionnels, Service correctionnel du Canada, *Témoignages*, 4 février 2008.

M. Saper a parlé de l'accès limité aux soins chroniques, de longue durée et palliatifs, de l'absence de régimes alimentaires spéciaux et des retards importants dans l'obtention d'articles essentiels au bien-être et à la dignité des délinquants, comme les appareils auditifs, les prothèses dentaires et les produits d'incontinence pour adultes. Il aimerait que le personnel reçoive une formation plus poussée pour pouvoir répondre aux besoins des délinquants âgés. Selon lui, il faut améliorer la formation du personnel relativement aux besoins particuliers des détenus âgés et accroître les ressources financières et humaines pour que les pénitenciers puissent s'acquitter de leurs obligations envers les détenus âgés.

Kim Pate, directrice exécutive de l'Association canadienne des sociétés Elizabeth Fry, a parlé du sort des détenues vieillissantes. Elle a mis l'accent sur le fait que les femmes sont particulièrement touchées par les affections chroniques liées au vieillissement comme la ménopause, l'ostéoporose et le diabète et signalé que les délinquantes n'ont pas beaucoup de possibilités de se prévaloir d'interventions non pharmaceutiques (exercice, modification du régime alimentaire, etc.) dans les établissements fédéraux. Elle a mentionné la perception qui prévaut selon laquelle les femmes aux prises avec des maladies de la vieillesse telles que l'ostéoporose ou qui s'inquiètent d'une grosseur au sein doivent attendre plus longtemps que les hommes pour se faire examiner par un médecin. De plus, certaines femmes n'ont pas accès à des serviettes pour incontinent et doivent se contenter de serviettes hygiéniques. On s'attend aussi des détenues qu'elles dispensent des soins aux autres délinquantes malades sans avoir reçu de formation ou sans être rémunérées.

Au sujet de la question de la rémunération et d'autres avantages sociaux, Kim Pate a fait remarquer que :

Les détenues âgées n'ont pas accès aux prestations de retraite. On s'attend à ce qu'elles travaillent ou reçoivent des ressources minimales pendant leur emprisonnement [...] Pendant leur séjour dans les établissements, elles veulent avoir les mêmes possibilités qui existent dans la collectivité. Par exemple, au fur et à mesure que les années passent et qu'elles vieillissent, elles veulent des semaines ou des journées de travail plus courtes et la possibilité de recevoir des prestations de retraite et ne pas finir sans aucun salaire.

*Témoignages, 4 février 2008*

### **10.4.2 La voie de l'avenir**

Le Comité est conscient des nombreux défis que doit relever le SCC relativement à la sécurité, la santé et l'accessibilité aux services des délinquants âgés. Bon nombre de pénitenciers et d'établissements

**Le Comité exhorte le gouvernement fédéral à élaborer une stratégie globale en vue d'offrir des soins intégrés aux délinquants âgés dans ses pénitenciers et dans des établissements communautaires et à prévoir notamment la libération anticipée des détenus âgés à la condition que ceux-ci ne présentent aucun risque pour la société et qu'ils puissent être pris en charge correctement.**

communautaires ne sont pas en mesure de répondre aux besoins physiques, sociaux et de sécurité de ces hommes et femmes âgés. La tâche n'est toutefois pas impossible et la logique nous dit que le gouvernement du Canada peut prendre des mesures progressives en faisant preuve de compassion.

Le Comité remarque que le SCC a adopté, il y a quelques années, des Lignes directrices sur les soins palliatifs. En janvier 2008, le commissaire aux services de santé a émis une directive aux termes de laquelle les Lignes directrices sur les soins palliatifs du SCC s'appliquent sur diagnostic d'une maladie terminale<sup>207</sup>.

Il pourrait être utile que les détenus âgés aient accès aux ressources communautaires plus tôt. Ainsi, ceux qui ne constituent pas une menace pour la collectivité ou qui seraient admissibles à la libération pourraient travailler à l'extérieur. Dans le cas des femmes en particulier, le placement à l'extérieur pourrait comporter le soin des petits-enfants ou d'autres tâches de soutien à domicile. Une autre solution de rechange aux soins en milieu carcéral pourrait être la prise de dispositions avec des hospices privés ou des établissements de soins palliatifs en vue de leur confier les détenus ayant atteint un certain âge ou vivant avec une invalidité.

Le Comité exhorte le gouvernement fédéral à élaborer une stratégie globale en vue d'offrir des soins intégrés aux délinquants âgés dans ses pénitenciers et dans des établissements communautaires et à prévoir notamment la libération anticipée des détenus âgés à la condition que ceux-ci ne présentent aucun risque pour la société et qu'ils puissent être pris en charge correctement.

---

<sup>207</sup> Service Correctionnel du Canada, Bulletin politique, n° 243, janvier 2008.

## 10.5 Leadership national et responsabilité indirecte

Le rôle de leader national du gouvernement du Canada combine une fonction de catalyseur et de motivateur à un pouvoir constitutionnel concret de dépenser. Ainsi, bien que la prestation de services sociaux et de santé aux citoyens âgés soit du ressort des gouvernements provinciaux et territoriaux, le gouvernement du Canada appuie le système de santé public au moyen de paiements de transfert et de diverses mesures législatives telles que la *Loi canadienne sur la santé*, le Régime de pensions du Canada, la *Loi sur la sécurité de la vieillesse*, et ainsi de suite. En outre, les investissements du gouvernement fédéral dans le domaine des services pour les personnes âgées des communautés minoritaires de langue officielle aux termes de la *Loi sur les langues officielles*, et des services pour les peuples autochtones définis dans la *Loi constitutionnelle de 1982* comme étant les « Indiens, les Inuits et les Métis du Canada » ont déjà mené à la prise d'initiatives communautaires appuyées par les gouvernements provinciaux et territoriaux. Le Comité a entendu suffisamment de témoignages au sujet de ces deux groupes et de la nécessité pour le gouvernement du Canada d'assumer un rôle de leader pour pouvoir exposer leur point de vue.

## 10.6 Les personnes âgées des communautés minoritaires de langue officielle

Des témoins ont fait valoir qu'en vertu de la *Loi sur les langues officielles*, le gouvernement fédéral est tenu de veiller à ce que les politiques et programmes relatifs au vieillissement tiennent compte du contexte des minorités linguistiques dans tout le Canada<sup>208</sup>. L'article 41 de la *Loi* prévoit en effet que le gouvernement fédéral « s'engage à favoriser l'épanouissement des minorités francophones et anglophones du Canada et à appuyer leur développement, ainsi qu'à promouvoir la pleine reconnaissance et l'usage du français et de l'anglais dans la société canadienne<sup>209</sup> ».

---

<sup>208</sup> Annie Bédard, directrice générale, Conseil communauté en Santé du Manitoba, *Témoignages*, 1<sup>er</sup> juin 2008.

<sup>209</sup> *Ibid.*

## CHAPITRE 10 : GROUPES DÉMOGRAPHIQUES RELEVANT DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL – DONNER L'EXEMPLE

---

La proportion de la population âgée de 65 ans et plus appartenant à un groupe minoritaire de langue officielle varie d'un bout à l'autre du pays, par exemple, de moins de 1 p. 100 à Terre-Neuve-et-Labrador à plus de 76 p. 100 dans le nord du Nouveau-Brunswick. En outre, la population francophone vieillit plus rapidement que la population anglophone, plus particulièrement dans les régions rurales à cause du départ des jeunes familles vers les grands centres qui leur offrent de meilleures possibilités sur le plan de l'éducation et de l'emploi<sup>210</sup>.

La décision que Santé Canada a prise en 2001 d'établir deux comités consultatifs distincts pour examiner les questions liées aux communautés minoritaires francophones et anglophones au Canada et les stratégies assorties de recommandations qu'ils ont proposées ont représenté un pas important dans la réalisation de l'engagement du gouvernement fédéral à contribuer à l'épanouissement de ces communautés<sup>211</sup>. Conscients des conflits de compétence, les deux comités ont reconnu que le rôle du gouvernement fédéral se limiterait à l'adoption ou l'administration de normes ou de principes nationaux, à du financement ainsi qu'à la promotion de la coopération entre les provinces et les territoires et les communautés minoritaires de langue officielle. Le gouvernement fédéral a donné suite à ces recommandations en 2003 dans le Plan d'action sur les langues officielles rendu public par le Bureau du Conseil privé aux termes duquel le gouvernement prévoit des investissements financiers jusqu'en 2008.

### 10.6.1 Les défis actuels

Certains témoins ont dit au Comité qu'il demeure difficile d'améliorer l'accès des personnes âgées en situation de minorité linguistique aux services sociaux et aux services de santé dans leur langue malgré les engagements du gouvernement fédéral. La formation et la fidélisation de professionnels de la santé francophones demeurent un problème malgré les programmes innovateurs en cours

---

<sup>210</sup> Statistique Canada, *Les minorités prennent la parole : résultats de l'Enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle*, Ottawa, 2007.

<sup>211</sup> Santé Canada, *Rapport au ministre fédéral de la santé : Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire*, septembre 2001, p. 7, et Santé Canada, *Rapport à la ministre fédérale de la santé : Comité consultatif des communautés anglophones en situation minoritaire*, juillet 2002, p. 21.

d'élaboration dans les universités et collèges au Canada<sup>212</sup>. Selon certains témoins, il arrive souvent que les diplômés décident de faire carrière là où ils ont fait leurs études au lieu de retourner dans leur communauté<sup>213</sup>. Le Comité a également appris que les communautés minoritaires de langue officielle n'ont pas les ressources nécessaires à l'échelon local pour inciter les immigrants francophones à travailler dans le domaine des soins de santé parce qu'elles ne peuvent assurer l'intégration interculturelle nécessaire<sup>214</sup>.

Outre les problèmes de ressources humaines, le Comité a également appris que les contraintes budgétaires limitaient également la capacité de ces communautés à fournir des services de santé dans les deux langues officielles. Les administrateurs du secteur de la santé qui ont témoigné devant le Comité ont indiqué qu'ils ne pouvaient pas mettre de côté les fonds nécessaires pour fournir des services bilingues et maintenir la qualité et la quantité des services qu'ils offraient<sup>215</sup>.

Des témoins ont parlé de l'impact négatif sur l'état de santé des personnes âgées de l'absence de services sociaux et de santé dans la langue officielle des minorités linguistiques. Plus particulièrement, l'absence de soins médicaux dans la langue du patient a souvent donné lieu à des erreurs de diagnostic. Dans son témoignage devant le Comité, Louis Bernardin, de Villa Youville, une résidence de Sainte-Anne au Manitoba pour personnes âgées francophones, a raconté le cas d'une résidente chez qui on a diagnostiqué à tort une démence à cause de la barrière linguistique :

[...] il y avait une dame, M<sup>me</sup> Mettai, qui a vécu toute sa vie à Winnipeg. Elle était francophone, elle a marié un Anglais et elle a vécu toute sa vie en anglais. Quand ils ont voulu la placer, ils ont cherché pour une maison française et on était la seule, alors ils l'ont ramenée à Sainte-Anne. La dame oubliait; vous savez, elle avait tous les signes de démence. Finalement, elle avait quelques piastres, ce qui fait que le programme « Public Cost Fee » a été invité à

---

<sup>212</sup> Jean-Luc Bélanger, président de l'Association acadienne et francophone des aînées et aînés du Nouveau-Brunswick, *Témoignages*, 13 mai 2008.

<sup>213</sup> Aurèle Boisvert, président, Santé Sud-Est Inc., *Témoignages*, 2 juin 2008.

<sup>214</sup> Charles Gagné, directeur général, Centre Taché et Foyer Valada, *Témoignages*, 2 juin 2008.

<sup>215</sup> Aurèle Boisvert, président, Santé Sud-Est Inc., *Témoignages*, 2 juin 2008.

envoyer un médecin pour faire son évaluation. Le médecin l'a déclarée folle, pas capable de gérer ses affaires personnelles. Quand j'ai su cela, j'étais vraiment fâché pour la simple raison qu'ils sont rentrés par la porte d'en arrière pour évaluer un de mes résidants sans m'en parler. Ils avaient déjà oublié que c'était une maison privée et qu'ils ne pouvaient pas faire cela. Alors, j'ai fait venir un psychiatre de Saint-Boniface, un francophone, et il a renversé la situation. Cela démontre que la langue, c'est très important.

*Témoignages, 2 juin 2008*

Les problèmes de langue font aussi que les personnes âgées ont parfois du mal à comprendre le traitement qu'on leur prescrit<sup>216</sup>. Enfin, l'absence de services de santé dans la langue du patient réduit la qualité des soins en minant la relation médecin-patient à cause du manque de communication et de l'anxiété accrue des patients<sup>217</sup>.

Outre l'impact négatif de cette situation sur l'état de santé, on a fait valoir au Comité que l'absence de services sociaux et de santé dans la langue de prédilection signifie également que les personnes âgées en situation linguistique minoritaire risquent de se sentir davantage isolées. Pour la plupart des personnes âgées, le déménagement dans une résidence-services ou un établissement de soins de longue durée est une période triste et une source d'anxiété. Chez les personnes âgées en situation linguistique minoritaire, ces sentiments sont exacerbés par le fait que l'établissement, dans bien des cas, n'offre ses services que dans la langue et la culture de la majorité. D'où un sentiment d'isolement accru puisque ces personnes sont détachées non seulement de leur domicile et de leur communauté, mais également de leur langue et de leur culture<sup>218</sup>.

Les résidences-services qui accueillent des personnes âgées en situation linguistique et culturelle minoritaire sont considérées comme un moyen de s'assurer que ces résidents ne finissent pas leur vie isolés de leurs communautés. Jean Balcaen, président de Villa Youville, a affirmé que ses clients s'adaptaient plus facilement à leur vie en

---

<sup>216</sup> Aurèle Boisvert, président, Santé Sud-Est Inc, *Témoignages*, 2 juin 2008.

<sup>217</sup> Annie Bédard, directrice générale, Conseil communauté en santé du Manitoba, *Témoignages*, 2 juin 2008.

<sup>218</sup> Jean Balcaen, président, Villa Youville, *Témoignages*, 2 juin 2008.

établissement parce qu'on leur offrait l'occasion de vivre dans un milieu francophone et catholique<sup>219</sup>. Pour ces personnes âgées, la transition vers une résidence-services constituait, par conséquent, une réintégration au sein de leur communauté culturelle d'origine plutôt qu'une période d'isolement et de tristesse. Ainsi, pour les personnes âgées en situation linguistique minoritaire, « vieillir sur place » signifie non seulement vieillir dans un endroit de leur choix, mais également pouvoir vivre dans la langue et la culture de leur choix.

### **10.6.2 La voie de l'avenir**

Selon certains témoins, le réseautage que pratiquent la Société Santé en français et le Consortium national de formation en santé a permis de promouvoir la coopération entre instances gouvernementales et des initiatives innovatrices dans le domaine des ressources humaines, ainsi qu'à mobiliser la volonté politique d'améliorer l'accès aux services de santé pour les communautés minoritaires de langue officielle<sup>220</sup>. Le Comité est heureux d'apprendre que le gouvernement du Canada entend continuer de financer ces initiatives de Santé Canada, comme on peut le lire dans la *Feuille de route pour la dualité canadienne 2008-2013 : Agir pour l'avenir*<sup>221</sup>. Il applaudit également le fait que les personnes âgées, ainsi que d'autres groupes démographiques vulnérables, demeureront au cœur de ces programmes.

Le Comité recommande :

**32. Que, conformément à son rôle aux termes de la *Loi sur les langues officielles*, le gouvernement fédéral établisse une collaboration interministérielle efficace sur les personnes âgées en situation linguistique minoritaire qui comportera la participation de personnes âgées aux groupes consultatifs et qu'il continue d'investir dans l'élaboration de nouveaux**

---

<sup>219</sup> Jean Balcaen, président, Villa Youville, *Témoignages*, 2 juin 2008.

<sup>220</sup> Charles Gagné, directeur général, Centre Taché et Foyer Valada, *Témoignages*, 2 juin 2008; Annie Bédard, directrice générale, Conseil communauté en santé du Manitoba, *Témoignages*, 2 juin 2008.

<sup>221</sup> Gouvernement du Canada, *Feuille de route pour la dualité canadienne 2008-2013 : Agir pour l'avenir*, 2008, p.11.



## 10.7 Les Autochtones âgés

Le Comité reconnaît que le débat entourant les peuples autochtones remonte loin et qu'il déborde largement le cadre du présent rapport. Il croit toutefois que la décision prise par le gouvernement en 1982 de les reconnaître dans la Constitution du Canada était le message qu'il convenait d'envoyer au sujet de la place unique qu'ils occupent dans la fédération canadienne. À l'instar des aînés des communautés en situation linguistique minoritaire, les Autochtones âgés méritent une reconnaissance spécifique dépassant celle accordée aux Premières nations et aux Inuits au début de ce chapitre.

Des témoins nous ont dit que le pourcentage d'Autochtones âgés triplera d'ici 2026. À l'heure actuelle, plus de la moitié des Autochtones vivent dans des régions urbaines ou semi-urbaines où ils font face à des difficultés particulières. Les Indiens non inscrits, les Inuits non admissibles et les Métis sont pris dans les querelles de compétence entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux qui refusent d'assumer l'entière responsabilité à leur égard. Certains d'entre eux sont entraînés dans ces querelles entre les gouvernements et le conseil communautaire ou de bande lorsqu'ils tentent de se prévaloir des programmes et des services.

Des témoins ont souligné que s'il faut certes essayer d'obtenir des conditions optimales pour l'ensemble de la population âgée du Canada, l'état de santé précaire des aînés autochtones exige une attention spéciale et des interventions qui tiennent compte de leurs particularités culturelles<sup>222</sup>.

### 10.7.1 Les défis actuels

Pour l'ensemble des Canadiens, le processus de négociation de 2004-2005 en vue de s'entendre sur une politique sur les Autochtones

---

<sup>222</sup> Carole Lafontaine, directrice générale par intérim, Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA), *Témoignages*, 27 novembre 2007.

---

a mis davantage en relief l'écart entre les Autochtones et les Canadiens non autochtones. Les discussions ont essentiellement porté sur la santé, l'éducation permanente, le logement, les perspectives économiques, les négociations et la reddition de compte.

Les membres du Comité sont conscients que ces discussions n'ont pas évolué et que les peuples autochtones constitutionnellement reconnus – les Indiens, les Inuits et les Métis – ne jouissent pas de la même reconnaissance partout au Canada. La responsabilité gouvernementale à l'endroit de ces peuples est fractionnée entre les Premières nations vivant dans des réserves et celles vivant hors réserve, les Inuits vivant en collectivité et ceux ne vivant pas dans des collectivités, les Indiens inscrits et les Indiens non inscrits, et les Métis.

Les Métis en particulier en tant que groupe n'ont pas bénéficié de l'attention concertée des gouvernements. Un témoin a mentionné que le nombre de Métis de 55 ans et plus devrait représenter 8,1 p. 100 de la population en 2017. Au Canada, seule l'Alberta a conclu des traités avec les Métis et seul l'Ontario offre des soins de longue durée à un certain nombre de Métis âgés. Même si entre 10 et 40 p. 100 des Métis âgés font toujours partie des actifs, ils dépendent beaucoup de l'aide gouvernementale. Le logement demeure une grande préoccupation et le besoin de logements sécuritaires et structurellement solides augmentera proportionnellement au vieillissement de la population. En règle générale, les Métis âgés touchés par des maladies chroniques n'ont pas accès à des services adaptés à leur culture<sup>223</sup>.

Les Autochtones âgés vivant hors réserve qui peuvent compter sur un soutien social se disent en meilleure santé. Un témoin a mentionné que beaucoup d'Autochtones âgés de Regina sont isolés et ne profitent pas des programmes et des services offerts aux personnes âgées parce qu'ils trouvent difficile de faire affaire avec des organismes à prédominance blanche.

En région urbaine, les centres d'amitié autochtones, des agences de services communautaires, peuvent aider les aînés qui ont besoin de services. Il peut s'agir entre autres de les amener chez le médecin, de leur offrir de la compagnie ou de faire d'autres activités de bénévolat.

---

<sup>223</sup> Don Fiddler, conseiller principal en politiques, Ralliement national des Métis, *Témoignages*, 14 mai 2007.

## CHAPITRE 10 : GROUPES DÉMOGRAPHIQUES RELEVANT DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL – DONNER L'EXEMPLE

---

Le défi pour ces agences est qu'en plus de générer leurs propres revenus et de conclure des partenariats avec d'autres organismes du secteur privé, elles sont continuellement en quête de financement de multiples sources auprès des trois ordres de gouvernement<sup>224</sup>.

### 10.7.2 La voie de l'avenir

Le besoin de collaboration entre les divers ordres de gouvernement afin de répondre aux besoins des communautés des Premières nations et des Inuits en matière de soins de santé est à l'origine de solutions comme le Plan tripartite pour la santé des Premières nations entre la Colombie-Britannique, le gouvernement du Canada et les Premières nations<sup>225</sup>. Dans ce plan, le gouvernement de la Colombie-Britannique a franchi le pas important de reconnaître ouvertement que les services fournis par la province s'adressent à tous les habitants de la province, quel que soit le lieu de résidence<sup>226</sup>.

De plus, le Fonds pour l'adaptation des services de santé aux Autochtones offre un financement ponctuel quinquennal conçu pour faciliter l'intégration des programmes fédéraux de santé destinés aux communautés des Premières nations et des Inuits à ceux des provinces et des territoires, et pour aider les provinces et les territoires à adapter leurs services de santé aux besoins particuliers des communautés autochtones en général<sup>227</sup>. Un projet pilote mis sur pied en vue de recueillir de l'information sur les modèles de soins à domicile ainsi que sur l'intégration et la coordination des services entre les ordres de gouvernement au Manitoba a donné des résultats prometteurs. La coordination de la planification des congés entre les hôpitaux provinciaux et le personnel des soins infirmiers communautaires dans les réserves permet une transition en douceur – surtout après une chirurgie<sup>228</sup>.

---

<sup>224</sup> Peter Dinsdale, directeur général, Association nationale des centres d'amitié autochtones, *Témoignages*, 14 mai 2007.

<sup>225</sup> Santé Canada, Plan tripartite pour la santé des Premières nations.

<sup>226</sup> Kwunahmen, premier directeur, Conseil de la santé des Premières nations, *Témoignages*, 4 juin 2008.

<sup>227</sup> Santé Canada, *Engagements en matière de santé autochtone*, [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/fs-if\\_abor-auto-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/fs-if_abor-auto-fra.php).

<sup>228</sup> Jim Wolfe, directeur régional, Manitoba, Santé Canada, *Témoignages*, 2 juin 2008.

En outre, dans son budget 2006, le gouvernement fédéral s'est engagé à verser 1,4 milliard de dollars aux provinces et aux territoires pour la construction de logements abordables, de logements dans le Nord et de logements pour les Autochtones vivant hors réserve<sup>229</sup>.

Le Comité applaudit ces mesures, mais accepte mal que le gouvernement du Canada laisse tant d'Autochtones faire les frais des conflits de compétences. Plus particulièrement, comme les Autochtones sont le groupe le plus désavantagé sur le plan de la santé, des services sociaux et de la situation économique, il demande au gouvernement fédéral d'assumer ses responsabilités et d'agir de façon concertée en vue de fournir des soins intégrés surtout aux Autochtones âgés.

Plusieurs témoins ont indiqué au Comité que les discussions au sujet des Autochtones âgés devaient tenir compte de la perspective et des besoins distincts et uniques des diverses populations, régions et collectivités concernées. Ils ont souligné qu'une approche panautochtone n'est pas efficace, que l'élaboration de stratégies et l'exécution de programmes doivent s'appuyer sur des données précises qui tiennent compte des réalités vécues par les Premières nations, les Inuits et les Métis. Ces réalités sont tributaires des champs de compétence ainsi que de la langue, la géographie et la culture.

**Le Comité exhorte le gouvernement fédéral à se donner pour priorité de travailler avec tous les ordres de gouvernements afin de s'assurer que les services répondent aux besoins sociaux, physiques et culturels des Autochtones âgés et à consulter les groupes autochtones sur la meilleure façon de communiquer l'information qui concerne les personnes âgées.**

Le Comité exhorte le gouvernement fédéral à se donner pour priorité de travailler avec tous les ordres de gouvernements afin de s'assurer que les services répondent aux besoins sociaux, physiques et culturels des Autochtones âgés et à consulter les groupes autochtones sur la meilleure façon de communiquer l'information qui concerne les personnes âgées.

---

<sup>229</sup> Douglas Stewart, vice-président, Planification des politiques, Société canadienne d'hypothèques et de logement, *Témoignages*, 4 décembre 2006.

## 10.8 Le gouvernement du Canada assume un leadership

Conscient du rôle national et fédéral qu'il joue auprès des personnes âgées, le gouvernement du Canada a déjà établi plusieurs structures. En 2007, outre le poste de secrétaire d'État aux aînés, il a établi le Conseil national des aînés composé de 12 membres chargés de conseiller le ministre des Ressources humaines et du Développement social ainsi que le ministre de la Santé<sup>230</sup>. Le Comité estime essentiel que le Conseil trouve le moyen de faciliter une intervention interministérielle relativement aux groupes de clients qui relèvent du gouvernement fédéral. En conséquence, il insiste sur la nécessité, pour le Conseil national des aînés, de compter parmi ses membres des représentants des groupes qui relèvent des autorités fédérales et de faire de ces groupes une de ses priorités.

Le gouvernement du Canada coordonne également un Comité interministériel sur les aînés qui inclut plusieurs ministères fédéraux qui s'occupent directement ou indirectement des questions touchant les aînés<sup>231</sup>. Il participe au Forum des ministres fédéral-provinciaux-territoriaux responsables des aînés qui se réunit régulièrement pour examiner les questions concernant les aînés et qui pourrait être une tribune où seraient discutées les questions à compétence partagée. Il existe aussi depuis 1994 un Partenariat fédéral pour les soins de santé qui regroupe six ministères clés qui ont récemment mis sur pied un Groupe de travail sur les soins à domicile et les soins continus chargé d'élaborer des politiques sur les

**Le Comité insiste sur la nécessité, pour le Conseil national des aînés, de compter parmi ses membres des représentants des groupes qui relèvent des autorités fédérales et de faire de ces groupes une de ses priorités.**

---

<sup>230</sup> Conseil national des aînés,  
[http://www.conseildesaines.gc.ca/fr/apropos\\_nous/index.shtml](http://www.conseildesaines.gc.ca/fr/apropos_nous/index.shtml).

<sup>231</sup> Canada, *Relever les défis et saisir les occasions du vieillissement au Canada*, document préparé à l'intention de la Commission des Nations unies pour le développement social afin de souligner le 5<sup>e</sup> anniversaire de la deuxième Assemblée mondiale de 2002 des Nations unies sur le vieillissement.

besoins des populations qui relèvent directement du gouvernement fédéral<sup>232</sup>.

Les ministères responsables d'une clientèle relevant du gouvernement fédéral ont également mis sur pied des structures, mais répondent aux besoins des clients âgés de différentes façons. Anciens Combattants Canada a établi le Conseil consultatif en gérontologie en 1997 pour le conseiller sur les politiques, les programmes, les services et les tendances touchant la population vieillissante des anciens combattants<sup>233</sup>. Service correctionnel Canada a mené une étude exhaustive en 1998 et établi une nouvelle division – la Division des services aux délinquants âgés – dont le mandat consiste « à élaborer une stratégie correctionnelle adaptée aux besoins des délinquants âgés »<sup>234</sup>. Santé Canada, en collaboration avec Affaires indiennes et Développement du Nord, a établi un Groupe de travail mixte sur les soins continus en 1987 qui inclut désormais des représentants des communautés des Premières nations et des Inuits, de l'Assemblée des Premières Nations et d'Inuit Tapiriit Kanatami<sup>235</sup>. De nombreux ministères, toutefois, n'ont pris aucune mesure en vue de mettre en œuvre les recommandations formulées par les divers groupes de consultation, dans certains cas à cause d'un changement de priorités et dans d'autres d'un manque de ressources.

**Le Comité exhorte le gouvernement du Canada à tirer leçon des programmes créés pour les anciens combattants et à les étendre, assortis des ressources nécessaires, aux membres des Premières nations et aux Inuits âgés ainsi qu'aux délinquants fédéraux âgés; à veiller à ce que ces programmes et services soient offerts à partir d'un portail unique et à ce que soit effectuée une évaluation complète des besoins de tous les clients sous responsabilité fédérale; à prévoir une participation interministérielle ainsi que celle du Secrétariat du Conseil du Trésor, du Bureau du Conseil privé et du ministère des Finances aux discussions.**

Cette absence de progrès signifie que le secrétaire d'État aux aînés doit prendre des mesures afin d'aplanir les disparités entre les

---

<sup>232</sup> Partenariat fédéral sur les soins de santé, <http://www.fhp-pfss.gc.ca/fhp-pfss/fhp-pfss.asp?lang=fra&cont=009>.

<sup>233</sup> Conseil consultatif en gérontologie, <http://www.vac-acc.gc.ca/providers/sub.cfm?source=councils/gac>.

<sup>234</sup> SCC, *La gestion des délinquants âgés : Où en sommes-nous?* <http://www.csc-scc.gc.ca/text/rsrch/reports/r70/r70e-fra.shtml>.

<sup>235</sup> Affaires indiennes et du Nord Canada, *Évaluation des services de soins aux adultes*, 2003.

## **CHAPITRE 10 : GROUPES DÉMOGRAPHIQUES RELEVANT DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL – DONNER L'EXEMPLE**

---

divers groupes de clients et d'éliminer les chevauchements entre les différents organismes. Les programmes et services ciblant les anciens combattants sont perçus comme l'exemple idéal à suivre pour tous les aînés au Canada. Toutefois, le gouvernement du Canada peut assumer un rôle de leader et en faire profiter tous les anciens combattants âgés, les membres des Premières nations et les Inuits ainsi que les détenus sous responsabilité fédérale. Tous ces groupes devraient en effet pouvoir profiter des pratiques exemplaires et avoir droit au même niveau de soins de la part du gouvernement fédéral. En particulier, ils ont besoin de services complets et souples fournis de manière équitable à toutes les personnes âgées.

Le Comité exhorte le gouvernement du Canada à tirer leçon des programmes créés pour les anciens combattants et à les étendre, assortis des ressources nécessaires, aux membres des Premières nations et aux Inuits âgés ainsi qu'aux délinquants fédéraux âgés; à veiller à ce que ces programmes et services soient offerts à partir d'un portail unique et à ce que soit effectuée une évaluation complète des besoins de tous les clients sous responsabilité fédérale; à prévoir une participation interministérielle ainsi que celle du Secrétariat du Conseil du Trésor, du Bureau du Conseil privé et du ministère des Finances aux discussions.

## Annexe I : Liste des recommandations cadres

**Recommandation cadre I : Que le gouvernement fédéral intervienne dès maintenant pour promouvoir un vieillissement actif et en bonne santé et pour combattre l'âgisme.**

- Que le gouvernement fédéral mène une campagne de relations publiques vigoureuse pour montrer qu'on peut vieillir en bonne santé et pour expliquer l'importance de demeurer actif à tout âge, notamment par le bénévolat, l'apprentissage continu et l'activité physique.  
Chapitre 1,  
Recommandation 1
- Que les Instituts de recherche en santé du Canada financent de la recherche sur les compétences et les capacités mentales. La recherche devrait être axée sur les besoins en information des décideurs et des organismes d'attribution des permis et déboucher sur l'élaboration de lignes directrices fondées sur les résultats de la recherche.  
Chapitre 2,  
Recommandation 2
- Que le gouvernement fédéral prenne l'initiative de mesures fédérales-provinciales-territoriales conçues pour voir à la sécurité publique et aborder le retrait du permis de conduire aux aînés dans le respect de la dignité de la personne et que les provinces et les territoires, en partenariat avec divers organismes, lancent des mesures de sensibilisation et d'observation des règlements au sujet des conducteurs qui présentent un risque pour des raisons de santé.  
Chapitre 1,  
Recommandation 3
- Que les dispositions de la *Loi canadienne sur les droits de la personne* qui concernent la retraite obligatoire soient modifiées pour rendre la législation  
Chapitre 1,  
Recommandation 4



|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                  | fédérale conforme aux autres lois canadiennes sur les droits de la personne.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Chapitre 1,<br>Recommandation 5  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Que le gouvernement fédéral accroisse le soutien à la recherche sur les mauvais traitements et la négligence, qu'il collabore étroitement avec les organisations communautaires pour éviter le dédoublement des efforts et répondre aux besoins signalés, et qu'il intègre à la formation du personnel de l'information sur les mauvais traitements et la négligence envers les personnes âgées.</li></ul> |
| Chapitre 1,<br>Recommandation 6  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Que le gouvernement fasse passer la période d'immigration parrainée de dix à trois ans, selon le modèle des règles sur le parrainage conjugal, et qu'il modifie en conséquence les conditions de résidence ouvrant droit à des prestations mensuelles en vertu de la Loi sur la sécurité de la vieillesse.</li></ul>                                                                                       |
| Chapitre 4,<br>Recommandation 16 | <ul style="list-style-type: none"><li>• Que le gouvernement fédéral soutienne adéquatement la recherche sur le besoin de réseaux sociaux des personnes âgées et qu'il soutienne aussi les organisations qui offrent des activités sociales aux personnes âgées, en particulier celles qui organisent des événements et activités culturellement adaptés aux aînés qui ne sont pas Canadiens de naissance.</li></ul>                                |
| Chapitre 1,<br>Recommandation 17 | <ul style="list-style-type: none"><li>• Que la question de l'apprentissage continu pour les aînés soit inscrite à l'ordre du jour de la prochaine réunion du Conseil des ministres de l'Éducation et des ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux responsables des aînés.</li></ul>                                                                                                                                                         |
| Chapitre 7,<br>Recommandation 25 | <ul style="list-style-type: none"><li>• Que le gouvernement fédéral recherche, de concert avec le secteur bénévole, des moyens de reconnaître et de rembourser les frais directs des bénévoles, surtout dans le cadre d'activités financées par des subventions et contributions fédérales.</li></ul>                                                                                                                                              |

Chapitre 7,  
Recommandation 26

- Que les besoins du secteur bénévole fassent l'objet d'études complémentaires d'un comité du Sénat ou d'un groupe d'experts, dans le but d'étudier :
  - les difficultés nouvelles que posent le recrutement de bénévoles et leur fidélisation;
  - les possibilités de promotion du bénévolat;
  - le rôle du gouvernement fédéral dans le soutien de la capacité du secteur bénévole partout dans le pays, notamment le recours à un mode de financement pluriannuel et les conséquences de la création d'un crédit d'impôt pour bénévolat.

**Recommandation cadre II : Que le gouvernement fédéral dirige et coordonne l'adoption de mesures comme une initiative nationale pour des soins intégrés, une stratégie nationale sur les aidants naturels, un programme national d'assurance-médicaments, et un transfert fédéral pour répondre aux besoins des provinces où la proportion des aînés est la plus grande.**

Chapitre 2,  
Recommandation 7

- Que le gouvernement fédéral lance une initiative visant à aider financièrement les provinces à mettre en place des modèles de soins intégrés à l'intention des personnes âgées et qu'il en fasse le modèle de soins de qualité pour tous les âges.

Les objectifs du programme doivent viser :

- l'intégration d'une vaste gamme de services, notamment les soins de santé, la gestion des cas, les soins à domicile et les services communautaires, et les soins spéciaux;
- un meilleur accès à des soins complets;
- une plus grande insistance sur la promotion de la santé, la prévention des maladies, et la gestion des maladies chroniques;
- l'élargissement des équipes pluridisciplinaires afin que les soins les plus appropriés soient dispensés par le soignant le mieux en mesure de le faire;

- la promotion du principe du guichet unique pour les personnes âgées et leurs familles;
  - et la transférabilité accrue des services entre les provinces, notamment par la conclusion d'ententes réciproques éliminant les périodes d'attente.
- Que le gouvernement fédéral crée un programme de transfert supplémentaire afin d'aider les provinces et territoires dont les populations sont plus âgées à absorber les coûts accrus des soins de santé destinés à leurs aînés.

Chapitre 3,  
Recommandation 14
- Que le gouvernement fédéral engage des fonds à durée limitée pour permettre aux régimes provinciaux, territoriaux et fédéraux d'assurance-médicaments d'élaborer une liste commune de médicaments utilisés par les aînés, que cette liste serve à l'établissement par toutes les instances gouvernementales d'un formulaire national commun qui pourrait devenir la liste de médicaments couverts pour l'ensemble des aînés canadiens, et que cette initiative serve de fondement à un programme national d'assurance-médicaments.

Chapitre 3,  
Recommandation 15
- Que le gouvernement fédéral s'entende avec les provinces et les territoires, les décideurs, les parties concernées et les aidants familiaux pour instituer une stratégie nationale sur les aidants naturels qui s'inscrirait dans une vaste initiative fédérale intégrée sur les soins.

Chapitre 6,  
Recommandation 24
- Que le gouvernement fédéral appuie des campagnes d'information et de sensibilisation visant à favoriser le choix d'une carrière en gériatrie et en gérontologie, y compris le financement de places de résidence en gériatrie.

Chapitre 8,  
Recommandation 27

Chapitre 8,  
Recommandation 28

- Que le gouvernement fédéral travaille avec les provinces et les territoires en vue d'aborder la formation, le recrutement et le maintien des travailleurs en soutien personnel et en soins à domicile dans le cadre de la Stratégie fédérale-provinciale-territoriale des ressources humaines en santé.

Chapitre 9,  
Recommandation 29

- Que le gouvernement fédéral soutienne l'expansion de la télémédecine et des télésoins à domicile et que, à cette fin, il institue un fonds de transition à l'intention des provinces et un fonds pour les technologies à usage résidentiel à l'intention des particuliers et des organismes de services locaux, et qu'il accroisse le recours aux technologies modernes dans la prestation des services à ses groupes clients et qu'il assure pour cela l'accès à Internet dans les collectivités du Nord et les collectivités éloignées, et que les collectivités de langue officielle en situation minoritaire soient consultées à ce sujet.

**Recommandation cadre III : Que le gouvernement fédéral veille à la sécurité financière des Canadiens en répondant aux besoins des travailleurs âgés et par une réforme des pensions et des programmes de sécurité du revenu.**

Chapitre 5,  
Recommandation 19

- Que, dans leur prochain examen triennal du RPC, les ministres des Finances envisagent :
  - de hausser le taux de remplacement du revenu aux termes du RPC (qui est actuellement de 25 p. 100 du revenu admissible);
  - de porter le maximum des gains ouvrant droit à pension au-delà du salaire moyen;
  - d'étudier la possibilité de rajustements actuariels au RPC pour encourager davantage les Canadiens à retarder le moment où ils feront une demande de pension aux termes du RPC;
  - d'étudier les mécanismes qui permettraient aux travailleurs âgés qui commencent à toucher des

- prestations avant 65 ans, mais ne reçoivent pas le maximum, de continuer à cotiser au RPC;
    - d'abolir l'exigence voulant que les personnes de 60 à 65 ans qui demandent une pension du RPC quittent leur emploi ou gagnent moins que le maximum autorisé dans les mois précédant la demande;
    - d'instituer une disposition d'exclusion pour les aidants naturels.
  - Que le gouvernement du Canada augmente le Supplément de revenu garanti pour éviter que des ménages se situent sous le seuil de pauvreté, lequel correspond par définition au seuil de faible revenu. L'augmentation du SRG ne doit pas faire perdre le droit aux subventions ou services provinciaux ou territoriaux destinés aux personnes âgées.
- Chapitre 5,  
Recommandation 20
- Que le gouvernement fédéral mène de vigoureuses campagnes d'information pour veiller à ce que toutes les personnes admissibles touchent les prestations de retraite et autres prestations liées à l'âge auxquelles elles ont droit. À cette fin, le gouvernement doit :
    - informer les personnes âgées de tous les programmes fédéraux de soutien du revenu auxquels elles peuvent être admissibles quand elles présentent une demande à l'égard de l'un d'entre eux;
    - offrir aux personnes âgées des formulaires de demande dans les langues autochtones et dans la langue des grandes populations d'immigrants;
    - verser des remboursements rétroactifs, avec intérêts, aux personnes admissibles qui n'ont pas présenté de demande de SV/SRG à 65 ans ou de prestations du RPC à 70 ans ou qui ont essuyé un refus en raison d'erreurs administratives.
- Chapitre 5,  
Recommandation 21

- Chapitre 5,  
Recommandation 22
- Que le gouvernement fédéral examine plus à fond la possibilité d'un revenu annuel garanti pour tous les Canadiens.

**Recommandation cadre IV : Que le gouvernement fédéral prenne les mesures voulues pour que plus de Canadiens puissent vieillir là où ils le souhaitent, notamment en assurant une offre de services de transport et de logement adéquats et en veillant à l'intégration des services de santé et des services sociaux.**

- Chapitre 2,  
Recommandation 8
- Que le gouvernement fédéral collabore avec les ministres provinciaux et territoriaux responsables du logement pour augmenter le parc de logements abordables, notamment de logements supervisés, à la disposition des personnes âgées, en élaborant un plan d'action national à long terme sur le logement abordable.
- Chapitre 2,  
Recommandation 9
- Que les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables du logement fassent en sorte que les constructeurs appliquent les normes d'aménagement pour accès facile et que les inspecteurs les fassent respecter.
- Chapitre 2,  
Recommandation 10
- Que, les soins à domicile constituant un élément clé d'une initiative nationale pour des soins intégrés, un programme pour l'autonomie des personnes âgées modelé sur le Programme pour l'autonomie des anciens combattants soit intégré au volet de l'initiative portant sur les soins à domicile et le soutien à domicile.
- Chapitre 2,  
Recommandation 11
- Que le gouvernement fédéral finance un partenariat national avec les provinces, les territoires et les organisations communautaires qui dirigera et orientera l'établissement des normes et des pratiques exemplaires, les mesures de sensibilisation et les mesures de soutien du renforcement des

- capacités nécessaires pour que les Canadiens aient accès à des soins de fin de vie intégrés de qualité.
- Que le gouvernement fédéral applique les normes de référence pancanadiennes qui ont été établies par l'Association canadienne des soins palliatifs et l'Association canadienne de soins et services à domicile pour ce qui est des soins palliatifs à domicile qu'il offre aux anciens combattants, aux membres des Premières nations, aux Inuits et aux détenus des pénitenciers fédéraux.
- Chapitre 2,  
Recommandation 12
- Que le financement accordé aux Instituts de recherche en santé du Canada pour des études sur les soins palliatifs soit reconduit au-delà de 2009.
- Chapitre 2,  
Recommandation 13
- Que le gouvernement fédéral fasse la promotion du Guide mondial des villes amies des aînés et de Initiative des collectivités rurales et éloignées amies des aînés : un guide auprès des organisations d'aînés et des autorités provinciales et municipales et qu'il procure une aide financière pour la mise en œuvre des principes directeurs sur les villes amies des aînés et sur les collectivités rurales et éloignées amies des aînés.
- Chapitre 4,  
Recommandation 18
- Que la Loi sur l'assurance-emploi soit modifiée pour :
    - supprimer le délai de carence de deux semaines avant le versement des prestations de soignant;
    - porter les prestations à 75 p. 100 du revenu d'emploi;
    - porter de six à treize semaines la période de paiement des prestations;
    - donner accès aux prestations durant toute crise médicale, et non pas seulement durant la phase terminale d'une maladie.
- Chapitre 6,  
Recommandation 23
- Le gouvernement fédéral doit en outre prendre les mesures voulues pour faire connaître l'existence des prestations de soignant dans la population.

**Recommandation cadre V : Que le gouvernement fédéral intervienne sans tarder pour mettre en œuvre les changements voulus à l'intention des populations qui relèvent directement de lui et à l'égard des engagements du Canada relativement aux langues officielles.**

Chapitre 10,  
Recommandation 30

- Que le gouvernement fédéral adopte le modèle des services intégrés que le Conseil consultatif de gérontologie a recommandé à Anciens Combattants Canada, et qu'il commence par élargir l'admissibilité aux programmes offerts par Anciens Combattants Canada de manière qu'en bénéficient tous les anciens combattants ayant servi en temps de guerre et pas seulement les clients du Ministère.

Chapitre 10,  
Recommandation 31

- Que le gouvernement fédéral réponde aux besoins des Premières nations et des Inuits et de leurs collectivités, lesquels comprennent les suivants :
  - améliorer les logements et en construire davantage;
  - accorder une attention particulière aux besoins sur le plan de l'eau potable, du régime alimentaire, des soins podologiques et des autres soins aux diabétiques;
  - adopter des mesures en vue d'assurer la parité salariale entre les fournisseurs de soins;
  - offrir davantage de soins à domicile et de soins palliatifs en hospice;
  - soutenir davantage les aidants naturels;
  - supprimer le plafond du financement du Programme des services de santé non assurés;
  - adopter des mesures en vue d'intégrer complètement la gamme de programmes actuellement offerts aux aînés habitant dans les réserves des Premières nations et dans les collectivités inuites en un système homogène analogue à celui utilisé par Anciens Combattants Canada.



Chapitre 10,  
Recommandation 32

- Que, conformément à son rôle aux termes de la *Loi sur les langues officielles*, le gouvernement fédéral établisse une collaboration interministérielle efficace sur les personnes âgées en situation linguistique minoritaire qui comportera la participation de personnes âgées aux groupes consultatifs et qu'il continue d'investir dans l'élaboration de nouveaux modèles de prestation de services aux personnes âgées en situation linguistique minoritaire.

## Annexe II : Liste complète des recommandations

1. Que le gouvernement fédéral mène une campagne de relations publiques vigoureuse pour montrer qu'on peut vieillir en bonne santé et pour expliquer l'importance de demeurer actif à tout âge, notamment par le bénévolat, l'apprentissage continu et l'activité physique.
2. Que les Instituts de recherche en santé du Canada financent de la recherche sur les compétences et les capacités mentales. La recherche devrait être axée sur les besoins en information des décideurs et des organismes d'attribution des permis et déboucher sur l'élaboration de lignes directrices fondées sur les résultats de la recherche.
3. Que le gouvernement fédéral prenne l'initiative de mesures fédérales-provinciales-territoriales conçues pour voir à la sécurité publique et aborder le retrait du permis de conduire aux aînés dans le respect de la dignité de la personne et que les provinces et les territoires, en partenariat avec divers organismes, lancent des mesures de sensibilisation et d'observation des règlements au sujet des conducteurs qui présentent un risque pour des raisons de santé.
4. Que les dispositions de la *Loi canadienne sur les droits de la personne* qui concernent la retraite obligatoire soient modifiées pour rendre la législation fédérale conforme aux autres lois canadiennes sur les droits de la personne.
5. Que le gouvernement fédéral accroisse le soutien à la recherche sur les mauvais traitements et la négligence, qu'il collabore étroitement avec les organisations communautaires pour éviter le dédoublement des efforts et répondre aux besoins signalés, et qu'il intègre à la formation du personnel de l'information sur les mauvais traitements et la négligence envers les personnes âgées.
6. Que le gouvernement fasse passer la période d'immigration parrainée de dix à trois ans, selon le modèle des règles sur le

parrainage conjugal, et qu'il modifie en conséquence les conditions de résidence ouvrant droit à des prestations mensuelles en vertu de la *Loi sur la sécurité de la vieillesse*.

7. Que le gouvernement fédéral lance une initiative visant à aider financièrement les provinces à mettre en place des modèles de soins intégrés à l'intention des personnes âgées et qu'il en fasse le modèle de soins de qualité pour tous les âges.

Les objectifs du programme doivent viser :

- l'intégration d'une vaste gamme de services, notamment les soins de santé, la gestion des cas, les soins à domicile et les services communautaires, et les soins spéciaux;
- un meilleur accès à des soins complets;
- une plus grande insistance sur la promotion de la santé, la prévention des maladies, et la gestion des maladies chroniques
- l'élargissement des équipes pluridisciplinaires afin que les soins les plus appropriés soient dispensés par le soignant le mieux en mesure de le faire;
- la promotion du principe du guichet unique pour les personnes âgées et leurs familles;
- et la transférabilité accrue des services entre les provinces, notamment par la conclusion d'ententes réciproques éliminant les périodes d'attente.

8. Que le gouvernement fédéral collabore avec les ministres provinciaux et territoriaux responsables du logement pour augmenter le parc de logements abordables, notamment de logements supervisés, à la disposition des personnes âgées, en élaborant un plan d'action national à long terme sur le logement abordable.

9. Que les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables du logement fassent en sorte que les constructeurs appliquent les normes d'aménagement pour accès facile et que les inspecteurs les fassent respecter.

10. Que, les soins à domicile constituant un élément clé d'une initiative nationale pour des soins intégrés, un programme pour l'autonomie des personnes âgées modelé sur le Programme pour l'autonomie des anciens combattants soit intégré au volet de l'initiative portant sur les soins à domicile et le soutien à domicile.

11. Que le gouvernement fédéral finance un partenariat national avec les provinces, les territoires et les organisations communautaires qui dirigera et orientera l'établissement des normes et des pratiques exemplaires, les mesures de sensibilisation et les mesures de soutien du renforcement des capacités nécessaires pour que les Canadiens aient accès à des soins de fin de vie intégrés de qualité.

12. Que le gouvernement fédéral applique les normes de référence pancanadiennes qui ont été établies par l'Association canadienne des soins palliatifs et l'Association canadienne de soins et services à domicile pour ce qui est des soins palliatifs à domicile qu'il offre aux anciens combattants, aux membres des Premières nations, aux Inuits et aux détenus des pénitenciers fédéraux.

13. Que le financement accordé aux Instituts de recherche en santé du Canada pour des études sur les soins palliatifs soit reconduit au-delà de 2009.

14. Que le gouvernement fédéral crée un programme de transfert supplémentaire afin d'aider les provinces et territoires dont les populations sont plus âgées à absorber les coûts accrus des soins de santé destinés à leurs aînés.

15. Que le gouvernement fédéral engage des fonds à durée limitée pour permettre aux régimes provinciaux, territoriaux et fédéraux d'assurance-médicaments d'élaborer une liste commune de médicaments utilisés par les aînés, que cette liste serve à l'établissement par toutes les instances gouvernementales d'un formulaire national commun qui pourrait devenir la liste de médicaments couverts pour l'ensemble des aînés canadiens, et que cette initiative serve de fondement à un programme national d'assurance-médicaments.

## **ANNEXE II: LISTE COMPLÈTE DES RECOMMANDATIONS**

---

16. Que le gouvernement fédéral soutienne adéquatement la recherche sur le besoin de réseaux sociaux des personnes âgées et qu'il soutienne aussi les organisations qui offrent des activités sociales aux personnes âgées, en particulier celles qui organisent des événements et activités culturellement adaptés aux aînés qui ne sont pas Canadiens de naissance.

17. Que la question de l'apprentissage continu pour les aînés soit inscrite à l'ordre du jour de la prochaine réunion du Conseil des ministres de l'Éducation et des ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux responsables des aînés.

18. Que le gouvernement fédéral fasse la promotion du Guide mondial des villes amies des aînés et de Initiative des collectivités rurales et éloignées amies des aînés : un guide auprès des organisations d'aînés et des autorités provinciales et municipales et qu'il procure une aide financière pour la mise en œuvre des principes directeurs sur les villes amies des aînés et sur les collectivités rurales et éloignées amies des aînés.

19. Que, dans leur prochain examen triennal du RPC, les ministres des Finances envisagent :

- de hausser le taux de remplacement du revenu aux termes du RPC (qui est actuellement de 25 p. 100 du revenu admissible);
- de porter le maximum des gains ouvrant droit à pension au-delà du salaire moyen;
- d'étudier la possibilité de rajustements actuariels au RPC pour encourager davantage les Canadiens à retarder le moment où ils feront une demande de pension aux termes du RPC;
- d'étudier les mécanismes qui permettraient aux travailleurs âgés qui commencent à toucher des prestations avant 65 ans, mais ne reçoivent pas le maximum, de continuer à cotiser au RPC;
- d'abolir l'exigence voulant que les personnes de 60 à 65 ans qui demandent une pension du RPC quittent leur emploi ou gagnent moins que le

maximum autorisé dans les mois précédant la demande;

- d'instituer une disposition d'exclusion pour les aidants naturels.

20. Que le gouvernement du Canada augmente le Supplément de revenu garanti pour éviter que des ménages se situent sous le seuil de pauvreté, lequel correspond par définition au seuil de faible revenu. L'augmentation du SRG ne doit pas faire perdre le droit aux subventions ou services provinciaux ou territoriaux destinés aux personnes âgées.

21. Que le gouvernement fédéral mène de vigoureuses campagnes d'information pour veiller à ce que toutes les personnes admissibles touchent les prestations de retraite et autres prestations liées à l'âge auxquelles elles ont droit. À cette fin, le gouvernement doit :

- informer les personnes âgées de tous les programmes fédéraux de soutien du revenu auxquels elles peuvent être admissibles quand elles présentent une demande à l'égard de l'un d'entre eux;
- offrir aux personnes âgées des formulaires de demande dans les langues autochtones et dans la langue des grandes populations d'immigrants;
- verser des remboursements rétroactifs, avec intérêts, aux personnes admissibles qui n'ont pas présenté de demande de SV/SRG à 65 ans ou de prestations du RPC à 70 ans ou qui ont essuyé un refus en raison d'erreurs administratives.

22. Que le gouvernement fédéral examine plus à fond la possibilité d'un revenu annuel garanti pour tous les Canadiens.

23. Que la Loi sur l'assurance-emploi soit modifiée pour :

- supprimer le délai de carence de deux semaines avant le versement des prestations de soignant;

- porter les prestations à 75 p. 100 du revenu d'emploi;
- porter de six à treize semaines la période de paiement des prestations;
- donner accès aux prestations durant toute crise médicale, et non pas seulement durant la phase terminale d'une maladie.

Le gouvernement fédéral doit en outre prendre les mesures voulues pour faire connaître l'existence des prestations de soignant dans la population.

24. Que le gouvernement fédéral s'entende avec les provinces et les territoires, les décisionnaires, les parties concernées et les aidants familiaux pour instituer une stratégie nationale sur les aidants naturels qui s'inscrirait dans une vaste initiative fédérale intégrée sur les soins.

25. Que le gouvernement fédéral recherche, de concert avec le secteur bénévole, des moyens de reconnaître et de rembourser les frais directs des bénévoles, surtout dans le cadre d'activités financées par des subventions et contributions fédérales.

26. Que les besoins du secteur bénévole fassent l'objet d'études complémentaires d'un comité du Sénat ou d'un groupe d'experts, dans le but d'étudier :

- les difficultés nouvelles que posent le recrutement de bénévoles et leur fidélisation;
- les possibilités de promotion du bénévolat;
- le rôle du gouvernement fédéral dans le soutien de la capacité du secteur bénévole partout dans le pays, notamment le recours à un mode de financement pluriannuel et les conséquences de la création d'un crédit d'impôt pour bénévolat.

27. Que le gouvernement fédéral appuie des campagnes d'information et de sensibilisation visant à favoriser le choix d'une carrière en gériatrie et en gérontologie, y compris le financement de places de résidence en gériatrie.

28. Que le gouvernement fédéral travaille avec les provinces et les territoires en vue d'aborder la formation, le recrutement et le maintien des travailleurs en soutien personnel et en soins à domicile dans le cadre de la Stratégie fédérale-provinciale-territoriale des ressources humaines en santé.

29. Que le gouvernement fédéral soutienne l'expansion de la télémédecine et des télésoins à domicile et que, à cette fin, il institue un fonds de transition à l'intention des provinces et un fonds pour les technologies à usage résidentiel à l'intention des particuliers et des organismes de services locaux, et qu'il accroisse le recours aux technologies modernes dans la prestation des services à ses groupes clients et qu'il assure pour cela l'accès à Internet dans les collectivités du Nord et les collectivités éloignées, et que les collectivités de langue officielle en situation minoritaire soient consultées à ce sujet.

30. Que le gouvernement fédéral adopte le modèle des services intégrés que le Conseil consultatif de gérontologie a recommandé à Anciens Combattants Canada, et qu'il commence par élargir l'admissibilité aux programmes offerts par Anciens Combattants Canada de manière qu'en bénéficient tous les anciens combattants ayant servi en temps de guerre et pas seulement les clients du Ministère.

31. Que le gouvernement fédéral réponde aux besoins des Premières nations et des Inuits et de leurs collectivités, lesquels comprennent les suivants :

- améliorer les logements et en construire davantage;
- accorder une attention particulière aux besoins sur le plan de l'eau potable, du régime alimentaire, des soins podologiques et des autres soins aux diabétiques;
- adopter des mesures en vue d'assurer la parité salariale entre les fournisseurs de soins;
- offrir davantage de soins à domicile et de soins palliatifs en hospice;
- soutenir davantage les aidants naturels;



- supprimer le plafond du financement du Programme des services de santé non assurés;
- adopter des mesures en vue d'intégrer complètement la gamme de programmes actuellement offerts aux aînés habitant dans les réserves des Premières nations et dans les collectivités inuites en un système homogène analogue à celui utilisé par Anciens Combattants Canada.

32. Que, conformément à son rôle aux termes de la *Loi sur les langues officielles*, le gouvernement fédéral établisse une collaboration interministérielle efficace sur les personnes âgées en situation linguistique minoritaire qui comportera la participation de personnes âgées aux groupes consultatifs et qu'il continue d'investir dans l'élaboration de nouveaux modèles de prestation de services aux personnes âgées en situation linguistique minoritaire.

## Annexe III : Feuille de route des dispositifs fondamentaux des villes-amies des âînés



Organisation  
mondiale de la Santé



### Feuille de route des dispositifs fondamentaux des villes-amies des âînés

Cette feuille de route des dispositifs fondamentaux des Villes-Amies des âînés se base sur une étude mondiale de l'OMS des Villes-Amies des âînés menée dans 33 villes de 22 pays. La feuille de route est un référentiel d'auto-évaluation pour une ville et un outil de planification à dessein d'améliorer la condition de vie des âînés. Un ensemble de feuilles de route plus détaillées des dispositifs des villes conviviales sont disponibles dans le Guide Mondial des Villes-Amies des Âînés de l'OMS.

Cette feuille de route est destinée à être utilisée par des particuliers, des groupes ou des entreprises dont l'initiative est de rendre leur ville plus accueillante pour les personnes âgées. Pour que cette feuille de route soit efficace, il est indispensable que les personnes âgées s'y impliquent activement. En évaluant les points forts et les lacunes d'une ville, les personnes d'un certain âge pourront de leurs propres expériences, confirmer ou infirmer la bonne tenue des dispositifs de la feuille de route. Par les changements qu'elles suggèrent, elles devraient jouer un rôle prépondérant dans la concrétisation et la mise en pratique de ces améliorations.

#### Espaces extérieurs et bâtiments

- ☐ Les lieux publics sont propres et accueillants
- ☐ Les espaces verts et les bancs publics sont assez nombreux, bien entretenus et sûrs.
- ☐ Les trottoirs sont en bon état, sans obstacle et réservés aux piétons.
- ☐ Les trottoirs ne sont pas glissants; sont assez larges pour une chaise roulante, avec dénivellation douce aux passages piétons.
- ☐ Les passages pour piétons sont en nombre suffisant, anti-dérapants (particulièrement en temps de pluie), et bien adaptés à divers types d'invalidités/infirmités. Le passage doit notamment présenter des indices visuels, auditifs, et être assez long au feu vert.
- ☐ Les conducteurs doivent accorder la priorité aux piétons aux intersections et sur les passages piétons.
- ☐ Les pistes cyclables sont séparées des trottoirs et autres lieux de passages pour piétons.

- ☐ La sécurité en zone urbaine est améliorée par un bon éclairage des rues; des patrouilles de police ainsi que des conseils préventifs aux communautés.
- ☐ Les services sont groupés et faciles d'accès.
- ☐ Des traitements de faveur sont offerts à certains clients tels qu'une queue à part et un comptoir de service pour les personnes âgées.
- ☐ Les bâtiments sont bien signalés à l'extérieur comme à l'intérieur, avec suffisamment de places assises et de toilettes; d'ascenseurs accessibles, de rampes, de grilles, d'escaliers et de sols anti-dérapants.
- ☐ Les wc publics sont assez nombreux à l'extérieur comme à l'intérieur, salubres, bien entretenus et d'accès facile.

#### Transports

- ☐ Le coût des transports publics est cohérent, clairement affiché et raisonnable.
- ☐ Les transports publics sont sérieux et fréquents, aussi le soir, les fins de semaine et jours fériés

PAGE 1

## ANNEXE III : FEUILLE DE ROUTE DES DISPOSITIFS FONDAMENTAUX DES VILLES-AMIES DES ÂÎNÉS

- ☐ Tous les quartiers de la ville ainsi que les services sont desservis par les transports publics, avec de bons relais ainsi que des véhicules et des routes bien indiquées.
- ☐ Les véhicules des transports publics sont propres, bien entretenus, d'accès aisé, non bondé et avec une mention de respect de priorité de place assise (...pour les personnes âgées, les personnes handicapées, et les femmes enceintes)
- ☐ Mise en service de transports spécialisés pour les personnes handicapées.
- ☐ Les chauffeurs s'arrêtent aux endroits désignés et à côté d'un virage pour faciliter la montée des usagers, et doivent attendre que tous les passagers soient assis avant de repartir.
- ☐ Les arrêts des transports publics sont placés judicieusement, sûrs, propres, bien éclairés et bien indiqués avec des abris équipés de bancs.
- ☐ Des informations complètes et intelligibles sur le réseau routier sont fournies aux usagers ainsi que les horaires et les commodités pour demandes spéciales.
- ☐ Un service de transport bénévole est disponible dans les zones où les transports publics sont trop limités.
- ☐ Les taxis sont accessibles et à prix raisonnable, et les chauffeurs sont courtois et serviables
- ☐ Les routes sont en bon état, avec des égouts couverts et un bon éclairage.
- ☐ La circulation est bien coordonnée.
- ☐ Il n'y a pas d'obstacle sur le réseau routier susceptible de gêner la visibilité des conducteurs.
- ☐ Les panneaux de signalisation et les intersections sont voyants et bien placés
- ☐ La formation des conducteurs ainsi que des cours de rappel sont mis sur pieds pour tous les conducteurs
- ☐ Stationnement et bande d'arrêts d'urgence sont sans danger, en nombre suffisant et bien placés.
- ☐ Des places de stationnement et des zones d'arrêts réservées aux personnes nécessiteuses sont disponibles et sont à respecter.

### Logement

- ☐ Un nombre adéquat de logements sont disponibles à loyers modérés, dans des quartiers sûrs, à proximité des services et du reste de la communauté.
- ☐ L'entretien des habitations et les services sociaux sont assurés, abordables et satisfaisants.
- ☐ Les logements sont bien conçus, pourvus d'abris sûrs et confortables contre le mauvais temps.
- ☐ Pour une plus grande sécurité et liberté de mouvements, les espaces intérieurs, les pièces et les couloirs sont conçus sur le même plan.
- ☐ Des options de transformations de l'habitat sont possibles et abordables ainsi que l'approvisionnement en vivres, et les fournisseurs sont à l'écoute des besoins des personnes âgées.
- ☐ Les logements locatifs, tant publics que privés, sont, bien entretenus et dignes de confiance.
- ☐ Un nombre suffisant d'établissements de soins de longue durée, abordables pour les personnes âgées fragiles et/ou handicapées et encadrées par un personnel compétent, sont disponibles localement.

### Participation sociale

- ☐ Les événements annoncés et les activités s'organisent dans des lieux bien placés, facile d'accès, bien éclairés et à proximité des transports publics.
- ☐ Les horaires des événements sont commodes pour les personnes âgées.

- ☐ On peut assister aux activités et événements seul(e) ou accompagné(e).
- ☐ Activités et spectacles sont abordables, sans majoration surprise ou frais de participation supplémentaires.
- ☐ Les informations relatives aux activités et aux événements sont claires, y compris la mention détaillée des commodités d'accès et de transport proposées aux personnes âgées.
- ☐ Une large palette d'activités est proposée afin d'attirer diverses couches de population du troisième âge.
- ☐ Avec la participation des personnes âgées, des réunions sont organisées dans plusieurs localités, dans des lieux publics tels que maisons de quartier, écoles, bibliothèques, centres sociaux et parcs.
- ☐ Un effort tangible est prévu pour inclure les personnes susceptibles d'être laissées pour compte.

### Respect et inclusion sociale

- ☐ L'avis des personnes âgées est régulièrement sollicité par les bénévoles, les services publics et commerciaux afin de mieux les servir.
- ☐ Services et produits sont fournis par les services publics et commerciaux pour satisfaire à tous besoins et préférences.
- ☐ Le personnel de service est courtois et serviable.
- ☐ Les personnes âgées sont présentes et dignifiées dans les médias, sans être stéréotypées.
- ☐ Dans le cadre d'une large communauté, activités et événements intéressent toutes générations en accommodant besoins et préférences selon l'âge.
- ☐ Les personnes âgées sont spécifiquement intégrées dans des activités communautaires de "familles".
- ☐ Les écoles proposent de s'informer sur les conséquences du vieillissement humain et sur le témoignage des personnes âgées elles-mêmes en donnant l'occasion à ces dernières de s'investir dans des activités scolaires.
- ☐ Les personnes âgées sont reconnues par la communauté pour leurs contributions passées et présentes.
- ☐ Les personnes âgées moins en forme bénéficient d'un accès facilité aux services publics et privés ainsi qu'aux aides bénévoles.

### Participation citoyenne et emploi

- ☐ Une gamme d'options flexibles sont disponibles pour les bénévoles d'un certain âge, avec formation, reconnaissance, conseils et indemnité pour les frais personnels.
- ☐ Les qualifications des employés plus âgés sont mises en valeur.
- ☐ Une palette d'activités modulables et rémunérées à leur juste valeur sont organisées pour les personnes d'un certain âge.
- ☐ Pour l'embauche, la formation et la promotion des employés, la discrimination basée uniquement sur l'âge est interdite.
- ☐ Des lieux de travail sont adaptés aux besoins des personnes handicapées.
- ☐ Les activités lucratives indépendantes pour les personnes d'un certain âge sont encouragées et soutenues.
- ☐ Des options de formation de post-retraite sont disponibles pour les travailleurs âgés.
- ☐ Dans le secteur public, privé et le bénévolat, les structures décisionnelles encouragent et facilitent l'adhésion des personnes âgées.



## ANNEXE III : FEUILLE DE ROUTE DES DISPOSITIFS FONDAMENTAUX DES VILLES-AMIES DES ÂÎNÉS

### Communication et renseignements

- ☐ Une base de données efficace est à la portée de l'ensemble des résidents de la communauté.
- ☐ Les informations sont largement et régulièrement distribuées et une centrale de renseignements coordonnée est disponible.
- ☐ Des informations ponctuelles et émissions de radio/télévision pour les aînés sont offertes.
- ☐ La mise sur pied de forum de discussion est accessible aux personnes âgées.
- ☐ Les gens susceptibles d'être laissés pour compte obtiennent personnellement des informations par des commis de confiance.
- ☐ Les services publics et commerciaux fournissent aimablement des services individuels sur demande.
- ☐ Les informations imprimées - y compris les formulaires officiels, légendes télévisées et textes visuels à l'écran - sont en grosses lettres et les idées principales apparaissent avec des titres clairs et en caractères gras.
- ☐ Les annonces imprimées ou verbales sont en termes simples et familiers; en bref des phrases sans détour.
- ☐ Les services de messageries vocales donnent les instructions lentement, clairement et disent à l'appelant comment réécouter le message à tous moments.
- ☐ Les équipements électroniques comme les téléphones portables, les radios, les télévisions, les distributeurs de billets de banque, de tickets de transports publics etc... possèdent de larges boutons et de grosses lettres.
- ☐ L'accès aux ordinateurs et l'Internet publics est large et gratuit, ou a un coût minimal dans les lieux publics tels que les administrations, centres sociaux et bibliothèques.

### Services de soutien communautaires et de santé

- ☐ Un éventail approprié de soins et de services sociaux sont offerts pour la prévention, le maintien et le rétablissement de la santé
- ☐ Les services de soins à domicile comprennent des soins particuliers de santé ainsi que des tâches ménagères.
- ☐ Les centres médico-sociaux sont situés dans des lieux accessibles par tous les moyens de transports.
- ☐ Les logements pour personnes âgées et les centres de soins de longue durée sont situés à proximité des services publics et du reste de la communauté.
- ☐ Les établissements des services médicaux sont bien bâtis et faciles d'accès.
- ☐ Des informations claires et intelligibles sur les services médico-sociaux sont fournies aux personnes âgées.
- ☐ La prestation des divers services médico-sociaux est coordonnée et administrativement simple.
- ☐ Le personnel est respectueux, serviable et formé pour accommoder les personnes âgées.
- ☐ Pour accéder aux services médicaux et aux aides sociales, les obstacles inhérents aux budgets modestes sont minimisés.
- ☐ Le bénévolat par des gens de tous âges est encouragé et soutenu.
- ☐ Il y a assez de cimetières accessibles.
- ☐ Les planifications d'urgences de la communauté prennent en considération la vulnérabilité et les capacités des personnes âgées.

WHO/FCH/ALC/2007.1

© Organisation mondiale de la Santé 2007. Tous droits réservés.

PAGE 4

Source : Organisation mondiale de la Santé, [www.who.int/ageing/publications/Age\\_Friendly\\_cities\\_feuille\\_de\\_route.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/Age_Friendly_cities_feuille_de_route.pdf).

## **Annexe IV : Liste des témoins**

### **Deuxième session de la trente-neuvième législature**

#### **26 novembre 2007**

Ressources humaines et Développement social Canada

Shawn Tupper, directeur général, Développement de la politique sociale;

Dominique La Salle, directeur général, Secrétariat des politiques sur les aînés et les pensions;

Roman Habtu, gestionnaire, Politique de prestation de sécurité de vieillesse.

Ministère des Finances Canada

Frank Vermaeten, directeur général, Bureau du sous-ministre adjoint;

Krista Campbell, chef principal, Division des relations fédérales-provinciales;

Andrew Staples, chef intérimaire, Division des relations fédérales-provinciales.

#### **3 décembre 2007**

Institut canadien d'information sur la santé

Jean-Marie Berthelot, vice-président, programmes;

Christopher Kuchciak, chef de section, BDDNS/OCDE.

Centre canadien de politiques alternatives

Marc Lee, économiste principal.

À titre personnel

Robert Evans, professeur d'économie, Université de la Colombie-Britannique.

Joe Ruggeri, professeur d'économie, Université du Nouveau-Brunswick.

Agence de santé publique du Canada

Margaret Gillis, directrice, Division du vieillissement et des aînés/Bureau du secteur bénévole.

## **ANNEXE IV: LISTE DES TÉMOINS**

---

### **10 décembre 2007**

Société canadienne d'hypothèques et de logement

Luis Rodriguez, recherchiste principal;

Debra Darke, directrice, Développement des collectivités.

Association canadienne des soins de santé

Sharon Sholzberg-Gray, présidente et chef de la direction.

La Légion royale canadienne

Pierre Allard, directeur, Bureau d'entraide;

David MacDonald, consultant, Centre d'excellence de logement de la Légion.

À titre personnel

Marcus J. Hollander, président, Hollander Analytical Services Ltd.

Margaret Isabel Hall, professeure adjointe, Faculté de droit, Université de la Colombie-Britannique.

### **28 janvier 2008**

Association canadienne des automobilistes

David M. Munroe, président du conseil d'administration CAA national;

Christopher White, vice-président, Affaires publiques.

L'Association médicale canadienne

D<sup>r</sup> Briane Scharfstein, secrétaire général associé, Affaires professionnelles.

Université Lakehead

D<sup>r</sup> Michel Bédard, chaire de recherche du Canada en vieillissement et santé.

Le centre de réadaptation, Hôpital d'Ottawa

D<sup>r</sup> Shawn Marshall, professeur associé.

Canadian Centre for Elder Law Studies

Laura Watts, directrice national.

Société Alzheimer de la Nouvelle-Écosse

Jeanne Desveaux, présidente.

**4 février 2008**

Service correctionnel du Canada

Ross Toller, commissaire adjoint, Opérations et programmes  
correctionnels;

Leslie MacLean, commissaire adjointe, Services de santé.

Bureau de l'Enquêteur correctionnel

Ed McIsaac, directeur exécutif;

Howard Sapers, enquêteur correctionnel.

L'Association canadienne des Sociétés Elizabeth Fry

Kim Pate, directrice exécutive.

Bureau d'assurance du Canada

Mark Yakabuski, président et chef de la direction.

Fédération des ordres des médecins du Canada

Fleur-Ange Lefebvre, directrice générale et chef de la direction.

**11 février 2008**

Statistique Canada

René Morissette, directeur adjoint à la recherche, Division de  
l'analyse des entreprises et du marché du travail;

Garnett Picot, directeur général, Analyse socio-économique et  
commerciale;

Ted Wannell, directeur adjoint, Division de l'analyse des  
enquêtes auprès des ménages et sur le travail.

À titre personnel

John Myles, chaire de recherche et professeur de sociologie,  
Université de Toronto.

Derek Hum, professeur de sociologie, Université de Montréal.

Ressources humaines et Développement social Canada

Maxime Fougère, directeur adjoint, Prévisions et recherche sur le  
marché de travail.

Informetrica Limited

Richard Shillington, conseiller délégué principal.



## **ANNEXE IV: LISTE DES TÉMOINS**

---

Women Elders in Action

Alice West, présidente;  
Elsie Dean, attachée de recherche;  
Jan Westlund, coordinatrice.

### **7 avril 2008**

Université de Montréal

D<sup>r</sup> François Béland, professeur titulaire.

Conseil canadien de la santé

Donald Juzwishin, chef de la direction.

Association canadienne des soins palliatifs

Sharon Baxter, directrice générale.

Instituts de recherche en santé du Canada

Anne Martin-Matthews, directrice scientifique, Institut du vieillissement.

À titre personnel

Marcus J. Hollander, président, Hollander Analytical Services Ltd.

Société Alzheimer du Canada

Patricia Wilkinson, chef de service, Médias et communications;  
Betty Brousse, bénévole.

### **14 avril 2008**

Université Queen's

Kathleen Lahey, professeure de droit.

Association nationale des retraités fédéraux

Francis Bowkett, directeur exécutif;  
Bernard Dussault, agent principal de recherche et de communications.

Université McMaster

Michael Veall, professeur et président, Département d'économie.

Informetrica Ltd.

Bob Baldwin, associé principal.

À titre personnel

Kevin Milligan, professeur adjoint d'économie, Université de la Colombie-Britannique.

**28 avril 2008**

À titre personnel

Donald Paterson, professeur, École de kinésiologie, Faculté des sciences de la santé, Université de l'Ouest de l'Ontario.

Elaine Gallagher, directrice, Centre sur le vieillissement, Université de Victoria.

Alberta Centre for Active Living

Chad Witcher, représentant.

Canadian Urban Institute

Glen Miller, directeur, Éducation et recherche.

Seniors College of Prince Edward Island

Ian Scott, président.

Bénévole Canada

Ruth MacKenzie, présidente.

**5 mai 2008**

À titre personnel

Joe Ruggeri, professeur, Département d'économie, Université du Nouveau-Brunswick.

Byron Spencer, professeur d'économie, Université McMaster.

Centre canadien de politiques alternatives

Marc Lee, économiste principal.

**9 mai 2008**

Services communautaires de la municipalité régionale de Niagara

Carol Rudel, gestionnaire, Programmes communautaires des aînés;

Dominic Ventresca, directeur, aux Services aux aînés.

Centre d'accès aux soins communautaires de Hamilton Niagara

Haldimand Brant

Tom Peirce, directeur principal, Planification stratégique et intégration.

Réseau ontarien pour la prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées

Maureen Etkin, conseillère régionale, centre-ouest;

Gail MacKenzie-High, présidente, Niagara Elder Abuse Prevention Network.

## **ANNEXE IV: LISTE DES TÉMOINS**

---

- Société Alzheimer de la région de Niagara  
Marge Dempsey, chef de la direction par intérim.
- Ontario Home Care Association  
Susan D. VanderBent, directrice générale.
- Hamilton Council on aging  
Denise O'Connor, directrice générale;  
Carolyn Rosenthal, présidente, conseil d'administration.
- Services de soutien communautaire de Niagara  
Wendy Walker, directrice générale;  
Patricia Tooley, gestionnaire de programme;  
Pat Frank, président, conseil d'administration.
- Système de santé de Niagara  
Wendy Robb, directrice des soins médicaux, site de Port Colborne.
- Older Women's Network  
Thelma McGillivray, ancienne présidente.
- Corporation canadienne des retraités intéressés  
Christine Mounstevan, présidente, section de l'Ontario;  
Sylvia Hall, secrétaire-trésorière, section de l'Ontario.
- Centre d'activités des aînés de Rose City  
John Rose, vice-président.
- Comité consultatif sur l'accessibilité de Welland  
Russ Findlay, président.
- Comité consultatif des aînés de la Ville de Welland  
Doug Rapelje, représentant.
- Centre de santé communautaire Hamilton/Niagara  
Marcel Castonguay, directeur général.
- Foyer Richelieu  
André Tremblay, directeur général.
- À titre personnel  
Gary Atamanyk.
- Centre polyvalent des aînés francophones de Port Colborne  
Roland Méthot, président.
- VON Canada  
Marlene Slepko, directrice de succursale par intérim.

À titre personnel  
Ron Walker.

**12 mai 2008**

Centre sur le vieillissement de la Nouvelle-Écosse  
Pamela Fancey, directrice adjointe/attachée de recherche,  
Université Mount Saint Vincent.

Spencer House Seniors' Centre  
Deborah Dostal, directrice générale.

Community Links  
Sandra Murphy, directrice générale.

À titre personnel  
D<sup>r</sup> David Martell, Centre médical de Lunenburg.  
D<sup>r</sup> Chris MacKnight, professeur agrégé, Département de  
médecine, Université Dalhousie.  
D<sup>r</sup> Ken Rockwood, professeur de gériatrie, Université Dalhousie.  
Ministère des Finances, gouvernement de la Nouvelle-Écosse  
Elizabeth Cody, sous-ministre adjointe.

À titre personnel  
David Ward, membre, Acadia Lifelong Learning.  
G.A. Trudy Ward, membre, Acadia Lifelong Learning.  
Linda MacDonald, Elder Learners, Université Saint Mary's.

**13 mai 2008**

Fédération des citoyens âgés du Nouveau-Brunswick  
Ralph Smith, président.

Coalition pour les droits des âgés et des résidents des foyers de soins  
longue durée du Nouveau-Brunswick  
Hector Cormier, président;  
Cecile Cassista, directrice générale.

Association acadienne et francophone des aînées et âgés du Nouveau-  
Brunswick  
Jean-Luc Bélanger, président.

La Légion royale canadienne, direction du Nouveau-Brunswick  
Dennis Driscoll, président, Comité des anciens combattants et  
des âgés.

## **ANNEXE IV: LISTE DES TÉMOINS**

---

### Santé Canada

Debra Keays-White, directrice régionale, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, région de l'Atlantique;  
Peter McGregor, conseiller spécial, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Soins à domicile et communautaires;  
Wade Were, conseiller principal par intérim, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Politiques et planification stratégique.

### Secrétariat aux aînés de l'Île-du-Prince-Édouard

Faye Martin, directrice par intérim;  
Anna Duffy, coprésidente.

## **16 mai 2008**

### À titre personnel

Dr. Réjean Hébert, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke.  
D<sup>re</sup> Hélène Payette, Professeure, Département de sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke.

### Centre de recherche sur le vieillissement

Dr. Stephen Cunnane, directeur.

### Association estrienne pour l'information et la formation aux aînées et aînés (AEIFA)

Sylvie Morin, coordinatrice.

### Agence Continuum Inc.:

Hélène Gravel, présidente.

### Conseil des aînés du Québec

William Murray, agent de recherche.

### Table régionale de concertation des aînées et des retraités de l'Estrie

Paul Rodrigue, trésorier;  
Jacques Demers, secrétaire.

### Université du troisième âge

Gilles Beaulieu, agent de développement.

À titre personnel

Marie Beaulieu, professeure, Service social, Université  
Monique Joyal-Painchaud;  
Gilles Grenier;  
André Fréchette.

**2 juin 2008**

Villa Youville

Jean Balcaen, président.

Santé Sud-Est Inc.

Aurèle Boisvert, président.

Centre Taché et Foyer Valade

Charles Gagné, directeur général.

Conseil communauté en santé du Manitoba

Annie Bédard, directrice générale.

Fédération des aînés franco-manitobains Inc.

Thérèse Dorge, présidente;  
Gérald Curé, directeur général.

À titre personnel

D<sup>r</sup> Gérald Gobeil;  
Louis Bernardin.

Santé Canada

Jim Wolfe, directeur régional, Manitoba.

Centre de services aux aînés autochtones de Winnipeg

Thelma Meade, directrice générale.

Centre d'amitié indien et métis de Winnipeg

Dennis Sinclair, gestionnaire de programme.

Menno Home for the Aged

Maris Krentz, administratrice intérimaire.

Steinbach 55 Plus

Pat Porter, présidente;  
Dianna White, directrice générale.

## **ANNEXE IV: LISTE DES TÉMOINS**

---

Club de l'Amitié  
Paulette Sabot, trésorière.

Rest Haven Nursing Home  
Tannis Nickel, directrice, Services infirmiers.

Santé Sud-Est Inc.  
Sylvia Nilsson-Barkman, spécialiste de programme en services  
aux aînés.

### **4 juin 2008**

411 Seniors Centre Society  
Margaret Coates, directrice générale.

Providence Health Care  
Dre Sharon Koehn, associée de recherche, Centre pour le  
vieillissement en santé.

À titre personnel  
Eunju Hwang, boursière de la B.C. Real Estate Foundation,  
Université Simon Fraser, Gerontology Research Centre.

MOSAIC  
Eyob G. Naizghi, directeur général.

Progressive Intercultural Community Services Society  
Charan Gill, chef de la direction.

S.U.C.C.E.S.S.  
Alice Choi, administratrice.

Collingwood Neighbourhood House  
Jo-Anne Stephens, coordonnatrice du programme des aînés.

BC Centre for Elder Advocacy and Support  
Penny Bain, secrétaire et directrice, conseil d'administration

Réseau canadien pour la prévention des mauvais traitements envers  
les aînés  
Charmaine Spencer, membre du conseil.

First Nations Health Council

Joe Gallagher (Kwunahmen), directeur principal.

BC Association of Aboriginal Friendship Centres

Lisa Mercure, coordonnatrice pour les aînés.

À titre personnel

Gregg Schiller, coordonnateur, BC Seniors Advocacy Network.

Bonnie O'Sullivan, coordonnatrice des activités sociales, 411 Seniors Centre Society.

Joanne Taylor, directrice générale, Nidus Personal Planning Resource Centre and Registry.

Steve Ellis.

## **5 juin 2008**

Council of Senior Citizens' Organizations of British Columbia

Gudrun Langolf, directrice.

B.C. Retired Teachers' Association

Cliff Boldt, directeur;

Reg Miller, membre du comité de parrainage.

Family Caregivers' Network Society

Barbara MacLean, directrice générale.

BC Seniors Living Association

Seona Stephen, vice-présidente.

Autorité sanitaire de l'île de Vancouver

D<sup>r</sup> Michael Cooper, chef de division de la psychiatrie gériatrique;

D<sup>re</sup> Marianne McLennan, directrice, aînés, Fin de la vie et santé spirituelle.

Saanich Peninsula Health Association

Lyne England, présidente.

À titre personnel

Carol Pickup, South Island Health Coalition.

Judith Cameron, directrice générale, Fairfield Activity Centre.

Dale Perkins, ministre du culte, Église Unie du Canada, presbytère de Victoria.

Elfreda Schneider.



## **ANNEXE IV: LISTE DES TÉMOINS**

---

Judith Johnson.

BC Medical Association

D<sup>r</sup> Duncan Robertson, gériatrie et soins palliatifs.

### **9 juin 2008**

Conseil national des aînés

Jean-Guy Soulière, président.

Fédération internationale du vieillissement

Jane Barratt, secrétaire générale.

Fédération nationale des retraités et des citoyens âgés

Joyce Mitchell, trésorière.

### **Liste des témoins : Première session de la trente-neuvième législature**

#### **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;

Margaret Gillis, directrice, Division du vieillissement et des aînés,  
Centre de développement de la santé humaine, Agence de santé  
publique du Canada.

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.

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**

Association du Canada pour les gens de 50 ans et plus (CARP)

Judy Cutler, directrice des Relations gouvernementales;

## **ANNEXE IV: LISTE DES TÉMOINS**

---

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.

### **12 février 2007**

Ressources humaines et Développement social Canada

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

### **19 février 2007**

À titre personnel

Victor Marshall, professeur de sociologie, Institut sur le vieillissement, University of North Carolina.

Susan Kirkland, professeure, Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement, Université Dalhousie.

Projet de recherche sur les politiques

Terrence Hunsley, directeur principal du projet.

Statistique Canada

Geoff Rowe, conseiller principal – microsimulation.

### **19 mars 2007**

À titre personnel

Jacques Légaré, professeur émérite de démographie, Université de Montréal.

Marcel Mérette, professeur agrégé en science économique, Université d'Ottawa.

Neena L. Chappell, chaire de recherche du Canada en gérontologie sociale et professeure en sociologie et Centre du vieillissement, Université de Victoria.

Gloria Gutman, professeure de gérontologie, Université Simon Fraser, et directrice du D<sup>r</sup> Tong Louie Living Laboratory.

### **26 mars 2007**

Statistique Canada

Leroy Stone, directeur général associé, Analyse du travail non rémunéré.

Danielle Zietsma, économiste principale, Division de la statistique du travail.

Conference Board du Canada

Paul Darby, économiste en chef adjoint.

Association des comptables généraux accrédités du Canada

Rock Lefebvre, vice-président, Recherche et normalisation.

À titre personnel

Derwyn Sangster, anciennement directeur, patronat, Centre syndical et patronal du Canada.

Brigid Hayes, anciennement directrice, syndicats, Centre syndical et patronal du Canada.

Monica Townson, expert-conseil en économie.

### **7 mai 2007**

Fédération internationale du Vieillissement

Jane Barratt, secrétaire générale.

Organisation de coopération et de développement économiques

Monika Queisser, experte en démographie du vieillissement, Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales.

Projet Healthy Ageing

Karin Beresson, gestionnaire de projet;

Barbro Westerholm, députée (Suède) et participante au projet Healthy Ageing.

Coalition d'une vie active pour les aîné(e)s

Dianne Austin, directrice exécutive nationale.

## **ANNEXE IV: LISTE DES TÉMOINS**

---

Creative Retirement Manitoba  
Marjorie Wood, directrice.

International Council on Active Aging  
Colin Milner, président-directeur général.

### **14 mai 2007**

Assemblée des Premières Nations  
Elmer Courchene, aîné;  
Richard Jock, président-directeur général.

Ralliement national des Métis  
Don Fiddler, conseiller principal en politiques.

Inuit Tapiriit Kanatami  
Okalik Eegeesiak, directrice, Développement socioéconomique;  
Jennifer Forsyth, conseillère technique en santé;  
Maria Wilson, coordinatrice de projets.

Pauktuutit Inuit Women of Canada  
Jennifer Dickson, directrice générale.

Association nationale des centres d'amitié autochtones  
Peter Dinsdale, directeur général;  
Alfred Gay, analyste en politique.

Aboriginal Seniors Resource Centre of Winnipeg  
Thelma Meade, directrice générale.

### **28 mai 2007**

Société Alzheimer du Canada  
Dale Goldhawk, président du conseil d'administration;  
Scott Dudgeon, président-directeur général.

Advocacy Centre for the Elderly  
Judith A. Wahl, directrice générale.

Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées  
Faith Malach, directrice générale.

Conseil ethnoculturel du Canada  
Anna Chiappa, directrice générale.

Fédération des aînées et aînés francophones du Canada  
Jean-Luc Racine, directeur général.

Réseau canadien pour la prévention des mauvais traitements envers les aîné(e)s  
Alison Leaney, présidente du conseil d'administration;  
Charmaine Spencer, membre du conseil d'administration.

**4 juin 2007**

L'honorable Marjory LeBreton, C.P., leader du gouvernement au Sénat et secrétaire d'État (Aînés).

Conseil national des aînés  
Jean-Guy Soulière, président.

Ressources humaines et Développement social Canada  
Susan Scotti, sous-ministre adjointe principale, Direction générale de la sécurité du revenu et de développement social.

Conférence des Tables régionales de concertation des aînés du Québec  
Jean-Guy Saint-Gelais, secrétaire et ex-président.

**11 juin 2007**

À titre personnel  
Janice M. Keefe, titulaire d'une Chaire de recherche du Canada sur les politiques relatives au vieillissement et à la prestation des soins et directrice du Nova Scotia Centre on Aging, Université Mount Saint Vincent.

Coalition canadienne des aidantes et aidants naturels  
Palmier Stevenson-Young, présidente.

Group of IX  
Bernie LaRusic, vice-président.

À titre personnel  
Judy Lynn Richard, professeure adjointe, Département de sociologies et anthropologie, Université de l'Île-du-Prince Édouard.

## **ANNEXE IV: LISTE DES TÉMOINS**

---

### **18 juin 2007**

Association canadienne des soins palliatifs  
Sharon Baxter, directrice générale;  
Lawrence Librach, vice-président.

Projet Pallium  
Michael Aherne, directeur, Développement de l'initiative.

Association canadienne de soins et services à domicile  
Nadine Henningsen, directrice générale.

## Annexe V : Coûts des soins en milieu communautaire et en établissement

**Total des coûts incombant aux aidants et des coûts sociaux, pour les clients en milieu communautaire et les clients en établissement<sup>236</sup>.**

Tableau 3-9 : Coûts incombant au gouvernement, aux clients ou aux aidants, et total des frais sociaux (clients en milieu communautaire et clients en établissement)<sup>39</sup>

|                                            | Niveau de soins<br>(en fonction des<br>scores SMAF) | Coûts<br>incombant au<br>gouvernement | Autres<br>coûts liés<br>aux soins<br>de santé | Total des<br>coûts<br>incombant au<br>gouvernement | Déboursés<br>des clients ou<br>des aidants | Coûts imputés aux services<br>rendus par les aidants      |                                                                          | Total des<br>coûts<br>incombant<br>aux clients<br>ou aux<br>aidants | Total des<br>coûts<br>sociaux |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
|                                            |                                                     |                                       |                                               |                                                    |                                            | Temps consacré<br>par les aidants<br>(salaire<br>minimum) | Temps<br>consacré par<br>les aidants<br>(salaire de<br>remplacement<br>) |                                                                     |                               |
| Clients en<br>milieu<br>communau-<br>taire | Niveaux 1 et 2                                      | 3 800                                 | 1 037                                         | 4 837                                              | 1 040                                      | 3 703                                                     | 13 371                                                                   | 14 411                                                              | 19 248                        |
|                                            | Niveau 3                                            | 5 388                                 | 743                                           | 5 905                                              | 2 493                                      | 5 000                                                     | 17 701                                                                   | 20 194                                                              | 26 099                        |
|                                            | Niveau 4                                            | 11 122                                | 1 661                                         | 12 783                                             | 1 915                                      | 7 985                                                     | 29 168                                                                   | 31 083                                                              | 43 866                        |
|                                            | Niveau 5                                            | 14 120                                | 755                                           | 14 875                                             | 3 848                                      | 12 877                                                    | 46 449                                                                   | 50 297                                                              | 65 172                        |
|                                            | Niveau 6 et +                                       | 11 878                                | 2 702                                         | 14 581                                             | 1 289                                      | 11 207                                                    | 40 974                                                                   | 42 263                                                              | 56 844                        |
|                                            | Moyenne générale                                    | 7 963                                 | 1 209                                         | 9 104                                              | 2 144                                      | 7 134                                                     | 25 760                                                                   | 27 904                                                              | 37 008                        |
| Clients en<br>établissement                | Niveau 4                                            | 62 576                                | 432                                           | 63 008                                             | 12 443                                     | 3 400                                                     | 11 796                                                                   | 24 239                                                              | 87 247                        |
|                                            | Niveau 5                                            | 62 576                                | 5 099                                         | 67 675                                             | 14 536                                     | 2 620                                                     | 9 081                                                                    | 23 617                                                              | 91 292                        |
|                                            | Niveau 6                                            | 62 576                                | 2 018                                         | 64 594                                             | 12 630                                     | 3 347                                                     | 11 833                                                                   | 24 463                                                              | 89 057                        |
|                                            | Niveau 7                                            | 62 576                                | 2 235                                         | 64 811                                             | 11 726                                     | 3 495                                                     | 12 249                                                                   | 23 975                                                              | 88 786                        |
|                                            | Niveau 8                                            | 62 576                                | 2 720                                         | 65 296                                             | 12 731                                     | 1 812                                                     | 6 322                                                                    | 19 053                                                              | 84 349                        |
|                                            | Niveau 9                                            | 62 576                                | 1 627                                         | 64 203                                             | 11 395                                     | 2 196                                                     | 7 725                                                                    | 19 120                                                              | 83 323                        |
|                                            | Moyenne générale                                    | 62 576                                | 2 599                                         | 65 175                                             | 12 495                                     | 2 772                                                     | 9 706                                                                    | 22 201                                                              | 87 376                        |

41

<sup>236</sup> Jo Ann Miller, Marcus Hollander et Margaret MacAdam, Projet de recherche sur les soins continus pour Anciens Combattants Canada et le gouvernement de l'Ontario : Rapport de synthèse, avril 2008. p. 36.







*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Public Works and Government Services Canada –  
Publishing and Depository Services  
Ottawa, Ontario K1A 0S5

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à :*  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –  
Les Éditions et Services de dépôt  
Ottawa (Ontario) K1A 0S5