

Comité sénatorial spécial sur le vieillissement

Deuxième rapport provisoire

Une population vieillissante : enjeux et options

L'honorable Sharon Carstairs, C.P., présidente
L'honorable Wilbert Joseph Keon, vice-président

Mars 2008

Pour plus d'information, prière de communiquer avec nous
par courriel : 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

This report is also available in English

Table des matières

Membres	iii
Ordre de renvoi	v
Chapitre 1 : Introduction.....	1
1.1 Aperçu des travaux du Comité.....	1
1.2 La définition des « aînés »	2
1.3 La diversité de la population des aînés.....	3
1.4 Approches stratégiques	4
1.5 Rôle du gouvernement fédéral.....	5
1.6 Organisation du présent rapport	6
1.7 Observations générales	8
Chapitre 2 : Vieillessement actif et âgisme.....	10
2.1 Vieillessement actif et vie active	10
2.2 Âgisme	18
Chapitre 3 : Travailleurs âgés, retraite et sécurité du revenu.....	20
3.1 Travailleurs âgés, régimes de pension et retraite	20
3.2 Revenus de retraite suffisants	23
3.3 Services et revenu.....	28
3.4 Politiques et programmes qui tiennent compte du cycle de la vie	29
Chapitre 4 : Vieillir en santé	31
4.1 Promotion de la santé et prévention des maladies.....	32
4.2 Soins sociaux.....	36
4.3 Spécialisation gérontologique et gériatrique	36
4.4 Maladies chroniques.....	37
4.5 Soins palliatifs et de fin de vie	37
4.6 Santé mentale, maladie mentale et démence	39
4.7 Groupes relevant de la compétence fédérale	39
Chapitre 5 : Vieillir à l'endroit de son choix	43
5.1 Logement.....	43
5.2 Soutien à domicile et soins à domicile	47
5.3 Soutenir la transition vers un système de soins intégré.....	50
5.4 Groupes relevant du gouvernement fédéral.....	51
Chapitre 6 : Répartition régionale des coûts en soins de santé aux aînés.....	55
6.1 Les aînés et le coût des soins de santé	55

TABLE DES MATIÈRES

6.2 Projections démographiques pour les provinces et les territoires	57
6.3 Tenir compte des besoins en dépenses dans les transferts fédéraux	60
Liste des options proposées	75
Liste des témoins – Deuxième session trente-neuvième législature.....	80
Liste des témoins – Première session trente- neuvième législature.....	84

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 Céline Hervieux-Payette, C.P., (ou Claudette Tardif) et
Marjory LeBreton, C.P., (ou Gérald Comeau)

En outre, les honorables sénateurs Joan Cook, Janis G. Johnson et
Lowell Murray, C.P., ont également participé aux délibérations des
comités.

Analystes du Service d'information et de recherche parlementaires,
Bibliothèque du Parlement :

Julie Cool
Michael Toye
Havi Echenberg
Michael Holden
Philippe Le Goff

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 jeudi 1^{er} novembre 2007 :

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

Qu'un comité spécial du Sénat soit chargé d'examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne et d'en faire rapport;

Que, en conformité avec l'article 85(1)b) du Règlement, le comité soit composé de sept membres, désignés par le Comité de sélection, et que trois membres constituent le quorum;

Que le comité examine la question du vieillissement dans notre société sur divers plans notamment :

- la promotion de la vie active et du bien-être;
- les besoins en matière de logement et de transport;
- la sécurité financière et la retraite;
- les mauvais traitements et la négligence;
- la promotion de la santé et la prévention;
- les besoins en matière de soins de santé, y compris en ce qui touche les maladies chroniques, la consommation de médicaments, la santé mentale, les soins palliatifs, les soins à domicile et la prestation de soins;

Que le comité examine les programmes et les services publics destinés aux aînés, les lacunes qu'il faut corriger pour répondre aux besoins des aînés, et les incidences du vieillissement de la population sur la prestation future des services;

Que le comité examine des stratégies sur le vieillissement mises en œuvre dans d'autres pays;

Que le comité examine le rôle et les obligations du Canada découlant du Plan d'action international sur le vieillissement des populations, établi à Madrid en 2002;

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 session de la trente-neuvième législature soient renvoyés au comité;

Que le comité présente son rapport final au plus tard le 30 juin 2008, et qu'il conserve tous les pouvoirs nécessaires pour diffuser ses conclusions dans les 90 jours suivant le dépôt du rapport final;

Et sur la motion d'amendement de l'honorable sénateur Comeau, appuyée par l'honorable sénateur Tkachuk, que l'on modifie la motion en substituant aux mots « le 30 juin 2008 » les mots « le 31 mars 2008 » au dernier paragraphe.

La motion principale, telle que modifiée, mise aux voix, est adoptée.

Extrait des Journaux du Sénat du jeudi 28 février 2008 :

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

Que, par dérogation à l'ordre adopté par le Sénat le 1er novembre 2007, la date pour la présentation du rapport final du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, sur les incidences du vieillissement de la société canadienne, soit reportée du 31 mars 2008 au 30 septembre 2008 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

Chapitre 1 : Introduction

1.1 Aperçu des travaux du Comité

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement s'est vu confier à sa création, en novembre 2006, un vaste mandat visant l'examen d'un large éventail de questions complexes, allant de la sécurité financière et de la retraite aux maladies chroniques et aux soins palliatifs, afin de déterminer si nous offrons les programmes et les services appropriés au moment opportun aux personnes qui en ont besoin. En examinant ces questions selon une perspective de santé publique, le Comité étudiera les programmes et les services publics destinés aux aînés, trouvera les lacunes dans la façon de répondre à leurs besoins et analysera les incidences sur la prestation de services dans l'avenir, à mesure que la population vieillira.

En février 2007, le Comité a publié un rapport provisoire intitulé *Relever le défi du vieillissement*, dans lequel il a résumé les conclusions de la première phase de l'étude. Dans ce rapport, le Comité a articulé les principaux enjeux autour de quatre grands thèmes : la définition des « aînés »; la diversité de la population des aînés et de leurs besoins; les approches stratégiques prometteuses; le rôle du gouvernement fédéral. En se servant de ces thèmes pour structurer ses travaux, le Comité a entrepris d'examiner ces enjeux de façon approfondie au cours de la deuxième phase de son étude. Il a notamment tenu une série d'audiences et fait parvenir un questionnaire à des organismes d'aînés de toutes les régions du Canada afin de connaître leurs vues sur des enjeux importants pour eux.

Le présent rapport provisoire est le fruit des travaux du Comité pendant la deuxième phase de l'étude. Le Comité 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. Les enjeux et les options contenus dans le rapport ont été présentés par les témoins qui ont comparu devant le Comité et les personnes qui ont répondu au questionnaire. Il pourrait toutefois y avoir d'autres options valables qui n'ont pas encore été formulées.

Au cours de la prochaine et dernière phase de l'étude, le Comité entend inviter des témoins experts à des tables rondes et se déplacer dans toutes les régions du Canada afin de connaître l'avis des

Canadiens sur les enjeux et les options présentés et d'élaborer ensuite ses recommandations finales.

Certaines observations préliminaires concernant les quatre grands thèmes autour desquels se sont articulées les délibérations de la deuxième phase sont présentées ci-après. Les thèmes seront traités en profondeur dans le rapport final.

1.2 La définition des « aînés »

Dans son premier rapport provisoire, le Comité a défini trois grands groupes d'âge chez les aînés : le troisième âge, qui s'entend des aînés en santé, en forme et plutôt à l'aise financièrement; le quatrième âge, qui regroupe les personnes qui ralentissent le rythme et qui ont moins d'argent et de ressources; le cinquième âge, qui compte des personnes très âgées aux besoins physiques et sociaux particuliers. Des témoins ont déclaré que le cycle de vie comporte quatre phases, soit « la jeunesse, l'âge adulte, un nouveau troisième âge qui va de la retraite à la vieillesse, et repoussé à un quatrième âge, ce qu'on appelait jadis le troisième âge¹ ». L'âge chronologique comme critère de la vieillesse tend à disparaître. Les capacités remplacent de plus en plus l'âge comme point de référence pour le comportement ou les droits. Parallèlement, la vieillesse se définit par la perte d'autonomie ou un mauvais état de santé.

La perte d'autonomie et le mauvais état de santé ne touchent pas que les aînés. Des Canadiens de tous âges peuvent les vivre de façon temporaire ou permanente. Par conséquent, les programmes et politiques visant à maximiser l'autonomie et la santé ne sont pas seulement des enjeux relatifs aux aînés, et pourraient être utiles à tous les Canadiens. Le Comité reconnaît que certains aînés plus âgés sont aux prises avec des problèmes de mobilité et de logement; toutefois, les aménagements à faire pour créer des villes adaptées aux besoins des aînés obligeront la société à adopter le précepte appuyé d'une longue expérience selon lequel nous ne sommes tous physiquement aptes que temporairement. De plus, le fait de trouver des solutions à la myriade de problèmes que les dernières années de la vie comportent pour les personnes, les familles, le système de santé et la société profitera à tous les Canadiens, que les dernières années de la vie se déroulent pendant la jeunesse, l'âge mûr ou la vieillesse.

¹ Jacques Légaré, professeur émérite de démographie, Université de Montréal, *Témoignages*, 19 mars 2007.

La génération du baby-boom redéfinira fort probablement la vieillesse et la retraite. Les jeunes aînés sont généralement en meilleure santé et mieux nantis que ceux des générations précédentes. De nos jours, les aînés mènent une vie saine et active. Ils sont de plus en plus présents au sein de la population active. Les aînés bénévoles donnent beaucoup plus d'heures que leurs homologues plus jeunes.

Dans son premier rapport provisoire, le Comité a soulevé la question de la modification de l'âge d'admissibilité aux programmes destinés aux aînés compte tenu de l'espérance de vie saine plus longue pour la plupart des Canadiens. La majorité des témoins qui ont traité de cette question ont dit craindre qu'une hausse de l'âge d'admissibilité n'ait une incidence négative sur les aînés plus vulnérables sans donner lieu à un changement important du comportement des aînés mieux nantis. Comme il sera démontré dans les prochains chapitres, une approche plus efficace consisterait peut-être à donner à la population vieillissante les moyens de demeurer active, « comme elle le ferait si elle n'était pas confrontée à des facteurs désincitatifs et à des priorités stratégiques concurrentes, tout en assurant la prestation des services de santé et sociaux dont nous avons besoin en tant que nation² ».

1.3 La diversité de la population des aînés

Les témoignages entendus et les réponses au questionnaire envoyé aux organismes d'aînés de toutes les régions du Canada ont fait comprendre au Comité que, comme c'est le cas pour les autres groupes d'âge, les aînés forment un groupe très diversifié ayant une vaste gamme d'attentes, de besoins et d'intérêts.

Dans son premier rapport provisoire, le Comité a décrit les écarts importants entre les Autochtones canadiens et les non-Autochtones canadiens en ce qui a trait aux résultats sur le plan de la santé et à l'espérance de vie. Il y a aussi des disparités entre les aînés immigrants et les aînés non immigrants. Comme les pays d'origine de l'immigration varient au fil du temps (diminution du nombre d'arrivants de l'Europe et des États-Unis et augmentation de celui d'Asie et du Moyen-Orient), cette variation se reflète également chez les personnes de 65 à 74 ans. Le pourcentage d'aînés immigrants qui ne parlent ni l'une ni l'autre langue officielle a augmenté à la longue, passant de 4 % chez ceux qui sont arrivés au Canada avant

² Association des comptables généraux accrédités du Canada, *Témoignages*, 26 mars 2007, p. 4.

1961 à 50 % chez ceux qui sont venus s'installer ici de 1991 à 2001. Ces variations nécessiteront des modifications au mode de présentation des programmes et des services destinés aux aînés.

En plus de la diversité qui existe au sein de la population des aînés, il y a des différences régionales quant aux conséquences possibles du vieillissement de la population. Les incidences de ces différences sont traitées plus à fond au chapitre 6.

Comme le Comité veut connaître les points de vue sur les enjeux et les options présentés dans le présent rapport provisoire, il demandera aux Canadiens si les options reflètent les divers besoins, situations et aspirations de chacun.

1.4 Approches stratégiques

Dans son premier rapport provisoire, le Comité a cherché à déterminer s'il faut adopter un cadre d'orientation qui permettrait de mieux répartir le travail productif sur toute la durée de vie et de fournir aux Canadiens plus âgés des occasions de participer de façon active, créative et intéressante à la société. Le Comité a appris ce qui suit :

Les débats sur la politique concernant le vieillissement peuvent renvoyer à deux sujets très différents, l'un étant le vieillissement individuel qui met l'accent sur les politiques se rapportant aux personnes âgées. Nous abordons les grandes questions comme le caractère adéquat du revenu de pension, la participation active des personnes âgées à la vie communautaire et la façon dont la politique appuie les passages – souvent vers les derniers stades de la vie – à une santé fragile et une incapacité. L'autre sujet est celui du vieillissement de la population, qui met l'accent sur la façon dont la structure des générations en évolution et la taille de la population se répercutent sur la politique. Les discussions à cet égard tendent à se concentrer sur les conséquences financières du vieillissement de la population, les effets sociaux et économiques d'un effectif âgé et de la fluctuation du taux des consommateurs par rapport aux producteurs, et les questions entourant l'éducation continue ainsi que le

moment choisi et la progression des passages à la retraite³.

Le mandat du Comité cadrerait mieux avec la première série de questions. Les enjeux et options énoncés dans le présent rapport démontrent toutefois que le fait de se pencher sur les enjeux relatifs aux personnes âgées permet de procéder à un nouvel examen de la façon dont sont franchis les différents passages de la vie, plus particulièrement dans les chapitres sur le vieillissement à l'endroit de son choix, le vieillissement actif, et le travail et la retraite.

Les enjeux et les options du présent rapport reflètent également le fait que le vieillissement est un processus qui s'étend sur toute la vie; certaines des options visant à améliorer la santé et le bien-être chez les aînés doivent s'appliquer à toutes les étapes de la vie et non seulement lorsqu'on avance en âge.

1.5 Rôle du gouvernement fédéral

Lorsque les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont entrepris l'élaboration d'un cadre national sur le vieillissement à la fin des années 1990, ils ont consulté les aînés au sujet des principales valeurs qui devraient sous-tendre ce cadre. Le Comité a appris que les valeurs que sont la dignité, l'autonomie, la participation, l'équité et la sécurité continuent d'être pertinentes aujourd'hui. Elles seront à la base des enjeux et des options faisant l'objet du présent rapport.

Lorsque le Comité a tenté d'établir le rôle approprié de chaque ordre de gouvernement, un thème récurrent qui a été soulevé est celui du maintien de la liberté de choix – quant au moment de la retraite et de l'endroit où vivre. Le Comité reconnaît l'importance du rôle que jouent les particuliers, les organismes à but non lucratif, le secteur privé et les divers ordres de gouvernement pour assurer aux aînés un large éventail de choix. Il a appris que les choix sont plus nombreux pour ceux qui ont une grande sécurité financière, et plus restreints pour les aînés à faible revenu, de même qu'ils sont plus nombreux dans les régions urbaines que dans les régions rurales. L'éventail de choix varie également parmi les groupes qui sont sous la responsabilité du gouvernement fédéral; ils sont plus nombreux pour

³ Mémoire, *Comparution devant le Comité spécial sur le vieillissement*, Peter Hicks, directeur exécutif, Direction générale de l'analyse stratégique, de la vérification et de l'évaluation, RHDSC, 12 février 2007, p. 1.

les anciens combattants que pour les aînés des Premières nations et les aînés inuits.

De nombreux programmes et services pour les Canadiens âgés sont offerts par les gouvernements provinciaux et territoriaux. Certaines des options proposées dans le présent rapport reflètent le rôle que le gouvernement du Canada peut jouer pour faciliter l'échange d'information et de pratiques exemplaires entre les provinces et les territoires. D'autres options portent clairement sur des programmes et des domaines de compétence fédéraux.

Le gouvernement fédéral fournit directement des services de santé à certains groupes dont il est responsable (Premières nations et Inuits). Il fournit également des services de santé aux anciens combattants admissibles, aux demandeurs du statut de réfugié et aux détenus des pénitenciers fédéraux. Avant de rédiger son rapport final, le Comité voudra examiner attentivement les programmes et les politiques concernant ces populations. La crédibilité du gouvernement fédéral en matière de services aux aînés dépend dans une large mesure du rôle prépondérant qu'il jouera pour répondre aux besoins des groupes dont il est directement responsable. Cette question sera traitée de façon plus approfondie dans le rapport final du Comité.

1.6 Organisation du présent rapport

Le présent rapport est organisé en chapitres portant sur des enjeux particuliers : le vieillissement actif; les travailleurs âgés, la retraite et la sécurité du revenu; le vieillissement en santé; le vieillissement à l'endroit de son choix; la distribution régionale des frais de santé liés au vieillissement. Plusieurs options stratégiques sont proposées pour donner suite aux enjeux soulevés dans chaque chapitre. Certaines sont complémentaires, d'autres s'excluent mutuellement. Le Comité mènera à bien son étude et consultera les Canadiens sur ces options afin d'élaborer une série complète de recommandations pour son rapport final.

Voici un bref aperçu des enjeux et des options sur lesquels portent les différents chapitres :

Pour assurer leur bien-être, il importe que les aînés canadiens restent physiquement et mentalement actifs. Le chapitre 2 présente une série d'enjeux et d'options concernant la maximisation des possibilités pour les aînés d'être des membres actifs de la société de diverses façons : bénévolat, études, activités sociales et

intergénérationnelles, activité physique. Il examine de quelle façon l'âgisme peut nuire à la participation active des aînés et présente des options visant à faire disparaître les attitudes discriminatoires envers les personnes âgées.

Les témoins ont préconisé au sujet de la retraite une souplesse qui permettrait aux travailleurs âgés qui le souhaitent de continuer à travailler après 65 ans. Par ailleurs, le Comité reconnaît que les personnes qui veulent prendre leur retraite ne devraient pas être obligées de continuer à travailler. Le chapitre 3 présente des options relatives au travail, à la retraite et au revenu.

Le Comité a entendu dire à maintes reprises que la santé est essentielle à la qualité de vie des aînés canadiens. Les Canadiens vivent non seulement plus longtemps, mais ils vivent également plus longtemps en bonne santé. Reconnaisant que le vieillissement est souvent associé au déclin physique et mental, le Comité a recherché des options visant à renforcer la santé, à accroître l'activité et à favoriser l'épanouissement pendant la vieillesse. Le chapitre 4 présente des options sur les services dont les Canadiens âgés ont besoin pour assurer la prévention et la gestion de leur santé mentale et physique ainsi que le traitement des problèmes à cet égard.

Le Comité a appris que l'accent mis par le système de santé sur le « traitement » peut détourner des aspects liés aux « soins » qui contribuent à maintenir une qualité de vie. Le chapitre 5 donne un aperçu des enjeux et des options concernant la possibilité de vieillir à l'endroit de son choix. La plupart des aînés ont manifesté une préférence marquée pour la possibilité de continuer à rester dans leur domicile lorsqu'ils vieillissent. Des mécanismes de soutien sont parfois nécessaires pour permettre aux aînés de vieillir à l'endroit de leur choix. La structure actuelle de la main-d'œuvre fait en sorte que les membres de la famille et les amis ont souvent beaucoup de difficulté à concilier les responsabilités professionnelles et les soins à donner à une personne âgée en perte d'autonomie. Des mécanismes de soutien officiels peuvent compléter l'appui assuré par les membres de la famille. Les mécanismes de soutien officiels pour les aînés comportent des différences considérables d'une région à l'autre du pays. Le chapitre 5 présente des options relatives au logement, au logement supervisé, aux établissements de soins de longue durée, aux soins à domicile, aux aidants naturels et à une plus grande intégration des systèmes de santé et de soutien social dans les provinces et les territoires.

Le Comité a appris que la mobilité de la main-d'œuvre a exacerbé le phénomène du vieillissement de la population dans certaines régions, notamment le Canada atlantique. Étant donné que le coût des soins de santé est plus élevé pour les aînés que pour tout autre groupe d'âge⁴, le financement de la santé par habitant au moyen du Transfert canadien en matière de santé pourrait ultérieurement élargir l'écart entre les différents ensembles de services que les gouvernements provinciaux et territoriaux pourront offrir aux aînés à mesure que la population vieillira. Le Comité cherchera à déterminer s'il y a lieu d'accorder plus d'attention à cette situation au chapitre 6.

1.7 Observations générales

Le vieillissement de la population résulte à la fois d'une espérance de vie plus longue et du vieillissement de la génération du baby-boom (c.-à-d. les personnes nées entre 1947 et 1966 inclusivement). Il importe de signaler que, du simple fait de sa taille, la cohorte du baby-boom a influé sur les caractéristiques de la population à mesure que ses membres ont avancé en âge. Selon l'éminent démographe canadien David Foot, puisque cette génération est majoritaire au sein de la population canadienne, son vieillissement entraîne le vieillissement de la population canadienne, ce qui a des répercussions importantes sur la société et les gouvernements. À mesure que les membres de cette cohorte arriveront à la retraite, il y aura vraisemblablement une demande accrue de services pour les aînés.

Plusieurs témoins ont toutefois avisé le Comité que la cohorte qui suit la génération du baby-boom est considérablement plus petite que cette dernière. Certains ont recommandé au Comité de ne pas trop en faire pour la cohorte du baby-boom et de reconnaître la nature temporaire de cette évolution démographique. Le Comité en tient compte dans sa réflexion sur les enjeux et les options.

Le Comité fait remarquer que les personnes et les organisations sont en mesure de s'adapter au changement. Les besoins changeants qui découleront du vieillissement de la génération du baby-boom donnent l'occasion de réfléchir de façon créative à l'éducation, au travail, à la famille et aux loisirs pendant le cycle de vie. Par exemple, comme nous vivons en santé pendant de plus longues périodes, il est possible d'imaginer que nous repenserons l'habituel passage des études au travail, puis à la retraite de manière à avoir une plus grande

⁴ À l'exception des enfants de moins d'un an.

souplesse à toutes les étapes de la vie. Le cas échéant, le vieillissement de la population ne sera pas seulement un défi à relever, mais également une occasion à saisir.

Chapitre 2 : Vieillissement actif et âgisme

Le Comité croit que le fait de rester physiquement et mentalement actif est essentiel au bien-être des Canadiens âgés. Le Comité a appris que le vieillissement sain et une vie active sont des approches stratégiques intéressantes à explorer pour tenir compte du vieillissement de la population. Le vieillissement sain n'est pas un sujet qui touche uniquement les personnes âgées; il a trait également aux expériences vécues au cours de la vie qui se traduisent par une qualité de vie élevée à un âge avancé. Le présent chapitre énonce une série d'enjeux et d'options que les témoins ont présentés au Comité au sujet de la maximisation des possibilités pour les aînés d'être des membres actifs de la société de diverses façons : bénévolat, études, activités sociales et intergénérationnelles, et activité physique.

L'âgisme est l'un des principaux obstacles à surmonter pour faciliter le vieillissement actif. Les préjugés et les stéréotypes concernant le vieillissement limitent indûment la valeur intrinsèque des personnes âgées dans la société. Le présent chapitre examine également de quelle façon l'âgisme peut restreindre la participation active des aînés et énonce des options visant à supprimer les attitudes négatives envers le vieillissement.

Le Comité est conscient qu'il peut y avoir d'autres options encore non relevées qui encourageraient le vieillissement actif et la vie active et qui feraient la guerre à l'âgisme; aussi, est-il ouvert aux discussions à ce propos ou au sujet des options décrites dans le présent chapitre.

2.1 Vieillissement actif et vie active

On a fait savoir au Comité que le bien-être des aînés canadiens dépend des possibilités qu'ils ont de demeurer actifs sur les plans physique et mental. Dans un rapport publié récemment par Statistique Canada, il est indiqué que de nombreuses études ont fait ressortir une corrélation étroite entre les relations sociales positives et la santé physique et mentale et que le manque de relations sociales a également été identifié comme un facteur de risque de développer des problèmes de santé.

Malgré cela, les éléments d'information donnent à penser que les aînés ne reconnaissent peut-être pas qu'il importe de rester actifs. En fait, on a dit au Comité que certains pensent que ralentir la cadence

protégera leur santé, qu'ils pourront ainsi vivre plus longtemps et en meilleure santé, mais les recherches démontrent que l'inactivité accélère le vieillissement.

Le Comité a appris que, si une personne a été physiquement active tout au long de sa vie et si elle a joué un rôle actif au sein de sa collectivité, alors il est fort possible que cela ne change pas après sa retraite. Par contre, les gens qui sont restés enfermés dans leur foyer, qui ne se sont pas investis dans leur collectivité ou qui n'ont pas été physiquement actifs éprouveront plus de difficultés à commencer après leur retraite.

Pour faire la promotion de la vie active, il faut se pencher sur les enjeux de l'aménagement urbain, du transport et du logement. Il faut que les villes, les localités et les villages soient mieux adaptés aux besoins des aînés, c'est-à-dire qu'ils leur permettent de se rendre où ils doivent et veulent aller, de participer à des activités récréatives, sociales et communautaires, et d'accéder aux services de soutien dont ils ont besoin. Le *Guide des villes-amies des aînés*, produit par l'Organisation mondiale de la santé, propose des façons d'adapter davantage les villes aux besoins des personnes âgées.

Le document *Initiative des collectivités rurales et éloignées amies des aînés : un guide* a été produit au Canada et a pour but d'aider les collectivités rurales et éloignées à définir les obstacles communs; il vise aussi à favoriser le dialogue et l'action pour le développement de villes adaptées aux aînés.

La diversité entre Canadiens existe également chez les aînés. Les divers groupes d'aînés ont des besoins différents. Par exemple, le Comité sait qu'il est important de prendre en considération les rôles que les femmes ont pu jouer durant leur vie et les conséquences de ces rôles à un âge avancé. Le rôle de l'aidant naturel se répercute sur la sécurité financière à un âge avancé et sur le temps disponible pour des activités à l'extérieur du foyer. La culture façonne aussi les intérêts et les attentes à l'égard du temps libre.

Options qui faciliteraient le bénévolat

Le bénévolat a de nombreuses retombées positives pour les bénéficiaires comme pour les bénévoles, et il est étroitement lié à l'interdépendance sociale. Contrairement à la croyance populaire, les gens sont moins enclins à faire du bénévolat à la retraite. Malgré cela, le nombre moyen d'heures de bénévolat augmente dans l'ensemble

avec l'âge, passant de 139 heures pour les jeunes à 245 heures pour les personnes âgées. On a mentionné au Comité que, outre le bénévolat structuré, de nombreux Canadiens âgés prodiguaient des soins de façon informelle à leurs familles et collectivités. Des études indiquent que les immigrants âgés sont plus enclins à venir en aide à leurs familles et communautés sans passer par un organisme. Le soutien non structuré occupe également une place importante dans les collectivités autochtones.

Les options suivantes faciliteraient le bénévolat :

1- Instaurer des crédits d'impôt pour le bénévolat

Une façon d'encourager le bénévolat consisterait à accorder une reconnaissance financière pour le temps consacré à des activités bénévoles. Des crédits d'impôt à cet égard pourraient ainsi favoriser le bénévolat.

2- Assurer le financement pluriannuel des activités bénévoles

La discontinuité du financement est source de mécontentement chez les bénévoles. Il est recommandé d'encourager les gouvernements à fournir un financement pluriannuel afin d'assurer la continuité du travail des bénévoles.

3- Investir dans l'infrastructure des organismes bénévoles

L'une des difficultés auxquelles se heurtent les organismes bénévoles est le manque de ressources leur permettant de conserver un bassin de bénévoles. Le soutien financier nécessaire à une solide infrastructure pour le recrutement, la sélection, la formation, l'encadrement, l'évaluation et la reconnaissance au sein du secteur bénévole pourrait faciliter le bénévolat.

4- Créer un programme de jumelage des compétences

Des recherches effectuées par Bénévoles Canada révèlent que les membres de la génération du baby-boom constituent un groupe possible de bénévoles qui est plus exigeant, qui cherche des occasions d'épanouissement, qui veut utiliser son temps de façon innovatrice et qui est en quête d'expériences intéressantes et enrichissantes. Un programme fédéral conçu pour mettre à profit les compétences d'éventuels bénévoles en fonction des besoins de la collectivité pourrait faciliter le bénévolat.

5- Promouvoir et reconnaître le bénévolat tout au long de la vie

On a dit au Comité qu'il existe un lien intime entre la promotion du bénévolat auprès des aînés et la promotion du bénévolat tout au long du cycle de vie. Le Comité aimerait savoir comment promouvoir le bénévolat auprès de tous les Canadiens de façon qu'ils puissent goûter aux bienfaits du bénévolat à un âge avancé. Il serait possible de promouvoir le bénévolat auprès des gens de tous âges grâce à un programme d'éducation publique.

Options concernant l'éducation et l'apprentissage continu

On a dit au Comité que les possibilités d'éducation permettent aux aînés non seulement de développer de nouveaux intérêts, mais aussi de continuer à jouer un rôle actif au sein de la collectivité. L'apprentissage continu permet aux aînés de maintenir un niveau élevé de participation au sein de la population active et d'accroître leur qualité de vie du fait qu'ils se sentent plus heureux, en meilleure santé, plus respectés et plus autonomes. On lui a dit aussi que l'apprentissage actif contribue à entretenir la santé du cerveau en prévenant la perte des fonctions cérébrales et des habiletés cognitives comme la mémoire, le raisonnement et le jugement.

Bien que des aînés suivent des cours en rapport avec leur emploi rémunéré, un témoin a mentionné au Comité que les aînés participent aux activités de formation continue pour le simple plaisir d'apprendre, de socialiser et d'atteindre un but. Comme dans le cas du bénévolat, les gens sont davantage enclins à profiter des possibilités d'apprentissage à un âge avancé s'ils l'ont fait tout au long de leur vie. Par conséquent, les efforts faits pour promouvoir l'apprentissage continu tout au long de la vie profitent à tout le monde, y compris aux aînés. Les aînés reconnaissent-ils les bienfaits de l'apprentissage continu pour la santé mentale? Les Canadiens âgés veulent-ils participer à des activités d'éducation? De telles activités leur sont-elles offertes? Quels sont les obstacles à leur participation? Les aînés sont-ils au fait des activités qui leur sont offertes?

Il existe au pays un certain nombre de programmes novateurs qui favorisent l'apprentissage chez les aînés. On a toutefois indiqué au Comité que de nouveaux programmes pourraient être créés plus rapidement si les fournisseurs avaient l'occasion de se rencontrer pour échanger des idées et mettre en commun leurs pratiques exemplaires.

Le Comité remarque que l'apprentissage continu, le travail et la participation à la société forment l'un des trois piliers du bien-être des aînés, qui sont définis par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des aînés. Les options suivantes amélioreraient l'accès aux possibilités d'apprentissage continu :

6- Élargir les crédits d'impôt pour études

Le gouvernement a instauré des crédits d'impôt pour études à l'intention des personnes qui suivent des cours accrédités. Conviendrait-il d'offrir ces crédits aux personnes âgées et, partant, d'élargir la définition des cours admissibles?

7- Promouvoir un site Web consacré à l'apprentissage continu

Il conviendrait de promouvoir l'échange de renseignements entre fournisseurs de services d'apprentissage continu pour les aînés au pays, notamment au moyen d'un site Web annoncé à grand renfort de publicité et contenant des liens avec les collectivités du pays.

8- Mener une campagne de sensibilisation à l'apprentissage continu

On pourrait faire valoir les retombées positives de l'apprentissage continu sur la santé mentale dans le cadre d'une campagne de sensibilisation.

Options concernant les relations sociales et intergénérationnelles

Les relations sociales et intergénérationnelles sont très importantes pour la santé mentale des aînés. Au chapitre de la participation sociale, on a indiqué au Comité qu'il existe des différences entre les aînés selon le groupe d'âge. Les aînés ont légèrement tendance à réduire leur niveau de participation avec le temps.

Dans une recherche sur l'isolement social, demandée par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des aînés, on a déterminé que les personnes suivantes sont plus susceptibles d'être touchées par l'exclusion sociale : les femmes très âgées, les aînés peu instruits, les aînés vivant dans les régions urbaines, les immigrants âgés, les aînés célibataires et les aînés dont l'état de santé restreint le niveau d'activité.

Dans cette recherche, il est indiqué en conclusion que l'exclusion sociale guette particulièrement les immigrants âgés même s'ils se trouvent au Canada depuis longtemps. On ne sait pas vraiment s'ils se heurtent à des niveaux d'exclusion plus élevés ou s'ils ont plus de chance de faire partie de réseaux de soutien informels. Comme les futures cohortes d'aînés seront probablement encore plus diversifiées sur le plan culturel, le Comité voudra examiner de plus près si les besoins sociaux des immigrants âgés sont comblés, sinon comment ils pourraient l'être.

Les options suivantes permettraient d'amoindrir l'isolement social parmi les aînés :

9- Adapter le programme Nouveaux Horizons pour les aînés, en fonction des besoins des Autochtones

Le gouvernement fédéral finance le programme Nouveaux Horizons pour les aînés, lequel prévoit des subventions pouvant s'élever à 25 000 \$ pour des projets communautaires qui favorisent la participation des aînés à la vie communautaire pour éviter leur isolement social. Les projets sont généralement axés sur la contribution à la collectivité, la vie active, la participation sociale ou encore l'établissement de partenariats. Convierait-il d'adapter ce programme pour le mettre à la disposition des Autochtones dans les réserves?

10- Amoindrir l'isolement par une meilleure planification urbaine

Des recherches réalisées pour le compte du groupe de travail fédéral-provincial-territorial de hauts fonctionnaires sur l'exclusion sociale montrent que les personnes vivant en milieu urbain sont trois fois plus à risque d'être touchées par l'exclusion sociale que celles qui vivent en milieu rural. Ces recherches indiquent en outre que les aînés en milieu rural peuvent compter sur leurs voisins et leurs pairs pour se faire conduire à des événements familiaux et à des activités communautaires, car les gens se connaissent généralement les uns les autres. Le gouvernement fédéral pourrait donner aux urbanistes des occasions d'examiner comment ils pourraient contribuer à réduire l'isolement dans les zones urbaines, pour tous, y compris les aînés. Il convierait également de faire connaître le *Guide mondial des villes-amies des aînés*, de l'Organisation mondiale de la santé, et l'*Initiative des collectivités rurales et éloignées*

amies des aînés : un guide, de l'Agence de la santé publique du Canada, auprès des groupes professionnels concernés.

Options concernant l'activité physique

Le Comité a appris que l'activité physique au quotidien est l'une des stratégies les plus importantes qu'on puisse adopter pour conserver la santé physique et mentale de même qu'une qualité de vie au fil du temps. Il semblerait que le coût de l'inactivité physique au Canada est très élevé, soit un montant estimatif de 5,3 milliards de dollars; or, il est possible de contrebalancer les répercussions de l'inactivité sur la santé en modifiant un tant soit peu son mode de vie.

On a également dit au Comité comment les schèmes de comportement tout au long de la vie influent sur la probabilité que les gens demeurent actifs à mesure qu'ils avancent en âge. De même, les aînés profitent des investissements qu'ils ont faits dans un mode de vie sain et actif tout au long de leur vie. Malgré cela, il n'est jamais trop tard pour tirer parti d'un mode de vie actif.

On ne saurait contester les bienfaits de l'activité physique, mais de nombreux Canadiens, y compris des aînés, ne font pas autant d'activité qu'ils le devraient. Les hommes font plus d'activités physiques que les femmes à toutes les étapes de la vie sans exception. D'autres groupes moins enclins à faire de l'exercice comprennent les personnes âgées de plus de 80 ans, les aînés qui ont un faible revenu ou qui sont peu instruits, les aînés ayant un handicap ou une maladie chronique, les aînés qui vivent en établissement ou qui sont isolés, de même que les aînés qui font partie d'une minorité ethnoculturelle et ethnolinguistique.

Selon la Coalition de vie active des aînés, plusieurs obstacles nuisent à l'activité physique chez les aînés, à savoir :

1. l'accessibilité des lieux – incluant le transport, les heures de cours et la sécurité;
2. l'adaptabilité des programmes – pour les adultes âgés, la disponibilité des cours, le manque d'information sur les programmes, un leadership approprié/qualifié pour les cours, la sécurité liée à l'activité (peur de se blesser ou de tomber);
3. le coût – les frais d'inscription à un programme et le coût du transport;
4. le soutien psychosocial – le manque de motivation, l'absence d'un réseau social.

Les options suivantes permettraient de promouvoir les bienfaits de l'activité physique tout au long de la vie, de même qu'auprès des aînés :

11- Sensibiliser les Canadiens aux avantages de l'activité physique

Il faut informer davantage les Canadiens, y compris les aînés, au sujet de l'importance de l'activité physique pour le maintien de la santé physique et psychologique, pour la réduction des risques de maladie chronique et pour la gestion de la douleur associée aux maladies chroniques. Le Comité constate que l'Agence de la santé publique du Canada a conçu des outils pratiques, dont le *Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine pour les aînés*. Le gouvernement fédéral pourrait organiser une campagne nationale de marketing social afin de renseigner les Canadiens sur l'importance de l'activité physique, en particulier pour les adultes âgés. Il pourrait aussi distribuer avec tous les envois aux personnes âgées des dépliants expliquant l'importance de l'activité physique, et en mettre à la disposition des centres pour aînés.

12- Éliminer les obstacles à la vie active

L'élimination des obstacles qui ont trait à l'accessibilité, aux programmes, au coût et à la motivation ne peut se faire sans la collaboration de tous et chacun, du secteur privé, des organismes non gouvernementaux et de tous les ordres de gouvernement. Conviendrait-il d'offrir aux adultes des incitatifs fiscaux pour qu'ils participent à des programmes de mise en forme, comme ceux qui sont actuellement offerts pour les enfants? Existe-t-il des moyens de transport en commun à la fois accessibles et abordables que pourraient emprunter les aînés pour se rendre sur les lieux des activités de mise en forme? En ce qui concerne la mobilité, y a-t-il des différences entre le milieu rural et le milieu urbain?

13- Faciliter la mise en commun des connaissances et des pratiques exemplaires

On a fait savoir au Comité que l'échange de renseignements sur le vieillissement actif est insuffisant au niveau national et qu'il est nécessaire de créer un répertoire central pour la collecte et la diffusion de renseignements afin que tous puissent être informés des cadres et des pratiques exemplaires. En outre, il a été proposé que le gouvernement fédéral participe à la formation de

professionnels qualifiés pour l'organisation d'activités physiques à l'intention des aînés. Convierait-il d'inviter les collègues communautaires et d'autres établissements à mettre en œuvre des programmes de formation de professeurs d'activité physique? Comment offrir une formation aux travailleurs de la santé pour les aider à promouvoir l'activité physique et fournir un réseau de soutien vers lequel ils pourraient orienter les gens? Les frais d'inscription à des centres d'activité pourraient-ils être déductibles?

2.2 Âgisme

Le Comité a appris que l'âgisme est l'un des principaux obstacles au vieillissement actif. Il y a autant de façons de vieillir qu'il y a de personnes qui vieillissent. Il n'existe pas de formule indiquant comment vieillir ou ce que réservera le vieillissement. La plupart des aînés sont encore en santé et mènent une vie active, et cela devrait constituer la norme. Les suppositions négatives faites au sujet du vieillissement peuvent limiter la participation active de ces groupes. Les suppositions négatives que la société fait à propos du vieillissement limitent également la participation active des aînés. La retraite obligatoire en est un exemple éloquent.

Le Comité est d'avis qu'il faut maintenir et protéger l'indépendance personnelle de tous, y compris celle des aînés. Il faut des efforts concertés pour transformer le concept du vieillissement et pour nous éloigner des politiques qui sont discriminatoires envers les aînés.

Qu'il s'agisse d'évaluer la faculté de conduire un véhicule ou de continuer à travailler, l'âge chronologique est gage de compétence. On a cependant indiqué au Comité que le retrait des privilèges et des droits en fonction de l'âge constitue une forme d'âgisme. Aux fins de la sécurité publique, il faut absolument s'assurer que les gens sont compétents au travail et aptes à conduire un véhicule. Parallèlement, des pratiques fondées sur l'âge qui compliquent l'exercice d'une profession ou d'un métier ou la conduite automobile sont discriminatoires si elles reposent uniquement sur l'âge. Il sera de plus en plus important de trouver des stratégies d'évaluation des compétences tout au long de la vie et non seulement à un âge avancé. C'est déjà le cas pour certains groupes professionnels, dont les médecins.

Les options suivantes permettraient de combattre l'âgisme :

14- Mettre en œuvre une stratégie nationale de lutte contre la stigmatisation et la discrimination

Des campagnes d'information publique visant à lutter contre l'âgisme pourraient être élaborées de concert avec des organismes communautaires. Des témoins croient que des programmes de cours sur l'âgisme pourraient être intégrés aux programmes de services sociaux et de santé. En outre, un plan d'action pourrait être élaboré pour sensibiliser davantage la population aux aspects complexes de la santé mentale des aînés.

15- Favoriser la création d'indicateurs de compétence en remplacement de l'âge chronologique

Le Comité a reçu des propositions originales permettant de concilier la sécurité publique et les droits individuels et il aimerait en savoir davantage là-dessus. Par exemple, les autorités provinciales devraient-elles créer de nouvelles catégories de permis de conduire qui seraient assortis de restrictions au lieu de retirer carrément le privilège de conduire? Des tests de conduite devraient-ils être administrés non seulement aux aînés mais à tous les groupes d'âge? Est-il nécessaire de diffuser les modèles novateurs dans tout le pays? Comment procéder?

16- Promouvoir la recherche sur les compétences

Remplacer les critères fondés sur l'âge par une grille d'évaluation des compétences n'est pas une mince affaire. Cela exige de solides éléments de preuve au sujet des compétences. Des témoins estiment que nous n'en savons pas encore assez sur la mesure des compétences. Que faut-il savoir? D'autres croient que les gouvernements, le secteur privé et les gens doivent prendre des décisions plus éclairées en fonction de ce qu'ils savent déjà à ce sujet. Comment partager l'information pour que tous les intervenants puissent prendre des décisions éclairées au sujet des compétences?

Chapitre 3 – Travailleurs âgés, retraite et sécurité du revenu

Les témoins qui ont comparu devant le Comité ont souligné plusieurs objectifs relativement à la participation au marché du travail et à la sécurité du revenu à la retraite : des revenus adéquats pour les personnes âgées; un bassin suffisant de travailleurs qualifiés pour le marché du travail canadien; la rétention des connaissances dans les organismes des secteurs privé, public et sans but lucratif; l'accroissement des choix pour les personnes qui vieillissent. Le Comité souhaite à la fois offrir plus de choix aux Canadiens qui vieillissent et formuler des politiques publiques viables pouvant soutenir ces choix et aider à répondre à l'ensemble des besoins sociaux et économiques du pays.

Les témoins préconisent la souplesse à la retraite, afin que les travailleurs âgés qui souhaitent travailler après l'âge de 65 ans puissent le faire. Par ailleurs, le Comité reconnaît qu'il ne faut pas obliger à travailler ceux qui souhaitent prendre leur retraite. Le présent chapitre expose tout un éventail d'options proposées par les témoins relativement au travail, à la retraite et au revenu, ainsi que des politiques et des programmes qui tiennent compte du cycle de la vie. Le Comité reconnaît qu'il existe peut-être d'autres options concernant les travailleurs âgés, la retraite et le soutien du revenu et il est disposé à en discuter, en plus d'aborder les options présentées ci-après.

3.1 Travailleurs âgés, régimes de pension et retraite

On a fait valoir au Comité que l'âge moyen de la retraite a baissé graduellement, passant d'un sommet de 65,1 ans en 1977 à 60,9 ans en 1998. Depuis ce temps toutefois, on constate une augmentation de la participation au marché du travail et des taux d'emploi des aînés.

Le Comité a fait enquête sur les facteurs les plus susceptibles d'influer sur la décision de partir à la retraite. Des témoins ont présenté des études de Statistique Canada qui montrent que les régimes de retraite à prestations déterminées incitent fortement à prendre une retraite précoce; certains de ces régimes permettent de toucher la prestation maximale dès l'âge de 55 ans. Par ailleurs, le Régime de pensions du Canada (RPC), qui comporte des mesures qui

dissuadent légèrement de toucher les prestations de retraite avant l'âge de 65 ans, n'a qu'une faible incidence sur les décisions touchant la retraite.

Les programmes de retraite progressive pourraient devenir un outil efficace permettant d'offrir plus de souplesse pour le passage de la vie active à la retraite complète. Le principe général d'un programme de retraite progressive est simple : lorsque le revenu diminue avec le nombre d'heures de travail, les prestations de retraite augmentent.

Certaines dispositions annoncées dans le Budget 2007 sont venues modifier le *Règlement de l'impôt sur le revenu* de manière à permettre à un employé de recevoir des prestations de pension d'un RPA (régime de pension agréé) à prestations déterminées tout en continuant d'accumuler d'autres prestations, sous réserve de certaines contraintes. Le nouveau régime est entré en vigueur en 2008.

À l'heure actuelle, un travailleur a droit à une rente de retraite s'il a cotisé au Régime de pensions du Canada/Régime de rentes du Québec (RPC/RRQ) au moins une année et qu'il a au moins 60 ans. Un travailleur âgé entre 60 et 65 ans doit avoir cessé de travailler ou encore avoir pris une entente avec son employeur pour réduire son temps de travail en vue de la retraite, entraînant une réduction de salaire d'au moins 20 %. Le RPC/RRQ considère qu'une personne a cessé de travailler si ses revenus de travail sur 12 mois n'excèdent pas 11 225 \$. Par contre, si une personne est âgée de 65 ans ou plus, il n'est pas nécessaire d'avoir cessé de travailler pour toucher une rente de retraite. Ce plafond monétaire peut donc s'avérer pénalisant à l'égard des efforts faits pour encourager le taux d'activité des travailleurs âgés de 60 à 65 ans qui veulent demeurer actifs sur le marché du travail à temps partiel.

Les travailleurs âgés qui n'ont pas une grande sécurité d'emploi ou des prestations de retraite généreuses ont moins de possibilités. Des témoins ont signalé que les travailleurs âgés sont souvent obligés de travailler ou sont prêts à le faire, mais font face à des situations éprouvantes si leur emploi prend fin sans qu'ils le veuillent pour cause de blessure, de mise à pied ou d'incapacité d'exécuter le travail. Des témoins ont aussi décrit comment le Supplément de revenu garanti (ou SRG, prestation pécuniaire versée à ceux qui ont un faible revenu à la retraite), tel qu'il était conçu, décourageait fortement les prestataires de toucher un revenu d'emploi ou d'autres sources. En effet, le prestataire perdait 0,50 \$ en prestation pour chaque dollar

gagné. Le Comité se réjouit de la décision annoncée dans le Budget 2008 d'exempter la première tranche de 3 500 \$ de revenu gagné dans le calcul du Supplément de revenu garanti.

Plusieurs options ont été suggérées à l'égard des mesures qui poussent à avancer ou à retarder le départ à la retraite :

17- Lancer une campagne de sensibilisation aux récents changements législatifs qui ont éliminé les obstacles à la retraite progressive

On annonçait dans le budget fédéral 2007 des mesures pour encourager les travailleurs âgés à continuer de travailler en leur permettant d'opter pour une retraite progressive en vertu de laquelle ils peuvent toucher une pension partielle tout en continuant de cotiser au régime de retraite. Est-ce que cette mesure est susceptible de faciliter la retraite progressive? La population est-elle au courant de ce changement?

18- Rétablir la neutralité actuarielle du Régime de pensions du Canada en intensifiant les mesures incitant à attendre avant de toucher des prestations de retraite

Selon des témoins, il est préférable de ne pas accroître la sanction à l'égard des personnes qui commencent à toucher une prestation du RPC entre l'âge de 60 et 65 ans. Serait-il possible d'intensifier la mesure incitant à attendre avant de toucher ces prestations, sans modifier la pénalité imposée à ceux qui touchent leurs prestations plus tôt?

19- Travailler en collaboration avec les provinces afin de modifier le Régime de pensions du Canada pour que les travailleurs âgés qui touchent des prestations avant l'âge de 65 ans puissent continuer de cotiser au régime

À l'heure actuelle, le travailleur qui commence à toucher la prestation du RPC avant l'âge de 65 ans cesse de cotiser au régime. Par conséquent, l'employeur cesse aussi d'y contribuer en son nom. Des témoins ont suggéré que les travailleurs âgés soient autorisés à toucher une prestation du RPC tout en cotisant au régime, afin de le bonifier.

20- Travailler en collaboration avec les provinces afin de modifier le Régime de pensions du Canada pour que les personnes ayant entre 60 et 65 ans qui souhaitent se prévaloir de la prestation du RPC tout en travaillant

puissent le faire et ne soient pas obligées de cesser de travailler ou de cotiser jusqu'au maximum du RPC dans les mois qui précèdent leur demande

On a fait valoir au Comité que la pratique actuelle dissuade les aînés de continuer de travailler.

- 21- Lancer une campagne de sensibilisation à la discrimination contre les travailleurs âgés et examiner de façon plus attentive le traitement qu'ils subissent afin de déterminer si les mesures législatives et réglementaires existantes sont respectées**

Il faudrait créer des mesures incitatives efficaces afin de favoriser la formation de travailleurs âgés réceptifs.

- 22- Modifier le programme d'assurance-emploi afin qu'il prévoie des prestations à l'intention des travailleurs âgés chômeurs, au lieu que ces derniers soient obligés de toucher plus tôt des prestations du RPC ou d'autres régimes, ce qui peut les pénaliser**

Des témoins ont décrit des situations où des travailleurs âgés qui perdent leur emploi commencent plus tôt à toucher leurs prestations du RPC, entraînant une réduction du montant de la prestation. Serait-il possible de modifier le programme d'assurance-emploi afin d'éviter cette perte de prestations?

3.2 Revenus de retraite suffisants

Des témoins ont montré que la richesse des jeunes Canadiens augmente à mesure qu'ils avancent en âge, mais cette richesse découle presque exclusivement de la valeur accrue de leur domicile. La vente de la résidence pourrait se traduire en revenu, mais irait à l'encontre du principe visant à encourager à « vieillir chez soi ». Par conséquent, les aînés sont parfois riches en avoirs, mais pauvres en revenus.

D'autres témoins ont souligné que les personnes âgées qui ne sont pas propriétaires de leur domicile sont plus vulnérables à la pauvreté, puisque les augmentations de loyer grèvent la part qui reste d'un revenu quasiment fixe. Les options possibles pour réduire cette vulnérabilité, notamment le financement de logements abordables supplémentaires, sont examinées au chapitre 5.

Les options suivantes pourraient être étudiées :

23- Examiner les autres apports de revenu possibles

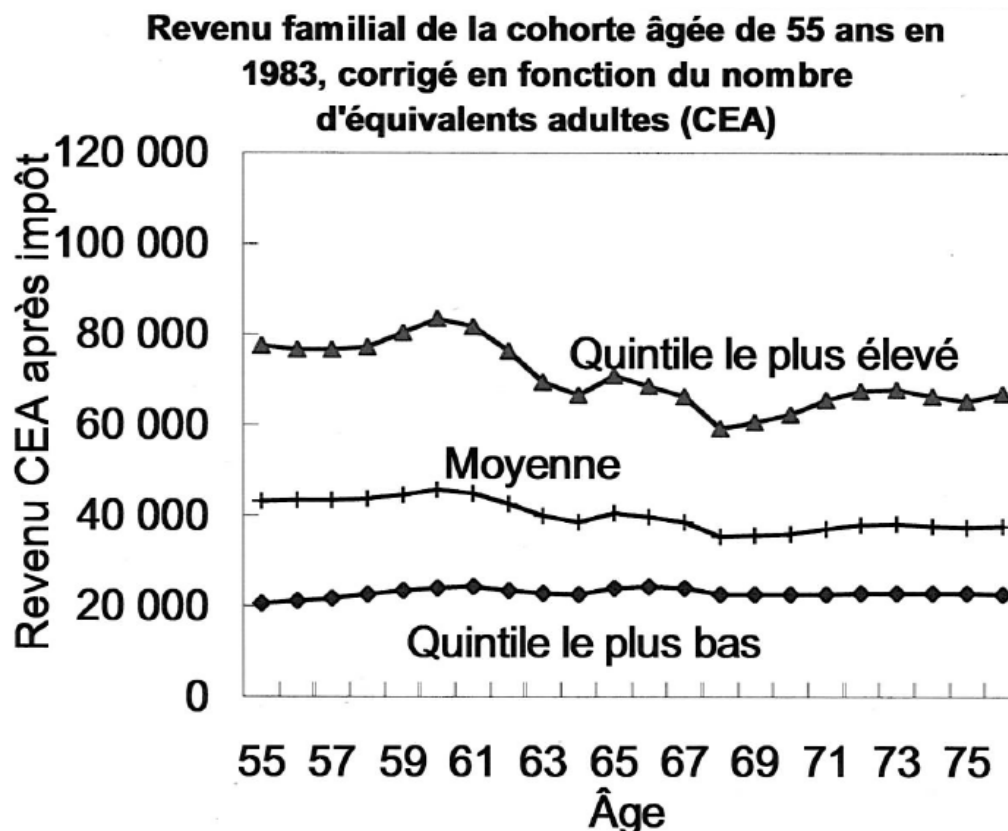
Des témoins ont décrit la nécessité de tirer des revenus de leur actif, mais le mécanisme actuel de « prêt hypothécaire inversé » peut donner lieu à des pratiques injustes nuisant aux propriétaires et à leurs avoirs. Est-ce que d'autres solutions pourraient être envisagées?

Options visant la pauvreté

Dans son rapport provisoire, le Comité a posé une question à approfondir : quelles mesures peuvent être prises pour relever le taux de faible revenu des aînés vivant seuls et réduire d'autres facteurs de risque?

Les représentants de Statistique Canada qui ont comparu devant le Comité ont décrit le revenu des aînés en termes de niveaux de revenu de remplacement pour les Canadiens âgés : cette mesure compare le revenu de retraite à 65 ans au revenu à 55 ans. Or, les études montrent que les retraités dans les plus faibles groupes de revenu ont des niveaux de remplacement comparables ou supérieurs à leur revenu avant la retraite. Les retraités à revenu moyen ont des niveaux de remplacement qui sont presque aussi élevés. Seules les personnes qui étaient dans le groupe de revenu le plus élevé à 55 ans constateront peut-être un niveau de remplacement plus faible à 65 ans. Cependant, même avec un niveau de remplacement inférieur, ces personnes continuent de toucher à 65 ans des revenus plus élevés que les groupes qui avaient des revenus inférieurs à 55 ans (voir la figure 3.1 ci-dessous). Les chercheurs ont aussi souligné que les niveaux de remplacement de revenu pour les groupes à revenu moyen et supérieur baissent après l'âge de 85 ans, sans doute en raison de l'épuisement de l'épargne privée.

Figure 3.1



Source : René Morissette, Garnett Picot et John Myles, *La richesse et le revenu des retraités et des préretraités*, présentation au Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, 2008.

Les sources de revenus varient pour les aînés et peuvent comprendre les revenus tirés de l'emploi, les prestations d'un régime privé de retraite, les prestations du RPC, des retraits de REER, d'autres investissements, la Sécurité de la vieillesse (SV) et le Supplément de revenu garanti (SRG).

Les prestations des régimes privés de pension sont liées au nombre d'années de service et aux revenus tirés de l'emploi auprès d'un employeur particulier. Les prestations du RPC par contre sont financées par les cotisations des employeurs et des employés et, par conséquent, diminuent dès que l'employé se retire du marché du travail. Des dispositions spéciales ont été adoptées à l'égard des personnes qui cessent de travailler pour élever de jeunes enfants, mais il n'existe pas de dispositions semblables pour celles qui

souhaitent s'occuper d'autres membres de la famille. Le seuil du RPC est relativement faible (le salaire moyen); au-delà de ce seuil, aucune cotisation n'est perçue auprès des employeurs ou des employés, et le régime vise à remplacer seulement 25 % des revenus d'emploi jusqu'à ce seuil.

Le revenu de bon nombre d'aînés est inférieur au seuil de faible revenu établi par Statistique Canada (utilisé dans le présent rapport comme seuil de pauvreté), mais ils ne souffrent pas pour autant d'une indigence extrême. En effet, leurs revenus correspondent habituellement à 90 % ou plus du seuil de faible revenu. Bon nombre dépendent de la SV et du SRG comme seules sources de revenus. Or, s'ils vivent dans de petites municipalités, le montant provenant de la SV et du SRG est peut-être supérieur au seuil de faible revenu. Les aînés dont le revenu est inférieur à ce seuil vivent souvent seuls ou dans une grande ville.

De plus, on a indiqué au Comité que les aînés admissibles ne reçoivent pas tous les prestations auxquelles ils ont droit, parce qu'ils ne sont pas au courant des demandes à remplir ou de leur admissibilité, notamment l'admissibilité aux prestations de retraite en vertu du Régime de pensions du Canada. Lorsque des personnes admissibles font une demande tardive, des prestations peuvent être payées rétroactivement pour une période maximale de 11 mois.

Parmi les options possibles pour atténuer les problèmes de pauvreté figurent les suivantes :

24- Rendre non imposables les prestations de la Sécurité de la vieillesse et du Supplément de revenu garanti s'il s'agit des seules sources de revenus

Certains aînés à faible revenu paient de l'impôt sur le revenu. À l'heure actuelle, l'exemption de base est inférieure aux montants combinés maximums de la SV et du SRG. Pourrait-on fixer pour les aînés une autre déduction de base qui correspondrait au total des prestations de la SV et du SRG? Pourrait-on atteindre le même objectif au moyen d'un crédit d'impôt soigneusement conçu à l'intention des personnes âgées?

25- Proposer aux gouvernements provinciaux que les prestations de survivant versées en vertu du RPC restent au même niveau après le décès du conjoint

Quelle serait l'incidence actuarielle sur le RPC? Y a-t-il d'autres mécanismes pour faire en sorte que les survivants,

principalement des femmes, ne se heurtent pas à une chute soudaine du revenu lors du décès du conjoint?

26- Modifier le SRG afin que les personnes âgées ne se retrouvent pas sous le seuil de faible revenu

Étant donné que le seuil de faible revenu varie en fonction de la taille du ménage, mais aussi de la population de la ville de résidence, y a-t-il une façon de varier le SRG en fonction de la taille de la ville? Pourrait-on prévoir un supplément spécial pour les résidents des grandes agglomérations?

27- Travailler en collaboration avec les gouvernements provinciaux afin d'accroître le taux de remplacement du revenu provenant du RPC (actuellement fixé à 25 % du revenu, jusqu'à concurrence du salaire moyen) ou augmenter le montant maximum des gains ouvrant droit à pension pour qu'il dépasse le revenu moyen, ou les deux

Pourrait-on, comme le recommandent certains témoins, augmenter le montant maximum sur lequel des cotisations sont perçues, le faisant passer de 40 500 à 60 000 \$? Si le niveau de remplacement du RPC passe de 25 à 50 % (au fil du temps), quelle sera l'incidence sur les revenus de retraite, les tendances en matière d'emploi et la participation au marché du travail?

28- Analyser les changements proposés au revenu de retraite afin d'évaluer et de corriger les différences d'effets sur les hommes et les femmes

La politique du gouvernement fédéral exige que les nouvelles politiques soient analysées du point de vue de leur effet sur les deux sexes. Cette politique s'applique-t-elle également aux politiques, programmes et règlements régissant les revenus de retraite?

29- Mener des campagnes plus énergiques pour faire en sorte que tous les Canadiens admissibles touchent toutes les prestations relativement à la retraite et à l'âge auxquelles ils ont droit

Au Québec, pratiquement toutes les personnes admissibles aux prestations du Régime de rentes du Québec les reçoivent. Comment le gouvernement fédéral pourrait-il reproduire les pratiques du Québec, y compris une période plus longue de

rétroactivité, pour obtenir le même résultat? Existe-t-il d'autres méthodes pouvant donner les mêmes résultats?

- 30- Verser des remboursements rétroactifs, avec intérêts, aux prestataires qui n'ont pas présenté de demande à la SV à 65 ans ou au RPC à 70 ans, ou qui ont essuyé un refus en raison d'erreurs administratives. Veiller à ce que ces paiements couvrent la période entre l'âge d'admissibilité et l'âge auquel le remboursement est effectué**

Cette option vise à accroître l'équité dans l'administration de ces prestations et à inciter les gouvernements à veiller à ce que toutes les personnes admissibles reçoivent leurs prestations. Est-ce qu'un tel changement permettra d'atteindre ces objectifs? Est-ce qu'il aurait des répercussions néfastes sur la sécurité économique des particuliers ou sur les programmes eux-mêmes?

3.3 Services et revenu

Le revenu est un important facteur du bien-être des personnes âgées, mais les services fournis par le gouvernement ou des organismes non gouvernementaux revêtent souvent une importance égale ou supérieure. Citons à titre d'exemple les médicaments d'ordonnance subventionnés ou fournis gratuitement, et les soins à domicile fournis sans frais.

Dans certaines provinces, ces services sont gratuits seulement si l'aîné touche le Supplément de revenu garanti, ce qui risque de dissuader les aînés de gagner un revenu qui pourrait les rendre inadmissibles au SRG. Cette situation, combinée à la disposition de récupération de la SRG, équivalente à 0,50 \$ pour chaque dollar de revenu gagné, a créé une taxe réelle de plus de 100 %, c'est-à-dire que la combinaison des gains et des services subventionnés perdus pourrait faire en sorte qu'une personne se retrouve déficitaire sur le plan du revenu et des services. Par conséquent, des bénéficiaires de la SRG sont parfois dans l'impossibilité d'améliorer leur situation, même s'ils ont recours à un emploi rémunéré.

Plusieurs options sont possibles :

- 31- Harmoniser la conception et le fonctionnement de la Sécurité de la vieillesse et du Supplément de revenu**

garanti, ainsi que des soutiens et services (principalement d'ordre provincial) afin que de modestes augmentations du revenu n'entraînent pas une réduction des soutiens ou des services

Le gouvernement fédéral pourrait-il œuvrer en partenariat avec une province ou plusieurs afin de piloter un projet d'harmonisation à cet égard?

32- Élaborer une entente fédérale-provinciale-territoriale afin que les augmentations de la SV ou du SRG n'entraînent pas une perte d'admissibilité aux subventions ou aux services pour les personnes âgées.

Existe-t-il des exemples antérieurs d'un tel accord? Existe-t-il des mécanismes ou des organismes décisionnels qui pourraient faciliter un tel accord?

3.4 Politiques et programmes qui tiennent compte du cycle de la vie

Le Comité a entendu un large éventail de témoignages sur la participation accrue des femmes au marché du travail, l'augmentation des heures de travail au cours des dernières années et l'intensification des pressions pour la prestation informelle de soins. Toutes ces modifications témoignent de grands changements dans la façon dont les Canadiens répartissent leur temps entre le travail, les soins, l'éducation et les loisirs au courant de leur vie. Et pourtant, les politiques et les programmes sociaux évoluent sans coordination et sans cohérence, créent des lacunes et nuisent à la capacité des Canadiens de réagir comme ils le voudraient aux diverses demandes qui se font sentir.

On a indiqué au Comité que des analyses ont commencé sur ces politiques et programmes et sur la façon dont les Canadiens répartissent leur temps et leurs ressources au cours du cycle de la vie; ces analyses pourraient aider à mettre en place des politiques et des programmes sociaux plus exhaustifs et plus adaptés à la nouvelle réalité de la population canadienne.

L'option suivante serait donc possible :

33- Revoir la conception du RPC à la lumière des différences croissantes dans la participation au marché du travail

Le RPC prévoit déjà une disposition d'exclusion pour les parents d'enfants de moins de 7 ans, ainsi qu'une disposition d'exclusion générale. Des recommandations formulées ailleurs dans le présent rapport proposent de mettre au point des dispositions d'exclusion pour les personnes qui prodiguent des soins. Le Comité poursuivra son étude en cherchant à déterminer si des programmes comme le RPC s'adaptent à la variabilité croissante de la participation au marché du travail au cours d'une vie. Est-ce qu'une analyse et une approche axées sur le cycle de la vie pourraient donner lieu à plus de souplesse et de sécurité, notamment au moment de la retraite?

Chapitre 4 : Vieillir en santé

Le Comité a entendu dire à maintes reprises que la santé est essentielle à la qualité de vie des aînés canadiens. De nombreux facteurs entrent en jeu dans la santé des aînés. Des témoins ont répété l'importance des déterminants de la santé et de l'approche axée sur la santé de la population, adoptée par l'Agence de la santé publique du Canada, dans l'amélioration de la santé des personnes âgées. Des déterminants de la santé comme le revenu et la situation sociale, les réseaux de soutien social, le niveau d'instruction et la capacité de lire et d'écrire, et l'emploi et les conditions de travail ont des effets cumulatifs sur la santé et le bien-être plus tard dans la vie. Lorsque les déterminants de la santé sont positifs pendant toute la vie, les aînés ont un troisième et un quatrième âge plus long et ont moins d'années en perte d'autonomie.

Les Canadiens vivent non seulement plus longtemps, mais ils vivent également plus longtemps en bonne santé. En fait, certains peuvent demeurer en bonne santé toute leur vie. Reconnaisant que le vieillissement est souvent associé au déclin physique et mental, le Comité a recherché des options visant à renforcer la santé, à accroître l'activité, et à favoriser l'épanouissement pendant la vieillesse.

Le présent chapitre contient des options soumises par des témoins au sujet des services dont les Canadiens âgés ont besoin pour assurer la prévention et la gestion de leur santé mentale et physique et le traitement de problèmes à cet égard. Il traite également de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, du débat opposant soins et traitement, du besoin de spécialistes en gériatrie et en gériatrie, de la maladie chronique, des soins palliatifs, de la santé mentale et des besoins en matière de santé de groupes relevant de la compétence fédérale.

Le Comité reconnaît qu'il peut y avoir d'autres options non encore définies visant à promouvoir le vieillissement en santé, et il est disposé à discuter de ces options ainsi que de celles présentées dans le rapport.

4.1 Promotion de la santé et prévention des maladies

Les stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies peuvent garder les gens en meilleure santé et améliorer leur qualité de vie. En réduisant le taux et les incidences de certaines maladies, elles peuvent également contribuer à limiter les coûts des soins de santé. Les initiatives de promotion de la santé telles que les programmes de nutrition et d'activité physique permettent de réduire de nombreux risques liés au vieillissement. Toutefois, pour que les stratégies de prévention soient les plus efficaces, il faut qu'elles visent les personnes de tous âges et non pas seulement les aînés.

La prévention des chutes et des blessures est un aspect important de la promotion de la santé chez les aînés. Les blessures découlant de chutes ont un effet catastrophique sur la santé et l'autonomie des aînés. Le Comité a appris que chez les personnes âgées, les chutes sont responsables de 84 % des hospitalisations liées à des blessures, et de 40 % des admissions dans les centres d'hébergement et les établissements de soins de longue durée.

La faiblesse physique et les dangers présents dans l'environnement sont les principaux facteurs de risque de chutes. D'aucuns ont fait valoir que le fait de renverser la perte de force physique chez de nombreuses personnes âgées pourrait avoir une incidence considérable sur la santé du pays. Des options visant à promouvoir l'activité physique chez les aînés sont traitées plus en détail dans le chapitre 2. Des témoins ont également soulevé le problème des mauvaises chaussures et insisté sur l'importance de choisir de bonnes chaussures pour prévenir les chutes.

Les chutes peuvent aussi résulter de l'utilisation de certains médicaments. Les maladies chroniques liées au vieillissement nécessitent la prise de divers médicaments, dont chacun peut avoir des effets secondaires et des interactions négatives. Des études ont révélé qu'entre 18 et 50 % des médicaments pris par les aînés ne sont pas utilisés de façon appropriée. Il n'est donc pas étonnant qu'entre 19 et 28 % des hospitalisations de patients de plus de 50 ans soient imputables à des problèmes de médication.

Le coût des médicaments est aussi une préoccupation pour les personnes âgées vivant avec un revenu fixe. Le Comité a appris que la couverture de l'assurance-médicaments varie considérablement d'une province à l'autre, laissant un grand nombre de personnes âgées vulnérables aux difficultés financières. Ainsi, les médicaments

approuvés par Santé Canada pour le traitement de la maladie d'Alzheimer ne figurent pas nécessairement sur toutes les listes provinciales de médicaments, ce qui peut empêcher les aînés qui n'ont pas les moyens d'acheter ces médicaments coûteux d'y avoir accès.

Des témoins ont présenté l'option suivante sur l'abordabilité des médicaments :

34- Établir un régime national d'assurance-médicaments exhaustif financé par l'État ou par un partenariat public-privé

Compte tenu du fait que le coût des médicaments sur ordonnance a augmenté radicalement au cours des dernières années, un régime national assurerait un accès équitable aux médicaments nécessaires partout au Canada, quelle que soit la capacité de payer.

Options relatives à une meilleure alimentation

Le rôle de la nourriture dans la promotion d'une bonne santé et la prévention des maladies est bien documenté. Grâce à une bonne alimentation et à une activité physique régulière, les aînés peuvent prévenir ou contrôler la hausse des taux de maladies cardiaques, de cancer, d'hypercholestérolémie et d'hypertension artérielle associés au vieillissement.

Des témoins ont fait remarquer qu'il faut encourager une saine alimentation dès le plus jeune âge. La prévention de l'obésité chez les futures générations d'aînés commence par la modification des habitudes alimentaires des enfants et des jeunes d'aujourd'hui.

Le manque de soins dentaires et le coût de la nourriture font partie des obstacles qui peuvent empêcher les aînés d'avoir une saine alimentation. Comme le régime de santé ne finance pas les soins et les prothèses dentaires, certains aînés sont incapables de s'alimenter correctement. Les ménages à faible revenu dans les collectivités du Nord ont aussi de la difficulté à obtenir des aliments abordables.

Les options suivantes permettraient d'améliorer l'alimentation :

35- Lancer des campagnes d'information sur la nutrition destinées aux aînés et à la population en général

Une meilleure compréhension des conséquences négatives d'une mauvaise alimentation peut donner plus de poids aux campagnes ciblant les aînés d'aujourd'hui et de demain.

36- Veiller à ce que les programmes de soins dentaires pour les Premières nations et les Inuits, les anciens combattants et les détenus des pénitenciers fédéraux assument les coûts des prothèses dentaires

Le fait de permettre aux aînés dont le gouvernement fédéral est directement responsable d'avoir accès à des prothèses dentaires quand ils en ont besoin est une première étape dans la promotion d'une saine alimentation.

Options visant à lutter contre les mauvais traitements et la négligence

Les mauvais traitements à l'égard des aînés englobent l'exploitation financière, la violence physique, sexuelle et psychologique, la négligence et la violation des droits, et ils se produisent à la maison ou dans les établissements. Le Comité a appris que moins d'un cas de mauvais traitements sur cinq est effectivement porté à l'attention d'un organisme public, et encore moins sont signalés à un organisme public œuvrant au sein du système de justice pénale.

Des témoins ont parlé des nombreux facteurs qui contribuent au mauvais traitement d'aînés canadiens, notamment l'épuisement des aidants, la formation inadéquate des travailleurs de la santé et le manque de personnel au sein des établissements. Bien que les besoins en matière de soins de santé des patients des établissements de soins de longue durée soient de plus en plus complexes, le personnel n'a pas reçu suffisamment de formation pour y répondre. Un tel environnement contribue à l'épuisement du personnel, à la diminution de la qualité des soins, à la négligence et aux mauvais traitements. Les mesures de soutien des aidants sont traitées de façon plus approfondie au chapitre 5.

Des témoins ont mentionné qu'il n'est pas nécessaire de modifier le *Code criminel* pour établir des infractions spéciales relatives au

mauvais traitement des personnes âgées, et que l'application correcte des lois existantes serait suffisante. Le projet de loi 140 de l'Ontario a été mentionné comme un modèle largement reconnu pour la façon dont il établit des normes et propose un protocole à suivre en cas de mauvais traitements à l'égard de personnes âgées.

Les options suivantes permettraient de lutter contre les mauvais traitements et la négligence :

37- Élaborer des mesures de soutien des aidants et promouvoir l'éducation afin de prévenir l'épuisement professionnel

Des services de soins de relève et des programmes de soutien permettant aux aidants de faire face aux problèmes auxquels ils sont confrontés peuvent contribuer à préserver leur santé et leur bien-être, à améliorer les soins offerts, à retarder le placement en établissement et à réduire les cas de mauvais traitements.

38- Améliorer la formation de l'ensemble des travailleurs de la santé concernant les besoins des aînés

Une meilleure compréhension des besoins des aînés peut aider les fournisseurs de soins à adapter les services et à répondre de façon plus efficace aux besoins particuliers des aînés.

39- Partager les pratiques exemplaires relatives à la prévention des mauvais traitements à l'égard des personnes âgées

Les provinces et territoires ont accompli beaucoup de progrès dans leurs efforts pour prévenir le mauvais traitement des personnes âgées. Des investissements dans le transfert des connaissances à cet égard pourraient aider d'autres régions à améliorer leurs stratégies de prévention des mauvais traitements infligés aux aînés.

40- Signer la Convention de la Haye sur la protection internationale des adultes

En tant que signataire de la Convention, le Canada aurait accès aux mécanismes de règlement des différends internationaux qui pourraient survenir dans les cas où la responsabilité de personnes âgées et les soins qui leur sont dispensés débordent les frontières nationales.

4.2 Soins sociaux

Le vieillissement en santé ne résulte pas simplement de l'absence de maladies; il est fortement lié à la solidité des réseaux sociaux qui appuient les aînés du Canada. Toutefois, le modèle médical est toujours prédominant quand il s'agit de la santé des aînés. Des témoins ont fait une distinction entre le fait de traiter, qui se rattache à la médecine, et celui de dispenser des soins aux personnes qui en ont besoin dans la collectivité et à domicile. Le niveau de soins sociaux offerts par la collectivité et la famille est important pour l'état de santé.

Les Canadiens âgés sont placés devant un réseau complexe de services sociaux et de santé qui sont offerts par plusieurs ordres de gouvernement et dont les mandats chevauchent ceux des organisations de proximité et du secteur privé. Il a été démontré qu'une approche globale intégrant les services de santé et les services sociaux destinés aux aînés est rentable et permet de réduire le nombre de placements en établissement. Des options visant une plus grande intégration du système de soins sont présentées au chapitre 5.

4.3 Spécialisation gérontologique et gériatrique

Il y a partout au Canada une pénurie de personnes ayant une formation en gérontologie et en gériatrie. Le problème est exacerbé par le faible nombre d'étudiants en médecine qui se spécialisent dans le domaine, de même que par le vieillissement du personnel des soins de santé.

L'intégration d'enseignements interdisciplinaires sur le vieillissement aux programmes d'études de base de tous les professionnels de la santé permettrait d'améliorer la prestation de services adaptés à l'âge. Une formation professionnelle élargie en médecine gériatrique, en travail social gérontologique et en soins infirmiers gérontologiques contribuerait à répondre aux besoins des aînés en matière de ressources humaines en santé. Des témoins ont également mentionné que la reconnaissance des titres de compétences des immigrants ayant reçu une formation en soins de santé et le relèvement en temps opportun des titres de compétences nécessaires permettraient de remédier à la pénurie de professionnels de la santé.

L'option suivante permettrait de faire en sorte qu'un plus grand nombre de personnes suivent une formation en gériatrie et en gérontologie :

41- Appuyer des projets de renforcement des capacités visant la formation en gériatrie et en gérontologie

L'augmentation du nombre de programmes de formation en gériatrie et en gérontologie ou du nombre d'étudiants que peuvent atteindre les programmes existants permettrait de renforcer l'éducation gériatrique et gérontologique au Canada.

4.4 Maladies chroniques

Les maladies chroniques sont une préoccupation importante pour les personnes âgées. Le Comité a appris que les maladies chroniques les plus fréquentes chez les aînés sont la cardiopathie, l'arthrite, le diabète et la démence. Bien que 70 % des aînés ayant une affection chronique souffrent aussi d'autres maladies chroniques, la gestion de la comorbidité n'a pas été étudiée de façon approfondie. Les maladies chroniques ont une incidence sur le bien-être physique, émotif et mental des personnes atteintes, et il est souvent difficile pour celles-ci d'exécuter leurs tâches quotidiennes.

Le cadre de vieillissement en santé et l'attention portée aux déterminants sociaux de la santé peuvent fournir des moyens de prévenir l'apparition de maladies chroniques, surtout en ce qui concerne les Autochtones, qui sont particulièrement touchés à cet égard. Les aînés des Premières nations disent souffrir de maladies chroniques concomitantes telles que l'arthrite, les rhumatismes, l'hypertension artérielle, l'asthme, la cardiopathie et le diabète de type 2.

4.5 Soins palliatifs et de fin de vie

On dit souvent que les soins palliatifs et de fin de vie n'ont rien à voir avec la mort; ils permettent de vivre bien jusqu'à la toute fin. Grâce à la gestion de la douleur et des symptômes ainsi qu'aux soins physiques, psychologiques, psychosociaux et spirituels, les personnes qui sont à la fin de leur vie et leur famille reçoivent du soutien. Il s'agit là d'une question particulièrement importante pour les personnes âgées et leur famille. Plus de 259 000 Canadiens meurent chaque année, et environ 75 % d'entre eux sont des personnes de 65 ans et plus. Statistique Canada a prévu que le taux de mortalité au Canada passera à plus de 330 000 décès d'ici 2020, soit une augmentation de 33 % par rapport au taux de 2004. Des témoins ont estimé que

chaque décès a une incidence éventuelle sur la santé et le bien-être de cinq autres personnes.

Il existe de nombreuses disparités dans la prestation des soins palliatifs dans les différentes régions du Canada, et on estime que seulement 25 % des Canadiens qui ont besoin de soins palliatifs et de fin de vie y ont accès. De nombreux éléments de preuve indiquent que les personnes âgées souffrent inutilement parce que leurs problèmes de santé sont généralement sous-évalués et sous-traités et parce qu'elles n'ont pas accès aux soins palliatifs.

Les options suivantes permettraient d'accroître l'offre de soins palliatifs et de fin de vie de qualité et l'accès à ceux-ci :

42- Établir un partenariat national sur les soins palliatifs et veiller à son financement

Un tel partenariat permettrait d'avoir un leadership et une vision et de promouvoir les normes et les pratiques exemplaires nécessaires pour assurer la prestation de soins palliatifs et de fin de vie de qualité à tous les Canadiens.

43- Mettre en œuvre un programme de sensibilisation visant à renseigner les Canadiens au sujet des services de fin de vie et de la nécessité de la planification préalable des soins

44- Offrir aux bénévoles et aux professionnels de la santé plus de possibilités de formation et d'éducation relatives aux soins palliatifs et de fin de vie

45- Appliquer des normes de référence en matière de soins palliatifs à domicile pour les anciens combattants, les Premières nations et les Inuits ainsi que les détenus des pénitenciers fédéraux

L'Association canadienne de soins palliatifs et l'Association canadienne de soins et services à domicile ont publié des normes de référence en matière de soins palliatifs à domicile. Le gouvernement fédéral pourrait déterminer si elles répondent aux normes pour les anciens combattants, les Premières nations et les Inuits ainsi que les détenus des pénitenciers fédéraux. Il pourrait ensuite élaborer un plan de mise en œuvre afin de corriger les lacunes.

4.6 Santé mentale, maladie mentale et démence

En plus d'avoir des maladies physiques, les aînés peuvent souffrir de maladie mentale, notamment de troubles de l'humeur, d'anxiété, de psychoses, en plus de complications sur les plans émotionnel, comportemental et cognitif, et de différentes maladies du cerveau, comme la maladie d'Alzheimer, l'AVC et la maladie de Parkinson. Des témoins ont rappelé au Comité que, si certaines personnes sont frappées par des problèmes de santé mentale lorsqu'elles avancent en âge, d'autres en ont souffert toute leur vie. Il n'en reste pas moins que les problèmes de santé mentale au cours de la vieillesse sont importants et souvent compliqués par un handicap et l'absence de soutien social. Des études révèlent qu'entre 15 et 25 % des résidants des centres d'hébergement manifestent des symptômes de dépression majeure, et qu'un autre 25 % de ces pensionnaires ont des symptômes de dépression de moindre gravité. Le Comité a appris que des problèmes comme la dépression sont trop souvent perçus comme un élément inévitable du vieillissement.

Des témoins ont demandé des interventions précises pour retarder l'apparition de la maladie mentale ou de la démence, des mesures de soutien visant à atténuer les répercussions de la maladie sur les patients et leur famille, et un diagnostic précoce. Des options relatives aux mesures de soutien pour les patients et leur famille sont traitées au chapitre 5.

L'option suivante a été proposée :

46- Élaborer des outils pour faciliter le diagnostic précoce de troubles mentaux

Le diagnostic précoce peut favoriser le recours à des thérapies efficaces pour ralentir la progression de la maladie d'Alzheimer, réduire l'incapacité excessive causée par la dépression et l'anxiété, permettre aux patients dont l'état peut être traité de retrouver leur qualité de vie, et prévenir ou retarder le placement dans un établissement de soins de longue durée.

4.7 Groupes relevant de la compétence fédérale

Bien que toute approche axée sur le vieillissement en santé relève d'un ensemble de compétences, le gouvernement fédéral dispose d'une plus grande marge de manœuvre pour s'acquitter de sa responsabilité d'offrir des services de santé directement ou

indirectement à certains groupes, à savoir les anciens combattants, les Inuits et les membres des Premières nations vivant dans une réserve, et les détenus des pénitenciers fédéraux.

Anciens combattants

Anciens Combattants Canada offre actuellement aux anciens combattants qui satisfont à certains critères des soins médicaux, chirurgicaux, dentaires, psychogériatriques, palliatifs et de relève, de même que d'autres avantages et services de santé communautaires au besoin. Son Conseil consultatif de gérontologie a récemment favorisé une approche intégrée globale qui permettrait d'améliorer la santé, la qualité de vie et le niveau de satisfaction des personnes âgées, tout en allégeant le fardeau pour les aidants membres de la famille et en réduisant les coûts des soins de santé. Le chapitre 5 traite des soins sociaux faisant partie des services offerts aux anciens combattants.

Premières nations et Inuits

Santé Canada offre actuellement des services de santé considérés comme médicalement nécessaires, mais non assurés par les régimes de santé privés ou provinciaux/territoriaux, dans le cadre du Programme des services de santé non assurés (SSNA). Santé Canada exécute en outre un ensemble de programmes locaux destinés aux aînés, tandis que le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien appuie les programmes sociaux.

Des témoins ont déclaré au Comité que les coûts des services de santé non assurés ont augmenté d'environ 14 % par année mais qu'en raison de la limitation des coûts, ceux du Programme sont plafonnés à 3 %. La limitation des coûts est considérée comme nuisant à l'élaboration de mesures de soins à long terme et elle a donné lieu à la suppression des services de soins des pieds et d'autres services de soutien touchant directement les aînés et pourrait entraîner des niveaux accrus d'invalidité. De plus, certains fournisseurs de services de santé et de services sociaux demandent à être payés comptant avant de fournir leurs services, ce qui crée un obstacle important pour les personnes à faible revenu.

Les options suivantes ont été présentées :

47- Supprimer le plafond de 3 % imposé aux services de santé non assurés

Il faut trouver d'autres mécanismes de limitation des coûts qui imposent une évaluation moins arbitraire des besoins en matière de soins de santé.

48- Élargir la catégorie des dépenses admissibles au titre du Programme des services de santé non assurés de manière à inclure les coûts liés aux soins des pieds

Le nombre de diabétiques est en augmentation et le fait de ne pas fournir de soins des pieds ne fera qu'entraîner des complications plus importantes, et coûteuses, pour les aînés des Premières nations.

Détenus sous responsabilité fédérale

Service correctionnel du Canada (SCC) est responsable de la prise en charge et de la garde des délinquants purgeant une peine de deux ans ou plus de détention. Les détenus âgés forment une proportion faible mais croissante de la population carcérale. SCC entend par « détenus âgés » ceux qui ont 50 ans et plus, parce que les recherches démontrent que le processus de vieillissement des délinquants est accéléré de 10 à 11,5 ans en raison des effets cumulatifs de facteurs comme la situation socioéconomique, les habitudes de vie et l'accès aux soins de santé.

SCC a l'obligation juridique de fournir aux détenus les soins de santé essentiels. Le Comité a toutefois appris que certains délinquants manquent des rendez-vous chez le médecin parce qu'il n'y a personne pour les y accompagner. Il a également appris que l'accès aux soins palliatifs et à long terme axés sur les patients dans les pénitenciers fédéraux est très restreint, et que des ressources supplémentaires sont nécessaires. Le chapitre 5 contient d'autres options relatives à la santé des détenus dans les pénitenciers fédéraux.

L'option suivante contribuerait à corriger ces problèmes :

49- Veiller à ce que les détenus âgés dans les pénitenciers reçoivent l'aide nécessaire en temps opportun

Le Bureau de l'Enquêteur correctionnel a mené des enquêtes sur des cas où il y a eu d'importants retards dans la fourniture d'articles essentiels au bien-être et à la dignité de détenus,

notamment des appareils auditifs, des prothèses dentaires et des produits pour incontinents.

Chapitre 5 : Vieillir à l'endroit de son choix

Les Canadiens devraient pouvoir vieillir là où ils le veulent. La plupart des personnes âgées souhaitent, et de loin, vieillir chez elles. À l'heure actuelle, le marché du travail est structuré de telle façon que les membres de la famille et les amis ont souvent beaucoup de difficulté à concilier le travail et les soins aux aînés en perte d'autonomie. Il existe des formes officielles de soutien qui peuvent aider les familles, mais elles présentent de grandes différences d'un bout à l'autre du pays quand il s'agit de l'aide aux aînés.

Le présent chapitre porte sur les enjeux soulignés et les options proposées par les témoins qui ont comparu devant le Comité sur le choix de l'endroit où vieillir. Il présente des solutions possibles pour le logement, le soutien et les soins à domicile, la transition vers les services de soins intégrés et les besoins des groupes relevant du gouvernement fédéral.

Le Comité reconnaît qu'il existe peut-être d'autres possibilités pour aider les aînés à vivre où ils le veulent, et est prêt à en discuter, ainsi qu'à aborder les propositions contenues dans le présent rapport.

5.1 Logement

La plupart des aînés (93 %) habitent dans des résidences privées et souhaitent vivement rester chez eux. Mais plusieurs éléments peuvent les obliger à quitter la maison : une demeure dont l'aménagement ou la taille ne convient plus, la perte du conjoint ou la détérioration de l'état de santé. Certains n'ont plus les moyens de garder la maison ou d'en assurer l'entretien.

On a fait valoir au Comité qu'il est plus efficace de planifier et de construire des habitations et des quartiers qui continueront de répondre aux besoins des personnes qui y habitent à mesure que leur état de santé change. Il est vrai que la réglementation du bâtiment relève des gouvernements provinciaux et territoriaux, mais la plupart d'entre eux adoptent ou adaptent le modèle du *Code national du bâtiment* et appliquent ses exigences.

La Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) réalise deux programmes, soit le Programme d'aide à la remise en état des logements et le programme Logements adaptés : Aînés

autonomes (LAAA), pour aider à adapter les résidences aux besoins des personnes âgées à faible revenu, afin qu'elles puissent vivre de façon indépendante dans des logements qui répondent aux normes de base en matière de santé et de sécurité.

De plus, on a indiqué au Comité que le manque de logements abordables constitue un problème particulier pour les personnes âgées qui vivent seules ou en milieu urbain, ainsi que pour les aînés inuits. Les organismes autochtones ont souligné que le manque de logements abordables et convenables constitue l'une des plus grandes difficultés pour les personnes âgées inuites, métisses et des Premières nations.

Plusieurs options sont possibles pour aider à offrir des résidences abordables et adaptées :

50- Augmenter la publicité au sujet des programmes d'adaptation des logements de la SCHL

On a fait valoir au Comité que certaines personnes qui ont besoin de fonds pour effectuer des travaux de rénovation ne sont peut-être pas au courant de l'existence de ces programmes.

51- Accroître le parc de logements abordables d'un bout à l'autre du pays

52- Accroître la disponibilité des bons de logement subventionné afin que les personnes âgées à faible revenu aient les moyens de se loger convenablement

53- Veiller à ce que les constructeurs et les inspecteurs respectent et appliquent systématiquement les normes d'aménagement sans obstacle, déjà contenues dans le *Code du bâtiment*

Options visant l'aide à la vie autonome et le logement supervisé

Pour ce qui est des aînés qui ont besoin d'une aide accrue, le logement supervisé peut offrir des services de soutien, par exemple pour la préparation des repas, le ménage et les activités sociales et récréatives. On a toutefois indiqué au Comité que le coût du logement supervisé, la difficulté d'obtenir des renseignements sur les diverses possibilités et l'absence de réglementation sont autant de questions qu'il faut régler.

Le coût du logement supervisé est un obstacle pour certains aînés. Ceux qui sont propriétaires de leur maison peuvent avoir l'impression de mieux maîtriser leurs coûts que s'ils se trouvaient en logement supervisé. On a fait valoir au Comité qu'il est très difficile d'obtenir des renseignements sur les possibilités de logement supervisé dans d'autres compétences, ce qui constitue une difficulté pour les aînés qui souhaitent déménager.

Le logement supervisé et l'aide à la vie autonomie ne sont pas très réglementés au Canada. Des témoins ont souligné que certaines résidences-services offrent des niveaux de soins qui dépassent les services de base et préviennent qu'il faut éviter que ce genre de résidences ne s'incruste sous forme d'établissements de soins de longue durée non réglementés. On a tendance à penser que le logement supervisé n'a pas besoin d'être très réglementé puisque les consommateurs peuvent faire des choix, situation qui exerce une pression à la hausse sur les normes de service. Il faudrait donc que le consommateur ait des choix, ce qui est loin d'être toujours le cas au pays.

Les options suivantes ont été présentées concernant le logement supervisé :

54- Accroître le parc de logements supervisés abordables

Est-ce que l'accroissement du parc de logements supervisés abordables pousserait les fournisseurs de tels logements à respecter des normes minimales? Est-ce que la Société canadienne d'hypothèques et de logement devrait contribuer davantage à stimuler la création de logements supervisés au Canada?

55- Accroître le parc de logements supervisés abordables à l'intention des aînés inuits et des Premières nations

56- Améliorer la réglementation du logement supervisé d'un bout à l'autre du pays

Est-ce que le gouvernement fédéral devrait jouer un rôle dans la communication des meilleures pratiques en matière de réglementation? Est-ce que les différentes compétences travaillent en collaboration afin d'éviter que chacune « réinvente la roue » lorsqu'elle élabore un cadre de réglementation du logement supervisé?

57- Faciliter l'accès aux renseignements au sujet des possibilités de logement au Canada

Faudrait-il élaborer une base de données centrale afin de mettre en commun les renseignements sur les possibilités de logement supervisé qui existent au Canada? Dans l'affirmative, quelle serait la meilleure façon de transmettre ces renseignements aux aînés?

Options pour les soins de longue durée

Même si la plupart des aînés n'habiteront pas un établissement de soins de longue durée, ce type d'établissement s'avère nécessaire dans certains cas. Au pays, les compétences fournissent un éventail varié de niveaux et de types de services et prévoient diverses ententes pour le partage des frais et la gestion des installations. La majorité de ces établissements (sauf au Québec) sont privés, et ceux qui restent sont répartis également entre organismes sans but lucratif et organismes gouvernementaux. Le rôle direct que joue le gouvernement fédéral dans le contexte des soins de longue durée est décrit à la section 5.4.

La transférabilité entre compétences ne s'applique pas aux services de soins de longue durée. Des témoins ont signalé que le public ne sait peut-être pas que ces services ne sont pas assurés par l'État.

Le critère de la transférabilité que prévoit la *Loi canadienne sur la santé* fait en sorte que les personnes qui déménagent d'une province ou d'un territoire à un autre continuent d'être assurées par la compétence d'origine pendant toute période d'attente imposée par la nouvelle province ou le nouveau territoire de résidence. La transférabilité ne s'applique pas toutefois aux services complémentaires de santé prévus par la *Loi*, dont les soins de longue durée.

Les options suivantes ont été cernées :

58- Encourager les provinces et les territoires à conclure des ententes de réciprocité afin d'éliminer les périodes d'attente pour les habitants venant d'une autre province

Les aînés qui déménagent peuvent se trouver obligés de payer la totalité des frais exigés par un établissement de soins de longue durée pendant la période d'attente avant d'être admissibles au partage des coûts dans la nouvelle province ou le nouveau

territoire de résidence. Il s'agit d'un obstacle insurmontable pour certains aînés et leur famille.

59- Faire part des renseignements et des meilleures pratiques sur l'adaptation des établissements de soins de longue durée afin de répondre aux besoins d'une société multiculturelle

Il deviendra de plus en plus important de fournir des services adaptés sur le plan culturel aux immigrants âgés afin de leur permettre de trouver des établissements qui répondent à leurs besoins.

5.2 Soutien à domicile et soins à domicile

Les programmes de soins à domicile comprennent des services professionnels comme les soins infirmiers, l'ergothérapie et les services sociaux; des services de soins personnels pour aider à accomplir les activités de la vie quotidienne, comme le bain, l'hygiène corporelle et les déplacements; et des services de soutien à domicile et d'aide ménagère comme le ménage, la lessive et la préparation des repas. Une bonne partie des soins et du soutien à domicile dont ont besoin les aînés est fournie de façon informelle par les membres de la famille. Il faut donc se demander comment soutenir les aidants naturels.

Les analyses coût-efficacité des soins à domicile montrent qu'ils coûtent généralement moins cher au gouvernement que les soins en établissement, pour le même niveau de service. Elles montrent aussi que la majorité des services de soins à domicile nécessaires sont de nature non professionnelle. À l'heure actuelle, quelque 32 000 personnes fournissent un soutien à domicile au Canada, et ce nombre est susceptible de doubler au cours des dix prochaines années. Bien que ces travailleurs fassent partie du continuum de la main-d'œuvre au service des aînés, les exigences sur le plan des compétences et de la formation varient énormément d'un bout à l'autre du pays.

Il est question des soins à domicile dans la définition que donne la *Loi canadienne sur la santé* des services complémentaires de santé. Cependant, depuis l'Accord de 2004 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, les soins à domicile de courte durée sont reconnus comme faisant partie du système des soins de courte durée. Toutefois, selon certains, l'accent mis sur les soins à

domicile de courte durée a malheureusement eu pour effet involontaire de réduire la disponibilité des soins de plus longue durée.

Les options suivantes pourraient améliorer l'accès aux soins à domicile :

60- Adopter un programme national de soins à domicile

Face au méli-mélo des services de soins à domicile, on réclame un programme national de soins à domicile dont les normes et la prestation des services essentiels seraient comparables d'une province à l'autre. Est-ce que l'adoption d'un programme national de soins à domicile risque d'entraîner la réduction des services dans les compétences qui offrent déjà des services plus élaborés que ce que propose un programme normalisé? Étant donné que les compétences n'ont pas toutes les mêmes ressources, est-ce qu'un programme normalisé risque d'exercer des pressions excessives sur les compétences moins nanties?

61- Régler les écarts dans les compétences et les conditions de travail du personnel de services à domicile

On a indiqué au Comité que la plupart des services rémunérés de soins à domicile au pays sont assurés par des travailleurs non professionnels ou paraprofessionnels. L'absence d'une stratégie nationale touchant les ressources humaines et les normes nationales pour ce secteur aurait une profonde incidence sur la qualité des soins d'une région à l'autre. Le gouvernement fédéral a-t-il un rôle à jouer dans la planification d'une stratégie en ressources humaines visant les travailleurs offrant les soins à domicile? Le gouvernement fédéral peut-il financer la création d'un programme de formation nationale à l'intention de ces travailleurs?

62- Créer un régime enregistré d'épargne pour soins chroniques

Comme les soins à domicile ne sont pas entièrement financés par l'État, certains témoins ont suggéré d'encourager les Canadiens à épargner afin qu'ils soient en mesure de payer les services dont ils pourraient avoir besoin. Il serait possible de créer à cet égard un régime enregistré d'épargne pour soins chroniques, sur le modèle des REER.

Options pour soutenir les aidants naturels

Le vieillissement de la population fait que les Canadiens sont de plus en plus appelés à s'occuper de membres de la famille ou d'amis. Les aidants naturels fournissent 80 % de tous les soins à domicile aux aînés vivant dans la collectivité. La majorité d'entre eux fournissent des soins parce qu'ils considèrent qu'il s'agit d'une responsabilité familiale ou simplement par choix. Beaucoup disent avoir choisi de remplir ce rôle parce que personne d'autre ne peut le faire ou parce qu'il n'existe pas de services de soins à domicile.

Le rôle d'aidant naturel présente des défis sur le plan physique, mental, émotif et financier, particulièrement pour ceux qui occupent en même temps un emploi rémunéré.

Les options suivantes ont été proposées au Comité afin d'offrir un soutien aux aidants naturels :

63- Fournir des renseignements aux aidants naturels

Les aidants naturels ont besoin de renseignements et de formation pour apprendre à s'occuper d'eux-mêmes en plus de leurs proches. Au Canada, il n'existe pas de guichet unique pour les aidants naturels.

64- Créer un programme national de relève

À l'heure actuelle, le soutien offert aux aidants naturels varie selon l'endroit où ils vivent, l'argent dont ils disposent et la personne à laquelle ils prodiguent des soins. La création d'un programme national de relève permettrait aux aidants naturels d'obtenir le repos physique et émotif dont ils ont besoin.

65- Modifier la prestation de compassion

Des prestations de compassion sont versées dans le cadre du programme d'assurance-emploi aux personnes qui doivent s'absenter temporairement du travail pour fournir des soins ou un soutien à un membre de la famille qui est gravement malade. Or, certains Canadiens admissibles ne sont pas au courant de l'existence du programme. Nombre d'améliorations ont été proposées afin d'accroître la souplesse, l'accessibilité et la durée de la prestation. Ainsi, la prestation pourrait être versée à l'extérieur du cadre du programme de l'assurance-emploi de manière à être offerte aux personnes qui n'ont pas droit à l'assurance-emploi. Il serait possible d'apporter les changements

suivants : mener une vaste campagne d'information du public au sujet de l'existence de la prestation; accroître la durée de la prestation; élargir les définitions d'admissibilité en vertu du programme.

66- Fournir un soutien financier aux aidants naturels

De nombreuses propositions ont été formulées afin de rembourser les dépenses des aidants naturels ou d'offrir une reconnaissance financière de leur travail. Le gouvernement fédéral pourrait offrir une aide financière accrue aux consommateurs de services de soins à domicile par le biais d'indemnités, de déductions fiscales et de crédits d'impôt remboursables afin de compenser le coût des soins à domicile. Il a aussi été suggéré que le gouvernement fédéral convoque un groupe de spécialistes sur la sécurité financière des aidants naturels.

67- Offrir aux aidants naturels une clause d'exclusion du Régime de pensions du Canada (RPC)

Les personnes qui prennent congé pour s'occuper de membres de la famille malades risquent parfois de subir une baisse des prestations du RPC. À l'heure actuelle, le RPC permet aux personnes qui quittent temporairement le travail pour s'occuper de leurs enfants d'exclure ces périodes à revenu faible ou nul du calcul des prestations du RPC. Cette clause d'exclusion de la RPC pourrait être élargie afin de soutenir les aidants naturels qui cessent de travailler pour s'occuper de proches malades.

5.3 Soutenir la transition vers un système de soins intégré

Pour que les personnes âgées puissent vieillir à l'endroit de leur choix, elles doivent avoir accès à tout un éventail de services, notamment des possibilités de logement convenable et abordable, des soins de longue durée, des services de soutien communautaires et des soins à domicile. Or, les services doivent être extrêmement bien intégrés et coordonnés pour qu'il soit possible d'offrir les soins voulus, au bon moment et à l'endroit choisi. Le Comité a entendu des témoignages convaincants voulant que ce qui presse le plus est d'intégrer les diverses options de soutien dont disposent les aînés.

En effet, l'intégration des divers services pourrait alléger les pressions que vivent les personnes âgées et leurs familles à l'heure actuelle lorsqu'elles cherchent à s'y retrouver dans la multitude de

services destinés à répondre à des besoins qui évoluent sans cesse. L'intégration et la coordination aideront à réaliser plus d'économies et assureront une plus grande rentabilité aux gouvernements. L'intégration des soins avance dans certaines compétences, mais il manque de leadership national dans ce domaine.

Les options suivantes pourraient aider à répondre aux besoins en soins intégrés :

68- Adopter une politique nationale sur les services de soins intégrés

Le gouvernement fédéral pourrait aider les gouvernements provinciaux aux prises avec les coûts d'une population vieillissante à adopter graduellement des modèles de services de soins intégrés. Des témoins ont suggéré que le gouvernement fédéral travaille en collaboration avec les provinces, en vertu de l'Entente-cadre sur l'union sociale, afin d'élaborer une initiative fédérale de financement pour aider les provinces à adopter un modèle de soins intégré à l'intention des personnes âgées. Le programme pourrait être conçu pour atteindre les objectifs suivants :

- offrir un guichet unique aux personnes âgées et à leurs familles;
- améliorer la transférabilité des services entre provinces;
- favoriser davantage la vie autonome.

69- Mettre en commun les meilleures pratiques relativement aux services de soins intégrés

L'intégration des services est à la hausse partout au pays, mais les compétences ont rarement l'occasion de mettre en commun leurs expériences. C'est tout aussi vrai pour les ministères : ainsi, le ministère des Anciens Combattants offre l'un des meilleurs modèles de soins intégrés au pays, comparativement aux soins que dispense le gouvernement du Canada aux membres des Premières nations. Comment le gouvernement fédéral peut-il faciliter l'échange de renseignements dans ce domaine?

5.4 Groupes relevant du gouvernement fédéral

Le gouvernement fédéral fournit des services directement aux anciens combattants admissibles, aux membres des Premières nations

dans les réserves, aux Inuits dans les collectivités désignées et aux détenus sous responsabilité fédérale.

Anciens combattants

Le Programme pour l'autonomie des anciens combattants (PAAC) est un programme national de soins à domicile qu'Anciens Combattants Canada a mis sur pied afin d'aider ses clients admissibles à demeurer dans le confort de leur foyer ou au sein de leur collectivité. Grâce à ce programme, les anciens combattants qui ont servi pendant la Première ou la Seconde Guerre mondiale ou la guerre de Corée peuvent être admissibles à tout un éventail de services, dont l'entretien de terrain, l'entretien ménager, les soins personnels, l'accès à des services de nutrition et des services de santé et de soutien.

Des organismes d'anciens combattants ont proposé les options suivantes :

70- Créer, à l'intention de tous les aînés du Canada, un programme pour l'autonomie axé sur les besoins, en s'inspirant du Programme pour l'autonomie des anciens combattants

71- Élargir le Programme pour l'autonomie des anciens combattants afin de l'offrir à tous les anciens membres des Forces canadiennes

Bon nombre de vétérans des Forces canadiennes, dont des casques bleus, ne sont pas admissibles au Programme pour l'autonomie des anciens combattants.

Premières nations et Inuits

Si les services offerts aux anciens combattants constituent un modèle de soutien offert aux personnes âgées, on ne peut pas en dire autant des services offerts aux aînés inuits et des Premières nations. Les besoins en logement de ces groupes sont immenses. Les représentants des Premières nations, des Inuits et des Métis ont clairement fait savoir que le principal besoin de leurs aînés est d'avoir accès à un logement convenable et abordable.

Bien que Santé Canada réalise le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits à l'intention des personnes âgées, des personnes handicapées et des personnes atteintes de maladie chronique, et que le ministère des

Affaires indiennes et du Nord canadien réalise le Programme d'aide à la vie autonome qui offre des services de soutien social non médicaux aux membres des Premières nations, les membres des Premières nations et les Inuits présentent d'importants besoins de soutien. Un témoin a indiqué au Comité qu'un moratoire de 20 ans a été appliqué à la construction et au fonctionnement des foyers de soins personnels. On a aussi indiqué au Comité que des services médicaux et de soutien insuffisants dans les réserves obligent parfois les aînés autochtones à déménager, les privant des bienfaits de vivre ou de mourir à la maison, entourés de leurs proches.

Le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien et Santé Canada cofinancent une initiative menée par plusieurs intervenants pour élaborer un programme national de politiques et un cadre pour les soins continus dont l'aide à la vie autonomie fait partie intégrante.

Les options suivantes ont été proposées au Comité :

- 72- Accroître le parc de logements convenables et abordables à l'intention des Premières nations et des Inuits**
- 73- Fournir aux Premières nations et aux Inuits les mêmes services que ceux offerts aux anciens combattants dans le cadre du Programme pour l'autonomie des anciens combattants**

Détenus sous responsabilité fédérale

Le Service correctionnel du Canada (SCC) a la garde des détenus purgeant des peines de deux ans ou plus. Or, les détenus plus âgés n'ont pas les mêmes besoins que les plus jeunes. Bien que les études montrent que les programmes conçus expressément pour les délinquants âgés donnent de bons résultats, un tel soutien n'est peut-être pas offert à l'heure actuelle dans tous les établissements fédéraux.

Les options suivantes ont été proposées au Comité :

- 74- Mettre en œuvre les recommandations contenues dans le rapport du Service correctionnel du Canada sur les délinquants âgés**

En 2000, le SCC a élaboré une stratégie pour lui permettre de mieux répondre aux besoins particuliers des délinquants âgés.

Or, on a indiqué au Comité que la mise en œuvre de la stratégie n'avance pas.

75- Modifier la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* en ajoutant les délinquants âgés et ceux qui présentent de graves problèmes de santé à la liste des groupes de délinquants ayant des besoins spéciaux

Selon la Société Elizabeth Fry, des ententes de mise en liberté sous condition pourraient fournir l'occasion de placer des personnes dans des foyers de personnes âgées, dans d'autres résidences adaptées en fonction de l'âge ou dans des établissements de soins palliatifs, au lieu d'essayer d'aménager de tels services dans les prisons elles-mêmes.

76- Modifier la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* afin que les détenus en phase terminale qui purgent une peine d'emprisonnement à perpétuité ou d'une durée indéterminée soient admissibles à la mise en liberté sous condition pour raison humanitaire

On a fait valoir au Comité que l'article 121 de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* autorise que la libération conditionnelle soit accordée par dérogation à un délinquant qui est malade en phase terminale, dont la santé physique ou mentale risque d'être gravement compromise si la détention se poursuit ou si l'incarcération constitue pour lui une contrainte excessive difficilement prévisible au moment de la condamnation. Ces exceptions ne s'appliquent pas à un délinquant qui purge une peine d'emprisonnement à perpétuité infligée comme peine minimale, une peine de mort commuée en emprisonnement à perpétuité ou une peine de détention dans un pénitencier pour une période indéterminée.

Chapitre 6 : Répartition régionale des coûts en soins de santé aux aînés

Apparemment, la mobilité des travailleurs aurait exacerbé le vieillissement de la population dans certaines régions, notamment dans les provinces de l'Atlantique. Or, comme les personnes âgées coûtent plus cher en soins de santé que les autres groupes d'âge, le financement de la santé par un montant forfaitaire par habitant, le Transfert canadien en matière de santé, pourrait entraîner le creusement des écarts entre les paniers de services que les gouvernements des provinces et territoires seront en mesure d'offrir aux personnes âgées à mesure que la population vieillit. Le présent chapitre porte sur les solutions possibles à ce problème.

Le Comité admet qu'il peut exister d'autres solutions encore inédites au problème de la distribution régionale des coûts de santé associés aux personnes âgées et il sera heureux d'en discuter le moment venu, en plus de celles qu'il propose ici.

6.1 Les aînés et le coût des soins de santé

Plus les gens vieillissent, plus ils utilisent le système de soins de santé; voilà un sujet bien documenté. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) mentionne dans un rapport que, de nos jours, les personnes âgées sont souvent en meilleure santé que ne l'étaient celles des générations précédentes, mais qu'elles demeurent néanmoins plus susceptibles que les jeunes de souffrir de problèmes de santé chroniques et d'être en mauvaise santé et qu'elles consomment donc plus de services de santé.

Ce fait entraîne des implications majeures dans les soins de santé publique canadiens. Par habitant, les dépenses en soins de santé, qui relèvent pour la plupart des compétences provinciales et territoriales, sont beaucoup plus élevées pour les aînés que pour l'ensemble de la population.

En fait, au cours d'une vie, les coûts en soins de santé restent relativement les mêmes. À l'exception de la première année de la vie d'un enfant, le coût moyen par habitant en services de santé publique assumés par les provinces et les territoires varie très peu de l'enfance

jusqu'à environ 50 ans. Par contre, à partir de cet âge, les données de l'ICIS démontrent que les coûts commencent à augmenter de façon exponentielle. Les dépenses provinciales et territoriales en services de santé passent de 1 898 \$ pour les Canadiens de 45 à 49 ans à 5 412 \$ pour ceux qui ont 20 ans de plus. Pour les Canadiens de 85 ans et plus, le coût moyen des services de soins de santé assumés par les gouvernements provinciaux et territoriaux dépasse 20 000 \$.

Pour beaucoup de personnes, le vieillissement de la population et l'augmentation des coûts relatifs aux soins de santé destinés aux aînés sont deux facteurs qui, conjointement, indiquent l'imminence d'une crise dans le système de soins de santé publique. On dit souvent que l'augmentation de la moyenne d'âge canadienne engendrera une hausse spectaculaire du fardeau des dépenses en soins de santé publique. En effet, les dépenses en soins de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux augmentent déjà rapidement, soit à un taux moyen de 6 % par habitant depuis 1999. Cette croissance des coûts est perçue par certains comme un premier avertissement qui permet d'affirmer que le système de soins de santé tel qu'il est actuellement sera, dans un avenir plus ou moins rapproché, incapable de supporter la pression exercée par le vieillissement de la population.

Ce point de vue persiste malgré un grand nombre de faits qui prouvent le contraire. Plusieurs études démontrent que les conséquences du vieillissement de la population sur les dépenses en soins de santé publique sont, en fait, minimales : bien qu'une population vieillissante contribue effectivement à la hausse des coûts en soins de santé, les conséquences d'une telle augmentation sont limitées.

Si les tendances démographiques ne sont pas les principaux facteurs qui ont fait croître les coûts des soins de santé au Canada, alors comment expliquer la hausse des dépenses? Les deux principaux facteurs responsables de cette augmentation sont l'inflation et le développement des services de soins de santé. Ce développement comprend des innovations et des nouveaux projets telles la facilité d'accès aux médicaments, les avancées technologiques, les techniques chirurgicales améliorées et l'amélioration des capacités et de l'utilisation des équipements de visualisation diagnostique.

De plus, bien que les innovations médicales puissent améliorer l'efficacité des traitements, celles-ci engendrent dans bien des cas une augmentation de l'utilisation du système de soins de santé. Les techniques moins agressives, les médicaments améliorés, la capacité d'effectuer des diagnostics optimaux et la brièveté des périodes de

guérison sont des facteurs qui augmentent la demande en traitement médical. Pendant ce temps, et puisque les Canadiens vivent plus longtemps et en meilleure santé qu'auparavant, beaucoup d'entre eux peuvent profiter de certains types de traitements médicaux, particulièrement les aînés.

Les taux de fréquentation des hôpitaux et d'utilisation des autres types de services de soins de santé par les aînés ont augmenté énormément ces dernières années. Par exemple, sur une période de cinq ans, de 2000-2001 à 2005-2006, le nombre total d'angioplasties effectuées au Canada a augmenté de 62 %, les remplacements de genoux de 84 %, les remplacements de hanches de 47 % et les chirurgies cardiaques de 33 %⁵.

Il est donc très important de distinguer les effets du vieillissement de la population de l'augmentation de la consommation en services de soins de santé. Bien que, d'une part, les changements démographiques ne seraient peut-être pas les principaux facteurs qui provoquent la hausse des dépenses en soins de santé, d'autre part, la quantité et le coût des services de santé demandés par les aînés augmentent considérablement.

En d'autres termes, la hausse des coûts liés aux soins de santé au Canada n'est pas causée par le vieillissement de la population, mais plutôt par une demande accrue en services de soins de santé chez les aînés. La hausse de consommation par habitant en services de soins de santé compte, chez les aînés, pour environ deux tiers des changements des dépenses nationales en soins de santé au cours des trente dernières années. D'ailleurs, à la fin des années 1990, les gouvernements provinciaux et territoriaux ont évoqué la sollicitation accrue en services de santé chez les aînés pour justifier une demande de soutien financier supplémentaire au gouvernement fédéral relativement à l'Entente-cadre sur l'union sociale.

6.2 Projections démographiques pour les provinces et les territoires

La demande accrue en services de soins de santé publique par les aînés est, à cause des différences des structures par âge au sein

⁵ M. Lee, *How Sustainable is Medicare?: A Closer Look at Aging, Technology and Other Cost Drivers in Canada's Health Care System*, Centre canadien de politiques alternatives, Ottawa, septembre 2007.

des provinces et des territoires, une question compliquée. Un certain nombre de facteurs démographiques et socioéconomiques font en sorte que le pourcentage d'aînés dans la population est plus élevé dans certaines provinces que dans d'autres. De plus, les projections démographiques indiquent que la plupart de ces différences iront en s'accroissant.

Les différences dans la répartition et l'âge de la population entre les provinces

Le vieillissement de la population canadienne est un fait bien établi. De 1971 à 2006, l'âge médian, c'est-à-dire l'âge où une moitié de la population est plus jeune et l'autre plus vieille, est passé de 26,2 à 38,8 ans. En 1971, 7,9 % de la population canadienne avait plus de 65 ans, et en 2006, ce taux a atteint 13,1 %.

Toutefois, le taux de vieillissement de la population n'est pas le même partout au pays. Il existe un clivage grandissant entre l'Est et l'Ouest du Canada. Les populations des cinq provinces de l'Est sont, généralement, plus âgées et vieillissent plus rapidement que celles des cinq provinces de l'Ouest et des trois territoires.

Une tendance similaire est évidente si l'on considère le pourcentage d'aînés dans chaque province. L'Alberta est de loin la province la plus jeune, où le taux d'aînés est le plus faible de tout le Canada. Alors que les aînés constituent 13,1 % de la population totale du Canada, ils ne constituent que 10,4 % de la population albertaine⁶. L'Ontario est aussi une province où le pourcentage d'aînés est sous la moyenne nationale, avec un taux de 12,8 %.

À l'opposé, c'est en Saskatchewan que le pourcentage d'aînés est le plus élevé, avec 14,9 % de la population. Par contre, et contrairement aux autres provinces, ce taux n'est pas à la hausse et il est demeuré relativement constant depuis le milieu des années 1990. Mis à part la Saskatchewan, les populations des trois provinces Maritimes ont les pourcentages d'aînés les plus élevés au Canada.

Les différences d'âge des populations et des pourcentages d'aînés entre les provinces sont causées par une combinaison de

⁶ Il est cependant à noter que le pourcentage de la population âgée de plus de 65 ans est toujours beaucoup plus bas dans les trois territoires : 7,5 % au Yukon, 4,8 % dans les Territoires du Nord-Ouest et 2,9 % au Nunavut.

plusieurs facteurs. Les plus importants d'entre eux sont peut-être les taux de natalité et les tendances de migrations interprovinciales.

Des taux de natalité élevés engendrent une baisse de l'âge médian de la population et réduisent indirectement le pourcentage d'aînés dans la population. Au Canada, les taux de natalité les plus élevés sont ceux des trois provinces des Prairies, et les plus bas ceux de Terre-Neuve-et-Labrador, de la Nouvelle-Écosse et du Nouveau-Brunswick.

Les migrations interprovinciales ont des conséquences encore plus importantes. Chaque année, environ 1 % de la population canadienne déménage dans une autre province ou un autre territoire. En 2005-2006, par exemple, on estime que près de 333 000 Canadiens ont déménagé dans une autre province ou un autre territoire. Même si un taux de migration annuelle de 1 % peut sembler faible, il implique, sur des dizaines d'années, d'imposantes modifications démographiques dans le pays.

La tendance générale des migrations interprovinciales consiste en un déplacement des jeunes Canadiens provenant de provinces pauvres vers les provinces où les conditions économiques sont avantageuses. Depuis le début des années 1970, on assiste à un flux migratoire interprovincial considérable des habitants des provinces Maritimes (sauf l'Île-du-Prince-Édouard), du Québec, de la Saskatchewan et du Manitoba vers, principalement, l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique. Les étudiants, ainsi que les jeunes actifs de 20 à 39 ans, comptent pour la moitié de tous les migrants interprovinciaux des cinq dernières années. Un autre quart de ces migrants avaient moins de 20 ans.

Projections démographiques jusqu'en 2031

À cause des facteurs tels que la migration interprovinciale et les taux de natalité, on s'attend à ce que les différences relatives à la structure par âge entre les provinces et les territoires s'accroissent dans les prochaines années. Statistique Canada a publié des données de projections démographiques classées par âge pour les provinces et les territoires. Ces projections s'étendent jusqu'en 2031 et tiennent compte des différents scénarios de croissance et de migration. Selon les chiffres du scénario conservateur « croissance moyenne, migration moyenne », les aînés représenteront, dans toutes les provinces, une plus grande partie de la population en 2031 qu'en 2006. Toutefois, la

population d'âînés devrait augmenter plus rapidement dans les provinces où elle est déjà très élevée.

En 2006, au niveau national, les âînés formaient 13,1 % de la population. On croit que ce taux augmentera à 23,4 % en 2031. Toutefois, dans le Canada atlantique et au Québec, on pense que le pourcentage d'âînés en 2031 sera manifestement plus élevé qu'ailleurs, atteignant 25,3 % de la population totale au Québec et 29,5 % à Terre-Neuve-et-Labrador.

Dans les provinces de l'Ouest, les facteurs démographiques et les mouvements migratoires vont dans une direction opposée. On s'attend à ce que les taux de natalité plus élevés et/ou l'afflux de migrants provenant des autres provinces ralentissent la croissance relative de la population d'âînés âgés de plus de 65 ans. D'ici à 2031, on s'attend à ce que le pourcentage d'âînés dans les provinces de l'Ouest varie d'un taux minimum de 21,4 % en Alberta à un taux maximal de 24,9 % dans la province voisine, la Saskatchewan.

6.3 Tenir compte des besoins en dépenses dans les transferts fédéraux

Le coût moyen en services de soins de santé publique destinés aux Canadiens de plus de 50 ans augmente rapidement après cet âge. De plus, les tendances migratoires et les autres facteurs engendrent un vieillissement de la population inégal entre les provinces. Tous ces facteurs réunis représentent un défi politique majeur pour le Canada.

Les soins de santé publique font déjà partie du secteur le plus coûteux à la charge des gouvernements provinciaux et territoriaux. Près de 40 % des dépenses des programmes provinciaux et territoriaux sont consacrées aux soins de santé. Le fait que certaines provinces ont une population qui vieillit plus vite que d'autres indique que les coûts liés aux services de soins de santé augmenteront aussi plus rapidement dans ces provinces. En outre, un grand nombre de provinces où le pourcentage d'âînés augmente fortement sont aussi les provinces les plus pauvres du Canada.

Le gouvernement fédéral donne aux provinces et aux territoires une assistance financière afin de les aider à compenser le coût des soins de santé et des autres services publics. Selon les données du ministère des Finances du Canada, le gouvernement fédéral a effectué des transferts totaux de 43,5 milliards de dollars aux autres paliers de

gouvernement en 2006-2007, ce qui équivaut à 19,6 % des dépenses budgétaires fédérales. La grande majorité de ces fonds (92,4 %) sont acheminés via trois principaux programmes de transfert : la péréquation, le Transfert canadien en matière de santé (TCS) et le Transfert canadien en matière de programmes sociaux (TCPS).

On a proposé au gouvernement fédéral de considérer l'ajustement de son système de transfert de paiements de façon à tenir compte des différences interprovinciales en matière de besoins liés à l'âge. Le Comité a identifié deux principales façons d'adopter une telle mesure. La première consiste à intégrer les besoins en dépenses liées à l'âge dans un ou plusieurs des grands programmes canadiens de paiements de transfert. La deuxième consiste à mettre sur pied un transfert séparé et distinct permettant de relever ce défi politique spécifique.

Il existe un certain nombre d'options permettant de modifier les transferts de paiements actuels. Ces options, ainsi que celle qui permet de créer un nouveau transfert de paiement, sont définies de façon non exhaustive ci-dessous. Le Comité apprécie les commentaires et suggestions à propos de ces options ou de toute autre option proposée.

Les différentes options pour l'intégration des besoins en dépenses liés à l'âge dans la péréquation

La péréquation est un programme fédéral de transfert conçu afin de gérer les différences entre les provinces en matière de capacité de production de revenus. Ce programme semble étonnamment simple : la péréquation offre des paiements annuels aux gouvernements provinciaux qui ont une capacité relativement faible de produire des revenus au moyen de l'assiette fiscale dont ils disposent. La péréquation est régie par le principe selon lequel les provinces doivent avoir accès à des revenus suffisants, et ceux-ci doivent leur permettre d'offrir des niveaux de services raisonnablement comparables à un taux d'imposition raisonnablement comparable.

Bien que le principe de la péréquation soit simple, le programme est, en fait, complexe. Grâce à une formule préétablie, la péréquation crée un régime fiscal représentatif (RFR) qui permet d'évaluer le montant d'argent que chaque province pourrait amasser (par habitant) si toutes les provinces avaient les mêmes taux d'imposition. Le total par habitant de chaque province qui participe au RFR est ensuite

comparé à la moyenne des dix provinces. Si le total par habitant d'une province est inférieur à la norme, alors, sous certaines conditions, cette province a droit à une péréquation correspondant au montant dont elle a besoin pour atteindre le niveau de référence.

Comme la péréquation est basée sur une formule, le coût total du programme varie chaque année selon la puissance économique relative des provinces. Si l'écart entre les provinces riches et pauvres s'amenuise à cause de la faiblesse des unes ou de la force des autres, le total des paiements baisse. À l'inverse, si l'écart entre les provinces riches et pauvres s'agrandit à cause de la force des unes ou de la faiblesse des autres, le total des paiements augmente.

Toutefois, la péréquation ne traite qu'une seule moitié de l'équation fiscale. Elle est impuissante face à la question des besoins en dépenses ou à celle du coût de la prestation de services. Une fois les droits à péréquation calculés, la population des provinces est le seul facteur qui détermine directement la valeur totale des paiements.

Il existe trois principaux moyens pour reformuler la péréquation de façon à tenir compte des différences d'âge des populations.

77- Réformer le programme de péréquation actuel

La façon la plus directe d'intégrer les besoins liés à l'âge dans la formule de péréquation actuelle serait peut-être d'y introduire une clause qui permettrait d'ajuster les paiements par habitant selon l'âge de la population. Par exemple, pour chaque habitant d'un âge prédéterminé, une province recevrait une prime dans ses paiements de péréquation. Un tel programme pourrait permettre aux provinces de recevoir 110 % du droit de péréquation par habitant pour chaque aîné de plus de 65 ans.

L'intégration d'une telle réforme serait facile à mettre en œuvre, mais elle impliquerait quelques inconvénients. Le plus important d'entre eux découle du fait que l'âge de la population est déjà pris en considération dans le programme de péréquation actuel.

La péréquation permet d'indemniser les provinces qui, de façon générale, ont une capacité de générer des revenus autonomes en dessous de la moyenne. Une province où le pourcentage d'aînés est plus élevé que la moyenne aurait déjà, en supposant que tous les autres facteurs se situent dans la moyenne, une capacité à générer des revenus plus basse que les autres. Les aînés gagnent environ

80 % du revenu total du Canadien moyen, ce qui implique que le gouvernement d'une province où le taux d'aînés dans la population est élevé peut percevoir moins d'impôts sur le revenu que les autres. Un pourcentage élevé d'aînés retraités peut aussi modifier la capacité fiscale d'une province dans d'autres types de revenus comme les charges sociales. Ces facteurs sont déjà pris en considération dans le programme de péréquation actuel.

De plus, l'objectif de la péréquation est d'assurer à chaque province l'accès à des niveaux de revenus raisonnablement comparables qui leur permettent de financer leurs services gouvernementaux. Étant donné la multitude des facteurs qui influent sur les finances des gouvernements provinciaux, il pourrait être difficile de montrer qu'il importe de tenir compte des besoins liés à l'âge, mais pas des autres facteurs.

78- Intégrer une clause de besoins en dépenses liées à l'âge dans la péréquation

Une deuxième option consiste à intégrer une clause relative aux besoins fiscaux liés à l'âge dans la péréquation. Dans le cadre d'un tel programme, il faudrait mesurer le coût relatif d'un ensemble de services offerts par les gouvernements provinciaux pour chaque catégorie d'âge. Les provinces dont le fardeau des dépenses est au-dessus de la moyenne à cause de la structure par âge de leur population seraient ainsi, à cause de cette différence, indemnisées grâce au programme de péréquation.

Dans un tel programme, le total des paiements de péréquation d'une province serait calculé d'après deux facteurs : sa capacité fiscale par rapport aux autres provinces et le coût des services liés à la structure par âge de sa population par rapport à celui des autres provinces. Les droits à péréquation positifs et négatifs qui découlent de chacun de ces facteurs seraient ensuite additionnés pour obtenir la valeur définitive du paiement.

Un programme conçu de façon précise qui permettrait de calculer adéquatement les besoins en dépenses liées à l'âge serait un moyen efficace d'indemniser les provinces dont le fardeau financier associé à l'âge de sa population est plus lourd que celui des autres provinces. Toutefois, bien que la mise en œuvre d'un tel procédé soit faisable, elle serait plutôt controversée.

Un des problèmes consiste en la difficulté d'arriver à une entente entre le gouvernement fédéral et les provinces quant à la façon de mesurer les coûts liés à l'âge. Un autre consiste en le fait qu'un équilibre entre la simplicité et la précision doit être atteint. Des mesures simples en matière de besoins liés à l'âge ne doivent pas être coûteuses ou difficiles à créer, mais il va sans dire qu'une mesure simple risque de ne pas être assez précise. Par ailleurs, il serait peut-être possible de concevoir une mesure exhaustive des besoins liés à l'âge, mais le coût en collecte de données et en calculs pourrait être énorme.

Les gens qui sont venus témoigner devant le Comité ont évoqué deux autres préoccupations par rapport à l'idée d'intégrer les besoins liés à l'âge dans le programme de péréquation. Si le nombre d'aînés, ou une autre mesure de l'âge de la population, devait être pris en compte dans la formule de péréquation, alors il en irait de même d'autres facteurs tels que les besoins provinciaux en infrastructures, le nombre d'étudiants universitaires et même les frais de déneigement.

De plus, une importante distinction doit être faite entre les besoins en dépenses et le coût des services. Une province comme Terre-Neuve-et-Labrador, où le pourcentage d'aînés est élevé, peut avoir des besoins en dépenses plus importants que ceux des autres provinces à cause, par exemple, des nombreux services de santé et des établissements de soins de longue durée offerts aux aînés. Toutefois, et parallèlement, bien qu'il y ait relativement moins d'aînés en Alberta, ces mêmes services y sont plus dispendieux à cause de facteurs tels que les salaires élevés et les prix du secteur immobilier. Il n'est manifestement pas évident de trouver la province qui a le fardeau fiscal le plus lourd.

79- Intégrer une clause exhaustive sur les besoins fiscaux dans la péréquation

Une autre façon d'intégrer les besoins en dépenses liées à l'âge serait de créer un programme exhaustif de péréquation qui tiendrait compte non seulement de la capacité d'une province à générer des revenus, mais aussi de tous les autres besoins en dépenses. Dans la mesure où l'âge de la population influence le coût des services médicaux, éducationnels et sociaux, de même que des autres services offerts par les gouvernements provinciaux, ces coûts supplémentaires seraient enfin compris dans le calcul des droits de péréquation.

Aux fins de la péréquation, les besoins en dépenses peuvent être mesurés par l'une des trois méthodes suivantes : l'estimation du coût d'un ensemble normalisé de services publics, l'utilisation de modèles de dépenses existants et du coût moyen de divers types de dépenses, et la création d'un Régime de dépenses représentatif (RDR), qui est en fait une approche semblable au RFR mais destinée aux revenus. Cette troisième approche est plus exhaustive que les deux autres et convient mieux aux objectifs et à la motivation première du programme de péréquation.

Bien qu'un RDR exhaustif soit intuitivement souhaitable, il est aussi considérablement plus difficile à mettre sur pied et il peut manquer de transparence comparativement à une approche plus simple. En effet, la création d'un RDR comprend les étapes suivantes :

- déterminer les catégories de dépenses qui y seront incluses;
- déterminer l'influence des coûts et des besoins sur les dépenses globales, et différencier ces deux facteurs;
- créer une norme nationale en fonction de laquelle seront mesurées les dépenses provinciales, et ce, pour chaque catégorie de dépenses⁷.

À chacune de ces étapes, la probabilité d'un désaccord avec les provinces et entre celles-ci est considérable. Une autre question associée à la mise en œuvre d'un procédé de RDR consiste en la relation entre les coûts et les besoins. Bien que l'on puisse prétendre que les besoins en services médicaux sont grands dans des provinces comme la Nouvelle-Écosse, où la population est plus vieille qu'ailleurs, il ne faut pas oublier que le coût des services peut être plus élevé dans les provinces riches, où les salaires et la valeur des propriétés sont plus élevés. La question des coûts et des besoins doit faire partie intégrante de tout programme de péréquation qui tient compte des niveaux de dépenses provinciales. Toutefois, l'interaction entre les coûts et les besoins peut donner des résultats imprévisibles. En d'autres termes, il est possible qu'une analyse détaillée des coûts et des besoins des gouvernements provinciaux entraîne une *réduction* des paiements de péréquation aux provinces.

Malgré ces inconvénients, un programme exhaustif de péréquation est intuitivement attrayant. Pour un grand nombre de

⁷ F. Vaillancourt et Richard M. Bird, *Expenditure-Based Equalization Transfers*, ITP Paper 0512, juin 2005, p. 10.

personnes, il faut prendre en considération les coûts relatifs des services publics à la grandeur du pays afin de s'assurer que toutes les provinces soient capables de fournir des services de qualité similaire.

Un certain nombre de pays utilisent déjà des programmes de péréquation qui intègrent des mesures des besoins en dépenses. Un des exemples les plus notables est l'Australie, qui utilise un programme de transfert détaillé où 18 catégories de revenus et 41 catégories de dépenses sont prises en considération.

Les différentes options permettant l'intégration des besoins liés à l'âge dans le Transfert canadien en matière de santé

Le TCS est un transfert inconditionnel effectué par le gouvernement fédéral vers les provinces et territoires qui sert à rembourser partiellement le coût des services de soins de santé. Le TCS a été créé en 2004 dans le cadre d'un processus visant une meilleure transparence et une responsabilité accrue. Ce processus provoqua la division de l'ancien Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) en deux transferts distincts, soit le TCS et le Transfert canadien en matière de programmes sociaux.

Le TCS est un transfert en deux parties qui comprend un paiement annuel en argent et la valeur nominale (pour chaque province) d'un transfert ponctuel de marge fiscale (en 1977) du gouvernement fédéral vers les provinces. La valeur de la marge fiscale croît au même rythme que l'assiette fiscale des sociétés et des particuliers, tandis que la valeur de la fraction en espèces est déterminée dans les engagements de financement pluriannuel.

La totalité du TCS est distribuée selon un montant égal par habitant. Toutefois, le paiement en argent est le seul *vrai* transfert effectué annuellement. La marge fiscale annulée par le gouvernement fédéral il y a plus de 30 ans agit essentiellement comme une compensation pour les paiements en argent; puisque le transfert total est égal par habitant, plus la valeur des points d'impôt d'une province est élevée, moins elle reçoit d'argent.

Par exemple, en 2007-2008, la valeur totale du transfert TCS équivalait à 1 054 \$ par personne. En Ontario, le point d'impôt du

transfert valait 425 \$, alors qu'il valait 377 \$ en Nouvelle-Écosse⁸. Conséquemment, la Nouvelle-Écosse a reçu 677 \$ par personne, un paiement en argent plus élevé que l'Ontario, qui en a reçu 629 \$.

Cette méthode de distribution du TCS a été pendant longtemps une source de conflits entre les provinces. Bien que beaucoup de provinces appuient la méthode de distribution actuelle, quelques-unes d'entre elles, comme l'Ontario, ont affirmé que toutes les provinces devraient recevoir le même paiement en argent puisque le transfert de points d'impôt est strictement nominal et que ce dernier a longtemps été considéré comme un revenu autonome provincial.

Dans le Budget 2007, le gouvernement fédéral a annoncé son intention de mettre en œuvre une distribution fondée sur un montant égal par habitant de l'argent du TCS. Toutefois, comme le gouvernement est au cœur d'un engagement de financement de 10 ans en soins de santé, cette mesure ne devrait pas être mise en application avant 2014-2015.

La transition vers des transferts fondés sur un montant égal par habitant sera controversée. Pour que chaque province reçoive les mêmes paiements en argent par habitant, celles qui reçoivent présentement des paiements inférieurs, c'est-à-dire l'Alberta et l'Ontario, devront être élevées au même niveau que les autres provinces. Cette mesure implique une croissance accrue en argent TCS pour les provinces riches, du moins pendant la période de transition. Pour les provinces pauvres, c'est comme si le gouvernement donnait plus d'argent à celles qui en avaient le moins besoin. Pour les provinces qui en bénéficient, l'augmentation des transferts ne fait que rectifier un déséquilibre de longue date où les provinces pauvres étaient toujours privilégiées. Pour sa part, le gouvernement fédéral est d'avis que les récents changements apportés au programme de péréquation, qui ont rendu les transferts plus généreux qu'auparavant, devraient en fin de compte compenser pour les provinces pauvres la croissance ralentie des transferts d'argent TCS.

La mesure qui consiste à intégrer les considérations en matière de dépenses liées à l'argent dans le TCS se défend peut-être mieux

⁸ La valeur des points d'impôt pour les provinces qui bénéficient de la péréquation est égale à la valeur combinée de ces mêmes points d'impôt, ainsi qu'à celle des paiements de péréquation qu'elles reçoivent pour ces points d'impôt. Conséquemment, la valeur des points d'impôt TCS des provinces admissibles à la péréquation est presque identique.

que celle qui consiste à ne faire que des ajustements au programme de péréquation. Le but de la péréquation est d'aider les provinces à offrir une gamme complète de services publics. Pourtant, le TCS vise exclusivement les dépenses provinciales en services de soins de santé publique où, comme mentionné auparavant, l'âge est certainement un facteur important.

Il existe trois façons générales d'intégrer les besoins liés à l'âge dans le TCS.

80- Pondérer en fonction de l'âge les contributions fédérales en matière de santé

Une de ces façons consiste à ajuster la valeur des transferts d'argent fédéraux aux provinces en fonction de l'âge de la population. Cette idée a été proposée en 2002 par le Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Dans son rapport, *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral*, Volume six : Recommandations en vue d'une réforme, le Comité a recommandé la pondération des contributions fédérales accordées en matière de santé selon le pourcentage de la population de chaque province/territoire âgée de plus de 70 ans.

Cette mesure comporte toutefois quelques inconvénients. Par exemple, la pondération par âge des contributions fédérales dans le secteur de la santé est nécessairement subjective. Le gouvernement fédéral aurait à faire des choix par rapport aux tranches d'âge à considérer et aux degrés auxquels celles-ci seront pondérées. Dans les deux cas, il existe une multitude de possibilités; une entente entre les provinces et les territoires sur ce point serait donc improbable.

Un autre inconvénient de cette mesure est qu'elle ne prend pas en considération la question des besoins en dépenses par rapport aux coûts. L'âge est un seul des nombreux facteurs qui déterminent les dépenses en soins de santé publique. La géographie, la densité de la population, les coûts de transport, les valeurs de la propriété, les salaires et la santé de la population sont aussi des facteurs qui influencent le coût des services de santé publique. Si un ajustement spécial est effectué seulement en fonction du facteur de l'âge, le TCS devient-il plus équitable?

81- Mesurer les besoins en dépenses liées à l'âge

Pour mesurer adéquatement les besoins en dépenses liées à l'âge, il faut instaurer un procédé qui isole l'impact de l'âge de la population sur les coûts en soins de santé. L'âge est un facteur parmi tant d'autres qui détermine les dépenses en soins de santé, car celles-ci dépendent autant des choix politiques des provinces et des territoires que des obligations en matière de dépenses auxquelles ils sont soumis.

Une façon relativement simple d'isoler les effets de l'âge sur les dépenses en soins de santé consiste à créer un taux standard de dépenses pour chaque tranche d'âge et d'utiliser cette mesure (et non celles des dépenses provinciales réelles) comme une base à partir de laquelle les effets de l'âge de la population sur le total des coûts seront déterminés. Cette approche n'est pas sans rappeler la formule de péréquation. Dans la péréquation, les provinces sont comparées non pas en fonction de leurs revenus *réels*, mais d'après la quantité de revenus qu'elles pourraient générer si elles avaient toutes les mêmes taux d'imposition. Dans ce cas-ci, les provinces seraient comparées à partir de ce qu'aurait été le montant des dépenses en soins de santé (par tranche d'âge) si leur structure de coûts avait été la même pour chacune de ces tranches d'âge.

Un document de la Bibliothèque du Parlement publié en 2002, *Prise en compte des besoins axés sur l'âge dans les transferts fédéraux pour la santé*⁹, fait état des moyens à utiliser pour mettre sur pied un tel programme. Les grandes lignes de ce processus peuvent être exprimées à l'aide d'une série de questions (en prenant l'exemple de la Nouvelle-Écosse) :

- 1) D'après les taux nationaux moyens des dépenses en soins de santé, quelles sont les dépenses provinciales en soins de santé en Nouvelle-Écosse?
- 2) Si la structure par âge de la population de la Nouvelle-Écosse était identique à celle de la moyenne nationale, quels seraient les besoins provinciaux en dépenses liées à la santé pour chaque tranche d'âge?
- 3) Pour chaque tranche d'âge, quelle est la différence entre les deux questions précédentes?

⁹ M. Holden, *Prise en compte des besoins axés sur l'âge dans les transferts fédéraux pour la santé*, PRB 02-53, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, Ottawa, décembre 2002.

En somme, ce procédé consiste à isoler les effets de la structure par âge d'une province sur ses coûts en soins de santé. Si sa structure par âge alourdit son fardeau financier alors, comme dans le programme de péréquation, cette province devient admissible aux transferts fédéraux en santé afin d'être indemnisée pour cette différence.

L'avantage majeur de ce procédé est qu'il intègre de façon politiquement neutre les besoins liés à l'âge dans les transferts en matière de santé. Les décisions relatives aux dépenses d'une province ne modifient pas le montant des transferts TCS auquel elle aurait droit, sauf dans la mesure où cette province influence la moyenne nationale. De plus, ce procédé permet d'isoler l'impact de l'âge de la population sur les dépenses provinciales en soins de santé indépendamment des autres considérations et de façon relativement objective. Finalement, en utilisant une moyenne nationale de dépenses en matière de santé, le gouvernement fédéral peut éviter la démarche litigieuse qui consiste à trouver des mesures appropriées aux coûts liés à l'âge.

Bien que ce procédé de financement compense certaines lacunes des autres options, il comprend aussi quelques inconvénients. Puisqu'il ressemble au programme de péréquation, il peut parfois être victime des mêmes critiques : il est complexe et il manque de transparence. De plus, il ne tient pas compte du fait que, encore une fois, l'âge soit le seul facteur de coût en matière de santé à mériter une compensation particulière.

82- Intégrer une approche exhaustive fondée sur les besoins dans les transferts en matière de santé

La dernière possibilité consiste à intégrer l'âge de la population dans une mesure détaillée relative aux besoins en dépenses et aux pressions sur les coûts, et à prendre en considération tous les facteurs majeurs qui influencent les dépenses provinciales en soins de santé. Cette option est similaire à l'idée d'un système de dépenses représentatif pour le programme de péréquation sauf que, dans ce cas-ci, les dépenses représentatives seraient limitées à celles du secteur des dépenses en soins de santé.

En tant que tels, la plupart des avantages et des inconvénients décrits dans la section sur la péréquation s'appliquent aussi ici. L'avantage majeur de la mise en œuvre d'une formule à grande échelle d'estimation des besoins en dépenses destinées aux soins de santé est, si la formule est savamment élaborée, que cette dernière

pourrait tenir compte de *tous* les besoins en dépenses et de *toutes* les pressions sur les coûts qui touchent les dépenses provinciales en soins de santé, et ainsi permettre une distribution convenable des transferts fédéraux en matière de santé. En supposant que tous les intervenants parviennent à s'entendre sur la façon de mesurer les coûts et les besoins, un tel programme de transfert tiendrait compte des préoccupations des provinces où la population vieillit rapidement ainsi que de celles où les coûts liés aux soins de santé publique sont, pour d'autres raisons, élevés.

Toutefois, une telle entente serait difficilement réalisable. Comme une multitude d'indicateurs pourraient être utilisés pour mesurer les besoins en dépenses provinciales et territoriales en matière de santé, des données générales telles que l'espérance de vie moyenne jusqu'à la fréquence de certains maux spécifiques en passant par des renseignements détaillés sur le temps d'attente pour certains types de chirurgies, les gouvernements provinciaux/territoriaux ne parviendront probablement pas à établir un consensus par rapport à ce que devrait être la meilleure approche.

La collecte de données est une préoccupation similaire. Toutes les provinces et tous les territoires n'accumulent pas les mêmes informations à propos des soins de santé et ils n'utilisent pas nécessairement la même méthodologie de collecte de données. Les coûts associés à la normalisation des données et à l'élaboration d'une formule détaillée capable de mesurer les besoins en dépenses liées aux soins de santé peuvent être trop élevés pour en valoir la peine.

De plus, même si une entente pouvait être obtenue au cours du processus de mesure des besoins en dépenses pour les soins de santé publique, il n'est pas garanti que le résultat final soit plus payant pour les provinces où le pourcentage d'aînés est élevé. Si le facteur de l'âge est joint à ceux des coûts et des besoins, il est possible que les provinces où le vieillissement de la population est accru reçoivent des transferts fédéraux en matière de santé *plus bas* que ceux qui correspondent à la part fondée sur un montant égal par habitant, car les effets de ces deux autres facteurs peuvent être plus importants que les besoins supplémentaires en dépenses causés par un pourcentage élevé d'aînés.

83- Réformer le Transfert canadien en matière de programmes sociaux pour y intégrer les coûts liés à l'âge

Le Transfert canadien en matière de programmes sociaux est, fondamentalement, le frère cadet du TCS. Alors que le TCS est destiné à financer les dépenses provinciales et territoriales en soins de santé, le TCS est un transfert global de contributions aux dépenses provinciales et territoriales en éducation postsecondaire, en aide sociale, en services sociaux, en développement et éducation du jeune enfant, ainsi qu'en soins aux enfants.

Jusqu'à tout récemment, la structure du TCPS était identique à celle du TCS; le transfert total était une combinaison de points d'impôt théorique et d'argent distribués selon un montant égal par habitant. Toutefois, dans le Budget 2007, le gouvernement fédéral a annoncé son intention de mettre en œuvre une distribution fondée sur un montant égal par habitant de l'argent du TCS et du TCPS. Bien que le changement dans la distribution des fonds du TCS ne doive pas commencer avant 2014-2015, le TCPS est devenu, en 2007-2008, un transfert fondé sur montant égal par habitant dont la valeur totale des paiements en argent était inférieure à 9,5 milliards de dollars. Les paiements en argent du TCPS commenceront en 2009-2010 et augmenteront de 3 % par année jusqu'en 2013-2014.

Dans le cadre d'une démarche visant à améliorer la transparence, le gouvernement fédéral a aussi annoncé dans le Budget 2007 qu'il fournira les informations relatives à la distribution des transferts d'argent au sein même des différentes composantes du TCPS. Il est toutefois important de noter que le TCPS demeure un transfert inconditionnel. Les provinces et les territoires sont libres de dépenser le montant de ce transfert comme ils veulent.

Essentiellement, le TCPS ne tient pas compte des besoins en dépenses liés au fait que la population des différentes régions du Canada vieillit à des rythmes différents. Un grand nombre de programmes financés par le TCPS sont destinés aux jeunes Canadiens. En 2008-2009, environ 40 % de l'argent du TCPS est destiné aux dépenses en éducation postsecondaire et en soutien aux enfants. Les 6,2 milliards de dollars qui restent sont, à la base, affectés au soutien des programmes de services sociaux provinciaux et territoriaux comme l'aide sociale. Le TCPS est pertinent à notre discussion seulement si les aînés sont admissibles à ces programmes, ou si des

programmes sociaux destinés spécifiquement aux aînés existent dans les provinces et les territoires.

En fait, l'idée selon laquelle la distribution des transferts TCPS pourrait être ajustée en fonction des différences en distribution de la population affaiblit l'argument d'un ajustement similaire des transferts TCS. S'il est possible d'affirmer que le Québec et les provinces de l'Atlantique ont droit à une part importante des fonds du TCS à cause de leur taux élevé d'aînés, il est tout aussi justifié d'affirmer que l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba et les trois territoires devraient recevoir une part importante des fonds du TCPS à cause de leur taux d'habitants âgés de moins de 30 ans plus élevé que la moyenne.

Bien qu'il soit vrai que le TCS soit un transfert considérablement plus important que le TCPS, l'effet réel d'une redistribution des transferts fondée sur les besoins liés à l'âge est loin d'être clair. En fait, c'est pour cette raison que les transferts fédéraux aux provinces et aux territoires ont tendance à être distribués selon un montant égal par habitant. Étant donné la multitude de facteurs qui influencent les coûts et les besoins en dépenses, sans oublier les choix politiques des différents gouvernements, la distribution des transferts selon un montant égal par habitant est, pour bien des gens, l'approche la plus équitable.

Les transferts TCPS sont peu pertinents par rapport au fait que la variation du vieillissement de la population d'une province à l'autre entraîne des fardeaux en dépenses provinciales divergents. Pour cette raison, il est peut être inapproprié d'émettre des recommandations sur l'ajustement de la distribution de ce transfert particulier.

Cependant, plusieurs organisations ont affirmé que la transparence des paiements TCPS pouvait être améliorée. Plus particulièrement, elles ont recommandé une division du TCPS en deux transferts : un premier destiné expressément à contribuer à l'éducation postsecondaire, et un deuxième destiné aux programmes sociaux et à l'aide sociale. Cette recommandation pourrait être appuyée par le Comité. En général, le financement de l'éducation postsecondaire est un sujet qui ne concerne pas les aînés. Par ailleurs, l'aide sociale et la réduction de la pauvreté sont très certainement des problèmes majeurs qui touchent les aînés. La division du TCPS en deux permettrait d'identifier le transfert fédéral qui est le plus utile aux aînés. Ces derniers, ainsi que les autres intervenants, pourraient aussi

rechercher plus facilement les améliorations pouvant être apportées au soutien fédéral dans ces secteurs.

84- Établir un programme supplémentaire pour compenser le vieillissement inégal d'une province à l'autre

Au lieu d'apporter des changements aux programmes existants, il a été proposé que le Canada mette sur pied un nouveau programme de transfert conçu expressément pour tenir compte des différences provinciales en termes de vieillissement de la population. Cette idée a été accueillie favorablement par les témoins, dont un grand nombre étaient opposés à la réalisation de changements fondamentaux dans le système actuel de transferts fédéraux-provinciaux.

Un transfert direct de soutien aux provinces dont le vieillissement de la population est plus rapide que les autres comporte plusieurs avantages. Premièrement, puisqu'un tel transfert serait séparé des transferts fédéraux-provinciaux existants, le rôle et l'objectif de chacun seraient clairs et transparents, et il y aurait maintien de l'efficacité et de la responsabilité. Deuxièmement, bien que le secteur des soins de santé publique soit sans doute très important, et aussi celui où les besoins en dépenses continueront de varier entre les provinces et territoires, il existe d'autres secteurs importants. Un transfert consacré aux différences en termes de vieillissement de la population permettrait de tenir compte de toutes les pressions exercées par les coûts liés à l'âge.

Finalement, il a été dit qu'il n'était pas raisonnable de modifier les programmes actuels de transfert en fonction d'un phénomène temporaire. Le Comité a appris que la pression des coûts attribuables au vieillissement de la population sera à son plus haut niveau dans les années 2030, après quoi elle diminuera lentement.

Bien qu'il existe des moyens de modifier les transferts actuels de façon à ce qu'ils tiennent compte des besoins en dépenses liés à l'âge, ces différents moyens seront probablement complexes et controversés. La façon la plus simple et la plus directe d'aider les provinces en matière de coûts associés à une population qui vieillit rapidement pourrait être l'attribution d'un transfert de paiement séparé, distinct et conçu spécifiquement à cet effet.

Liste des options proposées

- 1- Instaurer des crédits d'impôt pour le bénévolat
- 2- Assurer le financement pluriannuel des activités bénévoles
- 3- Investir dans l'infrastructure des organismes bénévoles
- 4- Créer un programme de jumelage des compétences
- 5- Promouvoir et reconnaître le bénévolat tout au long de la vie
- 6- Élargir les crédits d'impôt pour études
- 7- Promouvoir un site Web consacré à l'apprentissage continu
- 8- Mener une campagne de sensibilisation à l'apprentissage continu
- 9- Adapter le programme Nouveaux Horizons pour les aînés, en fonction des besoins des Autochtones
- 10- Amoindrir l'isolement par une meilleure planification urbaine
- 11- Sensibiliser les Canadiens aux avantages de l'activité physique
- 12- Éliminer les obstacles à la vie active
- 13- Faciliter la mise en commun des connaissances et des pratiques exemplaires
- 14- Mettre en œuvre une stratégie nationale de lutte contre la stigmatisation et la discrimination
- 15- Favoriser la création d'indicateurs de compétence en remplacement de l'âge chronologique
- 16- Promouvoir la recherche sur les compétences
- 17- Lancer une campagne de sensibilisation aux récents changements législatifs qui ont éliminé les obstacles à la retraite progressive
- 18- Rétablir la neutralité actuarielle du Régime de pensions du Canada en intensifiant les mesures incitant à attendre avant de toucher des prestations de retraite
- 19- Travailler en collaboration avec les provinces afin de modifier le Régime de pensions du Canada pour que les travailleurs âgés qui touchent des prestations avant l'âge de 65 ans puissent continuer de cotiser au régime
- 20- Travailler en collaboration avec les provinces afin de modifier le Régime de pensions du Canada pour que les personnes ayant entre 60 et 65 ans qui souhaitent se prévaloir de la prestation du RPC tout en travaillant puissent le faire et ne soient pas obligées de cesser de travailler ou de cotiser jusqu'au maximum du RPC dans les mois qui précèdent leur demande
- 21- Lancer une campagne de sensibilisation à la discrimination contre les travailleurs âgés et examiner de façon plus attentive

LISTE DES OPTIONS PROPOSÉES

- le traitement qu'ils subissent afin de déterminer si les mesures législatives et réglementaires existantes sont respectées
- 22-** Modifier le programme d'assurance-emploi afin qu'il prévoie des prestations à l'intention des travailleurs âgés chômeurs, au lieu que ces derniers soient obligés de toucher plus tôt des prestations du RPC ou d'autres régimes, ce qui peut les pénaliser
 - 23-** Examiner les autres apports de revenu possibles
 - 24-** Rendre non imposables les prestations de la Sécurité de la vieillesse et du Supplément de revenu garanti s'il s'agit des seules sources de revenus
 - 25-** Proposer aux gouvernements provinciaux que les prestations de survivant versées en vertu du RPC restent au même niveau après le décès du conjoint
 - 26-** Modifier le SRG afin que les personnes âgées ne se retrouvent pas sous le seuil de faible revenu
 - 27-** Travailler en collaboration avec les gouvernements provinciaux afin d'accroître le taux de remplacement du revenu provenant du RPC (actuellement fixé à 25 % du revenu, jusqu'à concurrence du salaire moyen) ou augmenter le montant maximum des gains ouvrant droit à pension pour qu'il dépasse le revenu moyen, ou les deux
 - 28-** Analyser les changements proposés au revenu de retraite afin d'évaluer et de corriger les différences d'effets sur les hommes et les femmes
 - 29-** Mener des campagnes plus énergiques pour faire en sorte que tous les Canadiens admissibles touchent toutes les prestations relativement à la retraite et à l'âge auxquelles ils ont droit
 - 30-** Verser des remboursements rétroactifs, avec intérêts, aux prestataires qui n'ont pas présenté de demande à la SV à 65 ans ou au RPC à 70 ans, ou qui ont essuyé un refus en raison d'erreurs administratives. Veiller à ce que ces paiements couvrent la période entre l'âge d'admissibilité et l'âge auquel le remboursement est effectué
 - 31-** Harmoniser la conception et le fonctionnement de la Sécurité de la vieillesse et du Supplément de revenu garanti, ainsi que des soutiens et services (principalement d'ordre provincial) afin que de modestes augmentations du revenu n'entraînent pas une réduction des soutiens ou des services
 - 32-** Élaborer une entente fédérale-provinciale-territoriale afin que les augmentations de la SV ou du SRG n'entraînent pas une perte d'admissibilité aux subventions ou aux services pour les personnes âgées

- 33-** Revoir la conception du RPC à la lumière des différences croissantes dans la participation au marché du travail
- 34-** Établir un régime national d'assurance-médicaments exhaustif financé par l'État ou par un partenariat public-privé
- 35-** Lancer des campagnes d'information sur la nutrition destinées aux aînés et à la population en général
- 36-** Veiller à ce que les programmes de soins dentaires pour les Premières nations et les Inuits, les anciens combattants et les détenus des pénitenciers fédéraux assument les coûts des prothèses dentaires
- 37-** Élaborer des mesures de soutien des aidants et promouvoir l'éducation afin de prévenir l'épuisement professionnel
- 38-** Améliorer la formation de l'ensemble des travailleurs de la santé concernant les besoins des aînés
- 39-** Partager les pratiques exemplaires relatives à la prévention des mauvais traitements à l'égard des personnes âgées
- 40-** Signer la Convention de la Haye sur la protection internationale des adultes
- 41-** Appuyer des projets de renforcement des capacités visant la formation en gériatrie et en gérontologie
- 42-** Établir un partenariat national sur les soins palliatifs et veiller à son financement
- 43-** Mettre en œuvre un programme de sensibilisation visant à renseigner les Canadiens au sujet des services de fin de vie et de la nécessité de la planification préalable des soins
- 44-** Offrir aux bénévoles et aux professionnels de la santé plus de possibilités de formation et d'éducation relatives aux soins palliatifs et de fin de vie
- 45-** Appliquer des normes de référence en matière de soins palliatifs à domicile pour les anciens combattants, les Premières nations et les Inuits ainsi que les détenus des pénitenciers fédéraux
- 46-** Élaborer des outils pour faciliter le diagnostic précoce de troubles mentaux
- 47-** Supprimer le plafond de 3 % imposé aux services de santé non assurés
- 48-** Élargir la catégorie des dépenses admissibles au titre du Programme des services de santé non assurés de manière à inclure les coûts liés aux soins des pieds
- 49-** Veiller à ce que les détenus âgés dans les pénitenciers reçoivent l'aide nécessaire en temps opportun
- 50-** Augmenter la publicité au sujet des programmes d'adaptation des logements de la SCHL

LISTE DES OPTIONS PROPOSÉES

- 51-** Accroître le parc de logements abordables d'un bout à l'autre du pays
- 52-** Accroître la disponibilité des bons de logement subventionné afin que les personnes âgées à faible revenu aient les moyens de se loger convenablement
- 53-** Veiller à ce que les constructeurs et les inspecteurs respectent et appliquent systématiquement les normes d'aménagement sans obstacle, déjà contenues dans la *Loi sur le code du bâtiment*
- 54-** Accroître le parc de logements supervisés abordables
- 55-** Accroître le parc de logements supervisés abordables à l'intention des aînés inuits et des Premières nations
- 56-** Améliorer la réglementation du logement supervisé d'un bout à l'autre du pays
- 57-** Faciliter l'accès aux renseignements au sujet des possibilités de logements au Canada
- 58-** Encourager les provinces et les territoires à conclure des ententes de réciprocité afin d'éliminer les périodes d'attente pour les habitants venant d'une autre province
- 59-** Faire part des renseignements et des meilleures pratiques sur l'adaptation des établissements de soins de longue durée afin de répondre aux besoins d'une société multiculturelle
- 60-** Adopter un programme national de soins à domicile
- 61-** Régler les écarts dans les compétences et les conditions de travail du personnel de services à domicile
- 62-** Créer un régime enregistré d'épargne pour soins chroniques
- 63-** Fournir des renseignements aux aidants naturels
- 64-** Créer un programme national de relève
- 65-** Modifier la prestation de compassion
- 66-** Fournir un soutien financier aux aidants naturels
- 67-** Offrir aux aidants naturels une clause d'exclusion du Régime de pensions du Canada (RPC)
- 68-** Adopter une politique nationale sur les services de soins intégrés
- 69-** Mettre en commun les meilleures pratiques relativement aux services de soins intégrés
- 70-** Créer, à l'intention de tous les aînés du Canada, un programme pour l'autonomie axé sur les besoins, en s'inspirant du Programme pour l'autonomie des anciens combattants
- 71-** Élargir le Programme pour l'autonomie des anciens combattants afin de l'offrir à tous les anciens membres des Forces canadiennes
- 72-** Accroître le parc de logements convenables et abordables à l'intention des Premières nations et des Inuits

- 73-** Fournir aux Premières nations et aux Inuits les mêmes services que ceux offerts aux anciens combattants dans le cadre du Programme pour l'autonomie des anciens combattants
- 74-** Mettre en œuvre les recommandations contenues dans le rapport du Service correctionnel du Canada sur les délinquants âgés
- 75-** Modifier la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* en ajoutant les délinquants âgés et ceux qui présentent de graves problèmes de santé à la liste des groupes de délinquants ayant des besoins spéciaux
- 76-** Modifier la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* afin que les détenus en phase terminale qui purgent une peine d'emprisonnement à perpétuité ou d'une durée indéterminée soient admissibles à la mise en liberté sous condition pour raison humanitaire
- 77-** Réformer le programme de péréquation actuel
- 78-** Intégration d'une clause de besoins en dépenses liées à l'âge dans la péréquation
- 79-** Intégration d'une clause exhaustive sur les besoins fiscaux dans la péréquation
- 80-** Pondérer en fonction de l'âge les contributions fédérales en matière de santé
- 81-** Mesurer les besoins en dépenses liées à l'âge
- 82-** Intégrer une approche exhaustive fondée sur les besoins dans les transferts en matière de santé
- 83-** Réformer le Transfert canadien en matière de programmes sociaux et pour y intégrer les coûts liés à l'âge
- 84-** Établir programmes supplémentaires pour compenser le vieillissement inégal d'une province à l'autre

Liste des témoins : Deuxième session 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.

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

Dr Briane Scharfstein, secrétaire général associé, Affaires professionnelles.

Université Lakehead

Dr Michel Bédard, chaire de recherche du Canada en vieillissement et santé.

Le centre de réadaptation, Hôpital d'Ottawa

Dr 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.

Women Elders in Action

Alice West, présidente;

Elsie Dean, attachée de recherche;

Jan Westlund, coordinatrice.

Liste des témoins : Première session 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;

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.

LISTE DES TÉMOINS

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 Dr 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.

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.

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.