

A large, semi-transparent grayscale photograph of a Gothic-style stone archway, likely within a historical building. The archway features intricate stonework and a large, ornate wooden door. The background of the entire page is a solid red color, with this grayscale image serving as a central visual element.

Comité sénatorial spécial  
sur le vieillissement  
Rapport final

**Le vieillissement  
de la population,  
un phénomène à valoriser**

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

Avril 2009

Nous dédions notre rapport aux personnes âgées, que notre société, occupée à absorber des transformations sociétales considérables, a trop longtemps négligées.

Nous le dédions aux aînés qui continuent d'espérer couler leurs vieux jours dans un monde meilleur.

Nous le dédions aux personnes âgées, aux personnes qui défendent leurs intérêts, aux aidants, aux travailleurs de la santé, aux universitaires et aux autres spécialistes de la question, bref, à tous ceux qui d'une manière ou d'une autre, travaillent d'arrache-pied à l'instauration de ce monde meilleur et qui ont si généreusement fait profiter le Comité de leur passion.

Pour plus d'information, prière de communiquer avec nous

par courriel : [age@sen.parl.gc.ca](mailto:age@sen.parl.gc.ca)

par téléphone : (613) 990-0088

sans frais : 1 800 267-7362

par la poste : Comité sénatorial spécial sur le vieillissement

Sénat, Ottawa (Ontario), Canada, K1A 0A4

Le rapport peut être téléchargé à l'adresse suivante :

[www.senate-senat.ca/age.asp](http://www.senate-senat.ca/age.asp)

*This report is also available in English*

# Table des matières

<b>MEMBRES .....</b>	<b>V</b>
<b>ORDRE DE RENVOI .....</b>	<b>VII</b>
<b>MOT DE LA PRÉSIDENTE .....</b>	<b>IX</b>
<b>AVANT-PROPOS .....</b>	<b>1</b>
UN MOT SUR LES DÉFINITIONS .....	2
<b>NOTRE VISION DES CHOSES .....</b>	<b>5</b>
CE QUE LE COMITE A APPRIS .....	5
COMMENT ACTUALISER NOTRE VISION DES CHOSES .....	10
<b>CHAPITRE 1 : CONTRER L'ÂGISME .....</b>	<b>13</b>
1.1 QU'EST-CE QUE L'ÂGISME? .....	14
1.2 ÉTABLIR UNE VISION POSITIVE DU VIEILLISSEMENT .....	16
1.3 LA COMPÉTENCE .....	19
1.4 LA COMPÉTENCE AU VOLANT : PAS SEULEMENT UNE QUESTION D'ÂGE .....	22
1.5 LA COMPÉTENCE AU TRAVAIL .....	26
1.6 MAUVAIS TRAITEMENTS ET NÉGLIGENCE .....	27
<b>CHAPITRE 2 : INTEGRATION DES SOINS.....</b>	<b>37</b>
2.1 VERS DES SOINS INTEGRES .....	38
2.2 DISPOSITIFS DE SOINS ET DE SERVICES A OFFRIR AUX AINES QUI VEULENT CHOISIR LEUR LIEU DE RESIDENCE .....	45
<b>CHAPITRE 3 : ACCÈS COMPARABLE AUX SERVICES D'UN BOUT À L'AUTRE DU PAYS.....</b>	<b>69</b>
3.1 LES AÎNÉS ET LES COÛTS DES SOINS DE SANTÉ .....	69
3.2 LES ACTIVITÉS DE PROMOTION DE LA SANTÉ PEUVENT CONTRIBUER À RÉDUIRE LES COÛTS DES SOINS DE SANTÉ .....	71
3.3 PRÉVISIONS DÉMOGRAPHIQUES POUR LES PROVINCES ET TERRITOIRES .....	74
3.4 UN PROGRAMME SUPPLEMENTAIRE POUR COMPENSER LE VIEILLISSEMENT INÉGAL DE LA POPULATION D'UNE PROVINCE ET D'UN TERRITOIRE A L'AUTRE.....	75
3.5 ACCÈS COMPARABLE AUX MÉDICAMENTS : UN FORMULAIRE NATIONAL .....	76

## TABLE DES MATIÈRES

---

<b>CHAPITRE 4 : VIEILLISSEMENT ACTIF DANS DES VILLES ET DES COLLECTIVITÉS RURALES AMIES DES AÎNÉS .....</b>	<b>81</b>
4.1 VIEILLISSEMENT ACTIF .....	81
4.2 VILLES ET COLLECTIVITÉS RURALES AMIES DES AÎNÉS .....	92
4.3 CONCEPTION UNIVERSELLE.....	96
4.4 TRANSPORT .....	98
<b>CHAPITRE 5 : ÉLIMINATION DE LA PAUVRETÉ .....</b>	<b>101</b>
5.1 PENSIONS .....	103
5.2 ÉPARGNE .....	107
5.3 SÉCURITÉ DE LA VIEILLESSE ET SUPPLÉMENT DE REVENU GARANTI.....	108
5.4 REVENU D'EMPLOI.....	115
5.5 LE SYSTEME DE SECURITE DU REVENU .....	122
<b>CHAPITRE 6 : SOUTIEN DES AIDANTS NATURELS .....</b>	<b>127</b>
6.1 SOUTIEN GOUVERNEMENTAL DES AIDANTS .....	129
6.2 UNE STRATEGIE NATIONALE POUR LES AIDANTS NATURELS .....	139
<b>CHAPITRE 7 : SOUTIEN DU SECTEUR BÉNÉVOLE .....</b>	<b>143</b>
7.1 LES AÎNÉS ET LE SECTEUR BÉNÉVOLE .....	143
7.2 LE PROGRAMME NOUVEAUX HORIZONS POUR LES AÎNÉS.....	149
<b>CHAPITRE 8 : LES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX .....</b>	<b>151</b>
8.1 POUR LA FORMATION DE PLUS DE GERONTOLOGUES ET DE GERIATRES .....	154
8.2 ADAPTATION DE LA FORMATION À UNE POPULATION VIEILLISSANTE.....	160
8.3 FORMATION DES TRAVAILLEURS EN SOINS À DOMICILE ET EN SOUTIEN PERSONNEL .....	162
<b>CHAPITRE 9 : SAVOIR EXPLOITER LA RECHERCHE ET LES TECHNOLOGIES MODERNES.....</b>	<b>169</b>
9.1 LA RECHERCHE SUR LE VIEILLISSEMENT .....	169
9.2 TÉLÉMÉDECINE ET TÉLÉSOINS À DOMICILE .....	172
9.3 LE DOSSIER DE SANTÉ ÉLECTRONIQUE .....	176

---

## TABLE DES MATIÈRES

---

<b>CHAPITRE 10 : GROUPES DEMOGRAPHIQUES RELEVANT DU GOUVERNEMENT FEDERAL – LA VALEUR DE L'EXEMPLE.....</b>	<b>179</b>
10.1 LE LEADERSHIP DIRECT DU GOUVERNEMENT FEDERAL .....	179
10.2 LES ANCIENS COMBATTANTS .....	180
10.3 LES PREMIERES NATIONS ET LES INUITS.....	186
10.4 LES DETENUS SOUS RESPONSABILITE FEDERALE .....	194
10.5 LEADERSHIP NATIONAL ET RESPONSABILITE INDIRECTE .....	199
10.6 LES PERSONNES AGEES DES COMMUNAUTES MINORITAIRES DE LANGUE OFFICIELLE .....	199
10.7 LES AUTOCHTONES AGES.....	204
10.8 LE GOUVERNEMENT DU CANADA ASSUME UN LEADERSHIP .....	208
<b>ANNEXE I : LISTE DES RECOMMANDATIONS CADRES .....</b>	<b>211</b>
<b>ANNEXE II : LISTE COMPLETE DES RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>221</b>
<b>ANNEXE III : FEUILLE DE ROUTE DES DISPOSITIFS FONDAMENTAUX DES VILLES AMIES DES AINES .....</b>	<b>229</b>
<b>ANNEXE IV : LISTE DES TÉMOINS .....</b>	<b>233</b>
<b>DEUXIÈME SESSION DE LA TRENTÉ-NEUVIÈME LÉGISLATURE .....</b>	<b>233</b>
<b>LISTE DES TÉMOINS : PREMIÈRE SESSION DE LA TRENTÉ-NEUVIÈME LÉGISLATURE .....</b>	<b>244</b>
<b>ANNEXE V : COUTS DES SOINS EN MILIEU COMMUNAUTAIRE ET EN ETABLISSEMENT .....</b>	<b>251</b>



## **Membres**

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

et

Les honorables sénateurs :

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

Membres d'office du Comité :

L'honorable James Cowan (ou Claudette Tardif) et  
Marjory LeBreton, C.P., (ou Gérald Comeau)

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

Julie Cool  
Havi Echenberg  
Nancy Miller Chenier  
Michael Toye  
Karin Phillips

Direction des comités du Sénat :  
Keli Hogan, greffière du comité  
Monique Régimbald, adjointe administrative

Personnel de recherche :  
Michelle MacDonald, conseillère spéciale du Comité



## Ordre de renvoi

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

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

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

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

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

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

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

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

## ORDRE DE RENVOI

---

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

Que le comité se penche sur le rôle que doit jouer le gouvernement fédéral pour aider les Canadiens à bien vieillir;

Que le comité soit habilité à convoquer des personnes, à obtenir des documents et des dossiers, à interroger des témoins, à faire rapport de temps à autre et à faire imprimer au jour le jour les documents et témoignages dont il peut ordonner l'impression;

Que le comité soit autorisé à permettre aux médias d'information électroniques de diffuser ses délibérations publiques en dérangeant le moins possible ses audiences;

Que, conformément à l'article 95(3)a) du Règlement, le comité soit autorisé à se réunir pendant les périodes où le Sénat est ajourné pendant plus d'une semaine;

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

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

La motion, mise aux voix, est adoptée.

*Le Greffier du Sénat*

Paul C. Bélisle

## Mot de la présidente

Le Comité a été constitué initialement à l'automne 2006, mais il y a eu ensuite deux prorogations et une élection en deux ans et demi, de sorte que le Sénat a dû chaque fois le reconstituer et lui donner un nouvel ordre de renvoi.

Le Comité a travaillé assidument pendant de nombreux mois et a eu besoin, pour faire avancer ses travaux et ses rapports, des services d'un grand nombre de personnes, responsables de la procédure, attachés de recherche, agents administratifs, réviseurs, sténographes, interprètes, traducteurs, messagers, personnel des services de publication, de radiodiffusion et d'impression, techniciens et agents de logistique. Je tiens à leur dire toute ma reconnaissance pour leur efficacité et leur ardeur au travail, en mon nom propre et au nom de mes collègues du Comité.

Je tiens à souligner en particulier l'apport de Julie Cool, analyste du Service d'information et de recherche parlementaires, qui a dirigé les travaux de recherche durant chaque stade des travaux du Comité.

Le Comité a aussi pu compter successivement sur deux greffiers d'une grande compétence, François Michaud et Keli Hogan, qui, avec leur adjointe administrative Monique Régimbald, se sont chargés d'organiser toutes les réunions, d'établir le calendrier d'audition des témoins, de superviser la traduction et l'impression de tous les rapports, de répondre aux demandes d'information sur les travaux du Comité et d'envoyer sur demande des exemplaires de ses rapports.

Je veux aussi remercier Michelle MacDonald, conseillère spéciale du Comité, pour l'aide précieuse qu'elle nous a apportée tout au long de nos travaux.

Karen Schwinghamer, conseillère principale en communications du Sénat, nous a aussi grandement rendu service en aidant à faire connaître les travaux du Comité.

Cependant, je dois plus que tout souligner avec reconnaissance le dévouement et l'enthousiasme des personnes qui travaillent avec les personnes âgées et qui ont bien voulu nous raconter leur réalité. Dans notre quête d'une nouvelle vision du défi que présente le vieillissement de la population, nous devons tirer les leçons de leur expérience, exploiter nos succès, accepter de nous donner une autre façon de penser et saisir

## MOT DE LA PRÉSIDENTE

---

les occasions de collaboration pour rendre notre société encore meilleure et plus inclusive.

*La présidente du Comité,  
Sharon Carstairs, C.P.*

---

X

*Le vieillissement de la population, un phénomène à valoriser*

## Avant-propos

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement a été constitué en novembre 2006 pour étudier une multitude de questions complexes et déterminer si le Canada offre les bons programmes et services au bon moment aux personnes qui en ont besoin.

Le Comité s'est penché sur les programmes et services publics destinés aux aînés, a repéré les besoins qui restent à combler et a examiné les effets du vieillissement de la population sur la prestation des services.

En février 2007, le Comité a rendu public un rapport provisoire, *Relever le défi du vieillissement*, qui résume les témoignages entendus dans la première phase de l'étude. Ce rapport définit les grandes questions en jeu, organisées autour de quatre thèmes : la définition des aînés; la diversité de la population des aînés et de ses besoins; les approches stratégiques prometteuses; le rôle du gouvernement fédéral.

Se servant de ces thèmes pour structurer ses travaux, le Comité a entrepris un examen plus approfondi des questions en jeu dans la deuxième phase de son étude, notamment par une série d'audiences et au moyen d'un questionnaire envoyé aux organismes d'aînés de différentes régions du pays pour connaître leur avis sur des sujets qui leur tiennent à cœur.

En mars 2008, le Comité a rendu public un deuxième rapport provisoire, *Une population vieillissante : enjeux et options*. Il y dégage les enjeux clés de la politique gouvernementale relative au vieillissement de la population et présente une série d'options pour y donner suite.

À compter de mars 2008, le Comité a réalisé la troisième et dernière phase de son étude en invitant des experts à témoigner et en parcourant le Canada pour entendre les vues des Canadiens sur les enjeux et les options définis dans le deuxième rapport provisoire.

Les membres du Comité se sont rendus à Halifax (Nouvelle-Écosse), à Moncton (Nouveau-Brunswick), à Sherbrooke (Québec), à Welland (Ontario), à Ste. Anne et dans la communauté des Premières nations Sagkeeng (Manitoba), ainsi qu'à Vancouver et à Victoria

## AVANT-PROPOS

---

(Colombie-Britannique). Ils sont allés dans les lieux de rencontre des aînés et les ont écoutés raconter leur histoire personnelle.

Dans ce rapport final, nous présentons notre vision des choses pour aider le gouvernement, les organisations et les particuliers à relever les défis du vieillissement de la population.

Le présent rapport contient des recommandations dans le sens le plus large du terme. Le Comité est une émanation du Sénat et est donc d'abord et avant tout un instrument du gouvernement fédéral. Strictement parlant, il ne peut adresser de recommandations qu'au Sénat.

Cependant, soucieux de faire profiter le plus grand nombre possible de l'expérience et du savoir des témoins qu'il a entendus, le Comité a intégré à son rapport des recommandations qui reflètent un consensus de ses membres quant à une démarche ou une idée qui sont ressorties de ses délibérations bien qu'elles relèvent en fait d'autres ordres de gouvernement ou concernent le secteur privé ou celui du bénévolat.

Il espère ainsi informer et susciter des initiatives à tous les paliers et dans tous les secteurs de la société.

### Un mot sur les définitions

La population vieillit, comme l'attestent les données démographiques. L'espérance de vie s'allonge.

Statistique Canada en a fourni une illustration chiffrée récemment, signalant que le nombre de centenaires avait augmenté de moitié entre 1996 et 2006, et qu'il allait tripler pour passer à plus de 14 000 d'ici 2031. La nouvelle a fait la manchette.

Par contre, les Canadiens ont moins d'enfants qu'avant, ce qui bouleverse les proportions relatives habituelles de jeunes et de vieux. Si l'on ajoute à cela le fait que la génération du baby-boom arrive à l'âge de la retraite, le constat est sans équivoque – la population canadienne vieillit.

Si vieillir signifie cesser tout travail rémunéré et entrer dans une période de déclin physique, d'inactivité et de dépendance, alors nous

risquons de nous retrouver avec une crise sur les bras. Mais les personnes âgées d'aujourd'hui sont en train de redéfinir ce que c'est que de vieillir et de dissiper progressivement les stéréotypes en trouvant une nouvelle façon, plus stimulante, de vivre vieux.

Il ne fait pratiquement pas de doute que la génération du baby-boom va complètement transformer la réalité et, partant, le concept, du vieillissement. Cela pose un problème dans un rapport comme le nôtre : qu'entendons-nous exactement par « vieillissement » et « personnes âgées »?

Dans tout le rapport, les termes « aînés » et « personnes âgées » sont interchangeables. Certains analystes établissent des catégories plus fines, parlant de « troisième, quatrième et cinquième âge », certains allant même à associer des tranches d'âge précises à chacune de ces catégories.

Dans son premier rapport, le Comité avait longuement parlé de la définition de ce qu'on entend par « aîné », se demandant si l'âge doit définir l'admissibilité à certains programmes et si la définition actuelle de personne âgée, c'est-à-dire toute personne de plus de 65 ans, sert encore les intérêts des aînés, des employeurs et du reste de la société.

En dernière analyse, nous laissons au lecteur le soin de décider ce qu'il entend par « personne âgée ». Il y a autant de façons de vieillir qu'il y a de personnes vieillissantes.

Le terme aîné convient tout à fait à certaines personnes dans la soixantaine; heureuses de leur statut, elles peuvent y voir la consécration de la sagesse que procure l'expérience ou le signe d'une retraite bien méritée après une vie de travail.

D'autres en revanche se hérissent devant cette étiquette et les images qui y sont associées.

Nous emploierons donc les termes « aîné » et « personne âgée » au sens large, en laissant au lecteur le soin de décider s'il se sent concerné.

Comme nous le verrons dans le prochain chapitre, nous voulons à tout prix éviter de tomber dans le piège de l'âgisme, où des personnes sont définies par leur seul âge. En conséquence, aux endroits appropriés, nous définirons plus précisément les groupes dont

## AVANT-PROPOS

---

nous parlons, comme les « personnes admissibles à la retraite », les « retraités » et les « résidents d'établissements de soins de longue durée ».

Nous faisons une place particulière dans notre rapport aux personnes âgées en perte d'autonomie, ou aînés fragiles ou aînés du cinquième âge, parce que les témoignages dont nous avons été saisis montrent qu'elles ont des problèmes particuliers alarmants.

L'emploi de certains de ces qualificatifs comme « fragiles » ou « en perte d'autonomie » présente un risque dans la mesure où il pourrait donner à entendre qu'il existe un groupe défini essentiellement par sa fragilité.

Nous tenons à affirmer que les plus fragiles d'entre nous sont bien plus que la somme de leurs incapacités et qu'ils ont un apport certain à la société, non seulement en raison de leurs réalisations passées, mais aussi dans la dignité de ce qu'ils sont maintenant devenus.

Nous employons ces qualificatifs dans l'espoir qu'un langage commun permettra aux personnes âgées, aux aidants naturels, aux praticiens, aux décisionnaires et aux politiques de proposer hardiment, à l'intention des plus âgés parmi nous, des changements respectueux de la dignité de la personne humaine.

## Notre vision des choses

Le Comité a reçu un vaste mandat : examiner les programmes et services publics destinés aux personnes âgées, identifier les lacunes et formuler des recommandations en vue d'y remédier.

L'adaptation au vieillissement de la population dépasse de loin les limites des attributions du gouvernement fédéral telles qu'elles sont définies dans la Constitution. Le problème concerne tout le monde, particuliers, provinces, territoires et municipalités, entreprises, petites et grandes, organisations bénévoles et ONG.

Le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer dans l'adaptation au vieillissement de la population. Le Comité estime qu'il a en fait trois fonctions principales :

- diriger et coordonner les démarches multigouvernementales conçues pour répondre aux besoins d'une population vieillissante;
- soutenir la recherche, l'éducation et la dissémination des connaissances et des pratiques exemplaires ;
- offrir des services directs aux populations qui relèvent de lui.

Le défi à relever pour répondre au vieillissement de la population exigera participation et coopération à tous les niveaux et dans tous les secteurs de la société.

## Ce que le Comité a appris

Nous nous réjouissons devant la progression de l'espérance de vie. Nous nous intéressons beaucoup à l'allongement de la durée de vie. La croissance exponentielle de la population âgée fait la manchette.

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement a cependant découvert un tout autre aspect de la question lorsqu'il s'est déplacé d'un océan à l'autre pour entendre les aînés. Partout on tient à

## NOTRE VISION DES CHOSES

---

rappeler que les personnes âgées sont des citoyens actifs et intéressés et qu'elles veulent être considérées comme tels, on revendique pour les aînés le droit de vivre où bon leur semble dans les conditions de leur choix, on insiste sur l'importance de penser au moins autant à insuffler de la vie dans les années de vieillesse qu'à rallonger la vie.

D'abord et avant tout, on fait valoir que le vieillissement de la population représente en fait un atout pour le Canada.

Le Comité voit dans le vieillissement de notre population un phénomène qui se passe bien, mais il a néanmoins constaté l'existence de lacunes dans les programmes et services qu'il importe de combler.

**Le Comité a appris...**

**que les personnes âgées sont souvent injustement privées de leurs droits.**

Pour valoriser le vieillissement, nous devrons d'abord et avant tout prendre conscience des stéréotypes associés à la vieillesse et de la manière dont ils brident la vie des aînés.

L'âgisme n'a pas sa place dans un pays progressiste comme le Canada. Chacun peut bien plus qu'il ne le croit.

De nos jours, il y a des personnes âgées qui courent des marathons, qui surmontent finalement le déficit de toute une vie ou qui font d'innombrables heures de bénévolat. Seulement, les stéréotypes ont la vie dure, et trop de personnes âgées mènent des vies étriquées, limitées par un « âgisme internalisé » et par d'autres formes d'âgisme déclaré.

L'âgisme est insidieux et envahissant. Dans une société axée sur les jeunes, il faudra une vigoureuse campagne de relations publiques pour renverser l'opinion et faire respecter pleinement les droits des personnes âgées.

Il faudra un effort concerté pour faire en sorte que l'on suive des règles très strictes avant de rendre des décisions en matière de compétence qui peuvent priver les personnes âgées de leur dignité en leur enlevant leur libre arbitre, jusque dans les détails les plus intimes de leur vie.

**Le Comité a appris...**

**qu'on prend parfois des décisions aberrantes faute d'offrir les bons services au bon moment.**

Pour valoriser le vieillissement, il faudra, en matière de santé, permettre un déplacement de ressources du système de soins aigus vers un système intégré de soins de degrés progressifs permettant aux personnes âgées de vivre où elles l'entendent tout en bénéficiant des services voulus en temps opportun.

**Le Comité a appris...**

**que, les populations des provinces ne vieillissant pas toutes au même rythme, il est difficile d'offrir partout le même éventail de services.**

Pour valoriser le vieillissement, il faudra voir à ce que les services sociaux et les services de santé soient uniformes dans l'ensemble du pays et veiller à ce que les gouvernements et les fournisseurs de services des régions dont la population vieillit relativement rapidement aient les moyens d'offrir une palette de services suffisante.

**Le Comité a appris...**

**que, en raison d'un manque de logements et de services de transport appropriés, certaines personnes âgées sont isolées ou vivent dans des logements mal adaptés à leurs besoins.**

Pour valoriser le vieillissement, il faudra faire des villes et des collectivités rurales et du nord des endroits amis des aînés, y aménager des lieux propices à une vieillesse active et supprimer toutes les barrières structurelles gênantes pour les personnes âgées de manière à répondre aux besoins des personnes de tous âges.

**Le Comité a appris...**

**que les mesures de soutien du revenu ne permettent pas de répondre aux besoins fondamentaux des personnes âgées les plus pauvres.**

## NOTRE VISION DES CHOSES

---

Pour valoriser le vieillissement, nous devrons prendre acte des grandes disparités de revenu et de fortune parmi les personnes âgées et admettre que la pension de Sécurité de la vieillesse et le Supplément de revenu garanti fournissent un revenu de base qui demeure inférieur au seuil de pauvreté<sup>1</sup>. Personne ne devrait être condamné à vieillir dans la pauvreté.

**Le Comité a appris...**

**que les mesures de soutien des aidants naturels sont insuffisantes et que les gens doivent parfois choisir entre conserver leur emploi ou s'occuper de leurs proches.**

Pour valoriser le vieillissement, nous devrons apprendre à estimer à leur juste valeur les soins et services que les gens dispensent aux membres de leur famille et à leurs amis. À l'instar des autres groupes, les aînés reçoivent et donnent à ce chapitre. Nous avons tout intérêt à offrir des mesures d'appui aux personnes qui prennent soin des êtres qui leur sont chers.

**Le Comité a appris...**

**que le secteur bénévole et communautaire, pourtant critique pour soutenir une population vieillissante, pâtit du vieillissement des bénévoles eux-mêmes.**

Pour valoriser le vieillissement, nous devrons apprendre à apprécier l'apport inestimable des bénévoles. Avec une préparation adaptée, les retraités ont beaucoup à donner à la société du fait de leur expérience et de la quantité de connaissances qu'ils ont accumulées. Parallèlement, certaines personnes âgées dépendent des bénévoles grâce auxquels elles bénéficient de programmes et services indispensables. Nous avons besoin d'un secteur bénévole et communautaire vigoureux pour répondre aux besoins de la population vieillissante.

---

<sup>1</sup> Statistique Canada ne calcule pas de seuils de pauvreté proprement dits, mais des seuils de faible revenu, dont de nombreuses organisations se servent comme substitut. Le seuil de faible revenu permet de distinguer les personnes qui consacrent une part disproportionnée de leur revenu aux nécessités de base comme le logement, l'alimentation et l'habillement. Les deux termes, seuil de pauvreté et seuil de faible revenu, sont utilisés de manière interchangeable dans le présent rapport.

**Le Comité a appris...**

**que le Canada va manquer de ressources humaines dans les domaines de la santé et des services sociaux du fait que les médecins, les infirmières et les travailleurs sociaux eux aussi vieillissent.**

Pour valoriser le vieillissement, il faudra remédier aux pénuries de main-d'œuvre dans les secteurs de la santé et des services sociaux. Nous avons besoin de travailleurs informés, capables de déterminer les éléments d'un vieillissement sain et d'offrir des services de qualité, et cela exige des études et de la formation.

**Le Comité a appris...**

**que la technologie moderne offre de nouvelles manières d'assurer la prestation des soins.**

Pour valoriser le vieillissement à l'ère moderne, il faudra innover et exploiter judicieusement les technologies de pointe pour permettre aux personnes âgées de vivre là où elles le souhaitent. La technologie peut par exemple rapprocher les spécialistes, le plus souvent installés dans les villes, des personnes âgées qui vivent dans des collectivités rurales ou éloignées. Elle permet aussi facilement de suivre l'état des malades chroniques dans le confort de leur foyer.

**Le Comité a appris...**

**que le gouvernement du Canada s'illustre sur certains plans mais laisse à désirer sur d'autres pour ce qui est du soin des personnes âgées qui relèvent de sa compétence.**

Il faut valoriser le vieillissement aussi dans les groupes démographiques qui relèvent directement du gouvernement fédéral, donc dans l'administration fédérale, ainsi que chez les anciens combattants et les détenus des établissements correctionnels fédéraux. La responsabilité fiduciaire du gouvernement fédéral envers les collectivités des Premières nations et des Inuits est tout aussi importante, et les ressources que le gouvernement fédéral met à la disposition de celles-ci doivent permettre d'offrir un niveau de soins au moins équivalent à celui qu'on offre ailleurs.

## Comment actualiser notre vision des choses

Le vieillissement de la population va transformer la manière dont nous faisons les choses. Nous pouvons subir ce changement passivement ou prendre les devants et nous y préparer activement.

D'après nous, tous les ordres de gouvernement devront collaborer avec le secteur privé et avec le secteur bénévole et communautaire pour susciter un changement propre à aboutir à une société exempte d'âgisme, où les personnes âgées peuvent bénéficier des aides et services dont elles ont besoin quand elles en ont besoin, où pas une personne âgée ne vit dans la pauvreté et où il y a suffisamment de services de soutien pour que les gens puissent vieillir là où ils le souhaitent.

Certaines recommandations revêtent une importance primordiale et nous paraissent essentielles à l'actualisation de notre volonté de saisir l'occasion que nous offre le vieillissement de la population pour bâtir une société meilleure et plus inclusive. Ces recommandations constituent le cadre dans lequel s'inscrit la vision des choses du Comité.

Nous recommandons que le gouvernement fédéral :

- **intervienne dès maintenant pour promouvoir un vieillissement actif et en bonne santé et pour combattre l'âgisme;**
- **dirige et coordonne l'adoption de mesures comme une initiative nationale pour des soins intégrés, une stratégie nationale sur les aidants naturels, un programme national d'assurance-médicaments, et un transfert fédéral pour répondre aux besoins des provinces où la proportion des aînés est le plus grande;**
- **veille à la sécurité financière des Canadiens en répondant aux besoins des travailleurs âgés et par une réforme des pensions et des programmes de sécurité du revenu;**
- **prenne les mesures voulues pour que plus de Canadiens puissent vieillir là où ils le souhaitent,**

**notamment en assurant une offre de services de transport et de logement adéquats et en veillant à l'intégration des services de santé et des services sociaux;**

- intervienne sans tarder pour mettre en oeuvre les changements voulus à l'intention des populations qui relèvent directement de lui et à l'égard des engagements du Canada relativement aux langues officielles.**

Le rapport contient d'autres recommandations qui viennent étoffer ce cadre de base et en préciser la mise en oeuvre. On trouvera la liste complète des recommandations à la page 221.



## Chapitre 1 : Contrer l'âgisme

Si le Comité avait entrepris une étude sur les Canadiens de tous âges, qu'aurait-il conclu? Que certains sont bien nantis et que d'autres vivent en marge. Que certains vivent ici depuis des générations alors que d'autres viennent tout juste de s'établir dans notre pays. Le Comité aurait certainement pu conclure que la vie de la plupart des adolescents est bien différente de celle du trentenaire moyen, même si la différence d'âge n'est pas très élevée. Rédiger un rapport qui illustre toutes les réalités des Canadiens aurait probablement été impossible.

En novembre 2006, le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement a été chargé « d'examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne ». Dans son premier rapport provisoire, présenté en 2007, le Comité a ciblé les questions de fond, y compris la définition des « aînés ». Le Comité a établi les catégories des troisième, quatrième et cinquième âges, des catégories mentionnées fréquemment pendant les témoignages. Mais est-ce que ces catégories rendent vraiment justice à la diversité des aînés?

Ayant rencontré des aînés de partout au Canada, le Comité peut affirmer sans contredit que les aînés forment une population des plus diverses. S'attarder uniquement au cinquième âge laisserait dans l'ombre la majorité des personnes âgées de plus de 65 ans qui continuent de mener une vie active et saine. Et mettre uniquement l'accent sur la fragilité des personnes du cinquième âge ferait oublier les forces des membres de ce groupe.

Il y a visiblement beaucoup plus de différences que de ressemblances dans le large éventail des personnes de plus de 65 ans. Comment donc rédiger un rapport sur le vieillissement? Quel est le lien qui unit les vies de personnes aussi diverses?

Les aînés sont unis avant tout par leur appartenance à un groupe d'âge qui les définit comme étant des personnes âgées. Cette classification est en grande partie responsable du rôle que la société attend d'eux. Trop souvent, le qualificatif de « personne âgée » limite ouvertement ou subtilement leurs possibilités. C'est l'âgisme.

## 1.1 Qu'est-ce que l'âgisme?

Avec le vieillissement de la population au Canada, ma première recommandation est que le gouvernement fédéral reconnaisse un autre « isme », soit l'âgisme.

Laura Watts, directrice nationale du Canadian Centre for Elder Law Studies,  
*Témoignages*, 28 janvier 2008

L'âgisme peut être une forme de pure discrimination qui prive des personnes de la place qui leur revient de droit dans la société au seul motif de leur âge. Mais l'âgisme peut aussi être nuancé. Il peut être imposé de l'extérieur aux aînés, par des règlements et des politiques, et il peut aussi être auto-imposé, par exemple quand des gens s'efforcent de se conformer aux attentes de la société en limitant d'eux-mêmes leurs propres possibilités.

L'âgisme est une forme de discrimination fondée sur l'âge :

- où l'on applique des idées préconçues quant aux capacités de la personne âgée;
- où l'on prive la personne âgée du droit de décider pour elle-même;
- où l'on fait fi des souhaits connus de la personne âgée;
- où l'on traite la personne âgée comme un enfant<sup>2</sup>.

[...] l'âgisme que l'on s'impose, [c'est] quand on dit « je ne peux pas faire cela à mon âge ». Pour de nombreux aînés, la définition personnelle de ce qu'ils sont « capables de faire » est peut-être l'un des obstacles les plus difficiles à surmonter.

Elaine Gallagher,  
Centre on Aging, Université  
de Victoria

et dissimulé. Par contre, une société qui valorise la contribution et la sagesse de ses aînés accorde plus facilement aux personnes âgées le droit de prendre leurs propres décisions<sup>3</sup>. »

---

<sup>2</sup> Butler, R., *Why Survive: Being Old in America*, Philadelphie, Harper & Row, 1975, cité dans Réseau ontarien de prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées, *Stopper la violence. Restaurer le respect. Réponse au rapport provisoire du Sénat - Une population vieillissante : enjeux et options*, 9 mai 2008, annexe A.

De nombreux pays s'intéressent au phénomène de l'âgisme. Des mouvements sociaux de lutte contre l'âgisme ont vu le jour en Europe, au Japon et en Australie. Le Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement de 2002 présente les personnes âgées sous un jour favorable.

### **Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement, 2002**

Tout au long de l'histoire, on a traditionnellement respecté les personnes âgées en leur reconnaissant l'autorité, la sagesse, la dignité et la réserve que donne l'expérience de toute une vie. Ces valeurs sont souvent négligées dans certaines sociétés et les personnes âgées sont présentées de façon exagérée comme étant un fardeau pour l'économie du fait de leurs besoins croissants en soins de santé et en programmes de soutien. Bien qu'il soit normal que les personnes âgées se soucient de plus en plus de vieillir en bonne santé, le rappel répétitif sur la place publique de l'ampleur et des coûts des soins de santé, des retraites et autres services a parfois donné naissance à une image négative du vieillissement. Il faut combattre cette image si l'on veut présenter au public les personnes âgées sous un autre jour en tant que groupe attrayant, hétérogène et créateur, dont la contribution est d'une importance capitale. Les femmes âgées sont particulièrement victimes de stéréotypes trompeurs et négatifs : au lieu d'être présentées sous un jour qui tienne compte de leurs contributions, atouts, ressources et qualités humaines, elles sont souvent présentées comme des êtres faibles et tributaires, ce qui renforce les pratiques d'exclusion aux niveaux local et national.

Il importe de dresser un portrait positif qui reflète plus fidèlement les Canadiens âgés et leur apport à la famille, la collectivité et l'économie. Pour y parvenir, il faut éliminer les obstacles, les facteurs désincitatifs et les pratiques discriminatoires, comme l'a dit Rock Lefebvre, de l'Association des comptables généraux accrédités du Canada, devant le Comité :

Nous devons cesser d'attribuer une connotation négative au mot « âgé », et arrêter de penser que l'âge de 65 ans correspond, par magie, à la fin de la vie productive. Nous

---

<sup>3</sup> Réseau ontarien de prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées, *Stopper la violence. Restaurer le respect. Réponse au rapport provisoire du Sénat - Une population vieillissante : enjeux et options*, 9 mai 2008, annexe A.

ne réclamons pas une baisse des droits et des avantages, mais plutôt l'élimination des obstacles, des facteurs désincitatifs et des pratiques discriminatoires peut-être involontaires.

*Témoignages, 26 mars 2007*

Dans son deuxième rapport provisoire, le Comité a proposé des initiatives visant à mieux faire connaître les bienfaits du bénévolat, de l'apprentissage continu et de l'activité physique. Il a été frappé d'apprendre que, dans certains cas, les aînés ne profitent pas pleinement des possibilités qui s'offrent à eux en raison d'un âgisme auto-imposé. Il semble donc essentiel de déployer des efforts significatifs pour contrer cette forme d'âgisme et pour souligner que l'âge ne devrait jamais empêcher les gens d'essayer de nouvelles choses et de repousser leurs limites.

### 1.2 Établir une vision positive du vieillissement

Il est difficile de parler de vieillissement dans une société qui combat le phénomène aussi farouchement. Nous sommes assaillis de publicités qui promettent la jeunesse éternelle. Comme Judy Cutler, de l'Association du Canada pour les gens de 50 ans et plus (CARP), l'a dit au Comité :

[...] des attitudes bien ancrées doivent être modifiées si nous voulons dépasser cette obsession que nous avons de vouloir défier le temps dans une société qui privilégie la jeunesse. Il n'y a rien de mal à vouloir bien paraître et à vouloir se sentir bien, mais cela ne doit pas empêcher la formation d'une société dynamique et productive composée de gens de tous les groupes d'âges. Les attitudes sociales et les pratiques commerciales qui sont fondées sur l'âgisme créent des silos démographiques et les groupes d'âges sont en concurrence les uns avec les autres — au travail, dans les soins de santé et dans les médias. Cette situation doit changer.

*Témoignages, 11 décembre 2006*

La société change et évolue. Au cours du dernier siècle, nous avons radicalement redéfini les rôles accessibles aux femmes. Les femmes sont devenues des « personnes » et ont obtenu l'accès à tous

les droits juridiques, y compris celui d'être candidates aux élections. La *Charte canadienne des droits et libertés* a été adoptée pour interdire de nombreuses formes de discrimination, notamment la discrimination fondée sur l'âge.

Mais il faut du temps pour changer les perceptions. Plusieurs témoins ont insisté sur l'importance des initiatives intergénérationnelles qui exposent les enfants et les adolescents à des aînés actifs. Les activités de ce genre aident les jeunes à se forger une image plus saine du vieillissement et sont enrichissantes pour tous ceux qui y participent. Partout au pays sont prises des initiatives visant à favoriser de telles interactions. Par exemple, à Vancouver, le programme Neighbours for Peace rassemble des classes de deuxième et troisième année et un groupe d'aînés afin que jeunes et moins jeunes puissent échanger leurs points de vue sur les façons de promouvoir la paix et la compréhension mutuelle. Il faut appuyer les initiatives de ce genre si nous voulons que les générations futures aient une meilleure perception du vieillissement.

### **Mettre en valeur une image positive du vieillissement : le programme Masterminds de l'Université de Victoria**

Le programme Masterminds de l'Université de Victoria est une bonne façon de combattre l'âgisme. Organisé par l'association des retraités de l'université et le Centre on Aging, ce programme consiste en une série d'exposés par des professeurs retraités pour montrer ce qu'ils ont fait depuis leur départ à la retraite. Des écrivains, des artistes, des théologiens, des scientifiques et bien d'autres ont participé à ce programme. Ils parlent des livres qu'ils ont écrits, des pièces de théâtre qu'ils ont écrites ou dans lesquelles ils ont joué et des projets de recherche qu'ils ont dirigés.

Un des principes fondamentaux du projet Vieillir en santé de l'Union européenne est que « [d]e nombreuses personnes âgées ont une vie extrêmement riche et constituent une ressource pour la société. [Elles] participent à la vie sociale, travaillent contre rétribution ou bénévolement en tant que volontaires dans des organisations ou des associations, prennent soin de membres de leur famille et d'amis<sup>4</sup>. »

---

<sup>4</sup> Institut national suédois de la santé publique, *Vieillir en bonne santé, un challenge pour l'Europe*, 2007.

Cette vision du vieillissement est semblable à celle décrite par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des aînés. Margaret Gillis, de l'Agence de la santé publique du Canada, a fait la déclaration suivante devant le Comité :

Lors de leur neuvième réunion, en septembre 2006, les ministres FPT responsables des aînés ont approuvé ce rapport ainsi que le document d'information *Des faits aux gestes*. Le rapport adopte une vision du vieillissement en santé qui valorise et appuie la contribution des aînés, fait valoir la diversité, rejette l'âgisme, réduit les inégalités et permet aux Canadiens âgés de faire des choix sains qui améliorent leur qualité de vie.

*Témoignages, 3 décembre 2007*

Le Comité est d'avis que cette vision doit être mieux expliquée aux Canadiens. Il faut mettre sur pied une campagne de lutte contre l'âgisme en collaboration avec les organisations communautaires. Une telle campagne doit mettre en valeur le concept de « bien vieillir ». Le Comité recommande :

- 1. Que le gouvernement fédéral mène une campagne de relations publiques vigoureuse pour montrer qu'on peut vieillir en bonne santé et pour expliquer l'importance de demeurer actif à tout âge, notamment par le bénévolat, l'apprentissage continu et l'activité physique.**

Une campagne proactive qui vise à changer la perception de la population à propos du vieillissement ne contrera toutefois pas les formes de discrimination pernicieuse dont certains aînés font l'objet. Une vigilance de tous les instants s'impose si nous voulons que les droits individuels des personnes âgées, en tant que membres à part entière de la société canadienne, soient pleinement respectés.

Dans un effort bien intentionné pour assurer la sécurité des personnes du cinquième âge, il arrive que certaines décisions concernant les aînés soient prises par d'autres, au sujet par exemple de questions aussi importantes et personnelles que l'endroit où ils vont vivre. Trop d'aînés sont victimes de mauvais traitements ou de négligence en raison de leur vulnérabilité causée par l'âgisme. L'appréciation de la compétence pour le travail ou la conduite d'un

véhicule se fonde trop souvent sur l'âge et non sur les capacités. C'est sur ces questions que nous portons maintenant notre attention.

### 1.3 La compétence

Je n'ai aucune objection à ce qu'une personne soit à risque si elle a la capacité de comprendre en quoi consiste le risque. Si la personne sait que ses actes constituent un comportement à risque élevé ou qu'elle se met en péril pour le faire, mais qu'elle comprend parfaitement les conséquences de ce comportement et peut les mesurer, alors certainement, elle a le droit de prendre ce risque.

Marge Dempsey, chef de la direction par intérim, Société Alzheimer de la région de Niagara, *Témoignages*, 9 mai 2008

Dans son deuxième rapport provisoire, le Comité a évalué des options pour que les gens puissent vieillir à l'endroit de leur choix. Pour que cela se produise, il est essentiel d'accepter et de respecter les choix des aînés. Pourtant, on a dit au Comité que trop de personnes âgées ne sont pas « prises au sérieux, que d'autres assument le contrôle de leur vie et les privent de leur droit à prendre leurs décisions, mettant dès lors à l'épreuve leurs capacités et leurs compétences qui sont pourtant intactes<sup>5</sup> ».

Laura Watts, du Canadian Centre for Elder Law Studies, a expliqué au Comité quelles sont les incidences sociales et civiques énormes de la remise en question des capacités des aînés :

Lorsqu'une personne est jugée « incapable », elle perd le droit de vote, le droit à la liberté, le droit de se marier, et dans certains cas, le droit de divorcer. Cette personne perd le droit de se prononcer sur les décisions concernant la tutelle et les biens. Elle n'est plus rien aux yeux de la loi. C'est l'une des pires choses qui puissent arriver, et si nous ne comprenons pas la signification des termes que nous utilisons, les conséquences peuvent être extrêmement graves.

*Témoignages*, 28 janvier 2008

---

<sup>5</sup> Judith A. Wahl, directrice générale, Advocacy Centre for the Elderly, *Témoignages*, 28 mai 2007.

À l'heure actuelle, déclarer qu'une personne est incapable est trop souvent une question de tout ou rien. Comme Maureen Etkin, du Réseau ontarien pour la prévention des mauvais traitements envers les

Je crois que la question appropriée, au Canada, serait : « être apte à quoi? ». Commençons par répondre à cette question, nous pourrons ensuite travailler sur le lexique plutôt que d'établir des principes généraux sur toutes sortes de questions hypothétiques.

Laura Watts, directrice nationale, Canadian Centre for Elder Law Studies

doivent être ciblées, en consultation avec les groupes professionnels à qui ces connaissances seraient utiles.

La question complexe de la détermination de la compétence nécessite des preuves solides. Le Comité a appris que nous n'en savons pas encore assez sur les façons de mesurer les compétences et les capacités mentales et qu'il faut mener des recherches plus poussées sur le sujet. Les lacunes sur le plan des connaissances dans ce domaine

Le Comité recommande :

**2. Que les Instituts de recherche en santé du Canada financent de la recherche sur les compétences et les capacités mentales. La recherche devrait être axée sur les besoins en information des décideurs et des organismes d'attribution des permis et déboucher sur l'élaboration de lignes directrices fondées sur les résultats de la recherche.**

Comme les évaluations des capacités ont des incidences aussi importantes sur les gens, il est essentiel de veiller à ce qu'elles soient effectuées de manière cohérente et méthodique à l'échelle du Canada. Le gouvernement fédéral doit faire preuve de leadership en établissant les outils et les mécanismes qui sont appropriés pour évaluer les capacités.

Le fait d'être déclaré inapte a d'importantes conséquences. Or, le Comité a appris que de nombreux Canadiens ne prennent pas de mesures sérieuses de prévoyance au cas où cela arriverait, en donnant

une procuration appropriée à quelqu'un, par exemple. Le Dr Duncan Robertson, de la BC Medical Association, a fait la déclaration suivante :

L'adoption de mesures de prévoyance et les arrangements en ce qui concerne la gestion des finances et les décisions en matière de santé sont des moyens de se protéger [...]. En ne prenant pas à l'avance ces décisions préventives, les gens se rendent vulnérables.

*Témoignages, 5 juin 2008*

La sensibilisation des Canadiens à l'importance de la planification devrait faire partie intégrante des programmes de prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées, et le gouvernement fédéral devrait intégrer à ses programmes de lutte contre les mauvais traitements envers les aînés des mesures de sensibilisation à cette question.

Les gens connaissent parfois bien mal les devoirs et responsabilités associés à une procuration. La fraude liée aux procurations est une des catégories de crimes qui connaît la plus forte croissance au Canada<sup>6</sup>.

Il est crucial de bien renseigner les gens sur les effets d'une procuration pour qu'ils puissent se protéger contre les profiteurs.

Plusieurs organisations canadiennes offrent ce genre de service. À Toronto, l'Advocacy Centre for the Elderly est un bon exemple d'organisme dont le mandat est de protéger les aînés et de les renseigner sur les questions juridiques qui peuvent les toucher. La sensibilisation des Canadiens à l'importance de la planification devrait faire partie intégrante des programmes de prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées, et le gouvernement fédéral devrait intégrer à ses programmes de lutte contre les mauvais traitements envers les aînés des mesures de sensibilisation à cette question.

Le gouvernement fédéral doit faire preuve de leadership en établissant les outils et les mécanismes qui sont appropriés pour évaluer les capacités.

<sup>6</sup> Canadian Centre for Elder Law, *Frequently Asked Questions*, <http://www.ccels.ca/forolderadults.htm> [en anglais seulement].

### **Un centre communautaire d'information juridique axé sur le droit des aînés**

Fondé en 1984, l'Advocacy Centre for the Elderly de Toronto est axé sur le droit des aînés. En plus d'offrir des renseignements juridiques à la population, le centre offre de nombreux autres services. La majeure partie des questions touchent les problèmes de capacité mentale du point de vue des aînés; le droit de la santé; l'accès et l'admissibilité aux systèmes de soins à domicile et de longue durée; les conflits liés à la sortie de l'hôpital; les problèmes de santé mentale, notamment en ce qui concerne l'accès aux soins à domicile; les soins de longue durée; l'aide juridique et les conseils dans les cas d'abus envers les personnes âgées, ce qui comprend l'abus de procuration, la fraude, l'abus de pouvoir, l'exploitation financière, les mauvais traitements physiques et la négligence.

## 1.4 La compétence au volant : pas seulement une question d'âge

[...] la majorité des conducteurs dangereux sur la route ne le sont pas parce qu'ils sont vieux ou malades, mais bien parce qu'ils ne sont pas prudents.

Dr Briane Scharfstein, secrétaire général associé de l'Association médicale canadienne, *Témoignages*, 28 janvier 2008

L'âge n'est pas un indicateur de compétence. La retraite obligatoire et la sécurité des conducteurs âgés sont des idées qui saisissent l'imagination collective, mais est-il approprié de s'attarder à l'âge lorsqu'on traite de ces questions? Pour la plupart des gens, le vieillissement s'accompagne d'une dégradation de certaines compétences, mais cette dégradation ne se fait pas au même rythme chez tout le monde.

Si l'âge n'est pas un indicateur de capacité, alors nous devons mettre au point des approches novatrices pour veiller à ce que des gens parfaitement capables ne soient pas privés de la possibilité d'exercer leur métier ou du privilège de conduire, sans compromettre la sécurité publique.

La plupart des conducteurs âgés sont parmi les moins dangereux sur la route. La hausse du nombre d'accidents chez les personnes âgées s'explique par l'augmentation de la prévalence de maladies,

l'utilisation de médicaments et l'affaiblissement des facultés de certains conducteurs âgés.

Lorsque cela devient nécessaire, bon nombre de conducteurs âgés s'imposent eux-mêmes des restrictions, comme éviter de conduire la nuit. Bien que des gens de tous âges puissent voir leur capacité de conduire réduite en raison de troubles médicaux, les conducteurs âgés sont plus susceptibles de devoir changer leurs habitudes de conduite en raison de certaines maladies, comme la démence. Des recherches ont montré que les conducteurs atteints de démence surestiment beaucoup leur capacité de conduire par rapport aux conducteurs âgés en santé<sup>7</sup>. De tels conducteurs peuvent être incapables de s'imposer des limites, ce qui rend l'établissement de mécanismes officiels essentiel à la protection de ces conducteurs et de la population.

Renoncer à conduire n'est pas anodin et la question est difficile à aborder pour les aînés, leur famille et leur médecin. Dans la plupart des provinces du Canada, les médecins sont obligés de signaler aux autorités les personnes qui pourraient être inaptes à conduire d'un point de vue médical. Même s'il existe des lignes directrices, comme *Évaluation médicale de l'aptitude à conduire : Guide du médecin* de l'Association médicale canadienne, des médecins ont dit au Comité que d'expliquer à quelqu'un qu'il va peut-être devoir renoncer à conduire est une des questions les plus pénibles à aborder avec un malade pour un médecin de famille. Selon le Dr Shawn Marshall, professeur associé, du centre de réadaptation de l'Hôpital d'Ottawa :

La relation entre le médecin et son patient est souvent compromise. Il y a clairement un conflit. Vous défendez les intérêts du patient, mais pourtant, en vertu de la loi, vous êtes tenu de déclarer le patient comme étant potentiellement inapte à conduire. En outre, les médecins ont signalé à maintes reprises dans le cadre de sondages qu'ils ont des connaissances et une formation limitées pour prendre ces décisions.

*Témoignages, 28 janvier 2008*

---

<sup>7</sup> Phoebe Dey, « Taking Away the Keys », *Express News*, Université de l'Alberta, 13 juin 2003.

Des recherches sont en cours au Canada, notamment pour établir à quel moment un trouble de la santé qui *peut* nuire à la capacité de conduire devient une invalidité fonctionnelle qui affecte la capacité de conduire. Le réseau CanDRIVE effectue des recherches de ce genre.

### Le réseau CanDRIVE

Financé par les Instituts de recherche en santé du Canada, le réseau CanDRIVE mène des projets de recherche visant à aider les personnes âgées à conduire le plus longtemps possible sans danger. Ce réseau regroupe des chercheurs, des groupes d'aînés, des cliniciens, des représentants des ministères des Transports et d'autres organismes gouvernementaux et non gouvernementaux, dans le but de trouver des applications pratiques aux résultats des recherches.

On a dit au Comité qu'il n'est pas nécessaire de cibler les aînés pour rendre nos routes plus sûres. Comme l'a indiqué le Dr Michel Bédard, titulaire de la chaire de recherche du Canada sur le vieillissement et la santé de l'Université Lakehead :

Il faudrait conduire de façon plus sécuritaire, peut-être rafraîchir nos connaissances de la conduite automobile à tous les cinq ans. On parle d'évaluation périodique, mais on ne parle pas des nouveaux cours donnés de façon périodique. Il faut avoir une approche globale.

*Témoignages, 28 janvier 2008*

Le Comité a reçu des propositions novatrices sur les façons de trouver le juste milieu entre les impératifs de la sécurité publique et le respect des droits des personnes. Par exemple, l'Association canadienne des automobilistes (CAA) a proposé que les gouvernements délivrent des permis de conduire conditionnels aux conducteurs dont les capacités physiques réduites affectent leur aptitude à conduire. Cela permettrait à ces personnes de continuer de conduire en observant certaines restrictions au lieu que leur permis soit purement et simplement révoqué. Ces restrictions peuvent concerner les heures de conduite, les types de routes et les aides à la conduite.

La CAA a proposé un certain nombre d'idées pour rendre nos routes plus sûres, dont l'amélioration de la conception des routes et des autoroutes afin de faciliter la conduite et les manœuvres

sécuritaires, pas seulement pour les aînés, mais pour tous les conducteurs; la modification de la conception des véhicules pour les adapter aux limites physiques des conducteurs âgés; des cours sur la sécurité routière qui tiennent compte des besoins spécifiques des conducteurs âgés et de leurs familles. Ces sujets seront abordés plus en profondeur dans le chapitre 4 qui porte sur les villes adaptées aux personnes âgées.

### **Plan d'action national pour la prévention des blessures chez les conducteurs âgés**

L'Agence de la santé publique du Canada offre du financement à l'Université McGill et à l'Association canadienne des ergothérapeutes pour un programme intitulé Plan d'action national pour la prévention des blessures chez les conducteurs âgés. Ce plan d'action vise l'élaboration d'une stratégie d'évaluation des conditions qui permettent aux conducteurs âgés de conduire en tout sécurité aussi longtemps que possible, avec une attention spéciale au rafraîchissement des connaissances des conducteurs. Les résultats de ce plan d'action seront transmis à différends intervenants.

Notre société devra adopter des approches multiples, y compris la promotion de la conduite sans danger et l'élaboration de moyens de transport de rechange, pour répondre aux besoins de déplacement des générations âgées futures. Il faudra faire preuve de souplesse et d'innovation en ce qui concerne la conception et la mise en œuvre de ces approches afin de répondre aux besoins des personnes âgées qui habitent dans les milieux urbains et ruraux<sup>8</sup>. Le Comité exhorte le gouvernement fédéral à faire preuve de leadership dans ce domaine.

Pendant que les recherches en cours améliorent les données sur lesquelles les décisions peuvent se fonder, le Comité recommande :

- 3. Que le gouvernement fédéral prenne l'initiative de mesures fédérales-provinciales-territoriales conçues pour voir à la sécurité publique et aborder le retrait du permis de conduire aux aînés dans le respect de la dignité de la personne et que les provinces et les territoires, en partenariat avec**

<sup>8</sup> D<sup>r</sup> Michel Bédard, titulaire de la chaire de recherche du Canada sur le vieillissement et la santé de l'Université Lakehead, *Témoignages*, 28 janvier 2008.

**divers organismes, lancent des mesures de sensibilisation et d'observation des règlements au sujet des conducteurs qui présentent un risque pour des raisons de santé.**

### 1.5 La compétence au travail

La majorité des travailleurs prennent leur retraite bien avant qu'ils y soient forcés par une perte de leurs capacités fonctionnelles. Des organisations professionnelles, comme l'Association médicale canadienne, ont établi des systèmes d'évaluation continue.

#### **Évaluation continue de la compétence des médecins du Canada**

L'Association médicale canadienne considère que la compétence peut être affectée par des troubles médicaux ou l'adversité en général à n'importe quelle étape de la carrière et n'est pas nécessairement fonction de l'âge. Bien que l'âge soit un facteur observé de près dans certains programmes, l'Association médicale canadienne est consciente qu'il ne s'agit que d'un facteur parmi bien d'autres. Les processus de contrôle de la compétence s'appliquent tout au long de la vie des médecins.

Les médecins en milieu institutionnel — notamment dans les hôpitaux — doivent suivre un processus rigoureux d'assurance de la qualité et de la compétence.

---

L'admissibilité à continuer de travailler devrait être fondée sur la compétence, non pas sur un âge magique.

---

Gloria Gutman,  
professeure de  
gérontologie, Université  
Simon Fraser

---

Au lieu de forcer les médecins à choisir entre le temps plein et l'arrêt de travail pur et simple, on peut moduler leurs priviléges au fil du temps ou en fonction des pertes de compétence dans certains domaines, sans les forcer à cesser de pratiquer à un âge donné.

Les lois régissant la retraite obligatoire ont rapidement évolué partout au pays. Depuis la naissance du Comité, plusieurs provinces ont éliminé la retraite obligatoire. En juillet 2009, une fois que la loi à cet effet entrera en vigueur dans cette province, la Nouvelle-Écosse sera la dernière province à éliminer la retraite obligatoire. Dans la plupart des provinces, il est aujourd'hui interdit de forcer quelqu'un à prendre sa retraite, à moins

qu'il ne s'agisse d'une véritable exigence professionnelle aux termes de la loi.

Les employés régis par le gouvernement fédéral sont assujettis à la *Loi canadienne sur les droits de la personne*, peu importe leur province de travail ou de résidence. Cette loi exclut précisément ceux qui ont atteint « l'âge normal de la retraite » de la protection contre la discrimination en milieu de travail. Par conséquent, en juillet 2009, les employés régis par le gouvernement fédéral seront les seuls employés au Canada à ne pas être protégés contre la retraite obligatoire. Bien qu'il n'y ait pas d'âge précis pour la retraite obligatoire dans la fonction publique, il se peut que ce ne soit pas le cas pour d'autres employeurs régis par le gouvernement fédéral.

Le Comité est du même avis que l'Association du Canada pour les gens de 50 ans et plus (CARP), qui affirme que « les Canadiens devraient tous avoir le droit de choisir quand prendre leur retraite, en fonction de leurs capacités et non de leur âge », et il recommande :

4. **Que les dispositions de la *Loi canadienne sur les droits de la personne* qui concernent la retraite obligatoire soient modifiées pour rendre la législation fédérale conforme aux autres lois canadiennes sur les droits de la personne.**

## 1.6 Mauvais traitements et négligence

Dans la Déclaration de Toronto sur la prévention des mauvais traitements infligés aux personnes âgées de l'Organisation mondiale de la santé, la maltraitance des personnes âgées est définie comme suit :

« On entend par maltraitance des personnes âgées un acte isolé ou répété, ou l'absence d'intervention appropriée, qui se produit dans toute relation de confiance et cause un préjudice ou une détresse chez la personne âgée. » Elle peut se manifester de plusieurs façons : physique, psychologique/morale, sexuelle ou financière, ou

simplement refléter de la négligence intentionnelle ou non intentionnelle<sup>9</sup>.

Gail Mackenzie-High, du Niagara Elder Abuse Prevention Network<sup>10</sup>, a raconté au Comité une histoire montrant les nombreuses formes de mauvais traitements.

### L'histoire de Rosa

Rosa est une femme de 79 ans, devenue veuve tout à coup il y a moins d'un an, après avoir été mariée pendant 55 ans. En raison du décès récent de son mari, son revenu, qui était en grande partie fondé sur les prestations du régime de pensions privé de celui-ci, a beaucoup diminué. La maison de Rosa doit faire l'objet d'un entretien régulier, les factures s'accumulent, et Rosa se sent dépassée par les événements. Elle ne participe plus aux activités sociales auxquelles elle participait auparavant en raison de ses tracas financiers et de l'épuisement émotionnel. Elle ne veut pas quitter le domicile conjugal.

Son fils s'est installé chez elle par souci d'économie et pour l'aider à entretenir la maison. À un moment donné, les voisins téléphonent à un organisme communautaire et rapportent qu'il arrive souvent que le fils de Rosa crie et jure, et menace de placer sa mère « dans un foyer ». Lorsqu'il rencontre Rosa, l'agent de l'organisme remarque qu'elle semble avoir des troubles de mémoire, même s'il n'arrive pas à déterminer si ces troubles sont le résultat du déclin de ses facultés cognitives ou d'une dépression réactionnelle liée à la perte récente de son conjoint et à sa situation actuelle.

Rosa révèle à l'agent que son fils travaille de façon sporadique et qu'elle le soupçonne maintenant d'avoir des problèmes de consommation de drogue et peut-être aussi de jeu. Le fils de Rosa nie avoir des problèmes et refuse donc toute aide à cet égard. Rosa donne de l'argent à son fils pour qu'il fasse l'épicerie pour elle, mais l'agent de l'organisme constate qu'il y a peu de nourriture à la maison lorsqu'il rend visite à Rosa, et celle-ci lui dit que son fils ne lui rend jamais de monnaie lorsqu'il revient de faire les courses.

---

<sup>9</sup> Organisation mondiale de la santé, *Déclaration de Toronto sur la prévention des mauvais traitements infligés aux personnes âgées*, 2002 [en anglais seulement].

<sup>10</sup> Gail Mackenzie-High, présidente du Niagara Elder Abuse Prevention Network, *Témoignages*, 9 mai 2008.

Rosa voudrait qu'on l'aide, mais elle dit qu'elle a peur de ne pas pouvoir continuer de vivre chez elle si elle demande à son fils de quitter la maison, et elle a peur que le seul choix qui lui reste soit de vivre dans un foyer de soins de longue durée. Elle décide de ne rien faire dans l'immédiat. Quelques semaines plus tard, Rosa se présente à l'hôpital avec un poignet fracturé, et, lorsqu'il l'examine, le médecin remarque qu'elle a des bleus qu'elle n'est pas en mesure d'expliquer de façon crédible. Le personnel de l'hôpital tente avec délicatesse de savoir ce qui s'est passé, et Rosa avoue que son fils la malmène, puis on avise les services de police.

Un examen approfondi de la situation révèle que les économies de Rosa ont fondu et qu'elle n'aura peut-être bientôt plus les moyens de conserver sa maison.

Le fils de Rosa sera poursuivi, mais celle-ci n'aura plus la possibilité de vieillir à l'endroit de son choix. Elle ne pourra plus non plus s'adonner aux activités de son choix, à cause des pertes financières qu'elle a subies, et sa relation avec son fils est anéantie. Ainsi, une personne capable, qui, il y a un an seulement, croyait avoir de la latitude quant à son avenir, s'est retrouvée à court de ressources, confrontée à des pertes financières imminentes, après avoir vu un lien de confiance brisé.

Comme l'histoire de Rosa le montre, les mauvais traitements prennent de nombreuses formes. Dans certains cas, la maltraitance est le prolongement de la violence subie par une personne pendant toute sa vie; une femme qui a été maltraitée pendant la majeure partie de sa vie adulte ne sera pas subitement à l'abri de tout lorsqu'elle aura 65 ans. Les femmes âgées sont plus susceptibles d'être victimes de mauvais traitements en raison de leur isolement social, des normes culturelles, de leur situation familiale, de leur situation financière ou d'un handicap<sup>11</sup>.

Il arrive aussi que les mauvais traitements commencent au troisième âge. Les personnes âgées peuvent être maltraitées chez elles, dans leur collectivité ou en milieu institutionnel. La maltraitance peut prendre plusieurs formes.

---

<sup>11</sup> M. Etkin, Réseau ontarien de prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées, *Stopper la violence. Restaurer le respect*, annexe A.

Bien que certains aînés soient victimes de fraude de la part d'étrangers, la plupart des profiteurs sont des personnes en qui la victime a confiance et qu'elle connaît bien, comme des membres de la famille.

Les différentes formes de mauvais traitements exigent différentes interventions. Après tout, les aînés sont des adultes, et comme Marion Smith l'a dit au Comité, « les personnes âgées maltraitées par des membres de leur famille ne veulent pas être séparées d'eux, elles veulent simplement que les mauvais traitements cessent<sup>12</sup> ». Moins d'un cas de mauvais traitement sur cinq est déclaré et il y en a encore moins qui sont signalés aux organismes publics du système de justice pénale<sup>13</sup>.

On a expliqué au Comité que ce n'est pas de nouvelles lois dont nous avons besoin pour lutter contre les mauvais traitements infligés aux aînés, mais plutôt d'une meilleure application des lois actuelles et d'un meilleur encadrement des personnes âgées.

### **Un centre d'accueil pour les aînés victimes de mauvais traitements**

Kerby Rotary House, à Calgary, est le premier refuge pour personnes âgées victimes de mauvais traitements en Amérique du Nord. Ce centre est un endroit sûr où les hommes et les femmes de 60 ans et plus de la région de Calgary qui sont victimes de mauvais traitements dans leur milieu familial peuvent trouver refuge. Le centre offre des services d'intervention en situation de crise, d'aide, de défense des droits, d'orientation et d'hébergement à court terme et répond aux besoins quotidiens des aînés.

Les mauvais traitements découlent parfois de l'incapacité des aidants naturels de faire face aux nombreuses tensions associées à leur rôle. Bien que le rôle d'aidant soit réellement stressant, cela ne justifie jamais un comportement abusif. Les options pour régler les problèmes des aidants naturels sont décrites au chapitre 6.

Les mauvais traitements et la négligence en milieu institutionnel peuvent découler d'un manque de personnel ou de la formation

---

<sup>12</sup> Questionnaire présenté par Marion Smith le 16 octobre 2007.

<sup>13</sup> Alison Leaney, Réseau canadien pour la prévention des mauvais traitements envers les aîné(e)s, *Témoignages*, 28 mai 2007.

inadéquate des employés. Cette situation ne doit jamais être tolérée. Les employés doivent être en mesure de reconnaître les mauvais traitements et avoir la formation et l'aide nécessaires pour bien faire leur travail. Une approche novatrice adoptée en France pour aider un centre à régler les problèmes liés aux comportements abusifs de certains employés vaut la peine d'être soulignée :

### **Ensemble contre la maltraitance**

Les Résidences Santé Cousin de Méricourt et Services de l'Aqueduc en France se sont mérité le Prix spécial du jury des Initiatives de la bientraitance de la Ville de Paris en 2005 pour leur approche, décrite dans une brochure intitulée *Ensemble contre la maltraitance*. Ces établissements prônent une approche éducative où chaque intervenant est appelé à s'auto-évaluer puis à reconnaître ses bonnes et ses mauvaises pratiques professionnelles. Cette approche invite à un dépistage collectif car tous les membres du personnel sont traités de façon identique<sup>14</sup>.

Partout au pays, les personnes âgées et les groupes d'aînés ont souligné l'importance de sensibiliser la population à la maltraitance des aînés. Les organisations d'aînés qui ont comparu devant le Comité lui ont fait part des programmes d'éducation et de sensibilisation qu'elles ont parrainés afin de renseigner leurs membres sur les mauvais traitements et, surtout, sur les façons de s'en protéger. Ces organisations se sont dites particulièrement préoccupées par le sort des personnes âgées isolées qui n'ont pas de contact avec les organisations officielles. Le Comité n'a pas été en mesure de trouver de solution à ce problème, mais souligne l'importance de communiquer personnellement avec ces personnes, soit par l'entremise des services professionnels et publics dont elles bénéficient, soit en faisant appel au secteur bénévole.

Le Comité insiste sur l'importance d'appuyer les organisations qui luttent contre la maltraitance aux échelles locale, provinciale-territoriale et nationale.

---

<sup>14</sup> Marie Beaulieu, Mémoire présenté à la consultation publique sur les conditions de vie des aînés, *La maltraitance envers les aînés, 20 ans de préoccupation au Québec : Une réflexion sur le chemin parcouru et pistes à explorer en vue de trouver des solutions adaptées à notre société*, septembre 2007.

Le problème du mauvais traitement des personnes âgées au Canada est largement sous-estimé. J'irais même jusqu'à dire que nous sommes en retard de 20 ans dans ce dossier, par rapport à ce que nous essayons de faire quand nous avons commencé à parler de la violence faite aux femmes et, avant cela, que nous avons cherché des solutions pour lutter contre la maltraitance des enfants et avons cherché à intervenir sur ce plan.

Alison Leaney, Réseau canadien pour la prévention des mauvais traitements envers les aîné(e)s

---

Pour être en mesure de détecter les mauvais traitements dont sont victimes les aînés, les travailleurs de tous les secteurs doivent connaître le processus de vieillissement et savoir reconnaître les signes de maltraitance et de négligence. Dans le mémoire qu'elle a présenté au Comité, Maureen Etkin du Réseau ontarien de prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées met l'accent sur l'importance de la formation :

Il faut déterminer quels groupes entrent le plus souvent en rapport avec les personnes âgées : pharmaciens, médecins, préposés aux soins à domicile, etc. - et travailler à mettre au point un programme de formation normalisé portant sur la violence faite aux personnes âgées. Les préposés aux soins à domicile sont bien placés car ils se rendent au domicile des personnes âgées et sont parfois leur seul contact avec le monde

extérieur. Les soins intimes que prodigue le préposé sont une occasion d'établir un rapport de confiance, qui peut amener la personne âgée à parler de la situation d'abus qu'elle vit<sup>15</sup>.

Le Comité est heureux de constater que le gouvernement fédéral appuie les efforts en ce sens. En juin 2008, le gouvernement fédéral a annoncé qu'il avait l'intention de rédiger des documents de formation afin d'aider les associations professionnelles nationales à adapter et à créer leur propre matériel et leurs propres outils destinés à leurs intervenants de première ligne (c.-à-d. professionnels de la santé, juristes, agents de police et professionnels des finances qui travaillent auprès des personnes âgées) à partir du printemps de 2009, et ce, pour aider ces intervenants à déceler et à régler les problèmes de maltraitance des aînés<sup>16</sup>. Les employés du gouvernement fédéral aussi entrent en contact avec des personnes âgées. Puisque le contact

---

<sup>15</sup> Réseau ontarien de prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées, *Réponse au rapport provisoire du Sénat – Une population vieillissante : enjeux et options*.

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

personnel est souvent considéré comme étant le meilleur moyen de renseigner les personnes âgées à propos de la maltraitance, le Réseau ontarien de prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées offre actuellement de la formation à certains employés de Service Canada à cet égard. Le Comité recommande :

- 5. Que le gouvernement fédéral accroisse le soutien à la recherche sur les mauvais traitements et la négligence, qu'il collabore étroitement avec les organisations communautaires pour éviter le dédoublement des efforts et répondre aux besoins signalés, et qu'il intègre à la formation du personnel de l'information sur les mauvais traitements et la négligence envers les personnes âgées.**

### **1.6.1 Les nouveaux immigrants âgés et les mauvais traitements**

Des témoins qui ont comparu devant le Comité ont dit que les personnes âgées qui immigrent au Canada et qui font partie de la catégorie du regroupement familial forment un groupe particulièrement vulnérable. Ils ont expliqué au Comité que ces aînés sont plus susceptibles d'être maltraités ou négligés que les autres en raison de leur dépendance financière attribuable à la politique de parrainage du gouvernement fédéral. Les immigrants âgés qui font partie de la catégorie du regroupement familial à titre de parents ou de grands-parents doivent se soumettre à une période de parrainage de dix ans pendant laquelle leur parrain a la responsabilité de répondre à leurs besoins quotidiens, comme s'alimenter, se loger, se vêtir et ainsi de suite. Pendant cette période de dix ans, les parents ou grands-parents parrainés n'ont droit à aucune forme d'aide sociale, y compris la sécurité de la vieillesse et le supplément de revenu garanti, peu importe que le Canada ait signé ou non un accord de réciprocité sur la sécurité sociale avec leur pays d'origine<sup>17</sup>. De plus, l'Entente de parrainage de Citoyenneté et Immigration Canada stipule que les parents ou grands-parents âgés n'ont pas à se trouver un emploi pour

---

<sup>17</sup> Toutefois, un accord de réciprocité sur la sécurité sociale peut donner aux immigrants parrainés accès à des prestations de pension partielle de leur pays d'origine.

répondre eux-mêmes à leurs besoins<sup>18</sup>. Par conséquent, pendant les dix années suivant leur arrivée au Canada, de 25 à 40 p. 100 des immigrants âgés de plus de 60 ans n'ont aucun revenu indépendant et dépendent entièrement de leur parrain sur le plan financier<sup>19</sup>.

Des témoins ont indiqué au Comité que cette politique de parrainage crée une situation de dépendance chez les immigrants âgés qui peut les exposer à des mauvais traitements ou de la négligence<sup>20</sup>. Dans son témoignage, la D<sup>re</sup> Sharon Koehn a expliqué que deux facteurs principaux liés au parrainage augmentent le risque de mauvais traitements ou de négligence<sup>21</sup>. Premièrement, la longue durée de la période de parrainage présente un risque puisque, pendant cette période, la situation financière du parrain peut se détériorer subitement, causant ainsi des difficultés au parrain et à sa famille. De plus, la santé de la personne âgée parrainée peut se détériorer rapidement pendant la même période, ce qui impose un fardeau plus lourd à la famille chargée d'un rôle officieux d'aîdante naturelle. Des difficultés financières conjuguées à l'incapacité de répondre aux besoins de santé de l'aîné parrainé peuvent engendrer des mauvais traitements ou de la négligence de même que l'effondrement du parrainage.

Deuxièmement, la dépendance associée au parrainage crée un déséquilibre dans les relations familiales, ce qui peut être source de mauvais traitements et d'exploitation<sup>22</sup>. Cela se produit lorsque des parrains s'attendent à ce que leurs parents compensent d'une façon quelconque le fait qu'ils acceptent de les parrainer pendant dix ans. Le Comité a appris que des parents et des grands-parents doivent souvent s'occuper de leurs petits-enfants, des tâches ménagères et des repas, ce qui dépasse parfois leurs capacités. Le fait de ne pas compter les membres parrainés de la famille comme employés d'une entreprise familiale, ce qui empêche les aînés d'accumuler des

---

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

<sup>19</sup> Mémoire : *Brief to the Special Senate Committee on Aging: Second Interim Report*, D<sup>re</sup> Sharon Koehn, Centre pour le vieillissement en santé de Providence, *Témoignages*, 4 juin 2008, p. 1.

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

<sup>21</sup> D<sup>re</sup> Sharon Koehn, Centre pour le vieillissement en santé de Providence, *Témoignages*, 4 juin 2008.

<sup>22</sup> D<sup>re</sup> Sharon Koehn, Centre pour le vieillissement en santé de Providence, *Témoignages*, 4 juin 2008.

prestations du Régime de pensions du Canada, est une autre forme d'exploitation. Enfin, on a aussi expliqué au Comité que les aînés parrainés, surtout en Colombie-Britannique, vont parfois travailler dans des fermes fruitières dans des conditions difficiles pour un salaire de misère dans le but de rembourser leur parrain et pour ne pas être un fardeau pour leurs enfants<sup>23</sup>.

Bien que l'Entente de parrainage offre des recours aux immigrants qui sont victimes de mauvais traitements, sous forme d'aide sociale et de services de recouvrement des dettes de parrainage, les immigrants ne veulent souvent pas s'en prévaloir, par peur de jeter la honte sur leur famille<sup>24</sup>. Les immigrants récents qui sont parrainés ne sont souvent pas conscients de leurs droits en raison des barrières linguistiques et culturelles. Ils craignent donc de perdre leur parrain<sup>25</sup>.

Par conséquent, pour réduire le risque de mauvais traitements et de négligence dans les relations de parrainage, les témoins ont recommandé que la période de parrainage pour les immigrants qui font partie de la catégorie du regroupement familial passe de dix à trois ans, soit la période requise pour obtenir la citoyenneté canadienne<sup>26</sup>. Cette recommandation est conforme à la décision prise en 1997 par le gouvernement du Canada de faire passer la période de parrainage des époux et conjoints de dix à trois ans, afin de réduire le risque d'abus des ententes de parrainage<sup>27</sup>.

Des témoins ont aussi indiqué qu'une réduction de la période de parrainage signifierait que les critères de résidence des régimes publics de pensions du Canada devront être modifiés<sup>28</sup>.

---

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

<sup>24</sup> Mémoire : *Brief to the Special Senate Committee on Aging: Second Interim Report*, D<sup>re</sup> Sharon Koehn, Centre pour le vieillissement en santé de Providence, *Témoignages*, 4 juin 2008, p. 2.

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

<sup>26</sup> Mémoire : *Brief to the Special Senate Committee on Aging: Second Interim Report*, D<sup>re</sup> Sharon Koehn, Centre pour le vieillissement en santé de Providence, *Témoignages*, 4 juin 2008, p. 9.

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

<sup>28</sup> Mémoire : *Brief to the Special Senate Committee on Aging: Second Interim Report*, D<sup>re</sup> Sharon Koehn, Centre pour le vieillissement en santé de Providence, *Témoignages*, 4 juin 2008, p. 2.

Pour réduire le risque de mauvais traitements ou de négligence des parents ou grands-parents qui immigrent au Canada et qui font partie de la catégorie du regroupement familial, le Comité recommande :

6. Que le gouvernement fasse passer la période d'immigration parrainée de dix à trois ans, selon le modèle des règles sur le parrainage conjugal, et qu'il modifie en conséquence les conditions de résidence ouvrant droit à des prestations mensuelles en vertu de la *Loi sur la sécurité de la vieillesse*.

## Chapitre 2 : Intégration des soins

La plupart des Canadiens préfèrent vieillir là où ils ont vécu. D'autres préfèrent se rapprocher de leur famille ou de leurs amis, ou encore de collectivités qui leur offrent l'environnement qu'ils recherchent. Certains choisissent de rester dans leur maison, tandis que d'autres optent pour un logement qui nécessite moins d'entretien ou qui leur offre des structures auxiliaires au quotidien. Les choix qui s'offrent aux aînés dépendent de nombreux facteurs, notamment leur état de santé, leur lieu de résidence (province/territoire, zone urbaine ou rurale), la proximité de parents ou amis, et leur situation financière.

Dans ce chapitre, nous allons examiner l'ensemble des structures auxiliaires qui permettent d'offrir à tous les aînés des choix viables quant à leur lieu de résidence. Il s'agit entre autres des programmes de logement et de rénovation, des logements supervisés, des soins à domicile et des soins palliatifs.

Trop de personnes âgées au Canada n'ont pas facilement accès aux structures auxiliaires qui leur permettraient de choisir leur lieu de résidence. Conçu pour soigner des maladies ponctuelles, le système de santé est mal équipé pour faire face à l'augmentation des affections chroniques, phénomène qui accompagne le vieillissement de la population. Les travailleurs de première ligne que le Comité a rencontrés sont des gens dévoués et généreux, qui réussissent à trouver des solutions novatrices pour aider les aînés à avoir la meilleure qualité de vie possible. Mais il arrive que de mauvaises décisions soient prises, faute de solutions viables. Parfois aussi, un manque d'intégration entre les différents systèmes de services de santé et des services sociaux empêche les soignants et les membres de la famille de mettre en place le dispositif de services adapté à chaque aîné. Des témoins de tout le pays réclament l'implantation d'un système de soins qui permettrait d'offrir les services requis au moment voulu, afin que les personnes âgées

---

Il est impossible de séparer les services de santé des services sociaux. On ne peut pas non plus séparer les soins hospitaliers des soins à domicile parce que, pour les travailleurs de première ligne, il n'y a aucune distinction entre les deux.

---

Dr François Béland  
professeur, Université de  
Montréal

---

puissent vivre là où elles le désirent. Selon certains témoins, la solution serait d'aider les gens à naviguer dans le dédale de nos systèmes de soins, mais le Comité estime qu'il faut aller beaucoup plus loin, comme l'a expliqué Marcus Hollander, de Hollander Analytical Services :

L'aîné a besoin de quelqu'un pour défendre ses intérêts, pas seulement pour naviguer, sans quoi il risque de se retrouver avec différents organismes qui disent qu'ils vont le prendre en charge ou qu'ils ne peuvent pas pour telle raison, et ainsi de suite. Il faut que la personne qui s'occupe de lui puisse autoriser les services.

*Témoignages, 7 avril 2008*

Il faut concevoir le système de façon à ce que personne ne reste en marge, et que les services évoluent en fonction des besoins des gens. C'est précisément ce que les décideurs et les universitaires entendent par système de soins intégrés. Le Comité a constaté, dans ses déplacements au Canada, que la notion de soins intégrés recevait un appui considérable.

### 2.1 Vers des soins intégrés

Les aînés souffrant de graves handicaps fonctionnels, dits en perte d'autonomie ou « fragiles », représentent une minorité de la population des personnes âgées, mais ils ont par contre recours, de façon disproportionnée, aux services de soins actifs en hôpital ou en maison de soins infirmiers, et passent fréquemment d'une catégorie d'établissement à l'autre.

---

Les aînés ont des besoins qui relèvent à la fois des services médicaux et des services sociaux. L'idéal serait d'avoir un système de soins axé précisément sur ces besoins...

---

Marcus J. Hollander,  
Hollander Analytical  
Services Ltd.

---

chez soi. Les services sociaux et médicaux forment un réseau compliqué, où il est difficile de se repérer. Or, quand on est âgé, on a justement moins d'énergie à consacrer à ce genre d'exercice. Il est donc essentiel, pour répondre aux besoins des aînés fragiles et non

pas pour des raisons administratives ou financières, de s'assurer que ces services sont intégrés. Le Comité s'est rendu compte, au cours des audiences, que, malgré les efforts et les réformes, les services destinés aux aînés restent éparpillés :

- Les transitions entre les établissements de soins et les services de soins sont difficiles.
- L'exercice difficile que constitue l'organisation du dispositif de services demeure la responsabilité des aînés et de leur famille.
- La multiplicité des formes de financement et de paiement, et des conditions d'admission aux services sociaux et médicaux rend encore plus compliquée la gestion de l'accès aux services requis<sup>29</sup>.

De plus, certains types de services ne sont pas inclus dans le dispositif de services idéal dont auraient besoin les aînés, ce qui entraîne une utilisation inappropriée du système de soins de santé. Le Dr Duncan Robertson, de la BC Medical Association, en a donné un exemple :

Notre système manque de soins post-actifs, qui ne cessent de diminuer alors que certaines personnes peuvent avoir besoin d'un mois ou plus dans un environnement correctement structuré pour se remettre d'une crise de délire survenue à l'hôpital, ou d'une fracture subie lors d'une chute. Vu l'insuffisance de ces ressources, les décisions sont prises de manière prématurée et non appropriée, et, bien souvent, on renonce à la possibilité d'un retour à la maison et on place le patient en établissement de soins permanents.

*Témoignages, 5 juin 2008*

Grâce à des services intégrés et coordonnés pour les personnes souffrant d'affections chroniques, les services médicaux et sociaux peuvent mobiliser rapidement toute une gamme de ressources au fur et à mesure des besoins, ce qui évite toute utilisation inappropriée de ces dernières.

Cela nécessite « une vaste gamme de services regroupés sous une seule autorité administrative, un budget unique et la capacité

---

<sup>29</sup> Ce paragraphe est extrait du mémoire présenté par François Béland, « Trois points pour une politique : la santé, les services et l'innovation ».

d'avoir quelqu'un qui défend les intérêts du client et qui l'aide à naviguer dans le système<sup>30</sup> ».

Un système de financement idéal devrait permettre des transferts budgétaires en faveur de mesures préventives. Le Dr François Béland, professeur à l'Université de Montréal, a illustré la façon dont un tel système fonctionnerait en donnant l'exemple d'une semelle orthopédique qui permet de réduire les chutes chez les aînés :

Le raisonnement procédera ainsi : 1) j'ai des personnes âgées fragiles qui chutent; 2) chaque fois qu'une personne chute, cela me coûte un montant "X" en hospitalisation, soit une fortune; 3) si je suis capable d'économiser 50 p. 100 des chutes grâce à la semelle, cela vaut la peine de la fournir aux personnes à risque de chuter; par conséquent, 4) je prends la décision de fournir cette semelle en fonction d'un protocole de soins.

*Témoignages, 7 avril 2008*

Réorienter un système aussi vaste que le système des soins de santé afin qu'il réponde mieux aux besoins de tous les Canadiens ayant des problèmes de santé chroniques est une tâche monumentale, mais pas impossible. Le Comité a appris qu'il y a déjà eu, dans certaines provinces au Canada, des systèmes de soins complets et intégrés<sup>31</sup>. En fait, beaucoup d'autres pays essaient eux aussi d'intégrer davantage leurs services de santé.

### Soins intégrés en Europe

En Europe et dans d'autres pays développés, on estime qu'il est indispensable d'intégrer les soins si l'on veut améliorer l'accès aux services, leur qualité, et leur viabilité financière. Le réseau CARMEN, qui est géré par la Commission européenne, vise à promouvoir des façons d'intégrer les services médicaux et sociaux dans les pays de l'Union européenne. Le réseau a notamment élaboré un cadre d'action pour les soins intégrés destinés aux personnes âgées<sup>32</sup>.

---

<sup>30</sup> Marcus J. Hollander, président, Hollander Analytical Services Ltd., *Témoignages, 7 avril 2008*.

<sup>31</sup> *Ibid.*

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

Le gouvernement fédéral peut jouer un rôle de chef de file en donnant son appui à une réorientation du système vers les soins intégrés. Des témoins ont donné les exemples du Fonds de transition en matière de santé (1997–2001) et du Fonds d'adaptation des services de soins primaires (2000–2006) pour illustrer le rôle que le gouvernement fédéral pourrait jouer afin d'entraîner les autres paliers de gouvernement à opérer la mutation nécessaire.

Avec un budget de 150 millions de dollars, le Fonds de transition en matière de santé a permis de financer entre 1997 et 2001, dans tout le Canada, 140 projets visant à tester et à évaluer des façons novatrices de dispenser les soins de santé. Le Fonds d'adaptation des services de soins primaires, quant à lui, a été créé en 2000, lorsque les premiers ministres ont convenu « qu'il fallait améliorer les soins de santé primaires pour pouvoir réformer l'ensemble du système », tout en soulignant l'importance des équipes pluridisciplinaires. De 2000 à 2006, le gouvernement du Canada a transféré 800 millions de dollars aux provinces et aux territoires pour les aider à réformer leurs soins de santé primaires. Le Fonds servait à financer les coûts de mise en oeuvre de nouvelles approches pour la prestation des soins de santé primaires.

Plusieurs témoins nous ont dit que « le gouvernement du Canada a aujourd'hui l'occasion de continuer sur sa lancée et d'accélérer les réformes fondamentales dont le système de santé canadien a besoin pour survivre<sup>33</sup> », notamment dans le domaine de l'intégration des soins.

Un système de soins intégrés comprend notamment les soins médicaux, le logement, les soins de longue durée, les logements supervisés/l'aide à la vie autonome, les soins à domicile et les soins de relève, et tous ces secteurs relèvent de la compétence provinciale. S'il n'est pas possible d'avoir un modèle unique de services intégrés, des recherches ont toutefois permis de définir des pratiques exemplaires pour organiser des services de soins prolongés, pratiques qui

---

Je pense que le gouvernement fédéral pourrait assumer de façon beaucoup plus certaine, et sans problèmes constitutionnels, un rôle dans le développement des innovations à l'intérieur des services de santé.

Dr François Béland,  
professeur, Université de  
Montréal

---

---

<sup>33</sup> Dr François Béland, professeur, Université de Montréal, 7 avril 2008.

## CHAPITRE 2 : INTÉGRATION DES SOINS

s'appliquent aussi à l'administration et à la prestation des services. Le schéma mis au point par M. Marcus Hollander (tableau 1) a été recommandé par plusieurs témoins.

**Tableau 1**  
**Schéma des pratiques exemplaires pour l'organisation de services de soins prolongés/soins communautaires**

<p><b>Prérequis philosophiques et politiques</b> : 1. Être convaincu des avantages du système. 2. S'engager à offrir une gamme complète de services et un financement durable. 3. S'engager à mettre en place le modèle de soins psychosocial. 4. S'engager à offrir des soins axés sur les clients. 5. S'engager à prendre des décisions fondées sur des données probantes.</p>	<p><b>Pratiques exemplaires pour l'organisation de soins prolongés/soins communautaires :</b></p> <p>→ <b>Pratiques administratives exemplaires :</b> 1. Un énoncé de mission clair, inclus dans la politique. 2. Une structure administrative unique ou extrêmement coordonnée. 3. Une source de financement unique. 4. Des systèmes d'information intégrés. 5. Des systèmes d'incitatifs pour une gestion fondée sur des données probantes.</p> <p>→ <b>Pratiques cliniques exemplaires :</b> 6. Un système d'admissions unique ou coordonné. 7. Évaluation et autorisation des soins uniformisées et à l'échelle du système. 8. Un système de classification des clients unique et à l'échelle du système. 9. Gestion des cas permanente et à l'échelle du système. 10. Participation des clients et de leur famille.</p>	<p><b>Liens avec les groupes démographiques</b> : 1. Intégration administrative. 2. Liens avec l'extérieur. 3. Colocalisation du personnel.</p>
		<p><b>Liens avec les services de soins de santé primaires</b> : 1. Liens avec l'extérieur. 2. Colocalisation du personnel. 3. Révision de la rémunération des médecins. 4. Modèle mixte de soins prolongés/soins communautaires et de soins primaires. 5. Liens avec l'extérieur. 6. Objectif de coordination.</p>
		<p><b>Liens avec les services de soins de santé primaires</b> : 1. Liens avec l'extérieur. 2. Colocalisation du personnel. 3. Révision de la rémunération des médecins. 4. Modèle mixte de soins prolongés/soins communautaires et de soins primaires/soins de santé primaires.</p>
		<p><b>Liens avec d'autres services sociaux et humains</b> : 1. Achat de services pour des soins spécialisés. 2. Liens avec l'extérieur. 3. Comités intersectoriels à haut niveau.</p>

Source : M. Hollander et M. Prince, « Organizing healthcare delivery systems », *Healthcare Quarterly*, vol. 11, n° 1 : 44-54, dans Margaret MacAdam, *Frameworks of Integrated Care for the Elderly: Systematic Review*, Canadian Policy Research Networks, avril 2008.

Le Comité se fait l'écho du D<sup>r</sup> François Béland, de l'Université de Montréal, pour dire qu'il est temps, si on veut parler véritablement d'intégration, qu'on la planifie « à partir des besoins des personnes âgées fragiles et non pas des besoins des ministères, des organismes régionaux, des hôpitaux, des CLSC ou des services à domicile<sup>34</sup> ». L'intégration des systèmes médicaux et sociaux est complexe, notamment parce que les services de santé dont ont besoin les aînés font toujours partie des services universels, en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, alors que d'autres services sont couverts par d'autres régimes qui prévoient, dans certains cas, des quotes-parts et des critères d'admissibilité. Plusieurs témoins ont parlé de ces

<sup>34</sup> D<sup>r</sup> François Béland, professeur, Université de Montréal, 7 avril 2008.

problèmes administratifs. Donald Juzwishin, président-directeur général du Conseil canadien de la santé, a expliqué que :

Il existe toutes sortes de stimulants financiers qui empêchent en réalité les gens de bien faire ou d'encourager les autres à cesser de poser de nombreux actes qui ne sont pas toujours très efficaces, à en juger par les données probantes... Pour réaliser le genre de contexte communautaire intégré dont nous rêvons, il est nécessaire selon moi d'examiner de près les éléments dissuasifs que comporte le système. Si vous mettez en place des incitatifs, le reste suivra. Les gens vont, en règle générale, là où il y a de l'argent, et vous aurez ainsi un bon incitatif pour mettre tout cela en oeuvre.

*Témoignages, 7 avril 2008*

Il est important de savoir quels sont ces éléments dissuasifs qui empêchent le système de donner aux Canadiens souffrant d'affections chroniques les services médicaux et sociaux dont ils ont besoin.

Le gouvernement fédéral est bien placé pour jouer un rôle de chef de file et de coordonnateur afin d'encourager véritablement la mise en place d'un système de soins de santé intégré et coordonné dans tout le pays. Selon la BC Medical Association, les expériences menées à l'étranger montrent qu'une initiative, même si elle est solidement documentée, peut difficilement être mise en oeuvre si l'on n'a pas calculé adéquatement le coût de lancement des programmes de soins à domicile et de soins communautaires<sup>35</sup>. Le gouvernement fédéral pourrait aider les provinces à assumer ces coûts de démarrage.

---

Si le gouvernement doit financer ce genre de programme dans un avenir proche, l'un des objectifs des services de soins à domicile, de soins communautaires et de soins prolongés devrait être le suivant : le patient devrait avoir le droit de mener une vie autonome du moment que le coût total est inférieur à ce que paierait le gouvernement si le patient était placé dans un établissement de soins prolongés.

Sharon Sholzberg-Gray,  
Association canadienne des soins  
de santé

---

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

Le Comité recommande :

7. Que le gouvernement fédéral lance une initiative visant à aider financièrement les provinces à mettre en place des modèles de soins intégrés à l'intention des personnes âgées et qu'il en fasse le modèle de soins de qualité pour tous les âges.

Les objectifs du programme doivent viser :

- l'intégration d'une vaste gamme de services, notamment les soins de santé, la gestion des cas, les soins à domicile et les services communautaires, et les soins spéciaux;
- un meilleur accès à des soins complets;
- une plus grande instance sur la promotion de la santé, la prévention des maladies, et la gestion des maladies chroniques;
- l'élargissement des équipes pluridisciplinaires afin que les soins les plus appropriés soient dispensés par le soignant le mieux en mesure de le faire;
- la promotion du principe du guichet unique pour les personnes âgées et leurs familles;
- et la transférabilité accrue des services entre les provinces, notamment par la conclusion d'ententes réciproques éliminant les périodes d'attente.

## 2.2 Dispositifs de soins et de services à offrir aux aînés qui veulent choisir leur lieu de résidence

Permettre aux gens de vieillir là où ils le désirent exige la mise en place de dispositifs de services de soins et de structures capables de répondre rapidement à l'évolution de leurs besoins. Comme on l'a déjà dit, l'intégration de ces services est essentielle, mais il faut aussi renforcer chacun d'entre eux : programmes de logement, de logement supervisé, de soins spécialisés, de soins à domicile et de soins palliatifs.

---

Le marché des appartements en copropriété sera toujours là pour répondre aux besoins des plus fortunés. Nous devons donc nous préoccuper des autres Canadiens, ceux qui ne sont pas en mesure d'en acheter un.

---

Ian Scott, Seniors College of Prince Edward Island

---

### 2.2.1 Logement

La grande majorité des aînés vivent dans des logements privés. Bon nombre d'entre eux n'ont pas besoin de structures auxiliaires, mais d'autres ont besoin d'aide. Pour notre société, cela va se traduire par une augmentation des demandes d'adaptation des logements, afin de permettre aux aînés de vieillir chez eux. Cela va également se traduire par une augmentation des besoins en matière d'entretien des maisons et de services auxiliaires, comme les soins à domicile et les soins personnels dont se chargent parfois des membres de la famille, des amis et des voisins<sup>36</sup>.

Il arrive que des aînés doivent faire la pénible constatation que leur logement ne répond plus à leurs besoins. Le Comité propose un certain nombre de recommandations visant à leur permettre d'habiter dans un logement adapté à leurs besoins.

#### 2.2.1.1 Adaptation des logements

Dans un monde idéal, les logements seraient conçus de telle façon qu'ils pourraient s'adapter aux besoins des gens à chaque étape de leur vie. On devrait dès maintenant utiliser de nouveaux concepts

---

<sup>36</sup> Luis Rodriguez, chercheur principal, Société canadienne d'hypothèques et de logement, *Témoignages*, 10 décembre 2007.

d'architecture pour l'aménagement des nouveaux logements et quartiers, mais il n'en reste pas moins que la majorité des logements actuels ont besoin d'être adaptés aux besoins de leurs occupants au fur et à mesure que ces derniers vieillissent.

Le coût des réparations et de l'entretien du logement peut être prohibitif pour des aînés à faible revenu. Luis Rodriguez, de la Société canadienne d'hypothèques et de logement, a déclaré devant notre Comité que :

Ce problème prend particulièrement de l'ampleur à l'extérieur des centres urbains où les ménages âgés sont majoritairement propriétaires -- 82 p. 100 par rapport à 68 p. 100 dans les centres urbains --, et où l'ensemble du parc de logements est beaucoup plus vieux, avec 34 p. 100 des habitations construites avant 1961, que celui des centres urbains, dont 29 p. 100 des habitations ont été construites avant 1961. Vieillir chez soi avec un revenu insuffisant, que ce soit en région rurale ou en région urbaine, peut entraîner une détérioration des habitations et des quartiers du fait que les réparations et l'entretien sont négligés.

*Témoignages, 10 décembre 2007*

La Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) offre une aide financière aux aînés à faible revenu qui ont besoin d'adapter leur logement. Il s'agit du Programme d'aide à la remise en état des logements et du Programme Logements adaptés : aînés autonomes.

### **Financement des adaptations apportées aux habitations**

Le Programme d'aide à la remise en état des logements, de la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL), aide les aînés à faible revenu à apporter des modifications à leur logement afin que celui-ci réponde aux normes en vigueur en matière de santé et de sécurité. Le Programme accorde également une aide financière aux personnes qui souffrent de handicaps, et encourage la création de logements abordables pour les aînés et les personnes handicapées à faible revenu par l'aménagement de logements accessoires<sup>37</sup>. Le

---

<sup>37</sup> Douglas Stewart, vice-président, Planification des politiques, Société canadienne d'hypothèques et de logement, *Témoignages*, 4 décembre 2006.

Programme Logements adaptés : aînés autonomes (LAAA) de la SCHL offre une aide financière aux propriétaires-occupants et aux propriétaires-bailleurs qui veulent apporter des modifications aux logements afin de permettre aux aînés à faible revenu de continuer à y vivre de façon autonome.

La SCHL affirme recourir à toutes sortes de moyens pour informer les Canadiens de l'existence de ces programmes, mais Sharon Sholzberg-Gray, de l'Association canadienne des soins de santé, s'est fait l'écho d'un grand nombre de personnes qui ont comparu devant notre Comité en disant que « ces programmes sont importants, mais la plupart des aînés en ignorent l'existence. S'ils étaient au courant de ces programmes, y aurait-il suffisamment de ressources pour qu'ils puissent tous y accéder<sup>38</sup>? »

Bon nombre de témoins ont souligné l'importance du contact direct avec les aînés isolés pour leur communiquer les informations. Étant donné que le logement est un facteur important pour que les aînés puissent rester en bonne santé et vivre là où ils le désirent, le Comité exhorte la Société canadienne d'hypothèques et de logement à mieux faire connaître le Programme d'aide à la remise en état des logements et le programme Logements adaptés : aînés autonomes. En outre, la SCHL et les organisations sans but lucratif et les groupes professionnels qui sont en contact direct avec les personnes âgées doivent collaborer pour voir à ce que l'information sur ces programmes atteigne toutes les personnes âgées, en particulier celles qui sont isolées socialement.

Le Comité exhorte la Société canadienne d'hypothèques et de logement à mieux faire connaître le Programme d'aide à la remise en état des logements et le programme Logements adaptés : aînés autonomes.

### 2.2.1.2 Logements à prix abordable

Trouver un logement à prix abordable est l'un des principaux problèmes qui se posent aux aînés. Dans certaines villes comme Vancouver, les aînés à faible revenu n'ont pas les moyens de louer un appartement ou consacrent au logement une proportion excessive de leur revenu. Le Comité a appris que, dans les régions rurales, les aînés

<sup>38</sup> Sharon Sholzberg-Gray, Association canadienne des soins de santé, *Témoignages*, 10 décembre 2007.

à faible revenu n'ont pas les moyens d'assurer l'entretien du logement dont ils sont propriétaires. Comme bon nombre de personnes âgées ont peu de possibilités d'augmenter leurs revenus, il faut que le gouvernement investisse dans le logement social afin d'offrir à ces gens-là un logement adéquat. Don Fiddler, du Ralliement national des Métis, a souligné l'urgence du problème :

En milieu urbain, il faudra s'intéresser de près aux logements subventionnés. Comme je l'ai dit, la plupart de nos citoyens vivent en milieu urbain et dans des zones semi urbaines et ne disposent comme revenus que de la pension de sécurité de la vieillesse et, dans certains cas, du modeste apport du Régime de pensions du Canada. Ils s'efforcent de survivre à l'aide du faible revenu que représentent ces pensions. Ces citoyens disposent d'un revenu moyen de 13 000 à 14 000 \$. Le coût du logement en milieu urbain est très élevé, et il faut compter en moyenne 1000 \$ par mois pour louer un logement plus ou moins acceptable; voilà qui représente une dépense de 12 000 \$ par an.

*Témoignages, 14 mai 2007*

Selon les organisations autochtones, le manque de logements adéquats et abordables est l'une des plus grandes difficultés qui se posent aux aînés inuits et métis et aux aînés des Premières nations. Dans certaines communautés inuites, il y a une liste d'attente de 10 à 15 ans pour un logement social<sup>39</sup>. Nous reviendrons plus en détail sur cette question au chapitre 10.

L'accès à un logement abordable est l'une des pierres angulaires du Guide mondial des villes-amies des aînés, de l'Organisation mondiale de la santé; c'est aussi un facteur clé si l'on veut permettre aux aînés canadiens de vivre là où ils le désirent. Le Comité est heureux de l'affectation de 400 millions de dollars sur deux ans à la construction de logements sociaux à l'intention des personnes âgées à faible revenu annoncée dans le budget de 2009. Il insiste sur l'importance de maintenir le financement dans ce domaine et d'adopter un plan d'action national et il recommande :

---

<sup>39</sup> Okalik Eegeesiak, Inuit Tapiriit Kanatami, *Témoignages, 14 mai 2007*.

- 8. Que le gouvernement fédéral collabore avec les ministres provinciaux et territoriaux responsables du logement pour augmenter le parc de logements abordables, notamment de logements supervisés, à la disposition des personnes âgées, en élaborant un plan d'action national à long terme sur le logement abordable.**

### 2.2.1.3 Codes du bâtiment

Un logement devrait pouvoir s'adapter aux besoins de ses occupants à chaque étape de leur vie. Et c'est au moment de la conception initiale et de la construction qu'il est préférable de le prévoir.

Selon la *Loi constitutionnelle* du Canada, la réglementation du bâtiment relève des gouvernements provinciaux et territoriaux. Le *Code national du bâtiment* constitue un modèle que les autorités compétentes sont libres d'adopter. La plupart des provinces et territoires adoptent ou adaptent ce modèle et en appliquent les exigences. Dans un rapport sur les personnes âgées en Ontario, la Commission ontarienne des droits de la personne indique que « les normes que prévoit la *Loi sur le code du bâtiment* au sujet de l'aménagement pour accès facile ne sont bien souvent ni respectées par les entrepreneurs ni vérifiées par les inspecteurs<sup>40</sup> ». Les consommateurs ne pensent pas toujours à s'assurer que le logement qu'ils achètent est conforme à ces normes, et le Comité a entendu parler de nombreux cas où des personnes âgées souffrant d'une mobilité réduite ont été contraintes de quitter leur maison parce que celle-ci ne pouvait pas être adaptée à leurs nouveaux besoins. Le témoignage de Judy Lynn Richards, professeur adjoint à l'Université de l'Île-du-Prince-Édouard, illustre bien ce problème :

---

<sup>40</sup> Commission ontarienne des droits de la personne, *Time for Action: Advancing Human Rights for Older Ontarians*, juin 2001, p. 27.

La région de Niagara connaît une grave pénurie de logements supervisés abordables, surtout dans les collectivités du sud de la région. Au dire de nombreux observateurs bien informés, c'est à cause de cette pénurie que la liste d'attente des établissements de soins à long terme est anormalement longue. Environ 1500 personnes figurent sur cette liste, et la région compte 32 établissements de soins à long terme.

Dominic Ventresca, Directeur, Services aux aînés, Services communautaires de la municipalité régionale de Niagara

---

J'ai fait pas mal de bénévolat auprès des aînés, au fil des années, et il n'y a rien de plus désolant que de voir quelqu'un qui vit au même endroit depuis longtemps et qui en est au point d'avoir besoin d'une marchette. Ils sont encore autonomes et peuvent se déplacer, cuisiner et faire le ménage, etc., mais ils finissent par abandonner leur maison parce qu'ils ne peuvent plus entrer dans la salle de bains, et ils n'ont pas les moyens de payer 5 000 \$ pour la rénover. S'ils laissent la marchette à la porte de la salle de bains, ils risquent de glisser et de tomber. À quoi peuvent-ils s'agripper au milieu de la salle de bains pour se rendre de l'autre côté? Ce sont des

considérations d'ordre tout à fait pratique. Il devrait y avoir des codes du bâtiment standards pour que personne n'ait à s'inquiéter, à un moment donné de sa vie, de devoir laisser la marchette à la porte pour entrer dans la salle de bains, ou de devoir un jour quitter la maison parce que la salle de bains est trop glissante.

*Témoignages, 11 juin 2007*

Étant donné que l'accès à un logement abordable continuera d'être un facteur important si l'on veut permettre aux aînés de rester dans leur maison, le Comité recommande :

- 9. Que les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables du logement fassent en sorte que les constructeurs appliquent les normes d'aménagement pour accès facile et que les inspecteurs les fassent respecter.**
-

### 2.2.2 Logements supervisés et logements-services (aide à la vie autonome)

Même si beaucoup de personnes âgées préfèrent rester dans leur logement, certaines ne peuvent plus, à un moment donné, vivre en autonomie. Cela ne veut pas dire pour autant qu'elles ont besoin de tous les services offerts dans les établissements de soins prolongés; elles peuvent simplement avoir besoin d'une aide pour le quotidien, qu'elles peuvent obtenir grâce à des services de soutien à domicile et de soins à domicile. Cette aide peut également être fournie si la personne vit dans un logement supervisé. Il existe toute une gamme de services, privés ou publics, conçus pour permettre le maintien à domicile des personnes âgées ou pour leur offrir une forme de logement supervisé.

Les établissements de logement supervisé fournissent une aide quotidienne qui comprend les repas, le ménage et des activités sociales et récréatives; ils offrent une plus grande souplesse, mais les soins qu'ils dispensent sont moins intensifs que dans un établissement de soins de longue durée. Le logement supervisé peut être offert dans des bâtiments de toutes sortes et de toutes tailles, qu'il s'agisse de petits bungalows ou de maisons de plain-pied, de maisons partagées par huit à dix personnes ou encore d'immeubles d'appartements, et quel que soit le mode d'occupation de ces logements (location, copropriété ou bail viager)<sup>41</sup>.

---

De nombreux aînés ne peuvent financièrement se permettre de résider dans des complexes privés haut de gamme réservés aux adultes ou dans des maisons de retraite. Les projets domiciliaires pour personnes âgées ne devraient pas viser uniquement la clientèle fortunée parmi cette population.

Conseil consultatif national sur le troisième âge

---

---

Des habitants de notre village ont dû aller jusqu'à Medicine Hat, qui est à 1 h 30 d'ici; autrement dit, non seulement ils ont dû quitter leur maison, mais en plus, ils ont dû s'adapter à la vie dans un établissement de soins de longue durée, sans avoir de famille à proximité.

Réponse anonyme au questionnaire du Comité

---

---

<sup>41</sup> Luis Rodriguez, chercheur principal, Société canadienne d'hypothèques et de logement, *Témoignages*, 10 décembre 2007.

Comme pour les autres types de logements, les Canadiens fortunés ont, en matière de logement supervisé, beaucoup plus de choix que les aînés à faible revenu. Il existe en effet sur le marché privé toute une gamme de logements luxueux pour les personnes âgées, mais il faut, par contre, stimuler l'offre de logements supervisés pour les aînés à faible revenu. Le Comité a appris que « le manque de logements supervisés et abordables contribue à un grand nombre des inefficacités du système de soins de santé et à la dépense inutile de centaines de milliers de dollars<sup>42</sup> ».

Il faut adopter des normes en matière de logements supervisés, et cela est d'autant plus important qu'il y a actuellement une grave pénurie de logements supervisés abordables. Les services de logement supervisé et d'aide à la vie autonome ne sont pas très réglementés au Canada parce qu'on part du principe que les consommateurs ont le choix entre plusieurs fournisseurs et que, par conséquent, cela a un effet positif sur la qualité des services. Mais en fait, les consommateurs ne peuvent exercer leur droit de choisir que si d'autres solutions s'offrent à eux<sup>43</sup>. Si l'on prend des mesures pour que les aînés à faible revenu aient le choix entre plusieurs types de logements supervisés abordables, comme le prévoit la recommandation ci-dessus, on a des chances que cela ait un effet positif sur la qualité des services fournis.

Le Comité invite instamment le gouvernement fédéral à entamer des discussions avec le forum des ministres provinciaux/territoriaux responsables du logement, afin de déterminer de quelle façon il pourrait coordonner la diffusion des pratiques exemplaires et des informations relatives au logement supervisé.

Un certain nombre de témoins ont fait des suggestions sur la façon dont le gouvernement fédéral peut faire connaître les pratiques exemplaires en matière de réglementation du logement supervisé, et sur le rôle qu'il pourrait jouer en offrant un guichet unique pour tous les Canadiens qui veulent se renseigner sur les diverses options disponibles dans tout le

pays. Conscient que la bonne santé du secteur du logement supervisé est indispensable au bon fonctionnement de l'ensemble des services fournis aux aînés, et qu'elle permet de désengorger le secteur des

---

<sup>42</sup> Dominic Ventresca, Services communautaires de la municipalité régionale de Niagara, *Témoignages*, 9 mai 2008.

<sup>43</sup> Margaret Isabel Hall, Université de la Colombie-Britannique, *Témoignages*, 10 décembre 2007.

soins de longue durée, le Comité invite instamment le gouvernement fédéral à entamer des discussions avec le forum des ministres provinciaux/territoriaux responsables du logement, afin de déterminer de quelle façon il pourrait coordonner la diffusion des pratiques exemplaires et des informations relatives au logement supervisé.

Les logements-services, qui sont des services d'aide à la vie autonome, se situent entre les services de logements supervisés (qui, généralement, ne fournissent pas une aide pour les activités quotidiennes), et les établissements de soins de longue durée, où les gens ont besoin de services plus intensifs. Les logements-services sont moins réglementés que les établissements de soins de longue durée. Le Comité a appris que ces services sont souvent considérés comme des logements de luxe, et que « certains exploitants de logements-services cherchent à courtiser des résidents âgés à la santé fragile... <sup>44</sup> ». Le Comité prend très au sérieux cet appel à la vigilance, car il ne faut pas que « les logements-services deviennent des établissements de soins de longue durée non réglementés, offrant des services à la carte<sup>45</sup> », et il invite instamment le gouvernement fédéral à surveiller la situation de près, en établissant un dialogue permanent avec ses homologues provinciaux.

### 2.2.3 Soins de longue durée

En 2005, il y avait au Canada 2 086 établissements de soins de longue durée pour les personnes âgées, dont 1 121 (54 p. 100) appartenaient à des intérêts privés, 447 (21 p. 100) à des organisations à but non lucratif, et 420 (20 p. 100) à des gouvernements<sup>46</sup>. Les établissements de soins de longue durée établis

Le Comité prend très au sérieux cet appel à la vigilance, car il ne faut pas que « les logements-services deviennent des établissements de soins de longue durée non réglementés, offrant des services à la carte», et il invite instamment le gouvernement fédéral à surveiller la situation de près, en établissant un dialogue permanent avec ses homologues provinciaux.

<sup>44</sup> Sharon Sholberg-Gray, présidente directrice générale, Association canadienne des soins de santé, *Témoignages*, 10 décembre 2007.

<sup>45</sup> *Ibid.*

<sup>46</sup> Il y a en outre 98 établissements additionnels appartenant à la catégorie « Autre ». Statistique Canada signale que tous les établissements québécois tombent dans cette catégorie, car il est impossible d'en définir davantage la propriété. Source : Statistique Canada, tableau 107-5501 - Établissements de

au Canada sont gérés par des municipalités, des gouvernements provinciaux ou territoriaux, des organismes caritatifs ou des entreprises privées.

---

Si nous voulons améliorer les soins, nous devons envisager de nouvelles approches pour les soins à domicile, les services communautaires et les établissements de soins à long terme, en ayant pour objectif de préserver les fonctions des malades et la qualité de vie des gens atteints de démence, sans oublier la qualité des soins en fin de vie.

---

Scott Dudgeon, Société Alzheimer du Canada

---

Le Comité a constaté que la situation dans ce secteur variait beaucoup d'une région à l'autre, et que toutes sortes de frais étaient exigés pour des services et des fournitures, selon la province. Il existe d'ailleurs toutes sortes d'expressions pour désigner ce secteur. Les établissements de soins de longue durée ont, au Canada, toutes sortes d'appellations : centres de soins spéciaux, maisons de repos/maisons de soins infirmiers, centres de soins continus/permanents/de longue durée, foyers de soins personnels et foyers pour personnes âgées.

### 2.2.3.1 Transférabilité des services de soins de longue durée

Les centres de soins de longue durée sont réglementés aux niveaux provincial et territorial, mais le gouvernement fédéral intervient directement dans la prestation des services d'aide à la vie autonome et des services de soins de longue durée pour certains groupes : les peuples autochtones, dans le cadre du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits; les détenus fédéraux, dans le cadre du programme de soins de longue durée du Service correctionnel du Canada; ainsi que les anciens combattants et les ex-membres de la GRC, s'ils répondent aux critères de leur régime d'avantages sociaux<sup>47</sup>. Le rôle direct que joue le gouvernement fédéral dans le domaine des soins de longue durée est examiné en détail au chapitre 10.

---

soins pour bénéficiaires internes, selon la propriété, la caractéristique principale du groupe prédominant de bénéficiaires et la grandeur de l'établissement, Canada, provinces et territoires, annuel (nombre), CANSIM (base de données), ESTAT (distributeur), <http://estat2.statcan.gc.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?LANG=F&ESTATFILE=ESTAT\FRANCAIS\CI 1 F.HTM&ROOTDIR=ESTAT/>, document consulté le 15 décembre 2008.

<sup>47</sup> Santé Canada, Soins à domicile et soins continus, document en ligne à <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/home-domicile/index-fra.php>.

La *Loi canadienne sur la santé* distingue deux catégories de services : les services de santé assurés, et les services complémentaires de santé (qui comprennent les soins de longue durée). La Loi définit cinq critères que les provinces et territoires doivent respecter pour pouvoir recevoir du financement en matière de santé : la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité. Ces critères s'appliquent aux services de santé assurés mais pas aux services complémentaires de santé<sup>48</sup>. C'est la raison pour laquelle, selon M. Hollander qui a comparu devant le Comité, les établissements de soins de longue durée peuvent exiger des frais modérateurs; c'est aussi pourquoi la plupart des services de soins continus ne sont pas transférables d'une province à l'autre<sup>49</sup>. La distinction existant entre les services de santé assurés et les services complémentaires de santé n'est pas toujours claire pour les Canadiens. Ainsi, ils ne savent pas toujours, d'après certains témoins, que certains services dispensés dans les établissements de soins de longue durée ne sont pas financés par le système de santé public<sup>50</sup>. Ils sont donc surpris d'avoir à payer pour ces services ou d'avoir à attendre pour être admis dans un établissement de soins de longue durée dans une autre province.

La non-transférabilité des services de soins de longue durée est une source de problèmes pour les aînés et leur famille. Les provinces et les territoires ont des façons différentes de calculer les indemnités qu'ils versent aux aînés pour les soins de longue durée dispensés dans des établissements. S'ils vont s'installer dans une autre province, les aînés

Le Comité exhorte les provinces et les territoires à mettre en œuvre des ententes réciproques destinées à éliminer les périodes d'attente imposées aux résidents d'une autre province qui ont besoin de soins de longue durée.

<sup>48</sup> Les deux catégories de services régies par la *Loi canadienne sur la santé* sont les services de santé assurés et les services complémentaires de santé. Les services de santé assurés comprennent les services hospitaliers médicalement nécessaires, les services médicaux et les services de chirurgie dentaire. Les services complémentaires de santé comprennent certaines composantes des soins à long terme (les soins intermédiaires en maison de repos, les soins en établissement pour adultes), ainsi que les composantes médicales des soins à domicile et des soins ambulatoires.

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

<sup>50</sup> Sharon Sholzberg-Gray, présidente et directrice générale, Association canadienne des soins de santé, *Témoignages*, 10 décembre 2007.

risquent alors de devoir payer la totalité de la facture avant d'avoir droit au partage des coûts dans la province ou le territoire où ils se sont installés. D'après certains témoins, il arrive que des aînés paient la totalité des coûts de résidence dans des établissements de soins de longue durée pendant jusqu'à un an. Pour certains aînés et leur famille, cela constitue un obstacle insurmontable. Le Comité exhorte les provinces et les territoires à mettre en œuvre des ententes réciproques destinées à éliminer les périodes d'attente imposées aux résidents d'une autre province qui ont besoin de soins de longue durée.

### 2.2.3.2 Formation du personnel des services de soins de longue durée

D'après les témoignages que le Comité a entendus, les établissements de soins de longue durée sont appelés à accueillir des aînés de plus en plus âgés, ayant des besoins beaucoup plus complexes. Or, il y a eu des réductions de personnel dans plusieurs endroits, comme l'a expliqué Sandra Hirst, présidente de l'Association canadienne de gérontologie, devant le Comité :

Là où nous avions auparavant des infirmières autorisées, par exemple, nous faisons maintenant appel à des infirmières auxiliaires ou à des auxiliaires psychiatriques. Pour les tâches qui étaient confiées à des infirmières auxiliaires, nous utilisons maintenant des aides-soignants, pour des raisons financières.

*Témoignages, 11 décembre 2006*

Judith Wahl, directrice générale de l'Advocacy Centre for the Elderly, a dit au Comité « qu'on constate une augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies neurodégénératives

---

Il n'est pas absolument nécessaire de faire appel à un professionnel pour donner un bain à un aîné, lui préparer un repas, le nourrir et veiller à ce que sa maison soit propre et sécuritaire. Ce genre de services de soutien personnels permet aux personnes trop malades pour faire leurs courses, pour cuisiner ou pour prendre leur bain seules de conserver leur autonomie le plus longtemps possible. Ces services peuvent également générer des économies pour le système de soins de santé en évitant les admissions répétées à l'hôpital et le placement prématué en établissements de soins de longue durée.

Marcus J. Hollander, Hollander Analytical Services Ltd.

---

dans les établissements [de soins] de longue durée, qu'on sait qu'il faudrait mieux former le personnel mais que cela ne se fait pas<sup>51</sup> ». D'après les témoignages entendus par le Comité, l'inadéquation entre la complexité croissante des soins et les réductions de personnel rend un certain nombre d'aînés vulnérables. Sandra Hirst, présidente de l'Association canadienne de gérontologie, explique :

Il faut offrir des soins à ces aînés dont les besoins sont très variés. Les personnes qui sont admises dans ces établissements souffrent rarement d'un seul problème de santé. Leurs malaises sont multiples. [...] Ce sont principalement des employés n'ayant pas une formation suffisante qui sont au chevet des personnes qui sont peut-être les plus vulnérables parmi nos aînés. C'est une situation déplorable.

*Témoignages, 11 décembre 2006*

Très préoccupé par cette situation, le Comité exhorte le gouvernement fédéral à collaborer étroitement avec ses homologues provinciaux et territoriaux pour revoir et modifier les compétences exigées du personnel des établissements de soins de longue durée, afin de garantir la qualité des soins dispensés dans les établissements du pays.

Le Comité exhorte le gouvernement fédéral à collaborer étroitement avec ses homologues provinciaux et territoriaux afin de garantir la qualité des soins dispensés dans les établissements du pays.

### 2.2.3.3 Services de soins de longue durée adaptés aux différences culturelles

Plusieurs témoins ont souligné l'importance d'avoir des services de soins de longue durée adaptés aux différences culturelles. Ce fut le cas à Sainte-Anne, au Manitoba, où des témoins ont insisté sur l'importance de recevoir des soins dans sa langue maternelle. Ce fut aussi le cas dans les communautés des Premières nations, même si seulement une petite minorité de membres des Premières nations au Canada ont accès à des soins de longue durée dans leur communauté. Ce fut également le cas dans les communautés multiculturelles, même

---

<sup>51</sup> Judith A. Wahl, directrice générale, Advocacy Centre for the Elderly, *Témoignages*, 28 mai 2007.

lorsqu'il s'agit de personnes ayant passé une grande partie de leur vie au Canada.

Un grand nombre de personnes âgées au Canada sont nées à l'étranger. Au fur et à mesure qu'elles vieillissent, elles vont avoir besoin d'aide à la vie autonome ou de soins de longue durée en établissement. Il sera de plus en plus important d'offrir des services adaptés aux différences culturelles et aux besoins particuliers des aînés immigrants si l'on veut que les aînés appartenant à des minorités visibles se sentent à l'aise dans les établissements<sup>52</sup>. Voici ce que Gloria Gutman, professeure de gérontologie à l'Université Simon Fraser, a déclaré au Comité :

Nous constatons que, si elles sont originaires d'un autre pays et que l'anglais n'est pas leur première langue, les personnes atteintes de démence peuvent avoir perdu leur anglais mais être encore capables de communiquer dans leur langue d'origine. Si elles se trouvent dans un établissement de soins de santé qui a été créé par leur communauté culturelle et où l'on a maintenu leur culture, elles peuvent beaucoup mieux fonctionner.

*Témoignages, 19 mars 2007*

Le Comité exhorte le gouvernement fédéral à jouer un rôle proactif dans la diffusion d'informations et de pratiques exemplaires sur l'adaptation des établissements de soins de longue durée aux besoins d'une société multiculturelle.

Selon des témoignages recueillis par le Comité, certains établissements de soins ont des difficultés à s'adapter aux différents besoins des aînés immigrants. Dans un rapport de 2001, la Commission ontarienne des droits de la personne indiquait que, dans les établissements de soins de longue durée, les repas et

les activités sociales et récréatives ne répondent pas toujours aux besoins culturels et religieux de certains aînés. La Commission ontarienne recommandait que les fournisseurs de soins de santé et d'autres services fassent des efforts pour s'adapter aux besoins des différents groupes ethniques, culturels, raciaux, linguistiques et

---

<sup>52</sup> Jessica Luh, « Ethnicity, Older Adults, and Long-Term Care », *Innovations: Enhancing Ability in Dementia Care*, vol. 2, n° 4, (automne 2003), p. 1-2.

religieux<sup>53</sup>. Le Comité exhorte le gouvernement fédéral à jouer un rôle proactif dans la diffusion d'informations et de pratiques exemplaires sur l'adaptation des établissements de soins de longue durée aux besoins d'une société multiculturelle.

### 2.2.4 Services de soins et de soutien à domicile

Selon la Légion royale canadienne, le plus gros défi qui se pose aux Canadiens de plus de 75 ans est de réussir à faire la transition entre habiter chez soi et aller vivre dans un établissement de soins<sup>54</sup>. Les services de soins à domicile et de soutien à domicile peuvent les aider à assurer cette transition.

Les programmes de soins à domicile couvrent toute une gamme de services, y compris les services professionnels comme les soins infirmiers, l'ergothérapie, et le travail social; les services de soins personnels quotidiens, comme la toilette, le bain, les soins de beauté et les déplacements; et les services ménagers comme le nettoyage, la lessive et la préparation des repas<sup>55</sup>. C'est souvent grâce à une combinaison de ces services que les personnes âgées réussissent à retarder ou à éviter leur admission dans un établissement.

Ce sont souvent les membres de la famille et les amis qui, de façon naturelle, dispensent aux aînés la majeure partie des soins et du soutien dont ils ont besoin chez eux. L'Association canadienne de soins et services à domicile estime que l'aïdant naturel, qu'il soit parent ou ami, est la cheville ouvrière du système de soins à domicile au Canada. L'Institut canadien d'information sur la santé, pour sa part, n'hésite pas à dire que « c'est grâce au soutien naturel des membres de la famille, des amis et des voisins que beaucoup

---

Depuis un siècle, les progrès réalisés dans les domaines de la médecine et de la technologie ont rendu la vie plus facile mais la mort plus difficile, et vieillir nous rapproche de la mort. Il faut modifier le système pour offrir des soins de fin de vie de qualité aux malades.

---

Dr Lawrence Librach,  
Association canadienne des  
soins palliatifs

---

<sup>53</sup> Commission ontarienne des droits de la personne, *Time for Action: Advancing Human Rights for Older Ontarians*, juin 2001, p. 31.

<sup>54</sup> Légion royale canadienne, *Review and Determination of Housing Issues for Veterans and Seniors*, p. vi.

<sup>55</sup> Légion royale canadienne, *Review and Determination of Housing Issues for Veterans and Seniors*.

d'aînés peuvent continuer de vivre dans la collectivité, au lieu d'être obligés d'aller dans un établissement de soins ou dans un hôpital<sup>56</sup> ». On trouvera au chapitre 6 un énoncé des enjeux et des options concernant les soins à domicile fournis par des aidants naturels.

Il arrive parfois que le soutien apporté par les parents et amis ne soit pas suffisant, et il faut alors faire appel à des services de soutien officiels pour que les personnes souffrant d'affections aiguës ou chroniques puissent rester chez elles. Il y a aussi des moments où les parents et amis ne sont pas disponibles. La capacité des services publics de soins à domicile de répondre aux besoins des aînés varie considérablement d'une province à l'autre, pour ce qui est des services offerts et de la façon dont ils sont financés<sup>57</sup>. Trop souvent, ces services ne sont pas suffisants, si bien que les aînés ne peuvent pas continuer de vivre chez eux. C'est ce qu'explique Sue VanderBent, de l'Association canadienne des soins et services à domicile, dans son mémoire au Comité :

De plus en plus d'aînés qui vivent dans un logement « risquent » de perdre leur autonomie parce que, pour continuer d'y vivre, ils auraient besoin de plus de services que ne leur en offre le système de soins de santé. Lorsque la famille décide de commencer à chercher une maison de retraite ou un établissement de soins à long terme, l'aîné comprend qu'il va bientôt perdre son autonomie. La décision est souvent prise pour des personnes âgées qui sont juste à la limite, c'est-à-dire qui ont besoin d'un petit peu plus de soutien que n'en offre le système mais qui n'ont pas vraiment besoin de tous les services offerts dans un établissement. C'est à cette étape-là que des services améliorés et mieux ciblés pourraient faire une grande différence au niveau de la qualité de vie des personnes âgées et de leur famille.

Au Canada, l'accès à des services à domicile et communautaires est limité. Dans leur mémoire, les Infirmières de l'Ordre de Victoria constatent que :

---

<sup>56</sup> ICIS, Analyses en bref, « Le Yukon, pionnier de l'information sur les services à domicile », octobre 2007.

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

L'accès est difficile pour toutes sortes de raisons, notamment la géographie, la langue et la culture, mais le principal obstacle à l'utilisation des services d'aide à domicile et communautaires est le coût. Seulement 50 p. 100 des bénéficiaires au Canada reçoivent des soins financés par le système public<sup>58</sup>.

Malgré l'augmentation du nombre de personnes âgées, le Comité a appris que certaines provinces avaient enregistré une diminution des services de soutien à domicile et communautaires au cours des 10 dernières années. Dans son mémoire au Comité, Chris Boldt, de la B.C. Retired Teachers' Association, fait remarquer que la diminution des services d'aide et de soutien à domicile au cours des 10 à 15 dernières années a augmenté le fardeau des aidants naturels, et qu'il est de plus en plus difficile pour les aînés de rester dans leur logement.

Les Canadiens veulent avoir accès à des services d'aide et de soutien à domicile lorsque leur état de santé ne leur permet plus que difficilement d'exécuter certaines tâches quotidiennes. C'est ce qu'indique clairement un projet pilote mené par Anciens Combattants Canada en 1999, et résumé dans l'encart ci-dessous :

### **Projet pilote des soins à domicile pour les anciens combattants ayant servi outre-mer**

Confronté à une pénurie de lits dans ses établissements, le ministère des Anciens Combattants a décidé d'offrir aux anciens combattants en attente d'une place dans un établissement de soins de longue durée toute une gamme de services de soutien à domicile, dans le cadre de son Programme pour l'autonomie des anciens combattants. Lors de l'évaluation du projet pilote, en 2002, 90 p. 100 des anciens combattants interrogés ont dit préférer rester chez eux et bénéficier des services de soutien du Ministère plutôt que d'être placés dans un établissement de soins de longue durée<sup>59</sup>. Même s'ils avaient déjà leur nom sur une liste d'attente, la grande majorité des participants ont préféré rester chez eux.

---

<sup>58</sup> IOV Canada, *Submission to the Special Committee on Aging*, 17 décembre 2007. p. 4.

<sup>59</sup> David Pedlar et John Walker, « Brief Report: the Overseas Service Veteran at Home Pilot: How Choice of Care May Affect Use of Nursing Home Beds and Waiting Lists », *Revue canadienne du vieillissement*, 23 (4): 368.

Dans son deuxième rapport provisoire, le Comité a proposé la création d'un Programme national de soins à domicile. Les réactions à cette proposition ont été partagées. Certains témoins étaient très favorables au développement des services d'aide et de soutien à domicile, mais ils avaient de graves réserves quant à la création d'un programme national. Des témoins ont fait remarquer que l'Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, signé en 2003, reconnaissait que les soins à domicile de courte durée faisaient partie du système de soins actifs, mais que cet accord a eu une conséquence imprévue, celle de réduire les services de soins de longue durée. Bon nombre d'aînés qui ont besoin de soins à domicile souffrent d'affections chroniques qui nécessitent des soins à domicile de plus longue durée. Des témoins ont souligné la nécessité de veiller à ce que les services de soutien offerts aux aînés soient organisés de façon intégrée plutôt que ponctuelle. Pour résumer les conclusions du document intitulé *National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care*, auquel il a participé, Marcus Hollander, de Hollander Analytical Services, a déclaré au Comité que :

Si l'on veut effectuer rapidement les types de substitution nécessaires pour réaliser des gains d'efficience, alors il faut inclure les soins à domicile dans un système intégré et élargi de soins à domicile et de soins en établissement, souvent appelés soins continus. L'exercice du contrôle administratif et fiscal sur un tel système intégré et élargi de soins permet aux dirigeants et aux décideurs de prendre les mesures requises pour assurer la transition efficace et rentable des soins actifs en établissement vers des services de soins à domicile. Si l'on se contente d'augmenter les dépenses consenties aux soins de santé à proprement parler, on risque d'avoir un effet limité, sauf à prendre également des mesures pour remplacer les services de soins en établissement et (ou) de soins actifs par des services de soins à domicile.

*Témoignages, 10 décembre  
2007*

Le Comité souligne le rôle important que le gouvernement fédéral peut jouer, en collaboration avec les provinces et les territoires, pour répondre aux besoins de ceux qui nécessitent des soins à domicile et de ceux qui fournissent ces soins.

Les services d'aide et de soutien à domicile sont un élément essentiel des soins intégrés qu'il faut offrir aux Canadiens. Le Comité souligne le rôle important que le gouvernement fédéral peut jouer, en

collaboration avec les provinces et les territoires, pour répondre aux besoins de ceux qui nécessitent des soins à domicile et de ceux qui fournissent ces soins.

Le Comité recommande :

**10. Que, les soins à domicile constituant un élément clé d'une initiative nationale pour des soins intégrés, un programme pour l'autonomie des personnes âgées modelé sur le Programme pour l'autonomie des anciens combattants soit intégré au volet de l'initiative portant sur les soins à domicile et le soutien à domicile.**

---

Le Comité est également conscient du fait que la qualité de vie des aînés dépend beaucoup des employés des services d'aide et de soutien à domicile. Pour beaucoup d'aînés isolés, ces employés peuvent jouer un rôle déterminant en leur donnant des conseils sur la façon de rester en bonne santé et sur leur admissibilité à des programmes. C'est cependant un rôle qui ne semble pas faire systématiquement partie des fonctions de ces employés, et c'est sans doute à cause du peu d'importance qu'on accorde à ces métiers pourtant essentiels<sup>60</sup>.

#### **Les employés des services d'aide à domicile et la promotion de la santé**

Vicky Scott, de l'Université de Victoria, a appris aux employés de soutien à domicile comment évaluer les risques de chute des aînés quand ils leur rendent visite. Grâce à cette formation, le nombre de chutes a diminué de 50 p. 100 en l'espace de 18 mois dans les logements visités par les employés formés, par rapport aux logements visités par des employés non formés.

Le Comité a appris que la majorité des services de soins à domicile dispensés au Canada le sont par des employés non professionnels ou paraprofessionnels. Ces employés sont souvent parmi les moins bien rémunérés du secteur de la santé; ils ont un minimum d'avantages sociaux, doivent souvent payer leur propre formation, et, dans certaines provinces, ils doivent même payer leurs

---

<sup>60</sup> Anne Martin-Matthews, directrice scientifique, Institut du vieillissement, Instituts de recherche en santé du Canada, *Témoignages*, 7 avril 2008.

frais de déplacement. Certains témoins ont laissé entendre que l'absence d'une stratégie nationale en matière de ressources humaines et de normes de formation nationales pour ce secteur a un impact important sur la qualité des soins dans les différentes provinces<sup>61</sup>. Nous reviendrons sur cette question au chapitre 8.

### 2.2.5 Soins palliatifs

Il est important de permettre aux gens de vieillir là où ils le désirent et, pour cela, de leur fournir les services dont ils auront besoin jusqu'à la fin de leur vie. Les services de soins palliatifs en sont un élément important, et ils doivent être offerts là et au moment où les gens en ont besoin. D'après les témoignages que le Comité a entendus, il est possible de fournir des soins palliatifs efficaces à domicile, dans les maisons de repos et dans les établissements de soins. Le Comité a été surpris d'apprendre que, même si la plupart des Canadiens atteints d'une maladie mortelle préfèrent mourir chez eux, 75 p. 100 meurent à l'hôpital ou dans un établissement de soins de longue durée<sup>62</sup>. De plus, le Dr Lawrence Librach, vice-président de l'Association canadienne des soins palliatifs, a déclaré au Comité que :

Les personnes âgées admises dans un établissement de soins de longue durée ne vont pas, en général, recevoir des soins de fin de vie de qualité. Les malades entrent dans ces établissements pour y mourir; ce sont d'énormes mouroirs.

*Témoignages, 18 juin 2007*

Il y a bien des choses qu'on peut faire pour permettre aux Canadiens de mourir là où ils le désirent. Le Comité a appris qu'avec certains programmes de soins palliatifs qui existent déjà au Canada, 70 p. 100 des malades peuvent mourir chez eux.

Si l'on veut permettre aux aînés de mourir là où ils le désirent, il va falloir qu'une collaboration étroite s'instaure entre les professionnels des soins palliatifs, les aînés, leur famille et les personnels des autres services médicaux et sociaux. Au dire de

---

<sup>61</sup> Jane Barratt, Fédération internationale du vieillissement, *Témoignages*, 11 décembre 2006.

<sup>62</sup> Dr Lawrence Librach, vice-président, Association canadienne des soins palliatifs, *Témoignages*, 18 juin 2007.

l'économiste Marc Lee, les traitements de fin de vie les plus coûteux ne sont pas toujours ce que désirent les aînés en phase terminale, et ce genre d'interventions n'améliore pas toujours la qualité de vie. Il constate également que, « en revanche, certaines options de soins palliatifs aident les gens à mourir dignement chez eux ou dans un milieu similaire, plutôt qu'à l'hôpital<sup>63</sup> ».

De la même façon qu'un examen gériatrique adéquat peut contribuer à déterminer le dispositif de soins le mieux adapté pour offrir la meilleure qualité de vie à domicile ou dans un établissement, une évaluation adéquate peut contribuer à définir les soins palliatifs les plus appropriés à la fin de vie du malade. Nadine Henningsen, directrice générale de l'Association canadienne de soins et services à domicile, a parlé des besoins de formation du personnel en ces termes :

Nous voyons qu'il est certes possible, et cela se fait déjà d'ailleurs, d'offrir une formation à l'intention des intervenants de différentes disciplines, c'est-à-dire que la formation est donnée en même temps aux aides de maintien à domicile, aux médecins en soins palliatifs, aux aidants naturels et aux infirmières, pas nécessairement pour leur enseigner concrètement comment prodiguer les soins, mais pour leur montrer comment travailler ensemble et éviter les recouplements dans les services et pour leur permettre d'échanger, afin que les différents travailleurs de la santé puissent commencer à établir des partenariats.

*Témoignages, 18 juin 2007*

Le Comité appuie la recommandation de Sharon Baxter, de l'Association canadienne des soins palliatifs, à savoir que « le gouvernement fédéral doit jouer un rôle de chef de file en orientant et en supervisant les activités dans ce domaine, afin que des soins de fin de vie de qualité puissent être intégrés au système de soins de santé, qu'ils soient coordonnés avec les autres systèmes de santé, qu'ils soient de nature globale et qu'ils représentent une utilisation à bon escient des deniers publics », et il recommande :

---

<sup>63</sup> Marc Lee, *Is BC's health Care system sustainable? A Closer look at the Costs of Aging and technology*, Centre canadien de politiques alternatives, novembre 2006, p. 21.

**11. Que le gouvernement fédéral finance un partenariat national avec les provinces, les territoires et les organisations communautaires qui dirigera et orientera l'établissement des normes et des pratiques exemplaires, les mesures de sensibilisation et les mesures de soutien du renforcement des capacités nécessaires pour que les Canadiens aient accès à des soins de fin de vie intégrés de qualité.**

Le Comité est conscient que le travail accompli dans le cadre de la Stratégie canadienne sur les soins palliatifs et les soins de fin de vie a permis de faire avancer le dossier des soins palliatifs, mais le gouvernement fédéral doit continuer de jouer son rôle de chef de file et d'offrir le soutien nécessaire, car il est bien placé pour le faire. Afin d'encourager la poursuite des initiatives qui permettront d'améliorer la fin de vie des Canadiens, le Comité exhorte le gouvernement fédéral à se charger de l'orientation et de la coordination des mesures relatives aux soins palliatifs et aux soins de fin de vie.

Le Comité exhorte le gouvernement fédéral à se charger de l'orientation et de la coordination des mesures relatives aux soins palliatifs et aux soins de fin de vie.

Dans le plan décennal de 2004 pour consolider les soins de santé, les premiers ministres fédéral, provinciaux et territoriaux se sont entendus pour assurer la couverture intégrale de certains services de soins à domicile, y compris « la gestion de cas, les soins infirmiers, les produits pharmaceutiques

liés aux soins palliatifs et les soins personnels de la fin de la vie<sup>64</sup> ». Afin d'aider les gouvernements provinciaux et territoriaux à respecter leur engagement, l'Association canadienne des soins palliatifs, en partenariat avec l'Association canadienne de soins et services à domicile, a défini des « normes de référence pancanadiennes » pour chacune des quatre catégories de services de soins à domicile qui seront financés par le gouvernement : la gestion de cas, les soins infirmiers, les produits pharmaceutiques liés aux soins palliatifs et les soins personnels de la fin de la vie<sup>65</sup>. Le gouvernement fédéral, qui

---

<sup>64</sup> Association canadienne de soins palliatifs, Normes de référence pancanadiennes en matière de soins palliatifs à domicile : vers l'accès équitable à des soins palliatifs et de fin de vie à domicile de qualité.

<sup>65</sup> Association canadienne de soins palliatifs, Normes de référence pancanadiennes en matière de soins palliatifs à domicile : vers l'accès équitable à des soins palliatifs et de fin de vie à domicile de qualité.

vient au cinquième rang des fournisseurs de soins de santé aux Canadiens, a la responsabilité de respecter ces « normes de référence » pour les secteurs de la population qui relèvent directement de sa compétence dans ce domaine. En conséquence, le Comité recommande :

**12. Que le gouvernement fédéral applique les normes de référence pancanadiennes qui ont été établies par l'Association canadienne des soins palliatifs et l'Association canadienne de soins et services à domicile pour ce qui est des soins palliatifs à domicile qu'il offre aux anciens combattants, aux membres des Premières nations, aux Inuits et aux détenus des pénitenciers fédéraux.**

---

Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) financent des travaux de recherche sur les soins palliatifs depuis 2004, mais ce financement doit se terminer en 2009. Or, d'après les témoignages que le Comité a entendus, il est nécessaire de poursuivre les recherches sur le contrôle efficace de la douleur et des symptômes, sur les aspects psychosociaux des soins palliatifs, et sur la façon de dispenser efficacement les services de soins palliatifs au sein du système de soins de santé, car, même si le Canada a renforcé ses capacités dans ce domaine, il y a encore beaucoup à faire. Pour assurer la poursuite des recherches entreprises et trouver à la recherche sur les soins palliatifs en hospice des applications pratiques utiles pour le grand public et pour les professionnels de la santé, le Comité recommande :

**13. Que le financement accordé aux Instituts de recherche en santé du Canada pour des études sur les soins palliatifs soit reconduit au-delà de 2009.**

---



## Chapitre 3 : Accès comparable aux services d'un bout à l'autre du pays

### 3.1 Les aînés et les coûts des soins de santé

Les pressions de la population [ne] compromettent [pas] le système de santé, et cela a été démontré; ce n'est pas le principal élément qui explique la hausse des coûts.

Byron Spencer, professeur d'économie, Université McMaster,  
*Témoignages*, 5 mai 2008

Commençons par dissiper un mythe par trop répandu. Notre population vieillissante ne sera pas responsable de l'effondrement des soins de santé tels que nous les connaissons.

Même si les coûts des soins de santé ont augmenté considérablement ces dernières années, ces hausses sont principalement attribuables à l'expansion des services de santé, à la croissance de la population et au taux d'inflation des soins de santé<sup>66</sup>. En comparaison, l'impact du vieillissement de la population sur les coûts des soins de santé est relativement modeste. Marc Lee, du Centre canadien de politiques alternatives, a dit au Comité que :

[N]ous pouvons offrir le même niveau de services dans le futur à une population vieillissante que nous offrons aujourd'hui. Je crois qu'il s'agit d'un très haut niveau. Comme nous en voulons toujours plus, de meilleurs services de santé viennent avec un prix; nous devrons donc payer et déduire une partie de notre revenu. Toutefois, nous devons nous assurer de ne pas confondre l'expansion du système de santé avec le strict minimum nécessaire pour le maintenir.

Marc Lee, *Témoignages*, 5 mai 2008

Ailleurs dans le monde, il n'existe pas de lien entre la proportion de personnes âgées dans un pays et les dépenses au titre de la santé,

---

<sup>66</sup> Marc Lee, économiste principal, Centre canadien de politiques alternatives, *Témoignages*, 5 mai 2008.

## CHAPITRE 3 : ACCÈS COMPARABLE AUX SERVICES D'UN BOUT À L'AUTRE DU PAYS

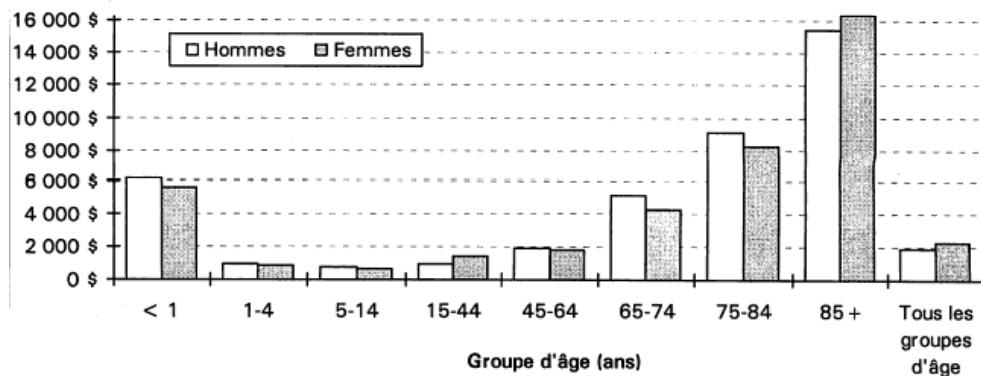
---

ni non plus de lien entre l'augmentation de la proportion d'aînés au cours des 25 dernières années et la hausse des dépenses au titre de la santé. Au Canada, il n'y a aucune corrélation entre les dépenses des provinces par habitant au titre de la santé et la proportion d'aînés au sein de la population de la province<sup>67</sup>.

Cela ne veut pas dire que le vieillissement n'aura aucune incidence sur les dépenses de santé. En effet, le phénomène n'est pas totalement étranger à la hausse des coûts. Toutefois, ces coûts demeurent raisonnables, et chaque province fait ses propres choix quant aux soins à offrir et à la façon de les organiser, à l'intérieur du cadre de la *Loi canadienne sur la santé*.

La pression sur les coûts des soins de santé exercée par le vieillissement de la population tient au fait que le recours aux soins de santé est habituellement plus intensif dans les première et dernière années de vie, comme l'illustre le graphique 3.1 ci-dessous.

Graphique 3.1 Dépenses totales de santé, par habitant, des gouvernements provinciaux et territoriaux, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, en dollars constants de 1997, 2002.



Source : Institut canadien d'information sur la santé, *Dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux selon le groupe d'âge, le sexe et les catégories principales : taux de croissance récents et futurs*, mai 2005.

Les dépenses de santé ont progressé à peu près également en pourcentage dans tous les groupes d'âge depuis dix ans, mais parce que les dépenses publiques au titre de la santé des personnes âgées sont plus élevées que celles qui concernent les autres groupes d'âge, en chiffres absolus, elles ont bien plus augmenté que les autres.

---

<sup>67</sup> Jean-Marie Berthelot, vice-président, Programmes, Institut canadien d'information sur la santé, *Témoignages*, 3 décembre 2007.

En plus des coûts des soins de santé, on s'attend à ce que le vieillissement de la population crée aussi des pressions accrues sur les soins à domicile, les soins de longue durée et les autres services complémentaires<sup>68</sup>. Il est donc d'autant plus important de favoriser une plus grande intégration des services afin de faire les meilleurs compromis possible, d'améliorer les soins et de contenir les dépenses, comme il est mentionné au chapitre 2.

### 3.2 Les activités de promotion de la santé peuvent contribuer à réduire les coûts des soins de santé

La promotion de la santé est « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci<sup>69</sup> ». Les études montrent que les stratégies de promotion de la santé et de prévention de la maladie peuvent aider les gens à vieillir mieux, contribuer à réduire la prévalence des affections chroniques et ainsi réduire les coûts pour le système de santé. Beaucoup de témoins ont insisté sur l'importance de la promotion de la santé tout au long de la vie. Victor Marshall, professeur de sociologie à l'Institut du vieillissement de l'Université de la Caroline du Nord, a dit au Comité que « les experts en promotion de la santé et en prévention de la maladie soulignent qu'il n'est jamais trop tard et qu'il n'est jamais non plus trop tôt pour instaurer des stratégies de promotion de la santé qui produiront des résultats positifs<sup>70</sup> ». On a donné au Comité de nombreux exemples de programmes innovateurs conçus pour aider les Canadiens âgés à bouger davantage<sup>71</sup> et à mieux s'alimenter.

---

<sup>68</sup> Marc Lee, *Témoignages*, 5 mai 2008.

<sup>69</sup> Organisation mondiale de la santé, *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, 1986.

<sup>70</sup> Victor Marshall, professeur de sociologie, Institut du vieillissement, Université de la Caroline du Nord, *Témoignages*, 19 février 2007.

<sup>71</sup> Voir le chapitre 4.

**Améliorer l'alimentation des résidents des établissements de soins de longue durée**

Il est important de bien s'alimenter pour être en bonne santé. La Dr<sup>e</sup> Hélène Payette, professeure à la faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke<sup>72</sup>, a parlé au Comité de recherches qui ont été menées dans des établissements de soins de longue durée au Canada et en Europe où l'on avait installé des cuisines et des salles à manger dans les unités. Toutes les études témoignent d'une amélioration de l'état nutritionnel, de la vitalité et de la sociabilité des résidents. Le Comité a pu constater ce phénomène à Halifax, au Camp Hill Veteran's Memorial Building, où un poste de réchauffage des plats diffuse dans le service l'odeur alléchante du petit-déjeuner qui attire les résidents vers la salle à manger.

Gudrun Langolf, directrice du Council of Senior Citizens' Organizations of British Columbia, a rappelé au Comité que les problèmes des personnes âgées ont souvent leur origine dans leur jeunesse et a affirmé par ailleurs que « [I]l fait que l'on tente de régler les problèmes à l'aide de solutions temporaires ou de dépannage a une incidence négative sur la société<sup>73</sup> ». Robert Dobie, président intérimaire du Conseil consultatif national sur le troisième âge a fait valoir au Comité l'importance de la promotion de la santé :

Je ne saurais trop insister sur le fait que pour être efficace, le système de santé doit mettre autant l'accent sur la promotion de la santé que sur les soins de santé. Les causes de certaines maladies graves associées au vieillissement nous échappent, de même que leur prévention et les méthodes de traitement. Toutefois, de nombreux effets néfastes de maladies chroniques associées au vieillissement sont évitables. La promotion de la santé, y compris pour les personnes très âgées, peut produire des résultats bénéfiques. La prévention des chutes, de même que des changements dans le mode de vie, particulièrement en ce qui a trait à la nutrition et à l'activité physique, doivent recevoir une attention

---

<sup>72</sup> Dr<sup>e</sup> Hélène Payette, professeure, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, *Témoignages*, 16 mai 2008.

<sup>73</sup> Gudrun Langolf, directrice, Council of Senior Citizens' Organizations of British Columbia, *Témoignages*, 5 juin 2008.

prioritaire dans les programmes de prévention et de promotion destinés à une population vieillissante.

*Témoignages, 27 novembre 2006*

Le Comité est parfaitement conscient de l'importance d'une stratégie globale de promotion de la santé. Il sait qu'elle fait économiser de l'argent à terme en augmentant les années de bonne santé et en retardant l'arrivée des problèmes de santé.

#### **Retarder l'apparition de la maladie d'Alzheimer**

Selon des données provenant des États-Unis, si nous pouvions retarder de cinq ans l'apparition de la maladie d'Alzheimer, nous réduirions d'environ 50 p. 100 sa prévalence au sein de la population, et nous tentons actuellement, avec la Société Alzheimer du Canada, de produire des données équivalentes pour ce qui est de la situation canadienne. L'Institut du vieillissement a récemment lancé une initiative appelée le PARD, ou Programme d'application de la recherche sur les démences, dans le cadre duquel nous travaillons avec des praticiens à la question du retardement du déclenchement des maladies.

Anne Martin-Matthews, directrice scientifique, Institut du vieillissement, Instituts de recherche en santé du Canada

Le gouvernement fédéral joue un rôle dans la promotion de la santé et la prévention de la maladie par l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes et de politiques conçus pour encourager les Canadiens à adopter un mode de vie sain. L'Agence de la santé publique du Canada, par exemple, se concentre sur la promotion de la santé, la prévention des maladies chroniques comme le diabète et les maladies cardiovasculaires, et la prévention des blessures. En multipliant les activités de promotion de la santé, le gouvernement fédéral pourrait contribuer à réduire les dépenses globales de santé. En conséquence, le Comité reprend la recommandation formulée par le Comité sénatorial des affaires sociales, des sciences et

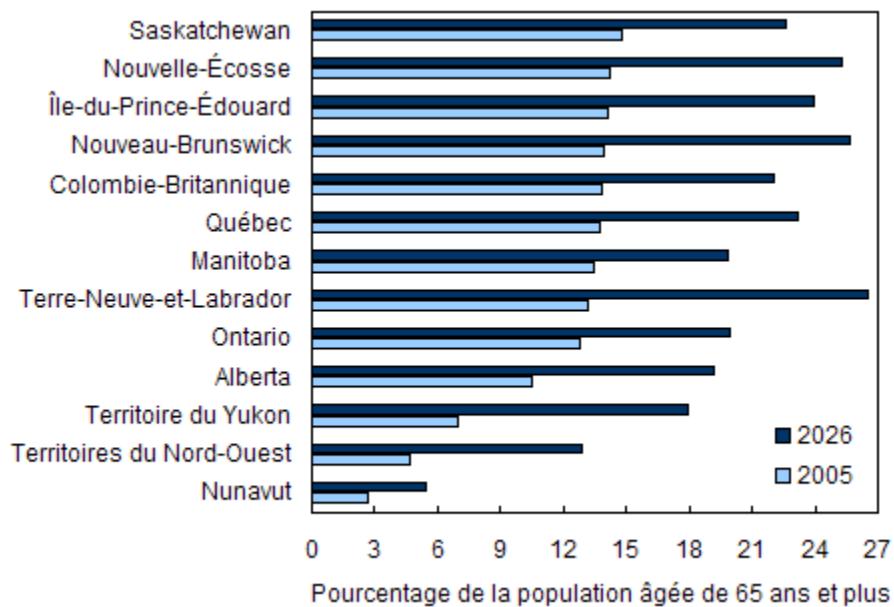
Le Comité reprend la recommandation formulée par le Comité sénatorial des affaires sociales, des sciences et de la technologie dans son étude de la santé des Canadiens, à savoir que le gouvernement fédéral assure un leadership fort en matière de soutien, de coordination et d'intégration de l'infrastructure de la santé publique et des efforts de promotion de la santé au Canada et qu'il y affecte davantage de fonds.

de la technologie dans son étude de la santé des Canadiens<sup>74</sup>, à savoir que le gouvernement fédéral assure un leadership fort en matière de soutien, de coordination et d'intégration de l'infrastructure de la santé publique et des efforts de promotion de la santé au Canada et qu'il y affecte davantage de fonds.

### 3.3 Prévisions démographiques pour les provinces et territoires

Les différentes régions du pays ne vieillissent pas toutes au même rythme. La migration des populations ainsi que la variation des taux de fécondité amplifient les disparités régionales. Les provinces dont la population est déjà plus âgée vieillissent plus rapidement, en particulier les cinq provinces les plus à l'est du pays.

Graphique 3.2  
Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus, par province, 2005 et projections pour 2026



Source : Statistique Canada, *Un portrait des aînés au Canada, 2006*.

---

<sup>74</sup> Comité sénatorial permanent de la santé, des sciences et de la technologie, *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral*, Rapport final, Volume six : Recommandations en vue d'une réforme, 2002.

Comme l'illustre le graphique 3.2, les différences observées d'une province et d'un territoire à l'autre dans la structure de la population par âge vont s'accentuer dans l'avenir.

### 3.4 Un programme supplémentaire pour compenser le vieillissement inégal de la population d'une province et d'un territoire à l'autre

Parce que les coûts des soins de santé dispensés aux aînés sont plus élevés que pour les autres groupes d'âge, les provinces qui comptent une proportion plus grande d'aînés subiront des hausses de coûts supérieures aux autres. La formule de financement par habitant du Transfert canadien en matière de santé ne tient pas compte de ces coûts marginaux, d'où la possibilité que l'écart entre les différents ensembles de services offerts par les gouvernements provinciaux et territoriaux finisse par s'élargir, comme le souligne le gouvernement de la Nouvelle-Écosse dans son mémoire à l'intention du Comité :

La Nouvelle-Écosse craint que l'approche fédérale courante, qui consiste à adopter le financement égal par habitant pour les transferts fédéraux, crée de nouveaux problèmes de viabilité du financement pour des sphères de compétence comme la Nouvelle-Écosse<sup>75</sup>.

Nous croyons qu'il est essentiel de veiller à ce que les Canadiens d'un bout à l'autre du pays, peu importe leur âge, aient un accès équitable aux services, et que les provinces et territoires dont les populations sont plus âgées ne soient pas pénalisés en raison de leur situation démographique.

Le Deuxième rapport provisoire du Comité sur les enjeux et options examine un certain nombre d'options pour remédier à ce déséquilibre. Au cours de nos audiences, des témoins nous ont clairement indiqué qu'il serait litigieux et délicat de tenter d'introduire des

Le Comité croit que la façon la plus simple de compenser les coûts marginaux associés au vieillissement de la population consiste à verser aux provinces un paiement de transfert distinct.

---

<sup>75</sup> Gouvernement de la Nouvelle-Écosse, *Rapport à l'intention du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement – Perspective de la Nouvelle-Écosse*, 13 juin 2008.

## CHAPITRE 3 : ACCÈS COMPARABLE AUX SERVICES D'UN BOUT À L'AUTRE DU PAYS

---

considérations fondées sur l'âge dans les formules de péréquation et de calcul du Transfert canadien en matière de santé, étant donné la vaste portée de ces programmes.

La façon la plus simple de compenser les coûts associés au vieillissement rapide de la population consiste à verser aux provinces un paiement de transfert distinct à cette fin, comme l'explique Joe Ruggeri, professeur d'économie à l'Université du Nouveau-Brunswick :

Je crois qu'il [un supplément distinct] serait beaucoup plus transparent et ciblé et assurerait une meilleure reddition de comptes. En outre, il s'agirait d'une mesure provisoire pour régler un problème temporaire, une mesure qu'on pourrait adapter en fonction du vieillissement de la population.

*Témoignages, 5 mai 2008*

Le Comité recommande donc :

- 14. Que le gouvernement fédéral crée un programme de transfert supplémentaire afin d'aider les provinces et territoires dont les populations sont plus âgées à absorber les coûts accrus des soins de santé destinés à leurs aînés.**

### 3.5 Accès comparable aux médicaments : un formulaire national

Bien que la presque totalité des aînés soient protégés par une assurance-médicaments d'ordonnance quelconque, publique ou privée, l'ampleur de cette protection varie sensiblement d'une province à l'autre, laissant un grand nombre d'entre eux vulnérables aux difficultés financières.

Robert Dobie, président intérimaire, Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Témoignages, 27 novembre 2006*

Les produits pharmaceutiques, en particulier les médicaments sur ordonnance, sont perçus comme l'un des trois piliers essentiels des soins de santé, avec les services offerts par les médecins et les services hospitaliers. Les aînés ont particulièrement besoin de médicaments pour prévenir des complications, traiter des maladies

chroniques, atténuer la douleur et réduire des symptômes tout au long et à la fin de leur vie. Toutefois, contrairement aux soins médicaux et hospitaliers, qui sont généralement assurés parce qu'ils sont considérés comme des services médicalement nécessaires, les médicaments sur ordonnance utilisés en dehors du cadre hospitalier sont payés par les consommateurs eux-mêmes, à moins d'être remboursés par un régime public ou privé d'assurance-médicaments.

La principale couverture offerte aux aînés canadiens réside dans les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-médicaments. Chaque gouvernement a normalement son propre régime d'assurance-médicaments et dispose de son propre formulaire où sont énumérés les médicaments couverts par le régime. Ainsi, il y a actuellement dix formulaires provinciaux, trois formulaires territoriaux et six formulaires fédéraux, c'est-à-dire 19 listes de médicaments susceptibles d'être approuvés au nombre des médicaments dont les aînés assurés peuvent obtenir le remboursement. De même, chaque régime provincial et territorial est assorti de cotisations, de quotes-parts ou de franchises imputables aux bénéficiaires, tandis que les régimes fédéraux remboursent généralement le plein prix des médicaments couverts.

Il s'ensuit que les remboursements consentis aux aînés d'un bout à l'autre du pays au titre des médicaments sont très disparates. Par exemple, les médicaments approuvés par Santé Canada pour traiter la maladie d'Alzheimer ne figurent pas sur tous les formulaires provinciaux, de sorte que les aînés qui n'en ont pas les moyens n'ont pas accès à ce traitement coûteux. Les coûts, conjugués au manque d'uniformité des médicaments couverts en vertu des formulaires provinciaux, se répercutent sur la santé des aînés. Selon Donald Juzwishin du Conseil canadien de la santé, l'obligation de débourser eux-mêmes directement le coût des médicaments incite certains aînés à réduire leur médication ou à l'interrompre :

Dans le cadre de notre sondage, nous avons établi que 10 p. 100 des Canadiens atteints de maladies chroniques avaient signalé ne pas faire remplir une ordonnance ou passer outre à la prise de médicaments en raison des coûts qui leur étaient associés.

*Témoignages, 7 avril 2008*

## CHAPITRE 3 : ACCÈS COMPARABLE AUX SERVICES D'UN BOUT À L'AUTRE DU PAYS

---

Les médicaments sur ordonnance sont un élément essentiel de la prestation de soins intégrés aux aînés. Malgré les efforts des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour offrir un accès suffisant aux médicaments en dehors du cadre hospitalier, la couverture offerte par les régimes d'assurance-médicaments d'un bout à l'autre du pays manque d'uniformité et d'équité. L'adoption d'un formulaire national commun est généralement perçue comme une première étape essentielle pour remédier aux écarts d'une province et d'un territoire à l'autre. Cette solution de même que l'idée d'un programme national de médicaments sur ordonnance financé par l'État ont reçu l'appui de bon nombre de témoins entendus par le Comité<sup>76</sup>.

Le Comité reconnaît toutefois que l'adoption d'un formulaire national commun et d'un régime uniforme d'assurance-médicaments pour l'ensemble du pays exigera une importante collaboration de la part des différentes instances gouvernementales. Il rappelle qu'en 2002, la proposition en faveur d'un formulaire national a reçu l'appui de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada et du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. La création, en 2003, du Programme commun d'évaluation des médicaments, grâce à la participation de toutes les instances provinciales et territoriales à l'exception du Québec, est perçue comme une étape importante vers l'élaboration d'un formulaire national. De même, le Comité prend acte de l'adhésion de tous les ordres de gouvernement au Plan décennal pour consolider les soins de santé, lorsque les premiers ministres provinciaux ont créé un groupe de travail ministériel chargé d'élaborer et de mettre en œuvre une Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques.

Les avantages d'un formulaire national sont particulièrement importants pour les aînés. En plus de réduire les inégalités dans la couverture offerte aux aînés par les différents régimes publics d'un bout à l'autre du pays, le formulaire contribuera à promouvoir une utilisation optimale des médicaments et permettra une administration plus efficace. Il est intéressant de noter que le coût des médicaments était auparavant le troisième en importance, après les dépenses au titre des hôpitaux et des médecins; il est maintenant passé au deuxième rang, après les soins hospitaliers. En ce qui concerne les

---

<sup>76</sup> Par exemple, l'hon. Michael Baker, ministre des Finances de la Nouvelle-Écosse, Christine Mounstevens de La Corporation Canadienne des Retraités Intéressés, Marc Lee du Centre canadien de politiques alternatives, etc.

régimes fédéraux d'assurance-médicaments, l'exercice d'un leadership est possible grâce au Partenariat fédéral en santé, qui a déjà négocié et coordonné l'achat par le gouvernement fédéral de produits pharmaceutiques au nom de certains ministères et organismes représentant des clients fédéraux précis. En ce qui concerne les différents ordres de gouvernement (fédéral, provinciaux et territoriaux), une comparaison des listes actuelles de médicaments figurant sur les formulaires permettra d'évaluer les écarts dans la couverture offerte, de trouver des façons de réduire les inégalités et d'amorcer l'élaboration d'un formulaire national commun.

La création d'un formulaire national commun passe par l'établissement d'une liste de médicaments utilisés par les aînés d'un bout à l'autre du pays, laquelle pourra servir à la mise en œuvre d'un formulaire national pour les aînés.

Le Comité recommande donc :

- 15. Que le gouvernement fédéral engage des fonds à durée limitée pour permettre aux régimes provinciaux, territoriaux et fédéraux d'assurance-médicaments d'élaborer une liste commune de médicaments utilisés par les aînés, que cette liste serve à l'établissement par toutes les instances gouvernementales d'un formulaire national commun qui pourrait devenir la liste de médicaments couverts pour l'ensemble des aînés canadiens, et que cette initiative serve de fondement à un programme national d'assurance-médicaments.**
-



## **Chapitre 4 : Vieillissement actif dans des villes et des collectivités rurales amies des aînés**

Pour vieillir à l'endroit de son choix, il faut vivre dans une collectivité qui peut suivre l'évolution des besoins familiaux et individuels. Dans tout le pays, des programmes innovateurs sont offerts aux aînés, souvent par d'autres aînés. Ce sont, à titre d'exemple, des programmes universitaires, des cours d'informatique, des ateliers de menuiserie, des clubs sociaux et des activités de conditionnement physique. Ces programmes ne sont pas toujours d'un accès facile pour différentes raisons, soit parce que l'infrastructure locale ne se prête pas aux déplacements ou parce que le transport est trop cher ou compliqué. Il y a donc lieu de s'intéresser aux principes de la conception universelle et à la mise en œuvre du modèle de la collectivité amie des aînés.

### **4.1 Vieillissement actif**

Les aînés font bénéficier la société de nombreuses contributions de grande valeur grâce aux connaissances et à l'expérience accumulées pendant toute leur vie. En même temps, la société a besoin de la contribution de travailleurs compétents et de bénévoles pour fournir les biens et les services requis par une population croissante et une main-d'œuvre qui diminue<sup>77</sup>.

Le Cadre national sur le vieillissement, élaboré il y a dix ans pour orienter l'action fédérale et provinciale, présente l'énoncé de vision qui suit :

Le Canada, une société pour tous les âges, favorise le bien-être et la participation des aînés dans tous les aspects de la vie, favorise le bien-être des aînés, reconnaît leurs

---

<sup>77</sup> Comité fédéral-provincial-territorial des hauts fonctionnaires responsables des aînés, *Un cadre pour la planification relativement au vieillissement de la population canadienne*, 2005.

## CHAPITRE 4 : VIEILLISSEMENT ACTIF DANS DES VILLES ET DES COLLECTIVITÉS RURALES AMIES DES AÎNÉS

---

précieuses contributions et vise à éliminer l'âgisme dans tous les secteurs.

De nombreux aînés demeurent des membres actifs de la société par le travail rémunéré, le bénévolat, les études, les relations sociales et intergénérationnelles et l'activité physique. Le Comité a été informé que l'activité physique et intellectuelle contribue grandement au bien-être des personnes âgées. Le vieillissement accéléré est la conséquence directe de l'inactivité. Les faits montrent pourtant que les aînés ne voient pas nécessairement à quel point il importe de rester actifs. Comme l'a indiqué Monika Queisser, de l'Organisation de coopération et de développement économiques :

Toute leur vie, les gens entretiennent des projets de retraite, par exemple faire du bénévolat ou travailler au sein d'associations. Pourtant, lorsqu'on se penche sur la façon dont les retraités occupent leur temps libre [...] , on constate qu'ils sont davantage sédentaires, c'est-à-dire qu'ils dorment et regardent la télévision plus souvent.

*Témoignages, 7 mai 2007*

---

Notre défi est donc de sensibiliser les gens. Tous doivent savoir que pour vivre longtemps, heureux et bien portants, il faut qu'ils adoptent un mode de vie sain et actif.

---

Coalition de vie active pour les aîné(e)s

---

bénévole, le secteur privé et les différents ordres de gouvernement.

Pour favoriser un vieillissement actif, il faut prévoir des mesures qui donnent aux adultes la possibilité de mener une vie occupée et active, de façon qu'ils gardent ces mêmes habitudes après leur retraite. Il faut aussi examiner de près les obstacles au maintien d'une vie active chez certains aînés.

La promotion du vieillissement actif nécessite une collaboration entre les personnes concernées, le secteur

### 4.1.1 Relations sociales et intergénérationnelles

L'interaction sociale est importante pour la santé mentale et physique. Dans le mémoire qu'elle a présenté au Comité, la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées a formulé l'observation suivante :

Le réseau social est très important [chez les aînés] car l'isolement [...] entraîne la dépression et la perte d'autonomie. Les programmes communautaires ou institutionnels qui procurent du soutien social aux aînés contribuent à leur santé mentale.

*Témoignages, 28 mai 2007*

La Société Alzheimer signale que « l'interaction sociale semble avoir un effet protecteur contre la maladie d'Alzheimer<sup>78</sup> » et recommande aux aînés de participer à des activités sociales avec la famille et les amis, de continuer à travailler, de faire du bénévolat, d'adhérer à un groupe de loisirs ou à un club ou de suivre des cours.

Les organisations qui offrent des activités sociales aux aînés jouent un rôle d'intervenants de première ligne. Selon Judith Cameron, du Fairfield Activity Centre de Victoria :

Nous sommes des travailleurs de première ligne. Nous voyons nos membres les bons jours comme les mauvais. Nous les voyons avant qu'ils entrent en résidence et se retrouvent à l'hôpital. Nous les acheminons vers d'autres services et exerçons des pressions pour obtenir des services de santé, des renvois à des médecins, des soins à domicile, du logement, et des soins de santé mentale.

*Témoignages, 28 mai 2007*

Ces organisations contribuent de façon cruciale à informer les aînés et à les aiguiller vers les services qui leur sont accessibles et doivent être convenablement soutenues. Un bon nombre des témoins entendus par le Comité ont dit se préoccuper des aînés qui vivent en isolement. Contrairement à ceux qui participent à des activités et programmes dans leur milieu, les aînés isolés ne connaissent pas les ressources offertes, ne reçoivent pas d'informations pouvant les aider à se protéger, par exemple contre la violence, et ne sont pas en contact avec des intervenants aptes à les renseigner sur leurs droits.

La question de l'isolement social a été soulevée à toutes les tables rondes sur le bien-être des aînés que le Conseil national des aînés a tenues entre février et mai 2008. Les personnes âgées qui y

---

<sup>78</sup> Société Alzheimer, *Faites marcher votre cerveau, il a besoin d'exercice! Ce qu'il faut savoir sur la santé du cerveau et la maladie d'Alzheimer*.

## CHAPITRE 4 : VIEILLISSEMENT ACTIF DANS DES VILLES ET DES COLLECTIVITÉS RURALES AMIES DES AÎNÉS

---

participaient ont indiqué que le faible revenu et l'absence de moyen de transport les rendent vulnérables à l'isolement social<sup>79</sup>.

Certains groupes d'aînés sont particulièrement susceptibles de connaître l'exclusion sociale, notamment les personnes très âgées, les femmes, les personnes peu scolarisées, les aînés des régions urbaines, ceux qui ne sont pas Canadiens de naissance, ceux qui ne sont pas mariés et ceux dont la santé nuit au niveau d'activité<sup>80</sup>.

Des études montrent que les aînés vivant en milieu urbain risquent beaucoup plus d'être confrontés à l'exclusion sociale, peut-être parce que « [l]es aînés des régions rurales peuvent profiter davantage du soutien du voisinage et des pairs pour ce qui est du transport aller-retour à des événements familiaux et à des activités communautaires, en raison de la plus forte probabilité que les gens se connaissent<sup>81</sup> ». Cette situation rend intéressant le modèle des villes et des collectivités rurales amies des aînés.

L'exclusion sociale guette tout spécialement les aînés immigrants, quoique le Conseil ethnoculturel du Canada ait exhorté le Comité à prendre en considération « l'importance des interactions sociales, du bénévolat spontané, des services d'autoassistance, des associations que l'on retrouve au sein des collectivités ethnoculturelles ainsi que de leur contribution à l'économie du pays et leur précieux apport à la société canadienne<sup>82</sup> ». La diversité culturelle sera encore plus grande dans les cohortes d'aînés à venir. Le Comité recommande :

**16. Que le gouvernement fédéral soutienne adéquatement la recherche sur le besoin de réseaux sociaux des personnes âgées et qu'il soutienne aussi les organisations qui offrent des activités sociales aux personnes âgées, en particulier celles qui**

---

<sup>79</sup> Conseil national des aînés, mémoire présenté au Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, juin 2008.

<sup>80</sup> Groupe de travail sur l'isolement social, Comité fédéral-provincial-territorial des hauts fonctionnaires (Aînés), *Un profil de l'isolement social au Canada - Phase II*, novembre 2007.

<sup>81</sup> Groupe de travail sur l'isolement social, Comité fédéral-provincial-territorial des hauts fonctionnaires (Aînés), *Un profil de l'isolement social au Canada - Phase II*, novembre 2007, p. 7.

<sup>82</sup> Anna Chiappa, Conseil ethnoculturel du Canada, *Témoignages*, 28 mai 2007.

organisent des événements et activités culturellement adaptés aux aînés qui ne sont pas Canadiens de naissance.

---

#### 4.1.2 Activité physique

Il existe deux bons moments pour commencer à faire de l'exercice : quand on est jeune et aujourd'hui.

Elaine Gallagher, directrice, Centre on Aging, Université de Victoria,  
*Témoignages*, 28 avril 2008

Il faut prendre des mesures pour amener les adultes à reconnaître les bienfaits de l'activité jusqu'à un âge avancé et pour offrir l'éventail des services qui répondront aux besoins d'une population âgée physiquement active.

Rester physiquement actif, voilà un facteur déterminant de la santé. La bonne nouvelle est qu'il n'est jamais trop tard pour commencer. En adoptant des habitudes de vie saines à l'âge mûr et même par la suite, on accroît considérablement ses chances de santé et de longévité, et les effets se font sentir rapidement<sup>83</sup>.

La forme physique est essentielle pour prévenir ou retarder l'apparition des maladies chroniques liées au vieillissement et pour réduire la période d'invalidité et de dépendance, comme l'a dit au Comité Donald Paterson, professeur à l'École de kinésiologie de la Faculté des sciences de la santé de l'Université Western Ontario :

La recherche montre une réduction de 50 p. 100 du risque d'avoir besoin de soins de longue durée chez ceux qui sont modérément en forme [...] C'est parce que beaucoup de gens se retrouvent aux soins de longue durée non pas à cause de dysfonctions cognitives, mais parce qu'ils ne peuvent plus marcher.

*Témoignages*, 28 avril 2008

---

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

## CHAPITRE 4 : VIEILLISSEMENT ACTIF DANS DES VILLES ET DES COLLECTIVITÉS RURALES AMIES DES AÎNÉS

---

L'activité physique peut aussi atténuer les effets de maladies chroniques. Dianne Austin, directrice exécutive nationale de la Coalition de vie active pour les aîné(e)s, a dit au Comité :

Bien des gens ne se rendent pas compte du fait que les bienfaits de l'activité physique aident souvent à diminuer la douleur associée à l'ostéoporose ou à l'arthrite. Bien souvent, les gens supposent qu'il ne faut pas bouger; en fait, c'est plutôt le contraire. Plus les gens participent à des exercices physiques — surtout des exercices de renforcement musculaire — plus ils seront en mesure de combattre les complications de l'ostéoporose. Toutefois, de façon générale, les gens ignorent ce fait. Le travail de recherche a été fait, mais les résultats n'ont pas été communiqués au grand public.

*Témoignages, 7 mai 2007*

---

[...] il est important de trouver des façons de soutenir l'offre de programmes d'exercice aux aînés. Il faut aussi former des dirigeants, des instructeurs et des éducateurs.

Dr Donald Paterson, École de kinésiologie, Faculté des sciences de la santé, Université Western Ontario

---

Les personnes âgées sédentaires disent qu'elles savent déjà que faire de l'exercice est bon pour le corps, mais estiment néanmoins que ce n'est pas bon pour elles. Il se peut donc que le problème sous-jacent soit l'âgisme auto-imposé.

Chad Witcher, représentant, Alberta Centre for Active Living

---

La sédentarité est un problème sérieux dans la population canadienne, y compris chez les personnes âgées. Seule une minorité est assez active physiquement. Beaucoup de personnes âgées se sentent fragiles parce qu'elles sont fragiles. Elles sont devenues trop faibles, trop raides et trop instables pour vivre sans crainte de faire des chutes.

Selon Donald Paterson, de l'École de kinésiologie de l'Université Western Ontario, les personnes âgées en santé ont besoin d'activités physiques « d'une intensité modérée ou modérément vigoureuses, 30 minutes par jour, de quatre à cinq fois par semaine » pour obtenir le maximum d'effets sur leur santé. Cet exercice devrait s'ajouter aux activités légères du quotidien, comme les travaux ménagers, la marche ordinaire ou les activités de très courte durée. M. Paterson a dit au Comité qu'en encourageant une tranche de la population, si petite soit-elle, à suivre cet avis, on constaterait d'énormes avantages pour

l'économie et la société. Il a ajouté : « Ce serait peut-être plus efficace d'encourager d'abord ceux qui seraient plus susceptibles de changer leurs habitudes en ce qui a trait à l'exercice pour que ce groupe fixe en fait une norme que les personnes les plus récalcitrantes pourraient tenter d'atteindre. »

Il est peu probable que l'on puisse amener la majorité des adultes qui ne sont pas physiquement actifs à atteindre le niveau optimal d'activité physique défini plus haut. Chad Witcher, de l'Alberta Centre for Active Living, résume ainsi la difficulté qui se pose :

[...] les adultes âgés sédentaires en santé disent qu'ils n'ont pas forcément besoin d'être physiquement en forme pour être en bonne santé, tandis que les personnes âgées malades disent qu'il est trop tard, qu'elles sont trop vieilles ou qu'elles ne sont pas suffisamment en forme pour prendre part à ces activités.

*Témoignages, 28 avril 2008*

Il y a lieu d'examiner à fond les moyens à prendre pour valoriser l'activité physique chez les adultes et leur faire comprendre qu'il n'est jamais trop tard pour commencer à bouger. Ce message doit être conçu exprès pour les groupes les moins physiquement actifs. Par exemple, les femmes âgées sont en général beaucoup moins actives que les hommes âgés. Les autres groupes peu actifs sont les personnes de plus de 80 ans, les aînés à faible revenu ou peu scolarisés, ceux qui sont handicapés ou qui ont une maladie chronique, ceux qui vivent en établissement ou en isolement et les membres de minorités ethnoculturelles et ethnolinguistiques<sup>84</sup>.

Il est essentiel de faire comprendre à tous les Canadiens, y compris aux aînés, que l'activité physique est importante pour rester en bonne santé physique et psychologique, réduire le risque de maladies chroniques et gérer la douleur due à une maladie chronique. Le Comité exhorte le gouvernement fédéral à lancer une campagne nationale de marketing

Le Comité exhorte le gouvernement fédéral à lancer une campagne nationale de marketing social à grande visibilité en utilisant les médias pour sensibiliser un vaste segment de la population aux avantages de l'activité physique chez les aînés.

---

<sup>84</sup> Santé Canada, *L'activité physique chez les personnes âgées*, Division du vieillissement et des aînés, 2002.

## CHAPITRE 4 : VIEILLISSEMENT ACTIF DANS DES VILLES ET DES COLLECTIVITÉS RURALES AMIES DES AÎNÉS

---

social à grande visibilité en utilisant les médias pour sensibiliser un vaste segment de la population aux avantages de l'activité physique chez les aînés.

Pareille stratégie doit mettre en lumière les bienfaits de l'exercice physique. « Les messages axés sur la peur qui soulignent les risques de chute ou de problèmes de santé ne sont pas efficaces pour modifier les comportements. Les gens pensent habituellement qu'ils ne sont pas à risque et que ces messages ne s'adressent pas à eux<sup>85</sup> », a-t-on dit au Comité.

D'après l'Active Living Coalition for Older Adults, de nombreux obstacles empêchent les aînés d'être plus actifs physiquement, entre autres l'accès aux installations où se donnent les programmes, l'utilité des programmes pour les personnes âgées, les frais de participation et

Le Comité exhorte le gouvernement fédéral à faire connaître plus énergiquement les pratiques exemplaires et les modèles innovateurs touchant l'activité physique chez les aînés.

de transport, ainsi que le manque de motivation<sup>86</sup>. L'environnement physique peut aussi être un important facteur de dissuasion ou d'encouragement. Faciliter l'activité physique, c'est offrir un milieu de vie qui inspire un sentiment de sécurité, c'est s'assurer qu'on peut parcourir le quartier à pied, sur des trottoirs sans neige ni glace.

Il existe déjà un bon nombre d'initiatives pour stimuler l'activité physique chez les personnes âgées, telles que les programmes modèles d'exercice et de formation d'instructeurs mis sur pied par le Canadian Centre for Activity and Aging<sup>87</sup>. Le Comité a toutefois été informé que l'échange d'informations est insuffisant au niveau national. Des témoins ont préconisé l'établissement d'un mécanisme permettant de communiquer les pratiques exemplaires. Comme l'a indiqué Colin Milner, de l'International Council on Active Aging : « Beaucoup de personnes travaillent à l'aveuglette. » Par conséquent, le Comité exhorte le gouvernement fédéral à faire connaître plus

---

<sup>85</sup> Colin Milner, président-directeur général, International Council on Active Aging, *Témoignages*, 7 mai 2007.

<sup>86</sup> Active Living Coalition for Older Adults, réponse au questionnaire du Comité envoyé à des organismes d'aînés.

<sup>87</sup> Donald Paterson, professeur, École de kinésiologie, Faculté des sciences de la santé, Université Western Ontario, *Témoignages*, 28 avril 2008.

énergiquement les pratiques exemplaires et les modèles innovateurs touchant l'activité physique chez les aînés.

#### **4.1.3 Éducation et apprentissage continu**

Des études montrent que les personnes qui ont continué d'apprendre toute leur vie n'arrêteront pas parce qu'elles sont âgées. Certaines, qui n'ont pas eu cette possibilité pendant leur vie professionnelle, profitent de la retraite pour acquérir de nouvelles habiletés. Comme pour les adultes en général, les besoins et les modes d'apprentissage varient grandement chez les aînés. Lorsque ces besoins sont satisfaits, la société tout entière est gagnante.

L'attention portée à l'éducation des adultes est surtout axée sur la productivité au travail. Il a été clairement établi que les travailleurs âgés sont nettement sous-représentés dans les activités de formation professionnelle offertes par les employeurs au Canada. Or, l'apprentissage n'a pas qu'une utilité professionnelle. Il faut reconnaître que ses bienfaits dépassent le cadre de l'emploi rémunéré et ont un profond retentissement sur l'individu et la société en général.

On a fait valoir au Comité qu'« il existe un lien entre l'apprentissage continu d'une part et la longévité et la qualité de vie d'autre part. L'apprentissage continu aide les personnes âgées à développer de nouveaux intérêts et à s'impliquer activement dans la collectivité. Les personnes âgées se sentent plus heureuses, en meilleure forme, plus respectées et plus indépendantes lorsqu'elles participent activement à l'apprentissage<sup>88</sup>. » Des études montrent que l'apprentissage actif contribue aussi à préserver les habiletés cognitives comme la mémoire, le raisonnement et le jugement.

Les aînés sont plus enclins à pratiquer des activités d'apprentissage s'ils le faisaient déjà auparavant. Normalement, ils

---

L'apprentissage actif contribue aussi à entretenir la santé du cerveau, car il prévient la perte des fonctions cérébrales et des habiletés cognitives comme la mémoire, le raisonnement et le jugement. Cette découverte est extrêmement importante pour la prévention et le traitement de la démence.

Marjorie Wood, Creative Retirement Manitoba

---

---

<sup>88</sup> Marjorie Wood, directrice, Creative Retirement Manitoba, *Témoignages*, 7 mai 2007.

## CHAPITRE 4 : VIEILLISSEMENT ACTIF DANS DES VILLES ET DES COLLECTIVITÉS RURALES AMIES DES AÎNÉS

---

reprendront l'apprentissage au niveau où ils étaient rendus à la fin de leurs études. À l'étape actuelle de leur vie, ils peuvent aussi en profiter pour améliorer leur capacité de lire et d'écrire, qui est cruciale dans le quotidien, comme l'a fait observer Faye Martin, directrice intérimaire du Secrétariat aux aînés de l'Île-du-Prince-Édouard :

[...] nous savons que beaucoup de nos aînés n'y ont pas accès [à l'éducation des adultes] parce qu'ils n'ont pas les capacités nécessaires en matière de lecture et d'écriture. Ceux-ci sont incapables de participer aux activités d'enseignement et d'apprentissage, et ils ont de la difficulté à lire les ordonnances de leur médecin [...]

*Témoignages, 13 mai 2008*

Des aînés des différentes régions du pays ont renseigné le Comité sur plusieurs programmes innovateurs d'apprentissage continu.

### **Collèges et universités du troisième âge au Canada**

Le Comité a entendu parler de programmes conçus pour répondre aux besoins en apprentissage des aînés. Le Seniors College de l'Île-du-Prince-Édouard compte 527 membres qui jouissent d'un accès illimité à une grande variété de cours sur des sujets aussi divers que la généalogie, l'astronomie, la magie des mathématiques, la rédaction d'une biographie et le chant. L'Université Acadia offre aux personnes âgées la possibilité d'assister en auditeur libre à tous les cours et le plein accès à la bibliothèque. À Halifax, le programme Elder Learners a donné, en une bonne vingtaine d'années d'existence, plus de 120 cours à quelque 12 000 aînés. L'Université du troisième âge de l'Université de Sherbrooke a été la première université pour les aînés en Amérique du Nord. Elle donne des cours sans unités aux personnes de plus de 50 ans qui désirent apprendre pour le plaisir.

Les programmes éducatifs ont aussi pour avantage de favoriser les rencontres entre participants. Il importe d'offrir un éventail d'activités qui peuvent répondre aux besoins d'hommes et de femmes de formations diverses. Le Comité a été informé de l'existence, en Australie, d'un programme innovateur destiné aux hommes.

**Programme Men's Sheds, Australie**

Men's Sheds offre aux hommes âgés un milieu d'apprentissage informel axé sur le travail du bois et du métal et qui favorise en même temps l'interaction sociale. Réunis généralement dans des hangars ou des ateliers de leur localité, ces aînés s'occupent par exemple de remettre en état de vieux vélos et fauteuils roulants, qui sont ensuite donnés à des citoyens locaux qui n'auraient pas les moyens de les acheter. Le programme s'avère très efficace pour favoriser l'apprentissage, car il attire des hommes qui sont généralement peu intéressés par les programmes traditionnels de santé, d'emploi, d'éducation et de formation. Beaucoup de participants sont aux prises avec les problèmes associés à des changements radicaux, notamment le vieillissement, le déclin de la santé, la retraite, l'isolement, le chômage, l'invalidité et la séparation.

Dans sa réponse au questionnaire du Comité, le Seniors College de l'Île-du-Prince-Édouard a recommandé un soutien annuel permettant d'améliorer les communications entre les provinces sur l'apprentissage continu pour les 50 ans et plus, en précisant qu'il faudrait y associer à la fois les organismes locaux et les ministères dont le mandat vise les personnes âgées<sup>89</sup>. Le Comité insiste sur l'importance de promouvoir l'échange de renseignements entre les fournisseurs canadiens de services d'apprentissage continu destinés aux aînés et il recommande :

**17. Que la question de l'apprentissage continu pour les aînés soit inscrite à l'ordre du jour de la prochaine réunion du Conseil des ministres de l'Éducation et des ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux responsables des aînés.**

Le Comité encourage les efforts pour rendre aussi abordables que possible les activités d'apprentissage destinées aux aînés. Certains témoins ont dit que la scolarité devrait être gratuite pour les personnes âgées. D'autres estiment que les aînés devraient bénéficier des crédits d'impôt pour études, qui sont actuellement offerts aux étudiants à temps plein de niveau postsecondaire ou aux personnes qui suivent une formation professionnelle dans un établissement

---

<sup>89</sup> Réponse du Seniors College de l'Île-du-Prince-Édouard au questionnaire envoyé à des organismes d'aînés.

Le Comité exhorte le gouvernement fédéral à étudier la possibilité d'étendre les crédits d'impôt pour études aux aînés, en cherchant tout particulièrement à déterminer si cette mesure pourrait accroître la participation des aînés aux programmes d'apprentissage.

d'enseignement attesté par Ressources humaines et Développement social Canada. Au deuxième stade de l'étude du Comité, des témoins ont suggéré d'étendre ces mesures aux personnes de plus de 65 ans pour élargir la définition des cours admissibles. Le Comité a reçu des témoignages contradictoires à ce sujet. Des témoins ont fait valoir que les crédits d'impôt s'adressent aux personnes à revenu élevé, pour qui les frais de scolarité ne représentent pas un obstacle.

D'autres, en revanche, estimaient que les crédits d'impôt pour études aideraient à supporter les coûts de l'apprentissage chez les aînés. Le Comité exhorte le gouvernement fédéral à étudier la possibilité d'étendre les crédits d'impôt pour études aux aînés, en cherchant tout particulièrement à déterminer si cette mesure pourrait accroître la participation des aînés aux programmes d'apprentissage.

### 4.2 Villes et collectivités rurales amies des aînés

Avec le vieillissement de la population canadienne, nos collectivités — villes, bourgs et villages — devront être plus conviviales pour les aînés. Elles devront donc être mieux adaptées aux besoins des aînés, c'est-à-dire leur permettre de se rendre où ils doivent aller et veulent aller, de participer à des activités récréatives, sociales et communautaires et d'accéder aux services de soutien dont ils ont besoin. Le but ultime sera de créer des collectivités qui sont accessibles, accueillantes, enrichissantes et favorables au désir généralisé qu'ont les personnes âgées de demeurer autonomes le plus longtemps possible.

Luis Rodriguez, chercheur principal, Société canadienne d'hypothèques et de logement, *Témoignages*, 10 décembre 2007

Le Comité juge important de rendre les villes et les collectivités rurales plus accessibles aux aînés pour que ceux-ci puissent demeurer des membres actifs de la société.

L'Organisation mondiale de la santé a publié le *Guide mondial des villes amies des aînés* en octobre 2007. Ce document sert à

préparer les municipalités à absorber des populations croissantes d'aînés actifs. Il contient des suggestions concernant les espaces extérieurs et les bâtiments, les transports, le logement, la participation sociale, le respect et l'inclusion sociale, la participation citoyenne et l'emploi, les communications et l'information, ainsi que le soutien communautaire et les services de santé (on trouvera à l'annexe 1 la liste des caractéristiques des villes amies des aînés). Au Canada, le modèle de la ville amie des aînés a été adapté aux collectivités rurales et éloignées dans un guide intitulé *Initiative des collectivités rurales et éloignées amies des aînés : un guide*.

Le Comité juge important de rendre les villes et les collectivités rurales plus accessibles aux aînés pour que ceux-ci puissent demeurer des membres actifs de la société.

Ces deux guides proposent aux collectivités des outils accessibles qui les aideront à devenir plus accueillantes pour les aînés, mais aussi, par le fait même, plus conviviales pour tous les citoyens. Comme l'a indiqué le Hamilton Council on Aging dans le mémoire qu'il a présenté au Comité :

[...] la création d'une ville amie des aînés - la pleine mise en œuvre du modèle - est un processus à long terme. Nous estimons qu'il faut dix ans pour opérer ce changement et que le processus deviendra de plus en plus dynamique avec le temps. Et pour arriver à un tel virage, il faut un leadership et un appui de la part de tous les paliers de gouvernement. Néanmoins, le succès de l'entreprise reposera d'abord sur l'engagement et la participation de la population à l'échelle locale, à l'échelle des quartiers<sup>90</sup>.

Pour concevoir des villes amies des aînés, il faut trouver un moyen par lequel les personnes âgées peuvent s'exprimer. De nombreux témoins ont souligné l'importance d'associer les organismes communautaires et les groupes d'aînés à la mise en œuvre des principes directeurs sur les villes et collectivités rurales et éloignées

---

<sup>90</sup> Hamilton Council on Aging, *Réponse au Rapport intérimaire du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement intitulé « Une population vieillissante : enjeux et options »*, 9 mai 2008.

## CHAPITRE 4 : VIEILLISSEMENT ACTIF DANS DES VILLES ET DES COLLECTIVITÉS RURALES AMIES DES AÎNÉS

---

amies des aînés. Elaine Gallagher, directrice du Centre on Aging de l'Université de Victoria, a dit que l'existence de comités consultatifs locaux composés d'aînés permet aux personnes âgées de se faire entendre quand vient le temps de prendre des décisions sur la destination des fonds municipaux et sur la nature des travaux publics à effectuer pour rendre les installations municipales plus accessibles.

---

Si une majorité de citoyens âgés vivent dans des collectivités où il est indispensable d'avoir une voiture pour être fonctionnel, qu'arrive-t-il alors quand ces personnes âgées deviennent trop vieilles pour conduire?

---

Glenn Miller, directeur, Éducation et recherche, Institut urbain du Canada

---

Diverses collectivités canadiennes ont dit qu'elles aimeraient commencer à mettre en œuvre les principes directeurs. Certaines reçoivent déjà un soutien de leur gouvernement provincial. D'autres sollicitent une aide auprès d'autres bailleurs de fonds. Le Hamilton Council of Aging, par exemple, a dit au Comité qu'il avait présenté une demande de subvention pour trois ans à la Fondation Trillium en vue de l'application des principes directeurs.

Les gouvernements de la Nouvelle-Écosse, du Québec, du Manitoba et de la Colombie-Britannique ont décidé d'aider des municipalités à mettre en œuvre les principes directeurs. Voici certains des programmes de mise en œuvre qui ont été signalés au Comité :

- Le projet « Villes-amies des aînés » du gouvernement du Québec affecte des fonds à sept projets pilotes. Les municipalités concernées travailleront avec les aînés à implanter des politiques, des services et une infrastructure sociale et matérielle qui permettront aux citoyens de vieillir en restant actifs.
- Le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique a constitué une équipe qui aidera les administrations locales à repérer les obstacles et à prendre des mesures amies des aînés. L'équipe offrira un soutien et des conseils d'expert en aménagement aux administrations locales (y compris les municipalités, les districts régionaux et les communautés autochtones)<sup>91</sup>. L'objectif est de faire de la

---

<sup>91</sup> Les guides sont accompagnés de documents faciles à utiliser comme *How Age-friendly Is Your Community?*

Colombie-Britannique la province canadienne la plus accueillante pour les aînés d'ici 2010.

- La Union of British Columbia Municipalities met une subvention de 5 000 \$ à la disposition de toute collectivité qui veut évaluer dans quelle mesure elle est favorable aux aînés. Une subvention supplémentaire de 35 000 \$ peut être versée pour des projets communautaires, p. ex. pour rendre plus de toilettes publiques accessibles aux personnes âgées<sup>92</sup>.

Des témoins ont indiqué que ces initiatives pourraient être renforcées et élargies avec la participation du gouvernement fédéral. L'aide fédérale pourrait contribuer pour beaucoup à faire appliquer les principes directeurs dans le plus grand nombre de collectivités possible au pays. C'est pourquoi le Comité recommande :

**18. Que le gouvernement fédéral fasse la promotion du Guide mondial des villes amies des aînés et de l'Initiative des collectivités rurales et éloignées amies des aînés : un guide auprès des organisations d'aînés et des autorités provinciales et municipales et qu'il procure une aide financière pour la mise en œuvre des principes directeurs sur les villes amies des aînés et sur les collectivités rurales et éloignées amies des aînés.**

---

Cette aide pourrait prendre la forme d'un soutien financier pour des projets réalisés conjointement par des organismes d'aînés et des administrations locales résolus à mettre en œuvre les principes directeurs, ou encore d'un transfert de fonds aux provinces pour que celles-ci financent des projets.

---

([http://www.seniorsincommunities.ca/upload/dcd188\\_Start\\_Up\\_Guide.pdf](http://www.seniorsincommunities.ca/upload/dcd188_Start_Up_Guide.pdf)) et une feuille de route sur les caractéristiques essentielles des villes amies des aînés, Checklist of Essential Features of Age-friendly Cities, ([http://www.seniorsincommunities.ca/upload/dcd174\\_Age\\_friendly\\_cities\\_checklist.pdf](http://www.seniorsincommunities.ca/upload/dcd174_Age_friendly_cities_checklist.pdf)).

<sup>92</sup> Elaine Gallagher, directrice, Centre on Aging, Université de Victoria, *Témoignages*, 28 avril 2008.

## 4.3 Conception universelle

Il existe des normes d'accessibilité pour les bâtiments depuis des années au Canada. Le Comité a été informé que ces normes ont besoin d'être étendues à l'ensemble des produits et services de tous les jours, y compris aux moyens qu'emploie l'État pour communiquer avec la population canadienne. Selon Glenn Miller, de l'Institut urbain du Canada :

---

[...] un bon design est toujours valable : si nous concevons bien les installations pour les aînés, nous aurons alors, en règle générale, des installations bien conçues pour les enfants. Leur adaptation à l'âge ne vaut pas seulement pour les aînés, mais également pour d'autres membres de la collectivité.

---

Margaret Gillis, Division du vieillissement et des aînés,  
Agence de la santé publique  
Canada

---

Une bonne conception est à l'avantage de tous, quel que soit l'âge, mais quand il y a des problèmes de mobilité ou encore des troubles sensoriels ou cognitifs, elle peut faire la différence entre une vie autonome ou l'exclusion sociale. Un foyer pour une vie entière n'est pas suffisant car il faut des quartiers pour une vie entière où les personnes âgées ne sont pas marginalisées ou oubliées parce qu'elles ne peuvent pas avoir accès aux immeubles ou aux espaces publics... [Ces] quartiers sont conçus pour que le transport, les bons commerces, les espaces verts, les sanitaires confortables et les bancs soient destinés stratégiquement à l'intention des personnes de tous âges [...]

*Témoignages, 28 avril 2008*

Le Comité exhorte les gouvernements à adopter les principes de la conception universelle ou inclusive pour orienter l'action de tous les ministères.

Tous les aînés ne sont pas handicapés, mais c'est dans ce groupe démographique que les handicaps et les limitations sont les plus courants. La facilité d'utilisation des produits et des services est une question qui acquiert de l'importance à mesure que la proportion de personnes âgées augmente au sein de

la population mondiale<sup>93</sup>. La facilité d'utilisation est un concept plus vaste que celui de l'accessibilité des bâtiments, car il inclut des éléments tels que l'accessibilité de l'information. À titre d'exemple, la publication de renseignements sur le Web repose sur le principe que les gens ont une capacité de lecture élémentaire et qu'ils ont accès à Internet. Comme il a été dit au Comité : « Le gouvernement doit avoir une vision plus large et comprendre qu'il ne faut pas que toutes les ressources soient consacrées à l'information axée sur Internet; il faut penser à ceux qui n'y ont pas accès<sup>94</sup>. » Des représentants d'organisations autochtones et de groupes d'immigrants ont adressé le même message au Comité.

Le Comité a été informé que des pays tels que le Royaume-Uni et le Japon ont fait un effort concerté pour que les produits et services soient conçus de façon à répondre aux besoins du plus grand nombre. Le Canada a, lui aussi, des projets innovateurs, comme la mise en œuvre des normes de « visitabilité » en Colombie-Britannique.

#### **Visibilité**

Un regroupement de 41 localités du nord de la Colombie-Britannique a décidé d'adopter le concept de visitabilité [...]. Il prévoit en effet qu'une personne handicapée devrait pouvoir vous rendre visite sans problème pendant trois ou quatre heures. Cela signifie qu'il doit y avoir des toilettes au rez-de-chaussée, qu'il ne doit pas y avoir d'escalier à l'entrée et que les portes doivent être suffisamment larges pour laisser passer un fauteuil roulant. C'est cela, il y a trois éléments au concept. Depuis, tout nouveau logement dans ces 41 collectivités devra respecter cette norme de visitabilité dès l'étape de la construction, afin qu'une personne handicapée puisse visiter ces logements, sans difficulté.

Elaine Gallagher, Centre on Aging, Université de Victoria

Le Comité exhorte les gouvernements à adopter les principes de la conception universelle ou inclusive pour orienter l'action de tous les ministères.

---

<sup>93</sup> Comité européen de normalisation, *CEN/CENELEC Guide 6 Guidelines for standards developers to address the needs of older persons and persons with disabilities*.

<sup>94</sup> Glenn Miller, directeur, Éducation et recherche, Institut urbain du Canada, *Témoignages*, 28 avril 2008.

## 4.4 Transport

Le transport est un des piliers de la collectivité amie des aînés. C'est un sujet qui a été fréquemment abordé dans les discussions du Comité avec les aînés. Il joue un rôle clé dans le maintien à domicile et l'accès aux services de santé et aux services sociaux.

---

L'autonomie d'un aîné, sa santé physique, émotionnelle et sociale de même que sa capacité de rester en lien avec le monde extérieur dépendent de sa capacité d'avoir accès au transport.

---

Mémoire, Comité du transport des aînés d'Ottawa

Les personnes âgées ont différents moyens de transport à leur disposition. Il y en a beaucoup qui continuent de conduire, tout en modifiant parfois leurs habitudes à mesure qu'ils vieillissent. Le transport en commun est une option viable pour les aînés de nombreuses grandes villes. D'autres encore se fient sur le transport adapté, les services de transport bénévoles ou des amis et des membres de la famille. Chacun de ces moyens de transport présente ses inconvénients.

Les aînés à mobilité réduite ou atteints d'une démence sont confrontés à des difficultés particulières. Le choix restreint de moyens de transport valables et accessibles peut entraîner l'isolement social.

De nombreuses villes offrent un service de transport public adapté pour les rendez-vous médicaux, mais sa disponibilité limitée l'empêche de répondre à tous les besoins. On a dit au Comité que, dans certaines régions par exemple, les services de transport adapté « ne sont pas accessibles au patient atteint d'Alzheimer qui est mobile et qui serait accompagné de son aidant naturel. À moins que la personne ne souffre d'un handicap physique, elle ne peut emprunter ce genre de mode de transport. » Dans d'autres régions, le transport adapté est réservé aux rendez-vous médicaux, de sorte qu'il ne peut être utilisé pour d'autres services et activités communautaires. Certaines administrations, notamment la Colombie-Britannique et Calgary, assurent le transport public des aînés à peu de frais.

**Solutions innovatrices : les laissez-passer pour aînés en  
Colombie-Britannique et à Calgary**

Le programme de laissez-passer d'autobus de la Colombie-Britannique offre un moyen de transport abordable aux aînés à faible revenu et aux personnes handicapées dans 44 villes de cette province. Il profite à plus de 60 000 personnes par année. Pour être admissible au laissez-passer de 45 \$ par année, il faut recevoir la pension de la Sécurité de la vieillesse et soit le Supplément de revenu garanti, soit l'Allocation au conjoint<sup>95</sup>. À Calgary, le laissez-passer pour aînés offre aux personnes de 65 ans et plus un accès illimité aux services de transport pour 35 \$ par année. Les aînés à faible revenu peuvent se le procurer pour 15 \$ par année.

La problématique du transport n'est pas la même dans les collectivités éloignées et les collectivités rurales. Souvent, les aînés vivant en milieu rural n'ont pas accès à du transport en commun et dépendent du bon vouloir des autres. Beaucoup d'entre eux doivent faire de longs trajets pour leurs rendez-vous et traitements médicaux. Kimberly Wilson, de la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, a signalé que, selon des membres de son organisme qui travaillent en région rurale, le transport demeure le principal obstacle aux soins et aux services des aînés.

Certains programmes offerts en milieu urbain comptent sur un service de transport assuré par des bénévoles, si bien qu'ils ne sont pas accessibles aux aînés des régions rurales. L'organisme Hospice at May Court d'Ottawa a formulé le commentaire suivant sur l'accessibilité de son programme aux habitants des régions rurales :

Notre plus gros défi est de recruter des conducteurs bénévoles dans ces collectivités. Comme nos conducteurs viennent surtout de la région d'Ottawa, notre programme

---

[...] faute d'avoir un membre de la famille ou un ami qui peut vous conduire en voiture, on est coincé chez soi pour une bonne partie des rudes mois d'hiver.

---

Elaine Gallagher,  
directrice, Centre on  
Aging, Université de  
Victoria

---

---

<sup>95</sup> Colombie-Britannique, Premier's Council on Aging and Seniors' Issues, *Aging Well in British Columbia: Report On Progress*, juillet 2007.

## CHAPITRE 4 : VIEILLISSEMENT ACTIF DANS DES VILLES ET DES COLLECTIVITÉS RURALES AMIES DES AÎNÉS

---

n'est pas nécessairement accessible à certains des patients qui vivent en milieu rural<sup>96</sup>.

Des témoins ont dit au Comité que les besoins en transport varient d'un endroit à l'autre. Ils ont aussi indiqué que certaines solutions sont peu coûteuses; il suffirait parfois d'une simple réorganisation des services existants.

Différentes collectivités canadiennes cherchent à établir des stratégies pour répondre aux besoins en transport de leurs citoyens âgés. Comme pour les autres volets du modèle de la collectivité amie des aînés, la meilleure façon de s'attaquer aux besoins dans le domaine du transport est de le faire en collaboration avec les aînés eux-mêmes et leurs organismes. Un exemple d'action concertée nous est fourni par le Comité du transport des aînés d'Ottawa.

### **Le Comité du transport des aînés d'Ottawa (CTAO)**

Les organismes non gouvernementaux comme le partenariat du CTAO sont des structures locales en prise avec la réalité. Ils constatent eux-mêmes à quel point le manque de transport abordable ou accessible crée des besoins et des contraintes pour les aînés. Des partenariats communautaires peuvent trouver en temps opportun des solutions nouvelles et constructives qui sont pratiques et abordables. Ces partenariats peuvent défendre énergiquement les intérêts de leurs membres — et se faire entendre.

Il n'y a pas de solution toute faite pour répondre aux besoins en transport des aînés. S'il décidait d'appuyer l'instauration de collectivités amies des aînés, comme le Comité l'a recommandé plus haut, le gouvernement fédéral laisserait ces collectivités définir leurs propres solutions. Au chapitre 7, nous verrons comment le gouvernement fédéral peut soutenir le secteur bénévole, qui est un partenaire actif dans les services de transport à certains aînés particulièrement âgés.

---

<sup>96</sup> Hospice at May Court, réponse au questionnaire du Comité envoyé aux organismes d'aînés.

## Chapitre 5 : Élimination de la pauvreté

Dans son étude, le Comité a choisi d'accorder une attention toute spéciale à l'élimination de la pauvreté chez les personnes âgées au Canada. Des témoins l'ont informé que la pauvreté chez les aînés a accusé un très fort recul au cours des dernières années; en fait, le Canada, grâce à son système de sécurité du revenu pour les aînés, est, de tous les pays industrialisés, celui qui enregistre le moins de faibles revenus<sup>97</sup>.

Le fait que le revenu des aînés a nettement augmenté en général depuis quelques décennies n'a pas pour autant éliminé la pauvreté dans cette tranche de la population canadienne. Le tableau 5.1, fondé sur les seuils de faible revenu de Statistique Canada comme mesure de la pauvreté, illustre la situation de différents ménages au fil du temps. Le seuil de faible revenu, établi par Statistique Canada, correspond au fait pour un ménage de consacrer 20 points de pourcentage de plus de son revenu à ses besoins élémentaires que le ménage moyen. Le seuil varie selon la taille de la collectivité et le nombre de personnes qui composent le ménage. Le calcul est basé sur le revenu brut (avant le prélèvement d'impôts ou le remboursement de crédits d'impôt).

Tableau 5.1 – Pourcentage de personnes âgées à faible revenu, par type de famille, Canada, certaines années

Pourcentage de personnes âgées à faible revenu, par type de famille, Canada, certaines années						
	1980	1984	1988	1992	1996	2000
pourcentage						
<b>Seuil de faible revenu avant impôt (année de référence 1992)</b>						
Couples mariés	20,1	15,9	12,8	8,3	7,8	4,9
Personnes seules – Total	69,2	64,3	56,5	50,5	47,2	42,6
Personnes seules – Hommes	61,0	55,6	39,4	36,0	35,7	34,0
Personnes seules – Femmes	72,2	67,0	61,7	55,2	51,1	45,8
<b>Seuil de faible revenu avant impôt (année de référence 1992)</b>						
Couples mariés	5,9	4,7	3,9	1,7	2,0	1,2
Personnes seules – Total	54,4	40,8	31,7	25,9	25,4	20,6
Personnes seules – Hommes	47,0	32,6	18,7	16,9	19,8	17,6
Personnes seules – Femmes	57,1	43,4	35,6	28,8	27,3	21,6

Sources : Statistique Canada, Enquête sur les finances des consommateurs; Enquête sur la dynamique du travail et du revenu.

Source : Martin Turcotte et Grant Schellenberg, *Un portrait des aînés au Canada – 2006*, Statistique Canada, 2007, p. 99.

<sup>97</sup> Le faible revenu est mesuré de différentes façons : dans ce cas, comme on le fait souvent aux fins de comparaisons entre pays, le faible revenu désigne le revenu inférieur à la moitié du revenu médian d'un pays.

## CHAPITRE 5 : ÉLIMINATION DE LA PAUVRETÉ

---

Ce tableau montre que tous les groupes ont vu leur sort s'améliorer au fil des années, mais pas au même degré, et que les avantages fiscaux diminuent le nombre d'aînés pauvres.

Le Comité a appris qu'il existe des différences entre les aînés en ce qui a trait au nombre de pauvres et au degré de pauvreté, données qui ne ressortent pas d'emblée du tableau. L'économiste Michael Veall a fourni l'explication suivante au Comité :

Quand on observe les données, on constate que la plupart des aînés qui vivent sous le seuil de faible revenu ne se trouvent pas très loin sous ce seuil, ce qui signifie que la pauvreté n'est pas aussi grande qu'on pourrait le penser. Il y a, essentiellement, trois groupes d'aînés qui connaissent une grande pauvreté. L'un de ces groupes est composé d'immigrants qui n'ont pas encore droit au Supplément de revenu garanti. Le second groupe est composé des aînés qui ont des enfants à charge, dans certains cas des enfants handicapés ou des petits-enfants dont ils s'occupent. Le troisième groupe est constitué des personnes qui ne touchent pas le SRG même si, selon les données, elles y ont droit. Nous ne comprenons pas pourquoi c'est ainsi; il s'agit d'une énigme empirique qui a d'importantes conséquences.

*Témoignages, 14 avril 2008*

Le système de revenu pour aînés repose sur quatre piliers : le Régime de pensions du Canada ou le Régime de rentes du Québec (RPC/RRQ); les régimes de retraite d'employeur; la Sécurité de la vieillesse et le Supplément de revenu garanti (SV et SRG); le revenu personnel tiré d'un travail rémunéré et des économies<sup>98</sup>. Ensemble, ces sources de revenu répondent aux besoins de la plupart des aînés, mais pas de la totalité.

---

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

## 5.1 Pensions

Les pensions, autant les prestations du RPC/RRQ que celles des régimes d'employeur, peuvent être considérées comme une rémunération différée. Les employeurs et les travailleurs cotisent pendant la durée de la vie active pour que ces derniers puissent toucher des prestations après leur retraite à un âge prédéterminé (en général 55 ans pour les régimes privés et 60 ans pour le RPC/RRQ).

Le revenu de pension varie selon le nombre d'années où des cotisations ont été versées et selon le niveau de rémunération applicable au cours de ces années.

### 5.1.1 Régimes de retraite d'employeur

Certains employeurs offrent des régimes de retraite privés, qui prévoient généralement des prestations déterminées calculées d'après la rémunération et le montant des cotisations versées par le travailleur. Le taux de protection a beaucoup augmenté à partir des années 1970, si bien que, en 2003, près de 70 p. 100 des hommes et 53 p. 100 des femmes de plus de 65 ans touchaient un revenu provenant d'un régime de retraite privé<sup>99</sup>.

Le Comité a appris qu'au cours des dernières années, beaucoup de ces régimes à prestations déterminées ont opéré un virage, surtout dans le secteur privé, en devenant des régimes à cotisations déterminées, auquel cas le niveau des prestations est calculé d'après le rendement obtenu sur les cotisations. Au final, le risque est transféré de l'employeur aux travailleurs, ce qui peut accroître la précarité du revenu une fois à la retraite.

D'après les témoignages entendus, on peut s'attendre à ce que la sécurité du revenu régresse du fait que de plus en plus de travailleurs, en particulier les femmes, occupent des emplois atypiques sans régime de retraite privé et que les nombreux changements d'emploi qui surviendront pendant la vie active auront pour effet de restreindre le revenu de pension. Des témoins ont dit au Comité que 40 p. 100 seulement des Canadiens – et le tiers seulement des

---

<sup>99</sup> Martin Turcotte et Grant Schellenberg, *Un portrait des aînés au Canada – 2006*, Statistique Canada, 2007, p. 69 et 70.

Canadiens en dehors du secteur public – participent à un régime de retraite privé à l'heure actuelle.

Par conséquent, même si les régimes de retraite privés ont procuré jusqu'ici un revenu accru aux aînés, il est probable que la tendance s'inversera et que le niveau de revenu tiré de cette source deviendra moins stable dans un proche avenir.

### 5.1.2 Régime de pensions du Canada/Régime de rentes du Québec

Depuis leur instauration en 1966, les régimes publics – RPC/RRQ – demandent des cotisations aux employeurs et aux travailleurs. Maintenant que ces régimes sont parvenus à maturité, la plupart des Canadiens âgés (95 p. 100 des hommes et 85 p. 100 des femmes) touchent des prestations, qui ont représenté environ 20 p. 100 de leur revenu total en 2003<sup>100</sup>. De septembre à décembre 2008, un peu plus de cinq millions de personnes recevront des prestations du RPC et près de 1,7 million, des prestations du RRQ<sup>101</sup>.

Le montant des prestations (en moyenne 4 900 \$ pour les femmes et 6 500 \$ pour les hommes en 2003)<sup>102</sup> est calculé en partie d'après le nombre d'années au cours desquelles les cotisations ont été versées et d'après le niveau de rémunération et de cotisation. Cependant, il est aussi limité par les règles du régime voulant que la prestation maximale corresponde à 25 p. 100 du salaire moyen dans l'industrie.

À la lumière de l'évolution qui se produit dans le type d'emplois disponibles et dans la nature des régimes de retraite privés, le Comité a voulu savoir ce que les témoins recommandaient pour accroître le taux de remplacement du revenu ou relever le maximum des gains auquel s'applique le taux. Plusieurs témoins ont suggéré de faire passer de 40 000 \$ à 60 000 \$ le maximum des gains ouvrant droit à pension, alors que d'autres ont proposé de doubler le taux de

---

<sup>100</sup> Martin Turcotte et Grant Schellenberg, *Un portrait des aînés au Canada – 2006*, Statistique Canada, 2007, p. 99.

<sup>101</sup> Service Canada, « Carte de renseignements du Régime de pensions du Canada », <http://www.rhdsc.gc.ca/fr/psr/statistiques/taux/julsep08.shtml>, consulté le 21 novembre 2008.

<sup>102</sup> Martin Turcotte et Grant Schellenberg, *Un portrait des aînés au Canada – 2006*, Statistique Canada, 2007, p. 69.

remplacement. Des témoins ont également signalé les multiples répercussions qu'aurait pareil changement, même s'il était étalé dans le temps.

Les modalités du RPC n'influent pas uniquement sur le revenu à la retraite. Elles donnent la possibilité de recevoir des prestations dès l'âge de 60 ans (moyennant une légère réduction du montant pour chaque année qui précède 65 ans) ou n'importe quand jusqu'à 70 ans (moyennant une légère hausse du montant pour chaque année après 65 ans). La personne qui veut recevoir des prestations doit avoir cessé de toucher un revenu d'emploi, mais une fois que les prestations commencent à être versées elle peut se remettre à gagner un revenu.

La mesure permettant de déterminer soi-même l'âge auquel on veut commencer à recevoir la pension a été conçue pour donner un large éventail de choix. Or, des témoins ont indiqué au Comité qu'elle a l'effet contraire, car elle encourage financièrement les Canadiens à prendre leur retraite plus tôt. Pour les témoins préoccupés par la pénurie de travailleurs, cet incitatif fait problème et devrait être contrebalancé par un encouragement accru à retarder le paiement des prestations. Toutefois, aux yeux des témoins qui se soucient des travailleurs âgés à faible revenu incapables de garder leur emploi à temps plein, il faudrait abolir la pénalité qui accompagne une participation anticipée. D'autres encore ont fait valoir qu'il n'est pas productif d'amener les gens à quitter leur emploi pour toucher un revenu de retraite.

Le Comité a à cœur d'élargir l'éventail des choix et d'éliminer la pauvreté et considère le RPC/RRQ comme un mécanisme propre à agir en ce sens. Compte tenu de l'aspect technique et intergouvernemental des modifications à apporter au RPC, le Comité recommande :

**19. Que, dans leur prochain examen triennal du RPC, les ministres des Finances envisagent :**

- **de hausser le taux de remplacement du revenu aux termes du RPC (qui est actuellement de 25 p. 100 du revenu admissible);**
- **de porter le maximum des gains ouvrant droit à pension au-delà du salaire moyen;**
- **d'étudier la possibilité de rajustements actuariels au RPC pour encourager davantage les Canadiens**

- à retarder le moment où ils feront une demande de pension aux termes du RPC;
- d'étudier les mécanismes qui permettraient aux travailleurs âgés qui commencent à toucher des prestations avant 65 ans, mais ne reçoivent pas le maximum, de continuer à cotiser au RPC;
  - d'abolir l'exigence voulant que les personnes de 60 à 65 ans qui demandent une pension du RPC quittent leur emploi ou gagnent moins que le maximum autorisé dans les mois précédent la demande;
  - d'instituer une disposition d'exclusion pour les aidants naturels.

Enfin, le Comité a été informé que les personnes qui ont les salaires les plus bas et les emplois les moins stables recevront le moins du RPC/RRQ. Elles se trouvent dans des groupes surreprésentés parmi les pauvres en âge de travailler : les nouveaux arrivants au Canada, les Autochtones et les chefs de famille monoparentale, qui sont surtout des femmes.

Thelma McGillivray, de l'Older Women's Network, a dit au Comité que :

En nombre, les femmes sont plus pauvres que les hommes (sans nier qu'il y a des hommes pauvres) et cela augure mal pour les générations futures qui vieillissent elles aussi. Cela découle d'un certain nombre de facteurs souvent mentionnés : les revenus moins élevés des femmes au cours de leur vie, les responsabilités de l'éducation des enfants et l'inexistence d'un programme national de garderies, conjugués aux modèles traditionnels de travail rémunéré et non rémunéré qui expliquent les revenus moins élevés à la retraite.

*Témoignages, 9 mai 2008*

Derek Hum, de l'Université du Manitoba, a expliqué au Comité pourquoi les immigrants peuvent s'attendre à recevoir des prestations du RPC moins élevées que les autres bénéficiaires :

Ce qui devrait nous préoccuper, c'est l'expérience récente des immigrants. Au cours des deux ou trois dernières décennies, les salaires des immigrants n'ont pas convergé aussi rapidement vers ceux de leurs concitoyens que par le passé. D'après certaines estimations [...], l'écart s'est accru [...] et [...] les immigrants n'arrivent jamais à rattraper leurs concitoyens.

*Témoignages, 11 février 2008*

Le Comité constate que les modalités actuelles du RPC n'offriront pas une sécurité économique suffisante aux femmes, aux immigrants et aux autres personnes confrontées à des obstacles économiques systémiques.

### 5.2 Épargne<sup>103</sup>

En moyenne, les aînés tirent presque tout leur revenu personnel d'un régime de retraite privé; moins de 10 p. 100 provient d'un régime enregistré d'épargne-retraite (REER)<sup>104</sup>. Les aînés à faible revenu n'ont pas toujours touché un revenu suffisant par le passé pour pouvoir réaliser de confortables économies. En outre, les REER ne présentaient pas pour eux d'avantages réels, car leur revenu était soit assez bas pour être exempté d'impôts, soit imposé au même niveau qu'il le serait au moment de la retraite. Enfin, avant les changements annoncés dans le budget de 2007, les bénéficiaires du Supplément de revenu garanti, lié au revenu, voyaient leur supplément amputé d'un montant correspondant à la moitié des sommes retirées d'un REER.

---

<sup>103</sup> Les audiences du Comité ont pris fin au printemps de 2008, avant le ralentissement économique de l'automne 2008 et la chute de valeur des placements de nombreuses personnes âgées. Le Comité n'a pas entendu de témoignages sur l'érosion de la valeur des investissements des aînés, mais il insiste sur la nécessité de prendre des mesures propres à atténuer les effets délétères de la conjoncture actuelle sur les personnes âgées.

<sup>104</sup> Martin Turcotte et Grant Schellenberg, *Un portrait des aînés au Canada – 2006*, Statistique Canada, 2007.

Les REER incitent à l'épargne en soustrayant à l'impôt la cotisation versée pour une année donnée. L'impôt est exigible au moment du retrait, ce qui encourage les participants à retirer leurs fonds au moment où leur revenu (et leur niveau d'imposition) est bas. Ce régime vise à augmenter le revenu personnel à la retraite, mais il ne sanctionne ni n'interdit les retraits avant cette période, ce qui permet d'utiliser ce type d'épargne pour régulariser l'apport de fonds au cours d'une période de faible revenu.

Le Comité croit que l'épargne-retraite n'est pas à la portée des personnes à faible revenu, mais que les REER peuvent aider à régulariser des revenus variables.

Le parcours de vie traditionnel école-travail-retraite fait place graduellement à de multiples itinéraires caractérisés par une participation fragmentée au marché du travail. Il est concevable que cette tendance se poursuive, modifiant la définition de la retraite et justifiant l'adoption de mesures qui faciliteront les choix quant aux périodes de vie propices à l'étude, au travail, à l'éducation des enfants et à la retraite. L'adaptation des programmes et politiques au parcours de vie part du principe que l'emploi et le revenu varieront au cours d'une vie : les particuliers et les ménages ont besoin de consacrer moins de temps à leur vie professionnelle pendant certaines périodes et ont une rémunération plus ou moins élevée selon les périodes. Le fait que plus de 40 p. 100 des Canadiens qui retirent des sommes de régimes de retraite privés ou de REER<sup>105</sup> ont moins de 65 ans montre que ces régimes servent à corriger les variations dans l'emploi et le revenu qui se présentent au cours d'une vie et pas seulement à procurer un revenu à la retraite. Les REER offrent donc cette souplesse, mais le Comité a néanmoins appris que la plupart des personnes à faible revenu ne placent pas, ou à peu près pas, d'argent dans ces régimes.

### 5.3 Sécurité de la vieillesse et Supplément de revenu garanti

Le système public de sécurité du revenu prévoit une prestation de Sécurité de la vieillesse (SV) pour tous les aînés qui répondent au

---

<sup>105</sup> Finances Canada, cité dans Projet de recherche sur les politiques, *Encourager les choix touchant le travail et le départ à la retraite – Rapport de projet*, 2005, p. 16.

critère du statut de résident ainsi que le Supplément de revenu garanti (SRG) pour les personnes à faible revenu. Presque tous les aînés touchent des prestations de ces sources<sup>106</sup> (95 p. 100)<sup>107</sup>, mais à peine plus du tiers bénéficient du SRG<sup>108</sup>. Pour la période d'octobre à décembre 2008, la prestation mensuelle maximale de la SV est de 516,96 \$, et celle du SRG est de 641,51 \$ pour un célibataire<sup>109</sup>. Quelque 4,5 millions de Canadiens recevront des paiements de la SV au cours de cette période, et 1,6 million toucheront aussi soit la SV et soit l'Allocation au conjoint (l'allocation régulière ou celle qui est versée à la mort du bénéficiaire<sup>110</sup>).

Cependant, comme indiqué plus haut, même ensemble, la SV et le SRG n'élèvent pas tous les aînés jusqu'au seuil de faible revenu, surtout dans les grandes villes. Qui plus est, lorsque le coût des produits de première nécessité augmente plus vite que les prestations, malgré l'indexation, de nombreux aînés n'ont plus les moyens de combler leurs besoins fondamentaux. Les fortes hausses des prix des aliments et de l'essence en sont des illustrations.

Le Comité recommande :

**20. Que le gouvernement du Canada augmente le Supplément de revenu garanti pour éviter que des ménages se situent sous le seuil de pauvreté, lequel correspond par définition au seuil de faible revenu. L'augmentation du SRG ne doit pas faire perdre le droit aux subventions ou services provinciaux ou territoriaux destinés aux personnes âgées.**

---

<sup>106</sup> Les deux programmes prévoient un revenu maximal au-delà duquel les prestations sont réduites. Pour la SV, ce maximum est de 64 718 \$, et aucune prestation n'est versée à une personne dont le revenu est supérieur à 105 266 \$. Pour le SRG, le revenu maximal à partir duquel les prestations sont réduites est de 37 584 \$. Comme le présent chapitre porte sur l'élimination de la pauvreté, il ne vise pas les personnes qui ne touchent pas de prestations parce que leur revenu dépasse la limite permise.

<sup>107</sup> Martin Turcotte et Grant Schellenberg, *Un portrait des aînés au Canada – 2006*, Statistique Canada, 2007, p. 69.

<sup>108</sup> Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Vieillir pauvre au Canada*, 2006, p. 12.

<sup>109</sup> Service Canada, « Carte de renseignements du Régime de pensions du Canada », <http://www.rhdcc.gc.ca/fra/psr/sv/svtaux.shtml>, consulté le 24 novembre 2008.

<sup>110</sup> Service Canada, « Carte de renseignements du Régime de pensions du Canada », <http://www.rhdsc.gc.ca/fr/psr/statistiques/taux/julsep08.shtml>, consulté le 24 novembre 2008.

### 5.3.1 Accès

Des témoins ont dit au Comité que les Canadiens ont beau être nombreux à bénéficier de ces prestations, ce sont les personnes qui ne les reçoivent PAS qui ont les revenus les plus bas. Les deux principaux groupes non bénéficiaires sont les immigrants qui ne sont pas au Canada depuis assez longtemps pour être admissibles aux programmes et les personnes qui n'ont pas présenté de demande de prestations même si elles y ont droit.

#### Immigrants âgés

Au fil de son étude, le Comité a appris que les aînés immigrants sont particulièrement susceptibles de vivre dans la pauvreté. Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2003, 26 p. 100 des aînés immigrants appartenaient au quartile de revenu inférieur, comparativement à 15 p. 100 chez les aînés non immigrants. Cette situation est attribuable en partie au double inconvénient qu'ils subissent face au système de pension canadien.

Premièrement, comme on l'a vu précédemment, les immigrants ne cotisent pas au Régime de pensions du Canada (RPC) autant que les Canadiens de naissance, car ils gagnent moins leur vie durant. Ces cotisations plus faibles ou moins nombreuses leur valent une pension moins élevée à la retraite.

Deuxièmement, les immigrants sont aussi désavantagés par les programmes de pension sans cotisations, comme la SV et le SRG, en raison des critères de résidence. Pour avoir droit à la SV, il faut être citoyen canadien ou résident légal du Canada, avoir 65 ans ou plus et avoir résidé au Canada pendant au moins 10 ans après l'âge de 18 ans. La pension intégrale de la SV n'est offerte qu'aux personnes ayant vécu au Canada pendant au moins 40 ans.

Toutefois, une pension partielle de la SV peut être versée aux personnes qui ne répondent pas aux exigences d'une pension complète. La pension partielle correspond à 1/40 de la pension mensuelle intégrale pour chaque année complète de résidence au Canada après l'âge de 18 ans. De même, le SRG n'est accessible qu'aux bénéficiaires de la SV.

Pour permettre aux immigrants de surmonter ces obstacles et aux Canadiens vivant à l'étranger de toucher des prestations, le gouvernement du Canada a commencé à négocier des accords

internationaux de sécurité sociale en 1977. En vertu de l'ensemble des dispositions que renferment ces accords, les immigrants pourraient toucher des prestations du programme de sécurité sociale de leur pays d'origine et devenir admissibles plus tôt aux prestations partielles de la SV et du SRG au Canada.

À ce jour, le Canada a signé 50 accords de sécurité sociale, dont 48 sont en vigueur. Ces accords ont été conclus avec cinq des dix principaux pays d'origine des nouveaux résidents permanents de 2006, soit les Philippines, les États-Unis, le Royaume-Uni, la République de Corée et la France.

Les témoins ont dit reconnaître l'importance de ces accords de réciprocité pour la sécurité du revenu des aînés immigrants, en ajoutant toutefois que cela n'allégeait pas le fardeau économique des aînés originaires de pays qui n'ont pas conclu d'accord de réciprocité, comme l'Inde, le Pakistan et le Sri Lanka.

Cette situation amène certains à militer pour que les critères d'admissibilité à la SV soient fondés sur la citoyenneté plutôt que sur le nombre d'années de résidence au Canada. Dans sa réponse au questionnaire du Comité, Women Elders in Action a indiqué que toute personne qui acquiert la citoyenneté canadienne devrait être admissible aux prestations. Ce point de vue concorde avec celui de chercheurs qui ont conclu dans un article que l'admissibilité aux prestations basée sur la citoyenneté permettrait d'augmenter grandement le revenu de retraite des nouveaux immigrants<sup>111</sup>. Le Comité réitère l'importance d'assouplir le critère de résidence pour la SV, comme il le recommande au chapitre 1.

Le Comité réitère l'importance d'assouplir le critère de résidence pour la SV, comme il le recommande au chapitre 1.

### Non-participation

Le Comité a été déçu d'apprendre qu'un grand nombre d'aînés admissibles aux prestations n'en reçoivent pas parce qu'ils n'ont pas

<sup>111</sup> Patrik Marier et Suzanne Skinner, « The Impact of Gender and Immigration on Pension Outcomes in Canada », communication présentée à la conférence annuelle de l'Association canadienne de science politique, Saskatoon, tenue du 30 mai au 2 juin, p. 12.

présenté de demande ou parce qu'ils ne se sont pas conformés à la procédure à suivre.

Ce problème ne date pas d'hier. En 2001, le Comité permanent du développement des ressources humaines et de la condition des personnes handicapées a déposé un rapport intitulé *Le supplément de revenu garanti à la portée de tous : un devoir*. À cette époque, Statistique Canada signalait que 84 p. 100 des aînés admissibles bénéficiaient du SRG, mais que, parmi ceux qui devaient présenter une demande (parce qu'ils n'avaient pas produit de déclaration de revenus et que le renouvellement n'était pas automatique), seulement 41 p. 100 l'avaient fait<sup>112</sup>.

Le ministère responsable du paiement des prestations a réagi en déployant des efforts concertés pour contacter tous les aînés admissibles et s'assurer qu'ils étaient au courant de leur droit. Il a par exemple envoyé de l'information par la poste aux aînés qui avaient fait état d'un faible revenu dans leur déclaration de revenu, il a communiqué des renseignements lors de rencontres et d'activités pour les aînés et a lancé une campagne de publicité nationale dans la presse écrite et à la télévision, y compris dans les journaux locaux et les médias qui ciblent les aînés<sup>113</sup>. Le Ministère a annoncé que la campagne avait donné lieu à plus de 17 000 appels téléphoniques.

Étant donné que les prestations du SRG sont liées au revenu, leur renouvellement annuel est basé sur l'information donnée au sujet du revenu. En 2006, la vérificatrice générale a étudié la question de la SV et du SRG, signalant que des mesures avaient été prises pour améliorer le taux de participation, notamment le renouvellement automatique des prestations du SRG pour les bénéficiaires qui ont produit une déclaration de revenus et l'envoi d'avis de renouvellement aux autres bénéficiaires<sup>114</sup>. De plus, en mai 2007, une loi a été adoptée

---

<sup>112</sup> Preston Poon, « Le SRG : qui n'en profite pas? », *L'emploi et le revenu en perspective*, Statistique Canada, octobre 2007, p. 11, consulté à l'adresse [http://www.statcan.ca/francais/freepub/75-001-XIF/11005/art-1\\_f.pdf](http://www.statcan.ca/francais/freepub/75-001-XIF/11005/art-1_f.pdf) le 27 juin 2008.

<sup>113</sup> Développement des ressources humaines Canada, *Rapport sur le rendement pour la période se terminant le 31 mars 2003*, consulté à l'adresse [http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr/02-03/HRDC-DRHC/HRDC-DRHC03D-PR\\_f.asp?printable=True](http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr/02-03/HRDC-DRHC/HRDC-DRHC03D-PR_f.asp?printable=True) le 28 mai 2008.

<sup>114</sup> Bureau du vérificateur général, « Chapitre 6 — La Sécurité de la vieillesse — Ressources humaines et Développement social Canada et Service Canada », *Rapport de la vérificatrice générale du Canada*, novembre 2006, consulté à

pour permettre aux aînés de ne demander qu'une seule fois les prestations de la SV et du SRG; depuis, si leur revenu a dépassé le seuil prévu pour le SRG une année mais qu'ils sont admissibles l'année suivante, ils n'ont pas besoin de présenter une nouvelle demande.

Malgré ces efforts, il y a encore trop d'aînés admissibles qui ne reçoivent pas les prestations auxquelles ils ont droit, d'après ce qui a été dit au Comité. Marjorie Wood, de Creative Retirement Manitoba, a formulé l'observation suivante :

[...] le nombre de personnes qui ne réclament pas le SRG témoigne de l'existence d'un problème systémique plus sérieux. J'ai l'impression que ces gens sont tombés entre les mailles du filet. Ils pensent peut-être qu'ils n'ont pas à remplir de déclaration d'impôt parce qu'ils ne gagnent pas d'argent. Ils vivent peut-être à la limite du seuil de pauvreté ou en dessous de celui-ci, ne remplissent pas de déclaration d'impôt et ne reçoivent donc pas la prestation. Nous ne le saurons jamais si nous n'avons pas de renseignements à leur sujet. Comment atteindre les personnes qui se trouvent dans cette situation?

*Témoignages, 7 mai 2007*

Un mémoire présenté par l'Assemblée des Premières Nations, dont les membres ont un taux de participation moindre que la population en général, met en lumière deux obstacles à l'accessibilité des prestations : l'absence de renseignements suffisamment clairs pour être utiles et la complexité de la procédure à suivre pour faire une demande<sup>115</sup>. Les formulaires en français ou en anglais ne répondent pas aux besoins de tous les immigrants ou membres des Premières nations.

Le Comité est d'avis que le fait de rendre les prestations plus accessibles à ceux qui y ont droit est un pas important vers l'élimination de la pauvreté chez les aînés.

En s'appuyant sur l'information recueillie, le Comité est d'avis que le fait de rendre les prestations plus accessibles à ceux qui y ont

---

l'adresse [http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/francais/aud\\_ch\\_oag\\_2006\\_6\\_f\\_14974.html#ch6hd3a](http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/francais/aud_ch_oag_2006_6_f_14974.html#ch6hd3a) le 27 juin 2008.

<sup>115</sup> Assemblée des Premières Nations, « Soutenir le cycle de la prestation de soins : Les Premières nations et le vieillissement », mémoire présenté au Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, mai 2007, p. 23.

droit est un pas important vers l'élimination de la pauvreté chez les aînés.

Le Comité a également été informé que les aînés qui omettent de demander les prestations auxquelles ils ont droit vivent souvent seuls, sans grands contacts sociaux. Carolyn Rosenthal, du Hamilton Council on Aging, lui a parlé des efforts de son organisme pour informer les quelque 4 000 aînés de Hamilton qui ne reçoivent pas les prestations auxquelles ils ont droit :

Le mieux que je puisse vous dire en ce moment, c'est que la collaboration avec les associations locales et les groupes de quartier, y compris les organismes confessionnels établis dans certaines collectivités, s'est révélée utile pour joindre les personnes. Toutefois, le processus consiste vraiment à surmonter un défi à la fois. C'est un travail pénible.

*Témoignages, 9 mai 2008*

Ces témoignages confirment au Comité l'importance des organismes non gouvernementaux et de leurs bénévoles dans les démarches faites pour accroître l'accessibilité des programmes de sécurité du revenu pour les aînés à faible revenu. Le rôle des bénévoles est examiné plus en détail au chapitre 7.

Le Comité a aussi été informé que les aînés qui s'inscrivent à la SV et au SRG ont droit à des paiements rétrospectifs pour une période de seulement 11 mois. Les mêmes restrictions s'appliquent au RPC. Comme les prestations du RPC sont financées par les employeurs et les travailleurs et que la SV et le SRG visent à combattre la pauvreté chez les aînés, le Comité recommande :

**21. Que le gouvernement fédéral mène de vigoureuses campagnes d'information pour veiller à ce que toutes les personnes admissibles touchent les prestations de retraite et autres prestations liées à l'âge auxquelles elles ont droit. À cette fin, le gouvernement doit :**

- informer les personnes âgées de tous les programmes fédéraux de soutien du revenu auxquels elles peuvent être admissibles quand elles présentent une demande à l'égard de l'un d'entre eux;

- offrir aux personnes âgées des formulaires de demande dans les langues autochtones et dans la langue des grandes populations d'immigrants;
- verser des remboursements rétroactifs, avec intérêts, aux personnes admissibles qui n'ont pas présenté de demande de SV/SRG à 65 ans ou de prestations du RPC à 70 ans ou qui ont essuyé un refus en raison d'erreurs administratives.

## 5.4 Revenu d'emploi

Des témoins ont dit au Comité que la réglementation actuelle sur les pensions, conjuguée aux mesures fiscales, encourage les gens à quitter leur emploi lorsque leurs prestations de retraite ont atteint le niveau maximal, ce qui est parfois le cas dès l'âge de 55 ans. Pour donner un éventail de choix au moyen de programmes neutres et pour éviter l'âgisme, le Comité aimerait faire abolir les éléments dissuasifs et incitatifs qui peuvent jouer dans la décision de prendre ou non sa retraite, comme en témoignent les recommandations formulées plus haut. Ce faisant, le Comité sait qu'il est judicieux d'encourager les gens à travailler dans la perspective d'un parcours de vie. Terrence Hunsley, du Projet de recherche sur les politiques, a dit ceci au Comité :

Nous recommandons qu'il soit fait en sorte que le processus soit rendu plus souple en supprimant certains des incitatifs existants. Ceux-ci peuvent être le fait de lois touchant les régimes de pension privés ou de la façon dont sont calculées les prestations [...] Tout est dans le détail, mais c'est en regardant ces détails que l'on pourra peut-être trouver des moyens d'augmenter la flexibilité dont pourraient jouir tant les employeurs que les employés dans leurs décisions de travailler, de prendre leur retraite, de combiner travail et retraite et diverses activités, selon l'étape où ils sont dans leur vie.

*Témoignages, 19 février 2007*

Le Comité croit qu'il faut modifier les programmes pour donner une plus grande latitude dans les décisions sur le travail et la retraite.

Des témoins ont signalé au Comité que la tendance à partir tôt du marché du travail (dès 55 ans, la moyenne étant de 60 ans) est en train de se renverser depuis quelques années. Les Canadiens, et en particulier les femmes, sont plus nombreux à choisir de travailler jusqu'à

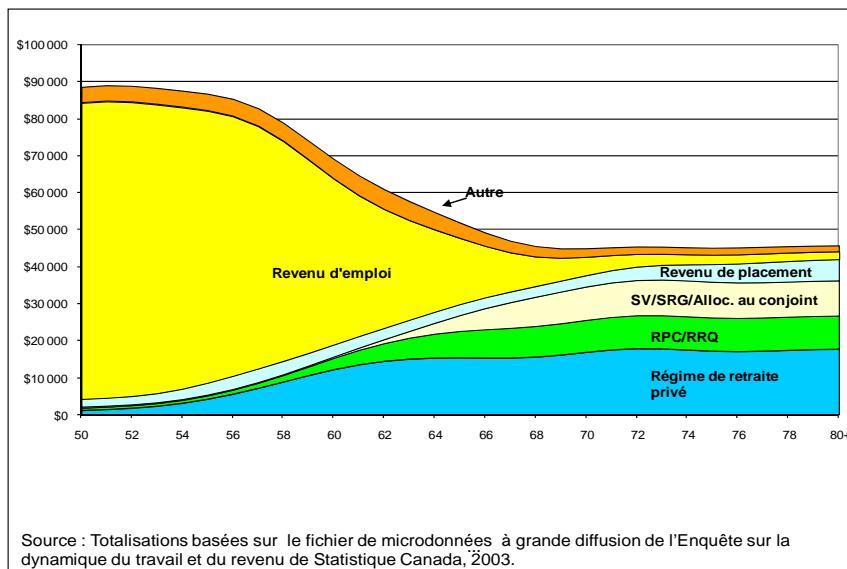
l'âge de 65 ans ou plus, souvent à temps partiel ou à leur compte. Byron Spencer, de l'Université McMaster, a expliqué au Comité en quoi ce revirement peut être une arme à double tranchant :

[...] on a constaté un redressement prononcé de ce taux [de participation à la vie active] pour des raisons encore mal comprises, mais cela pourrait partiellement s'expliquer par leur meilleur état de santé. Le fait qu'il y ait des emplois disponibles pour eux y est pour beaucoup. S'ils perdent leur emploi, ils peuvent se tourner vers autre chose car le marché du travail a généralement été actif au cours de ces années. En outre, leur sécurité du revenu a été ébranlée quelque peu au cours de cette période, ce qui fait qu'ils sont plus intéressés à demeurer au sein de la population active.

*Témoignages, 6 novembre 2006*

Lors d'une conférence qui a eu lieu en 2006, M. Spencer a présenté le graphique ci-dessous, qui illustre le rôle du revenu d'emploi dans le revenu des hommes de 50 ans et plus. Le diagramme équivalent pour les femmes montre que le revenu d'emploi occupe une place encore plus importante chez elles à un âge plus avancé.

Graphique 5.2 - Sources de revenu : Ménages dirigés par un homme, selon l'âge, Canada, 2003



Source : Byron G Spencer, « Retirement Income and the Public-Private Balance: Lurking Dangers », communication pour la conférence annuelle 2006 du Queen's International Institute on Social Policy de l'Université Queen's, 21 au 23 août 2006.

L'intérêt manifesté par le Comité à cet égard est étroitement lié à la question du choix, qui est traitée plus en détail ci-dessous.

En outre, le Comité a été informé des répercussions, sur les femmes, des salaires plus bas qu'elles ont toujours eus ainsi que des effets résiduels du temps qu'elles ont passé en dehors du marché du travail à s'occuper – sans rémunération – des enfants, des parents et d'autres membres de la famille. Kathleen Lahey a fait ce constat :

Comme elles ont un revenu moins élevé, des capacités d'épargne inférieures, une capacité de cotisation au Régime de pensions du Canada moins élevée — sur le plan des heures assurables, de la rémunération assurable et du montant disponible par l'entremise du régime de pension —, elles arrivent à l'âge de 50 ans avec un actif beaucoup moins important que celui des hommes.

*Témoignages, 14 avril 2008*

### 5.4.1 Le choix de continuer à travailler

Mises à part les dispositions du RPC et des règlements fiscaux sur le revenu provenant de régimes de retraite privés, il y a relativement peu de politiques ou de programmes gouvernementaux qui brident le choix de continuer à travailler, surtout depuis l'abolition de la retraite obligatoire dans la totalité des provinces et des territoires. Des témoins ont dit au Comité qu'il n'y a pas de raison d'imposer un âge pour la retraite, en particulier un âge aussi peu avancé que 65 ans. Selon Peter Hicks, de Ressources humaines Canada :

Il n'y a aucun facteur biologique qui nous indique que nous devons partir à la retraite à l'âge de 65 ans. Évidemment, au début du siècle dernier, c'était peut-être le cas pour les travailleurs manuels, comme ceux travaillant dans la construction ou sur les lignes d'usinage. Dans la plupart des cas, ces personnes ne pouvaient travailler bien au-delà de l'âge de 65 ans, mais ce n'est pratiquement plus le cas de nos jours. Parallèlement, sur le plan social, aucune raison évidente n'explique pourquoi nous devrions abandonner, à l'âge de 65 ans, une des institutions les plus importantes et les plus valorisantes de notre société. Certaines personnes arrêtent de travailler pour des raisons de santé ou autres, mais rien dans notre société ou notre biologie ne dicte que nous devons prendre notre retraite à l'âge de 65 ans.

*Témoignages, 4 décembre 2006*

On a toutefois dit au Comité que des considérations de nature principalement économique et humaine peuvent limiter ce choix.

Concernant la question de savoir si les travailleurs sont plus – ou moins – productifs à mesure qu'ils vieillissent, des économistes soutiennent que la santé et la mémoire tendent à diminuer tandis que d'autres font valoir que la mémoire institutionnelle et les compétences s'améliorent avec le temps. Comme on l'a vu au chapitre 1, les faits montrent que la grande majorité des gens prennent leur retraite avant que leur capacité de travailler s'amenuise. Compte tenu des pénuries de travailleurs, presque tous pensent qu'il serait bon d'encourager les travailleurs âgés à demeurer dans la population active.

À titre d'exemple, la Chambre de commerce de Calgary a fait les commentaires suivants dans un mémoire présenté au Groupe d'experts sur les travailleurs âgés, qui relève du gouvernement fédéral :

Les travailleurs âgés représentent une source importante mais sous-utilisée de compétences et de main-d'œuvre dans l'économie canadienne. Cependant, les programmes et les politiques du gouvernement fédéral qui touchent la retraite, comme le Régime de pensions du Canada, la Sécurité de la vieillesse et les mesures privées d'épargne donnant droit à une aide fiscale, ne correspondent pas à la réalité canadienne actuelle en ce qui concerne la situation démographique, la retraite et l'espérance de vie. En fait, ces programmes tendent à freiner la participation des travailleurs âgés alors qu'ils pourraient être modifiés pour encourager le maintien sur le marché du travail<sup>116</sup>.

Des témoins ont fait savoir au Comité que les personnes à faible revenu voyaient souvent leur revenu augmenter lorsqu'elles arrêtaient

Le Comité exhorte le gouvernement fédéral à lancer une campagne d'information sur les changements annoncés dans les récents budgets concernant les programmes de soutien du revenu pour les aînés, y compris l'exemption de 3 500 \$ sur le revenu gagné des bénéficiaires du SRG, les modifications législatives qui ont éliminé les obstacles à la retraite progressive et l'instauration de la nouvelle mesure d'épargne.

de travailler et recevaient les prestations du RPC, de la SV et du SRG auxquelles elles avaient droit. Jusqu'à tout récemment, les aînés à faible revenu qui touchaient le SRG avaient une excellente raison de ne pas vouloir retourner sur le marché du travail, car la moitié de chaque dollar gagné était déduite de leurs prestations. Le budget 2008 a modifié la réglementation en exemptant la première tranche de 3 500 \$ du revenu gagné dans le calcul du SRG,

ce qui a pour effet de donner plus de choix aux aînés à faible revenu.

Le Comité se réjouit de cette décision et tient à s'assurer que les aînés à faible revenu sont au courant de la nouvelle exemption et d'autres modifications récentes. Par conséquent, il exhorte le

<sup>116</sup> Chambre de commerce de Calgary, « Older Workers: Amending Federal Government Retirement Programs to Tap Into an Underutilized Pool of Labour Supply », mémoire présenté au Groupe d'experts sur les travailleurs âgés, 30 juillet 2007, p. 2.

gouvernement fédéral à lancer une campagne d'information sur les changements annoncés dans les récents budgets concernant les programmes de soutien du revenu pour les aînés, y compris l'exemption de 3 500 \$ sur le revenu gagné des bénéficiaires du SRG, les modifications législatives qui ont éliminé les obstacles à la retraite progressive et l'instauration de la nouvelle mesure d'épargne.

### 5.4.2 L'absence de choix

Le Comité a été informé qu'il existe des préjugés sur les aînés et leurs compétences (ce dont on traite plus en détail au chapitre 1). C'est particulièrement le cas des travailleurs âgés qui ont été licenciés par suite d'une réduction d'effectifs dans leur entreprise ou qui ne peuvent continuer parce que leur emploi est trop difficile physiquement. Ils ont souvent du mal à trouver un emploi dans le même secteur d'activité et à trouver des programmes de recyclage adéquats et utiles. Selon ce qui a été dit au Comité, il arrive souvent que les travailleurs âgés en chômage n'aient pas la scolarité et les compétences nécessaires pour occuper les emplois vacants.

Le Comité a appris qu'une bonne proportion des retraites involontaires sont prises pour des raisons de santé ou pour des soins à donner à un membre de la famille. C'est ce qu'a précisé au Comité Kevin Milligan, de l'Université de la Colombie-Britannique :

[...] il ne faut pas perdre de vue que ce n'est pas tout le monde qui a le choix. Environ 25 p. 100 des gens appartenant à ce groupe d'âge prennent leur retraite pour des raisons de santé, tandis que 10 p. 100 le font pour s'occuper d'un membre de leur famille. Ces personnes n'ont pas nécessairement le choix, et, par conséquent, on veut être certain de mettre au point un mécanisme équitable pour elles.

*Témoignages, 14 avril 2008*

Le Comité a reçu des témoignages à ce sujet, mais la question était l'unique objet du Groupe d'experts sur les travailleurs âgés, présidé par la sénatrice à la retraite Erminie Cohen et créé par le

ministre des Ressources humaines et du Développement social<sup>117</sup>. L'examen des mémoires soumis au Groupe d'experts a permis de corroborer les témoignages entendus par le Comité et d'étoffer l'information et les propositions reçues.

Les témoignages et les mémoires présentés au Comité et au Groupe d'experts proposaient diverses solutions, notamment plus d'activités de formation pour les travailleurs âgés (financées, peut-être, par le régime d'assurance-emploi expressément pour eux); une hausse de la Prestation fiscale pour le revenu gagné et une plus grande flexibilité, pouvant être facilitée par des changements dans les normes du travail provinciales et territoriales, pour permettre aux travailleurs âgés de continuer à travailler à temps partiel; des subventions salariales pour les employeurs; une période de prestations prolongée en vertu du régime d'assurance-emploi pour faire la transition jusqu'à l'arrivée d'autres formes de revenu, entre autres les prestations du RPC.

Le Comité veut attirer l'attention sur les obstacles créés par l'âgisme. Judy Cutler, de l'Association du Canada pour les gens de 50 ans et plus (CARP), a dit au Comité :

[...] même dans les régions où la retraite n'est plus obligatoire, des travailleurs plus âgés continuent d'être confrontés au problème de l'âgisme car certains employeurs exercent de la discrimination dans leurs pratiques d'embauche [...] même s'ils n'ont, dans certains cas, que 45 ans.

*Témoignages, 11 décembre 2006*

Le Comité est conscient du fait que cette discrimination va à l'encontre des lois canadiennes sur les droits de la personne et des traités internationaux en la matière que le Canada a signés et qu'elle pourrait nuire à la compétitivité future du pays. Par conséquent, il

Le Comité exhorte le gouvernement fédéral à lancer une campagne de sensibilisation à la discrimination contre les travailleurs âgés et à examiner de façon plus active le traitement qu'ils subissent afin de faire respecter les mesures législatives et réglementaires en la matière.

<sup>117</sup> Le rapport du Groupe d'experts sur les travailleurs âgés, *Soutien et engagement des travailleurs âgés dans la nouvelle économie* peut être consulté en ligne à l'adresse

[http://www.rhdcc.gc.ca/fra/publications\\_ressources/pmt/eta/2008/page00.shtml](http://www.rhdcc.gc.ca/fra/publications_ressources/pmt/eta/2008/page00.shtml).

exhorte le gouvernement fédéral à lancer une campagne de sensibilisation à la discrimination contre les travailleurs âgés et à examiner de façon plus active le traitement qu'ils subissent afin de faire respecter les mesures législatives et réglementaires en la matière.

### 5.5 Le système de sécurité du revenu

Le présent rapport a jusqu'ici mis en lumière des éléments particuliers du revenu sur lesquels comptent les aînés, mais le Comité a aussi été informé par des témoins que certains des problèmes à l'origine de la pauvreté ont un lien avec l'ensemble des sources de revenu et leur interaction.

#### 5.5.1 Caractère suffisant du revenu

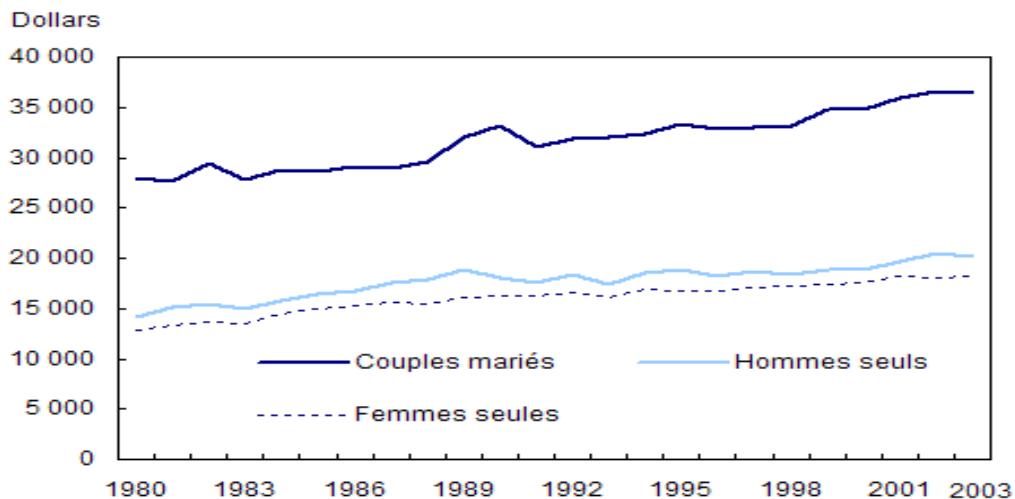
Par exemple, de nombreux témoins ont indiqué au Comité que les aînés disposaient d'un revenu insuffisant, en particulier les femmes et les hommes vivant seuls, comme le montre le graphique ci-dessous<sup>118</sup>.

Même lorsque les prestations combinées de la SV et du SRG correspondent au seuil de faible revenu de Statistique Canada, les aînés sont à la merci d'une dépense imprévue ou d'une situation d'urgence.

---

<sup>118</sup> Martin Turcotte et Grant Schellenberg, *Un portrait des aînés au Canada – 2006*, Statistique Canada, 2007, p. 68.

Graphique 5.3 – Revenu médian après impôt des familles d'aînés et des aînés seuls, de 1983 à 2003



Sources : Statistique Canada, Enquête sur les finances des consommateurs, Enquête sur la dynamique du travail et du revenu.

Plusieurs témoins ont évoqué par ailleurs la complexité des programmes de sécurité du revenu et de leur interaction et expliqué en quoi cela peut empêcher les aînés de recevoir les prestations auxquelles ils ont droit et, par conséquent, contribuer à leur pauvreté. Dans un mémoire présenté au Comité, l'Assemblée des Premières Nations a fait la recommandation suivante :

Il faudrait entreprendre une analyse approfondie des programmes de soutien financier destinés aux aînés des Premières nations, dont les régimes de retraite américains et les REER, et produire un manuel pratique et facile à comprendre que le personnel ou les aînés des Premières nations peuvent utiliser lorsqu'ils demandent la SV, le SRG et le RPC. Ces documents devraient expliquer les critères d'admissibilité et les raisons pour lesquelles une personne peut ne pas être admissible à certaines prestations. Des documents de formation et de soutien doivent être élaborés et distribués aux fournisseurs de services des Premières nations pour qu'ils soient en mesure d'aider les aînés à demander et à recevoir ces prestations<sup>119</sup>.

<sup>119</sup> Assemblée des Premières Nations, « Soutenir le cycle de la prestation de soins : Les Premières nations et le vieillissement », mémoire présenté au Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, mai 2007.

Certains témoins ont préconisé une augmentation du SRG, ce à quoi souscrit le Comité, alors que d'autres ont plaidé en faveur d'un changement dans la combinaison des programmes. Par exemple, Jean-Guy Saint-Gelais, de la Conférence des Tables régionales de concertation des aînés du Québec, a dit au Comité :

[...] il faudrait aussi [voir à ce que,] en incluant la sécurité du revenu, les régimes de retraite des gouvernements fédéral, provincial ou un régime privé [...] la personne reçoive au moins le minimum du seuil de pauvreté reconnu par le gouvernement du Canada. Actuellement, ce n'est pas le cas.

*Témoignages, 4 juin 2007*

Un autre témoin a indiqué qu'il faudrait coordonner les prestations payables aux aînés qui sont aussi des anciens combattants.

Vu la complexité de l'interaction entre les programmes de la sécurité du revenu et la nécessité d'assurer un revenu satisfaisant aux aînés, le Comité recommande :

**22. Que le gouvernement fédéral examine plus à fond la possibilité d'un revenu annuel garanti pour tous les Canadiens.**

---

### 5.5.2 Efficacité

Dans le même ordre d'idées, on a parlé au Comité d'interactions inattendues entre programmes qui se répercutent sur l'accès aux services et sur le revenu, en particulier lorsqu'on passe d'un ordre de gouvernement à l'autre. Ainsi, le Comité a appris que la participation au programme du SRG était parfois une condition d'admissibilité à des services fournis par les gouvernements provinciaux, car elle sert d'indicateur de faible revenu.

Le Comité a également été informé de cas où des prestations provenant d'une source fédérale sont déduites de prestations supplémentaires provinciales destinées aux aînés et de cas où le paiement de prestations majorées fait perdre l'accès à des services provinciaux. Par conséquent, il répète que le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux fassent en sorte que la

hausse des prestations de la SV ou du SRG n'entraîne pas la perte de l'admissibilité aux subventions ou aux services pour aînés.

Les témoignages avaient un thème en commun : les changements démographiques rapides et leur interaction avec un marché du travail et une économie qui évoluent rapidement. Par conséquent, le Comité exhorte le gouvernement fédéral à analyser les effets de la participation de plus en plus diversifiée au marché du travail sur les programmes prévus de sécurité du revenu à la retraite.

Plusieurs témoins ont mis en lumière la nécessité d'accroître la collaboration et la planification intergouvernementales et intersectorielles pour assurer une sécurité du revenu aux aînés, à l'exemple de ce qui s'est fait dans des domaines comme le logement et le vieillissement en bonne santé. Bob Baldwin, associé principal chez Informetrica, a dit au Comité :

Le Comité exhorte le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux, le milieu des affaires et les syndicats à discuter des manières de modifier l'activité et, partant, la sécurité du revenu des aînés.

Pour qu'il y ait une réelle collaboration, le gouvernement peut former des groupes de discussion visant à rassembler des gens du milieu des affaires et du milieu syndical pour qu'ils discutent des différentes façons de rendre l'environnement de travail attrayant pour les travailleurs aînés. Je sais que le Programme du travail a mis en place une initiative modeste en ce sens il y a quelques années, mais je ne crois pas qu'on y a donné suite.

Il faut bien se rendre compte que le gouvernement ne peut pas y parvenir en faisant cavalier seul. Si vous envisagez un effort conjoint, je crois que le gouvernement devra probablement mener la barque.

*Témoignages, 14 avril 2008*

Par conséquent, le Comité exhorte le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux, le milieu des affaires et les syndicats à discuter des manières de modifier l'activité et, partant, la sécurité du revenu des aînés.

### 5.5.3 Éléments d'actif et revenu

Statistique Canada a signalé que la maison représente une part de plus en plus grande de l'actif des aînés et qu'une proportion croissante d'aînés sont propriétaires. Des témoins ont dit au Comité que cette situation crée une anomalie, à savoir que des personnes âgées peuvent posséder des éléments d'actif importants qui ne génèrent pas de revenu. Les aînés sont alors pauvres par manque de liquidités et peuvent se sentir obligés de vendre leur maison alors qu'ils préféreraient vieillir chez eux.

Le Comité a été saisi du programme de report de l'impôt foncier administré par la province de la Colombie-Britannique. La province

Le Comité exhorte le gouvernement fédéral à examiner d'autres moyens, pour les propriétaires de maison, d'exploiter la valeur de leur maison pour en tirer un avantage financier.

verse l'impôt à la municipalité, et le propriétaire ne rembourse la somme, moyennant un taux d'intérêt modéré, qu'au moment de la vente ou de la cession de la propriété<sup>120</sup>. D'autres provinces et des administrations locales ont des programmes similaires de report de l'impôt foncier, dont certains sont exempts d'intérêt, mais dans ces cas, les municipalités assument elles-mêmes la baisse de revenus au lieu de se faire rembourser par un programme provincial<sup>121</sup>.

Par conséquent, le Comité exhorte le gouvernement fédéral à examiner d'autres moyens, pour les propriétaires de maison, d'exploiter la valeur de leur maison pour en tirer un avantage financier.

---

<sup>120</sup> Cliff Boldt, directeur, B.C. Retired Teachers' Association, *Témoignages*, 5 juin 2008.

<sup>121</sup> L'Île-du-Prince-Édouard a un programme provincial de cette nature, et Calgary et Ottawa comptent parmi les villes qui offrent un report d'impôt foncier aux aînés à faible revenu.

## Chapitre 6 : Soutien des aidants naturels

Les soins fournis par des amis et des proches revêtent une importance capitale pour nos collectivités et nos systèmes de santé. À mesure qu'ils vieillissent et qu'ils souffrent de diverses maladies, nombre de gens ont besoin d'aide pour les travaux ménagers, les tâches personnelles ou les soins de santé. Dans certains cas, le rôle d'aidant est rempli par le conjoint, un parent ou un ami. Les soins dispensés varient, entre quelques heures par semaine et un service continu, 24 heures sur 24. Les aidants naturels représentent un élément vital du système de santé, tant pour les aînés qui restent à la maison que pour ceux qui vivent en établissement. Ils assurent quelque 80 p. 100 de tous les soins à domicile fournis aux aînés vivant dans la collectivité et jusqu'à 30 p. 100 des services aux aînés vivant dans un établissement<sup>122</sup>.

Selon l'Enquête sociale générale de 2007 de Statistique Canada, parmi les 45 ans et plus, 19 p. 100 des hommes et 22 p. 100 des femmes viennent en aide à une personne âgée ayant besoin de soins pour des raisons de santé. Comme bien d'autres groupes, les aînés reçoivent des soins et en donnent. En effet, l'enquête sociale générale de 2007 a permis de constater qu'un aidant naturel sur quatre a plus de 65 ans. Les femmes fournissent une part disproportionnée des soins non professionnels. En effet, si presque autant de femmes que d'hommes âgés de 45 à 65 ans sont des aidants naturels, les femmes sont plus susceptibles de fournir des soins plus lourds.

Ce ne sont pas tous les groupes d'aînés qui peuvent compter sur des proches ou des amis pour du soutien. Par exemple, le Comité a appris que beaucoup de jeunes de régions rurales et éloignées sont partis vivre en ville, laissant aux aînés la tâche de prendre soin des

---

Étant donné que les aidants non payés fournissent 70 p. 100 des soins dont ont besoin les aînés, les malades chroniques et les handicapés au Canada, il faut de toute urgence prendre conscience de la diversité des situations de pourvoyeur de soins et la reconnaître.

---

Palmier Stevenson  
Young, présidente,  
Coalition canadienne  
des aidantes et aidants  
naturels

---

---

<sup>122</sup> Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1999 et après, *Les défis d'une société canadienne vieillissante*, Ottawa, 1999, p. 55.

aînés. Suivant les résultats de l'Enquête sociale générale de 2007 de Statistique Canada, le tiers environ des aidants naturels étaient des amis (14 p. 100), des parents (11 p. 100) et des voisins (5 p. 100). Dans l'avenir, les aînés risquent fort d'avoir moins de gens pour prendre soin d'eux. Selon les projections démographiques fournies par Janice Keefe du Nova Scotia Centre on Aging, si, en 2001, 15 p. 100 des femmes de plus de 65 ans n'avaient pas d'enfant leur survivant, cette proportion passera vraisemblablement à 30 p. 100 d'ici 2051. De même, le Comité a appris que les tendances observées au chapitre des mariages et des divorces sont telles que, dans l'avenir, moins d'aînés handicapés pourront compter sur leur conjoint pour prendre soin d'eux. Compte tenu de ces projections, les témoins ont souligné qu'il ne fallait pas s'en remettre de façon exagérée aux aidants naturels au détriment des services professionnels, comme les soins à domicile.

Les options d'aide professionnelles, comme les soins à domicile ou le soutien à domicile, sont importantes aussi pour faire en sorte que les personnes qui donnent des soins le fassent par choix, et non faute de solutions de rechange viables. Il peut arriver que les gens soient incapables de fournir le niveau de soins nécessaire à leurs amis ou à leurs proches, soit parce qu'ils doivent déjà prendre soin de quelqu'un, qu'ils ne peuvent s'absenter de leur travail ou qu'ils ne se sentent pas compétents pour donner les soins. Et ceux qui fournissent des soins ont besoin de soutien pour relever les défis physique, mental, émotif et financier que représente le fait de prendre soin de quelqu'un. Robert Dobie, du Conseil consultatif national sur le troisième âge, a rappelé au Comité que :

Prodiguer des soins de façon informelle est une lourde responsabilité qui peut engendrer un épuisement physique et mental et avoir un effet préjudiciable sur la santé des dispensateurs. Le manque de mécanismes de soutien formels peut provoquer l'épuisement et amener les aidants à abandonner. Cet abandon peut ensuite se traduire par des taux élevés d'institutionnalisation des personnes âgées.

*Témoignages, 27 novembre 2006*

Le fait de négliger les besoins des aidants naturels entraîne de sérieuses conséquences pour les aidants eux-mêmes, pour les personnes à qui ils prodiguent des soins et pour le système de santé.

## 6.1 Soutien gouvernemental des aidants

Janice Keefe, du Nova Scotia Centre on Aging<sup>123</sup>, a déterminé quatre formules de soutien public des aidants :

- les services directs aux aidants naturels, qui leur offrent du répit, du soutien grâce aux programmes de soins à domicile, de la formation, de l'information, des ressources et des conseils;
- le paiement direct, par lequel les aidants naturels reçoivent des indemnités ou un dédommagement ou encore se font rembourser leurs dépenses;
- la politique relative au travail, ce qui comprend les mesures en milieu de travail, les normes et des programmes d'assurance-emploi, comme les prestations de soignant;
- les dédommagements indirects, c'est-à-dire les crédits d'impôt, les droits à pension, les retraits aux fins de pension et d'autres mesures du genre.

Le Canada a fait des progrès depuis dix ans dans la mise en œuvre de politiques soutenant les aidants naturels. L'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé prévoit la couverture de services de soins actifs de courte durée à domicile et le régime d'assurance-emploi offre des prestations de soignant pour soutenir le revenu et protéger l'emploi des travailleurs qui prennent congé pour s'occuper d'un membre de leur famille gravement malade ou mourant<sup>124</sup>. Il reste beaucoup à faire pour soutenir ce travail qui passe largement inaperçu.

---

Les aidants sont soumis à des niveaux élevés de stress. Si nous ne les soutenons pas, nous pourrions nous retrouver avec une autre catégorie d'utilisateurs du système de santé.

---

Janice M. Keefe, Nova Scotia Centre on Aging, Mount Saint Vincent University

---

### 6.1.1 Services directs aux aidants

Les aidants naturels ont besoin de soutien pour les soins qu'ils fournissent tous les jours. Cela peut comprendre des services de relève et de l'aide supplémentaire sous diverses formes (programme

---

<sup>123</sup> Janice M. Keefe, titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les politiques relatives au vieillissement et à la prestation des soins, Maritime Data Center for Aging Research & Policy Analysis, Université Mount Saint Vincent, *Témoignages*, 11 juin 2007.

<sup>124</sup> Palmier Stevenson-Young, présidente, Coalition des aidantes et des aidants naturels, *Témoignages*, 11 juin 2007.

public de soutien à domicile, sensibilisation, information, ressources et conseils). Les aidants naturels ont également besoin de conseillers pour les guider dans le labyrinthe des services sociaux et de santé. À l'heure actuelle, la disponibilité et l'accessibilité de ces services varient beaucoup d'un bout à l'autre du pays.

### Facilité d'accès à l'information pour les aidants naturels

Le réseau de soutien des aidants naturels des aînés d'East Kootenay soutient les aidants familiaux d'un grand secteur principalement rural de la province, lequel compte six grandes agglomérations et un grand nombre de petites collectivités. Parmi les services offerts, on compte : de l'information et du soutien fournis lors des réunions de groupe locales, un système de surveillance mutuelle, un bulletin et une ligne téléphonique sans frais. Trop souvent, les aidants naturels ne savent pas où s'adresser pour obtenir de l'aide; ce réseau les aide à trouver l'aide et le soutien dont ils ont besoin<sup>125</sup>.

---

Lorsqu'ils s'occupent d'un proche qui souffre de démence, les maris doivent soudainement se mettre à cuisiner, à faire le ménage, le lavage et les courses; les épouses doivent faire appel à des plombiers, s'occuper des finances et conduire l'automobile. C'est tout simplement épaisant, physiquement et mentalement. Les services de relève nous permettent de reprendre des forces

---

Betty Brousse, bénévole,  
Société Alzheimer du  
Canada

---

Les services de relève fournissent un répit aux aidants naturels grâce à des services comme des soins de jour pour adulte, des soins de relève à domicile, les séjours d'une nuit ou à long terme dans un établissement ou une combinaison de ces services<sup>126</sup>. Dans son deuxième rapport provisoire, le Comité a proposé la création d'un programme national de relève. Si cette option a été bien accueillie, les aidants naturels qui ont comparu devant le Comité ont, en revanche, souligné que pareil programme devait être souple et qu'il fallait éviter l'établissement de critères d'admissibilité complexes. Les aidants naturels ayant une foule de besoins différents, une formule universelle ne conviendrait pas. Par exemple, Sharon Baxter, directrice générale de l'Association canadienne des soins palliatifs a dit ceci au Comité :

---

<sup>125</sup> Elsie Gerdes, BC Old Age Pensioners Organization, réponse au questionnaire du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement.

<sup>126</sup> Janice Keefe et Marlie Manning, *L'efficacité par rapport au coût des soins de relève : Évaluation de la documentation*, Santé Canada, Ottawa, 2005.

Dans la réalité, lorsqu'un proche est sur le point de mourir, les parents et les amis ne veulent pas nécessairement s'absenter; ils veulent avoir la possibilité de passer plus de temps avec la personne mourante, sans être constamment gênés par toutes les tâches de la vie quotidienne. Un programme de relève national devrait être souple pour permettre aux gens de faire face, grâce à des mesures de soutien adaptées en fonction de l'évolution de la maladie. On pourrait considérer la livraison de repas à domicile, par exemple, et ce n'est souvent pas très coûteux.

*Témoignages, 7 avril 2008*

Nombre de provinces ont ajouté à leur programme de soins à domicile des services de relève. Cependant, la disponibilité et l'accessibilité de ces services varient beaucoup d'une province à l'autre. Contrairement au Canada, l'Australie s'est dotée d'un programme de relève national pour les aidants naturels il y a plus de dix ans. Les centres de relève des aidants naturels de ce pays fournissent des conseils au sujet des services de relève, coordonnent l'accès aux services de relève au niveau local et assurent la fourniture de services de relève 24 heures sur 24. De plus, un site web national renferme de l'information sur les personnes à contacter pour les services locaux et indique aux intéressés un numéro de téléphone où ils peuvent appeler sans frais pour obtenir de l'information. Cela contraste vivement avec la situation dans bien des endroits au Canada, où les aidants naturels ont accès à un soutien limité pour les aider à déterminer leurs besoins et à y répondre.

En outre, les aidants naturels ont besoin d'information au moment où ils ont le moins de temps pour la chercher. Les témoins ont souligné le rôle essentiel que jouent les organismes du secteur bénévole en guidant les intéressés dans le dédale des critères d'admissibilité. La Société Alzheimer, par exemple, aide les aînés qui souffrent d'Alzheimer, leur famille et les aidants naturels à prévoir l'évolution de la maladie afin qu'ils puissent mieux s'y préparer et fournir les soins qui conviennent.

### Premier lien

Il existe actuellement un projet pilote en Ontario qu'on appelle Premier lien. Ce projet vise seulement la maladie d'Alzheimer et la démence. La coordonnatrice de Premier lien rencontre les équipes de santé familiale et d'autres médecins dans une communauté élargie du sud-est de l'Ontario. On lui donne le nom des gens qui ont reçu un diagnostic de démence. À titre de coordonnatrice, son travail consiste à communiquer avec la personne et à demander si elle a besoin d'aide ou de ressources.

Palmier Stevenson-Young, présidente, Coalition canadienne des aidantes et aidants naturels, *Témoignages*, 11 juin 2007

Les aidants naturels veulent aussi obtenir de l'information sur la façon dont ils peuvent faire office de défenseurs efficaces pour ceux qu'ils aident, comme l'a rappelé au Comité Judith Wahl, de l'Advocacy Centre for the Elderly :

Ce n'est pas qu'une question d'admissibilité, de ce que l'on obtient et de la façon dont on fait une demande et sur quel formulaire, mais plutôt de la manière dont on navigue dans le système et de ce qu'il convient de faire quand les choses vont de travers ou que l'on se heurte à un obstacle. Il faut éduquer les gens, il faut les informer, ce qui permet de les soulager, parce qu'ils savent, ainsi, ce qu'il faut faire, ce à quoi ils doivent s'attendre et quelles limites sont associées aux divers aspects du système.

*Témoignages*, 28 mai 2007

Les services de relève, l'accès à l'information et la sensibilisation au travail des aidants naturels devraient être d'importantes composantes d'une stratégie nationale pour les aidants.

#### 6.1.2. Soutien financier des aidants naturels

À l'échelle internationale, les soins informels représentent quelque 75 p. 100 de tous les soins personnels prodigués aux aînés dans les pays industrialisés, que ceux-ci aient un régime d'assurance-

maladie universel ou non<sup>127</sup>. Plusieurs témoins ont rappelé au Comité que le Canada est en retard sur d'autres pays comme le Royaume-Uni, l'Australie, l'Allemagne, le Japon, les Pays-Bas et les États-Unis au chapitre du soutien accordé aux aidants naturels. Un examen de la façon dont les aidants naturels sont soutenus dans d'autres pays peut être riche d'enseignements pour le Canada.

Les pouvoirs publics d'un peu partout dans le monde ont conçu diverses politiques d'indemnisation des aidants naturels. Ce peut être une indemnisation directe comme un salaire ou des allocations versés au bénéficiaire de soins ou à l'aidant naturel ou une indemnisation indirecte sous forme d'allégement fiscal ou de paiement par un tiers de crédits de pension ou de primes d'assurance.

L'Allemagne offre une assurance universelle de soins de longue durée qui permet aux aidants de s'inscrire comme employés. Les aidants profitent ainsi de droits et d'une reconnaissance, y compris une allocation en espèces qui peut être utilisée par la personne qui bénéficie des soins pour indemniser les personnes qui s'occupent d'elle, des services de relève qui n'exposent pas à des difficultés financières et le paiement des cotisations au régime de retraite public obligatoire. Le niveau des cotisations au régime de retraite est fonction du niveau de soins dont a besoin le bénéficiaire et du temps consacré aux soins<sup>128</sup>.

Aux Pays-Bas, le bénéficiaire de soins a droit à un budget fondé sur ses besoins. Le bénéficiaire de soins peut se servir de ce budget personnel pour obtenir des services fournis par une organisation ou embaucher quelqu'un, un proche ou un aidant professionnel, pour lui prodiguer des soins. L'aidant naturel peut déduire la partie de ses dépenses médicales et des autres dépenses extraordinaires liées aux soins fournis au bénéficiaire qui dépasse 11,2 p. 100 de son revenu. De plus, l'aidant naturel employé a droit à 10 jours de congé par année. L'employeur paie 70 p. 100 du salaire et le gouvernement lui verse une indemnité.

---

<sup>127</sup> Marcus Hollander *et coll.*, « Providing Care and Support for an Aging Population: Briefing Notes on Key Policy Issues », *Healthcare Quarterly*, vol. 11, n° 3, 2007, p. 34-45 (p. 42).

<sup>128</sup> Janice Keefe, Pamela Fancey et Sheri White, *Consultation on financial compensation initiatives for family caregivers of dependent adults*, Final Report, Mount Saint Vincent University, mars 2005, p. 6, et Janice Keefe, « Policy Profile for Compensating Family Caregivers, Germany », octobre 2004.

La Suède offre des options de paiement direct, un ajustement des crédits de pension et un régime complet de congés payés. Deux programmes d'indemnisation directe visent les besoins de soins de longue durée des aînés – une allocation au participant et une allocation à l'aidant. L'allocation au participant est un paiement non imposable qui est fait au bénéficiaire de soins pour lui permettre de payer l'aidant familial. Le paiement maximal s'élève à 860 \$CAN par mois, mais le montant versé varie d'une municipalité à l'autre. L'allocation à l'aidant assure que la rémunération de l'aidant soit égale à celle que toucherait un aidant professionnel employé par la municipalité. Cette formule reconnaît la valeur du temps et des efforts consacrés par l'aidant. Les aidants qui obtiennent une allocation à l'aidant ou des congés payés ont droit à des crédits de pension.

Le Royaume-Uni s'est doté d'une stratégie nationale pour les aidants. La National Health Service and Community Care Act de 1990 a été la première loi qui a reconnu officiellement la nécessité de soutenir les aidants familiaux. En 2000, l'Angleterre et le Pays de Galles ont adopté la Carers and Disabled Children Act, qui conférait aux conseils locaux le pouvoir de fournir certains services directement aux aidants<sup>129</sup>. L'allocation à l'aidant est un programme fondé sur le revenu qui cible les aidants naturels d'un enfant ou d'un adulte handicapé. L'aidant reçoit une allocation imposable de 108 \$CAN par semaine qui peut être versée jusqu'à 12 semaines si l'aidant profite d'un service de relève ou si le bénéficiaire est hospitalisé. Cela procure de la stabilité aux aidants naturels afin de les aider à surmonter des changements temporaires dans leur situation d'aidant. Un supplément salarial déterminé par l'analyse des besoins est offert aux aidants. Le régime de retraite des aidants naturels cible les aidants dont l'activité professionnelle peut souffrir du fait qu'ils prennent soin de quelqu'un, ce qui peut avoir des conséquences à long terme<sup>130</sup>.

Au Canada, le gouvernement fédéral a recours à des déductions d'impôt et des crédits d'impôt remboursables pour aider les familles à absorber les coûts des soins fournis à domicile. Les Canadiens ayant un emploi qui prennent congé pour prendre soin d'un proche

---

<sup>129</sup> Janice Keefe, « Policy Profile for Compensating Family Caregivers, United Kingdom », octobre 2004.

<sup>130</sup> Janice Keefe, Pamela Fancey et Sheri White, *Consultation on financial compensation initiatives for family caregivers of dependent adults*, Final Report, Mount Saint Vincent University, mars 2005, p. 8.

gravement malade et qui risque de mourir ont droit aux prestations de soignant du régime d'assurance-emploi.

Le Comité a appris, toutefois, que ces programmes ne suffisent pas à répondre aux besoins des gens qui fournissent des soins à leurs proches et à leurs amis. Neena Chappell, titulaire de la chaire de recherche du Canada en gérontologie sociale et professeure de sociologie au Centre du vieillissement de l'Université de Victoria, a dit au Comité que beaucoup « de soignants et de bénévoles ont indiqué qu'ils seraient fort reconnaissants si on remboursait leurs dépenses, même s'ils ne touchaient aucun dédommagement pour leur temps et leur travail<sup>131</sup> ».

La question du soutien financier des aidants naturels constitue une autre composante essentielle d'une stratégie nationale à leur intention.

### **6.1.3 Modifications des politiques du travail pour soutenir les aidants naturels**

Les politiques liées au milieu de travail et les normes d'emploi peuvent permettre aux aidants naturels de conjuguer leur travail rémunéré et leurs besoins d'aidant. Des modifications peuvent être apportées au Code canadien du travail et aux normes de travail provinciales afin d'élargir le droit aux congés payés. Certes, les politiques du travail appliquées chez les employeurs échappent à l'examen public, mais il reste que le gouvernement fédéral, à titre de principal employeur au Canada, peut montrer la voie en adoptant une politique de congés souple afin de permettre aux gens de fournir des soins. Enfin, le régime de prestations de soignant peut être amélioré pour mieux répondre mieux aux besoins des aidants naturels et des bénéficiaires de soins.

Les salariés ont besoin de lois sur l'emploi pour jouir de normes de travail, de droits et d'avantages essentiels. Les témoins ont proposé que le gouvernement du Canada prenne les devants, dans le cadre du Code canadien du travail, et adopte des normes de travail favorisant un meilleur équilibre travail-vie afin que les aidants puissent remplir

---

<sup>131</sup> Neena L. Chappell, chaire de recherche du Canada en gérontologie sociale et professeure de sociologie, Centre du vieillissement, Université de Victoria, *Témoignages*, 19 mars 2007.

leurs obligations de donneurs de soins. En outre, le Comité exhorte le gouvernement fédéral, en tant que principal employeur au Canada, à jouer un rôle de chef de file en accordant à ses employés des congés familiaux très souples adaptables aux diverses formes de responsabilités d'aidant naturel.

Le Comité exhorte le gouvernement fédéral, en tant que principal employeur au Canada, à jouer un rôle de chef de file en accordant à ses employés des congés familiaux très souples adaptables aux diverses formes de responsabilités d'aidant naturel.

Le régime de prestations de soignant a été créé en 2004 dans le cadre de l'assurance-emploi afin d'indemniser les travailleurs qui doivent prendre congé pour s'occuper d'un proche gravement malade. Des modifications réglementaires ont été apportées en 2006 pour élargir l'admissibilité au régime afin que les prestations puissent être demandées par un frère, une sœur, un petit-enfant, un parent par alliance, un oncle, une tante, un neveu, une nièce, un parent nourricier, un pupille, un tuteur ou toute personne considérée comme un membre de la famille d'une personne gravement malade. Le Comité applaudit à cette modification.

Les témoins ont fait un certain nombre de suggestions pour que la prestation de soignant réponde encore mieux aux besoins des travailleurs canadiens, comme l'élimination du délai de carence de deux semaines avant de recevoir les prestations, l'augmentation des prestations pour qu'elles représentent une plus grande proportion du revenu et l'allongement de la durée de la période pendant laquelle sont versées les prestations.

Le Comité exhorte le gouvernement à mieux faire connaître l'existence des prestations de soignant et des crédits d'impôt pour aidants naturels.

Les témoins ont également souligné que les familles pourraient ne pas savoir que ces prestations existent. En effet, Sharon Baxter, de l'Association canadienne des soins palliatifs, a dit au Comité :

Il y a environ deux [mois], j'ai prononcé une allocution au Nouveau-Brunswick, dans une pièce où se trouvaient presque 100 personnes; les deux tiers n'avaient jamais entendu parler du congé pour prendre soin d'un proche. J'ai été renversée. Nous devons faire mieux du côté de la promotion.

*Témoignages, 18 juin 2007*

Le Comité exhorte le gouvernement à mieux faire connaître l'existence des prestations de soignant et des crédits d'impôt pour aidants naturels.

Les prestations de soignant sont versées dans le cadre du régime d'assurance-emploi. Comme c'est le cas pour les autres prestations spéciales du régime, il y a un délai de carence de deux semaines avant que les demandeurs commencent à toucher les prestations<sup>132</sup>. Les témoins se sont dits d'avis que ce délai causait des difficultés excessives aux familles au moment où elles ont le plus besoin de soutien.

Le niveau de remplacement du revenu fourni par les prestations de soignant s'établit à 55 p. 100 de la rémunération assurée moyenne, à concurrence de 435 \$ par semaine. D'autres pays accordent des prestations plus généreuses. En Suède, par exemple, le niveau des prestations est égal à 80 p. 100 du revenu. Le Comité a appris en outre que si le régime de la Californie accorde un niveau de remplacement du revenu comparable à celui prévu par le régime canadien, en revanche, la prestation maximale en Californie s'élève à quelque 800 \$CAN par semaine, soit beaucoup plus qu'au Canada<sup>133</sup>. Les témoins ont fait valoir que le niveau des prestations de soignant devait être relevé.

D'autres témoins ont fait valoir que la durée pendant laquelle sont versées les prestations de soignant (six semaines actuellement) devrait être prolongée et que les Canadiens devraient avoir accès aux prestations durant une période de crise médicale et non pas seulement durant la phase terminale d'une maladie.

---

Tout comme on peut prendre congé pour s'occuper d'un enfant, on devrait pouvoir le faire aussi pour prendre soin d'un aîné sans être pénalisé et même avoir droit à des incitatifs à cet égard.

---

Gloria Gutman,  
professeure,  
gérontologie, Université  
Simon Fraser

---

---

<sup>132</sup> Si les prestations de soignant sont partagées par plusieurs membres d'une même famille, seule la première personne faisant la demande est assujettie au délai de carence.

<sup>133</sup> Janice M. Keefe, chaire de recherche sur le vieillissement et les politiques de soins, et directrice, Nova Scotia Centre on Aging, Mount Saint Vincent University, à titre personnel.

Le Comité recommande donc :

**23. Que la Loi sur l'assurance-emploi soit modifiée pour :**

- supprimer le délai de carence de deux semaines avant le versement des prestations de soignant ;
- porter les prestations à 75 p. 100 du revenu d'emploi;
- porter de six à treize semaines la période de paiement des prestations;
- donner accès aux prestations durant toute crise médicale, et non pas seulement durant la phase terminale d'une maladie.

**Le gouvernement fédéral doit en outre prendre les mesures voulues pour faire connaître l'existence des prestations de soignant dans la population.**

#### **6.1.4 Indemnisation indirecte des aidants naturels**

Les régimes de retraite publics des pays occidentaux ont été initialement conçus pour les personnes travaillant à plein temps durant une période ininterrompue. Lorsque les femmes se sont mises à entrer, de plus en plus nombreuses, sur le marché du travail, les régimes de retraite publics ont dû tenir compte des périodes pendant lesquelles des gens s'absentaient du travail pour fournir des soins. Comme les femmes sont plus susceptibles que les hommes de réduire leur participation à la population active (de façon temporaire ou permanente) afin de prendre soin de leurs enfants ou d'autres membres de leur famille, la prise de mesures visant à reconnaître officiellement les périodes de retrait de la population active pour prendre soin de quelqu'un contribuerait à réduire l'écart de revenu entre les hommes et les femmes au moment de la retraite.

Si l'activité des femmes a fortement augmenté ces dernières décennies, il reste que les femmes sont toujours plus susceptibles de nos jours d'avoir un emploi à temps partiel et d'interrompre leur carrière pour fournir des soins à un membre de leur famille. Il en

résulte que les femmes touchent un revenu plus faible leur vie durant, y compris pendant leur retraite.

Au Canada, la disposition d'exclusion pour élever des enfants a été ajoutée au Régime de pensions du Canada (RPC)/Régime de rentes du Québec (RRQ) en 1977 dans le but de modifier le calcul de la pension pour que les travailleurs qui ont réduit leur participation à la population active pour prendre soin d'un enfant de moins de sept ans ne soient pas pénalisés. D'autres pays de l'OCDE ont semblablement reconnu l'effet des responsabilités liées à la prestation de soins sur l'admissibilité à la pension. Ainsi, dans certains pays qui accordent des allocations aux aidants (comme on le lit au paragraphe 6.1.2), l'État verse aussi des crédits de pension au régime de retraite public des aidants.

Le RPC permet à un particulier d'exclure du calcul des prestations de pension 15 p. 100 des années où son revenu a été le moins élevé. Cela a pour effet d'élever le revenu moyen et donc de relever la pension. Les témoins ont proposé, cependant, que le Canada songe à accorder la disposition d'exclusion pour élever des enfants du RPC/RRQ à d'autres aidants naturels. Ils ont fait valoir que pareille mesure serait utile pour ceux qui ont eu moins de temps pour acquérir des droits à pension, dont les femmes et les immigrants. Comme il l'a recommandé à la section 5.1.2, le Comité exhorte le gouvernement fédéral à envisager d'intégrer au Régime de pensions du Canada une disposition d'exclusion à l'intention des aidants naturels.

Le Comité exhorte le gouvernement à envisager d'intégrer au Régime de pensions du Canada une disposition d'exclusion à l'intention des aidants naturels.

## 6.2 Une stratégie nationale pour les aidants naturels

Répondre aux besoins des aidants naturels requiert de vastes efforts multigouvernementaux, et le meilleur moyen de le faire consiste à élaborer une stratégie nationale pour les aidants. Toute initiative ne visant qu'un élément parmi ceux qui sont énoncés à la partie 6.1 risque de causer un préjudice aux aidants naturels. Par exemple, le Comité a appris que l'indemnisation des aidants peut être une arme à deux tranchants pour les femmes :

D'un côté, par les paiements en espèces aux aidants familiaux, on tente de tenir compte des coûts directs et des coûts d'option qu'entraîne le fait de fournir des soins et de valoriser le rôle d'aidant naturel. D'un autre côté, ces programmes risquent de piéger les femmes dans un rôle d'aidante en leur offrant un soutien financier au lieu d'autres solutions en matière de soins<sup>134</sup>.

Les témoins ont proposé, afin d'éviter pareils effets néfastes, l'élaboration d'une combinaison de paiements et de services. Les aidants pourraient ainsi profiter à la fois d'un revenu de subsistance et de services concrets.

Le gouvernement fédéral peut jouer un rôle de chef de file dans la conception d'une stratégie nationale pour les aidants. Ensemble, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux peuvent mettre en place les composantes du soutien qui devrait être accordé à tous les Canadiens. Palmier Stevenson-Young, de la Coalition canadienne des aidantes et des aidants naturels, a résumé certaines des composantes à intégrer à pareille stratégie :

...élaborer et mettre en place une stratégie de communication qui renseigne les Canadiens sur la prestation de soins et valorise et reconnaît le rôle joué par les aidants naturels provenant de tous les milieux; améliorer les services sociaux et de santé offerts au bénéficiaire de soins, à l'aidant naturel et à la famille; verser une rémunération aux aidants naturels; adopter des programmes d'aide financière; accorder des subventions, des indemnités, des déductions fiscales et des crédits d'impôt remboursables pour atténuer les coûts liés à la prestation de soins à domicile; faire en sorte que les plans de gestion des cas comprennent une évaluation des besoins de l'aidant naturel; offrir de l'information et de la formation; appuyer les organismes du secteur bénévole qui représentent les aidants naturels.

*Témoignages, 11 juin 2007*

---

<sup>134</sup> Janice Keefe et Beth Rajnovich, « To Pay or Not to Pay: Examining Underlying Principles in the Debate on Financial Support for Family Caregivers », *La Revue canadienne du vieillissement*, volume 26, suppl\_1 1 /2007.

Le Comité recommande :

- 24. Que le gouvernement fédéral s'entende avec les provinces et les territoires, les décisionnaires, les parties concernées et les aidants familiaux pour instituer une stratégie nationale sur les aidants naturels qui s'inscrirait dans une vaste initiative fédérale intégrée sur les soins.**
-



## Chapitre 7 : Soutien du secteur bénévole

### 7.1 Les aînés et le secteur bénévole

Le secteur bénévole joue un rôle important dans le soutien des personnes et des collectivités. Les bénévoles dispensent des services essentiels à tous les groupes d'âge, y compris les aînés. De plus, le travail bénévole permet à la société d'utiliser les connaissances et les compétences des Canadiens âgés. Les aînés profitent d'un secteur bénévole fort aussi bien comme donateurs que comme bénéficiaires.

Quelque 12 millions de Canadiens donnent chaque année près de 2 milliards d'heures de leur temps à titre bénévole. Il est cependant très inquiétant de noter le degré de concentration du bénévolat : 77 p. 100 de ces heures sont offertes par 11 p. 100 des Canadiens, et une proportion assez importante de ces derniers consiste en aînés.

Il ne faut pas perdre de vue qu'il existe actuellement différentes générations d'aînés et que les schémas de bénévolat varient sensiblement d'une génération à l'autre. Voici quelques conclusions auxquelles a abouti le groupe Bénévole Canada :

La génération d'après-guerre a placé l'engagement social au premier rang de ses priorités, et sa promptitude à consacrer temps, argent et énergie à d'innombrables causes compte pour beaucoup dans l'évolution du secteur bénévole canadien et sa vivacité actuelle. Pour paraphraser une expression, les baby-boomers sont « une toute autre affaire ». Aujourd'hui à la veille de la retraite, ils offrent la promesse d'un renouveau et d'un rayonnement du milieu bénévole canadien. Mais cette cohorte diffère de ses prédecesseurs. Ses membres sont plus exigeants en ce sens qu'ils sont à l'affût d'occasions nouvelles et créatives de croissance et d'utilisation du

---

Si nous ne trouvons pas les moyens de mobiliser les générations vieillissantes pour garantir leur contribution maximale, le bénévolat et en fait nos collectivités seront en péril.

---

Ruth MacKenzie,  
Bénévoles Canada

---

temps et qu'ils recherchent des expériences intéressantes et enrichissantes<sup>135</sup>.

Bernie LaRusic, vice-président du Group of IX de la Nouvelle-Écosse, confirme cette conclusion :

Pour les aînés, le bénévolat ne semble plus aussi attrayant qu'il l'a déjà été [...] Le nombre des bénévoles baisse alors même qu'il devrait augmenter.

*Témoignages, 11 juin 2007*

Les gens se portent volontaires pour différentes raisons. Certains veulent contribuer à leur collectivité. D'autres souhaitent utiliser leurs connaissances et leurs compétences, apprendre de nouvelles choses, acquérir de nouveaux talents, ressentir une certaine stimulation intellectuelle ou se sentir utiles ou nécessaires<sup>136</sup>. Comme l'a dit au Comité Elaine Gallagher, directrice du Centre du vieillissement de l'Université de Victoria :

Les aînés qui voudraient faire du bénévolat doivent parfois y renoncer en raison de problèmes de santé, d'autres engagements, d'un emploi du temps chargé ou d'un manque de temps. Ils veulent pouvoir aller passer quelques mois dans le Sud ou faire une croisière si un forfait abordable se présente.

*Témoignages, 28 avril 2008*

Les gens qui cherchent à recruter et à garder des bénévoles doivent être au courant de ces renseignements. Ils doivent comprendre les raisons qui portent des personnes à vouloir donner de leur temps et qui les encouragent à continuer à le faire. Les organisations bénévoles n'ont en général pas suffisamment de ressources pour faire une gestion adéquate de leurs bénévoles. Elles ont besoin d'aide pour affronter les difficultés de recrutement, de présélection et de formation des bénévoles. Une partie de cette aide est assurée par des organismes tels que Bénévoles Canada, mais

---

<sup>135</sup> Bénévoles Canada, *Perspectives bénévoles : Nouvelles stratégies pour favoriser la participation des adultes plus âgés*, 2001, <http://volunteer.ca/volunteer/francais/pdf/OlderAdults-Fre.pdf>.

<sup>136</sup> Elaine Gallagher, directrice, Centre on Aging, Université de Victoria, *Témoignages, 28 avril 2008*.

beaucoup des petites organisations bénévoles qui ont comparu devant le Comité ne semblaient pas disposer des moyens nécessaires pour recruter et garder des bénévoles.

Les aînés jouent un rôle clé dans la préservation de la culture, particulièrement parmi les groupes autochtones et les groupes linguistiques minoritaires. D'après l'Association acadienne et francophone des aînées et des ainés du Nouveau-Brunswick :

[L']avenir des communautés francophones en situation minoritaire repose en très grande partie sur l'apport de l'action bénévole et du rôle que peuvent y jouer les aînés et les retraités. Les communautés francophones en situation minoritaire sont vieillissantes [...] Par conséquent, il est important que les aînés et les retraités puissent exercer le leadership nécessaire pour assurer la transmission de la langue et de la culture et travailler à la vitalité des communautés.

*Témoignages, 13 mai 2008*

À part le fait qu'ils contribuent sensiblement au secteur bénévole, les aînés bénéficient souvent des activités et des services offerts par les bénévoles. Toute mesure prise pour assurer la vitalité future du secteur constitue un important investissement.

Des témoins ont dit au Comité que le fait de faciliter le bénévolat des aînés est intimement lié aux efforts déployés pour encourager le bénévolat dans tous les groupes d'âge. Comme l'a dit au Comité Peter Hicks, de Ressources humaines et Développement social Canada, « en général, les personnes qui font du bénévolat à un âge plus avancé en ont également fait lorsqu'elles étaient plus jeunes<sup>137</sup> ». Les employeurs peuvent aider leurs employés à prendre l'habitude du bénévolat, laquelle a des chances de leur rester pendant toute leur vie. Par exemple, ils peuvent offrir à leurs travailleurs du temps libre ou un

Le Comité croit que l'imminent départ à la retraite des membres de la génération du baby-boom peut constituer une occasion unique de recruter de nouveaux bénévoles, mais le secteur bénévole doit disposer des moyens voulus pour les attirer et les garder.

---

<sup>137</sup> Peter Hicks, Ressources humaines et Développement social Canada, *Témoignages, 12 février 2007.*

horaire souple pour leur permettre de faire du bénévolat. Le Comité croit que le gouvernement fédéral, qui est le plus important employeur du Canada, devrait donner l'exemple et encourager le bénévolat chez ses employés.

Dans son deuxième rapport provisoire, le Comité a mentionné différents moyens d'encourager les gens à faire du bénévolat. L'option des crédits d'impôt pour le bénévolat a suscité beaucoup de discussions. Certains témoins craignaient qu'un crédit d'impôt ne profite pas sensiblement aux Canadiens à faible revenu et que les répercussions administratives soient assez lourdes pour les organisations bénévoles. D'autres estimaient qu'un crédit d'impôt pour le bénévolat mettrait en évidence l'importance de cette activité. Ruth MacKenzie, de Bénévoles Canada, a conclu ainsi ses observations concernant cette option :

La proposition est intéressante, voire attrayante, mais il faut effectuer des recherches plus approfondies pour mieux mesurer les répercussions positives possibles, ainsi que les risques posés à la participation des bénévoles et à la culture ou philosophie du bénévolat.

*Témoignages, 28 avril 2008*

Le Comité croit que le gouvernement fédéral, qui est le plus important employeur du Canada, devrait donner l'exemple et encourager le bénévolat chez ses employés.

Même si la réaction au crédit d'impôt proposé a été mitigée, les témoins, partout dans le pays, ont fortement appuyé l'idée d'aider les organisations à rembourser aux bénévoles leurs frais directs. Beaucoup d'organisations sans but lucratif connaissent des difficultés financières et ne peuvent même pas rembourser ces frais.

Par conséquent, le Comité recommande :

**25. Que le gouvernement fédéral recherche, de concert avec le secteur bénévole, des moyens de reconnaître et de rembourser les frais directs des bénévoles, surtout dans le cadre d'activités financées par des subventions et contributions fédérales.**

Pour les bénévoles, le manque de continuité du financement est un important facteur de frustration. Les témoins ont recommandé d'encourager les gouvernements à prendre des engagements de financement pluriannuels pour que les bénévoles puissent espérer en

la continuité de leur propre travail. Certains ont proposé que ce principe s'applique aussi au programme Nouveaux Horizons. Ruth MacKenzie, présidente de Bénévoles Canada, a dit au Comité :

Une part essentielle de l'engagement bénévole tient à la relation entre les bénévoles et le choix du domaine où ils consacreront leur temps. Cette relation repose sur la confiance, la fiabilité, la continuité et l'intensité, des notions impossibles à maintenir en l'absence de l'assurance que cette relation existant le 31 mars va pouvoir être maintenue le 1<sup>er</sup> avril, l'assurance qu'au début d'un exercice financier, on ne risque pas que les programmes et les protagonistes sur lesquels on compte risquent de disparaître.

*Témoignages, 28 avril 2008*

Conscient de l'importance du rôle du secteur bénévole pour défendre les droits des aînés, leur donner constamment la possibilité de faire profiter la société de leurs talents et répondre aux besoins de la collectivité, y compris les autres aînés, le Comité exhorte le gouvernement fédéral à travailler avec les ministères responsables afin de favoriser l'adoption d'arrangements pluriannuels pour le financement des organisations du secteur bénévole.

Les organisations d'aide aux aînés jouent un rôle essentiel en renseignant les personnes âgées sur de nombreuses questions. Un peu partout dans le pays, le Comité a entendu des représentants de telles organisations, qui fournissent aux aînés des renseignements sur d'importants sujets comme la nutrition, les traitements abusifs et l'admissibilité aux services et aux programmes. Les aînés qui participent aux activités de ces organisations sont beaucoup plus susceptibles que les autres d'être bien informés.

Il est très difficile de trouver des moyens de communiquer avec des aînés isolés pour leur permettre d'accéder à toute la gamme des programmes et des services auxquels ils ont droit. C'est particulièrement le cas des immigrants âgés, qui ont aussi à affronter des obstacles linguistiques et culturels

Le Comité exhorte le gouvernement fédéral à travailler avec les ministères responsables afin de favoriser l'adoption d'arrangements pluriannuels pour le financement des organisations du secteur bénévole.

pour accéder à l'information<sup>138</sup>. Ces gens ont souvent besoin de contacts personnels pour surmonter ces défis et se prévaloir de leurs droits auprès de l'administration. Comme nous l'avons mentionné au chapitre 5, ces problèmes de communication font encore que certaines personnes n'obtiennent pas des allocations qui leur sont dues, comme la pension de sécurité de la vieillesse et le supplément de revenu garanti. Ce sont souvent des organisations bénévoles de première ligne (comme Meals on Wheels) qui ont des contacts directs avec les aînés isolés si difficiles à joindre. Ces organisations jouent donc un rôle important dans la transmission des renseignements aux aînés.

Il est possible d'emprunter différentes voies pour répondre aux besoins des Canadiens : la famille, le secteur privé, le secteur public et le secteur bénévole. Le Comité croit qu'il est important de comprendre le rôle que chacun de ces intervenants joue pour dispenser des services aux Canadiens, y compris les aînés. Le secteur bénévole ne peut pas se substituer au secteur public pour la prestation de services. Il peut cependant améliorer la qualité de vie de nombreux Canadiens. En répondant aux besoins des organisations de ce secteur, on peut veiller au maintien des services dispensés. Le Comité n'a fait qu'effleurer ces besoins. Il reste encore beaucoup à faire pour assurer le dynamisme du secteur bénévole. Le Comité recommande donc :

**26. Que les besoins du secteur bénévole fassent l'objet d'études complémentaires d'un comité du Sénat ou d'un groupe d'experts, dans le but d'étudier :**

- **les difficultés nouvelles que posent le recrutement de bénévoles et leur fidélisation;**
- **les possibilités de promotion du bénévolat;**
- **le rôle du gouvernement fédéral dans le soutien de la capacité du secteur bénévole partout dans le pays, notamment le recours à un mode de financement pluriannuel et les conséquences de la création d'un crédit d'impôt pour bénévolat.**

---

<sup>138</sup> Eyob Naizghi, MOSAIC, *Témoignages*, 4 juin 2008.

## 7.2 Le programme Nouveaux Horizons pour les aînés

Le programme Nouveaux Horizons pour les aînés du gouvernement fédéral offre des subventions pouvant atteindre 25 000 \$ aux projets communautaires qui encouragent les aînés à faire profiter leur collectivité de leurs compétences, de leur sagesse et de leur expérience et qui favorisent leur participation aux activités communautaires de façon à réduire le risque d'isolement. Les projets sont généralement axés sur les thèmes de la contribution à la collectivité, de la vie active, de la participation sociale et de la formation de partenariats.

Les témoins qui ont comparu devant le Comité ont en général fait l'éloge du programme, mais ont formulé des recommandations pour qu'il réponde mieux à leurs besoins.

Le Comité trouve par ailleurs inquiétant que les Autochtones canadiens et les groupes minoritaires de langue officielle considèrent ne pas avoir un accès équitable au financement. Compte tenu du succès du programme Nouveaux Horizons pour les aînés, le Comité exhorte Ressources humaines et Développement social Canada à veiller à ce que les comités provinciaux d'évaluation du programme Nouveaux Horizons pour les aînés reflètent la diversité de la population.

Le Comité exhorte Ressources humaines et Développement social Canada à veiller à ce que les comités provinciaux d'évaluation du programme Nouveaux Horizons pour les aînés reflètent la diversité de la population.

Le Comité insiste sur l'importance qu'il y a à rendre les fonds offerts par l'entremise du programme très accessibles à tous les Canadiens. Des procédures de demande simples devraient être mises à la disposition des organisations qui peuvent n'avoir qu'une connaissance limitée de l'accès aux fonds fédéraux, comme celles qui représentent les minorités visibles, les personnes handicapées, les Autochtones et les minorités linguistiques. Certains groupes ont dit au Comité que les procédures actuelles de demande leur paraissent

Le Comité exhorte le gouvernement fédéral à revoir les procédures de demande du programme Nouveaux Horizons pour s'assurer que la documentation est rédigée dans un langage simple, en français et en anglais, mais aussi dans les langues autochtones et dans la langue des grandes populations d'immigrants, et que des efforts sont déployés pour informer le plus grand nombre possible de groupes de la disponibilité des fonds.

compliquées. Par conséquent, le Comité exhorte le gouvernement fédéral à revoir les procédures de demande du programme Nouveaux Horizons pour s'assurer que la documentation est rédigée dans un langage simple, en français et en anglais, mais aussi dans les langues autochtones et dans la langue des grandes populations d'immigrants, et que des efforts sont déployés pour informer le plus grand nombre possible de groupes de la disponibilité des fonds.

De plus, le Comité croit qu'il est important de veiller à ce que tous les groupes disposent d'un délai suffisant pour préparer leur demande de financement au programme Nouveaux Horizons pour les aînés. Le Comité insiste donc beaucoup sur la nécessité de prévoir un délai approprié entre l'annonce de la disponibilité de fonds et la date limite de réception des demandes.

Le Comité suggère que le programme Nouveaux Horizons du gouvernement fédéral pour les aînés permette aux organisations de demander des fonds pour différentes étapes d'un même projet.

Des témoins ont dit au Comité qu'à cause du financement à court terme, il est difficile pour les organisations d'assurer la continuité des programmes et des services qu'elles offrent. Par conséquent, le Comité suggère que le programme Nouveaux Horizons du gouvernement fédéral pour les aînés permette aux organisations de demander des fonds pour différentes étapes d'un même projet afin qu'elles puissent recevoir un financement pluriannuel pour certaines initiatives.

## Chapitre 8 : Les travailleurs de la santé et des services sociaux

Même s'ils sont pour la plupart en bonne santé, les aînés canadiens sont les plus grands utilisateurs du système des soins de santé. En 2003, ils représentaient 13 p. 100 de la population du pays, mais le tiers des hospitalisations et plus de la moitié des journées passées à l'hôpital leur étaient attribuables<sup>139</sup>, de même que 44 p. 100 de l'ensemble des dépenses consacrées aux soins de santé<sup>140</sup>.

Des soins de qualité, accessibles et dispensés à temps, jouent un rôle important dans la qualité de vie des aînés. Pour que le Canada soit en mesure d'offrir ces soins, il doit tout d'abord disposer d'un nombre suffisant de professionnels de la santé et des services sociaux convenablement formés. Or le secteur de la santé est l'un de ceux qui comptent le plus grand nombre de professions où se manifestent des pénuries de ressources humaines.

Les pressions sont particulièrement fortes chez les médecins, les infirmières, les pharmaciens, les technologues et techniciens médicaux et le personnel de soutien des services de santé (aides-infirmières et assistantes dentaires). L'augmentation de la demande dans ces professions a été forte en raison des besoins croissants liés au vieillissement de la population, à l'accroissement du financement gouvernemental pour les soins de santé et à un nombre élevé de départs à la retraite. De plus, la croissance de l'offre pour plusieurs de ces professions a été relativement faible<sup>141</sup>.

Ces pénuries rendent les conditions de travail encore plus difficiles pour les professionnels de la santé et des services sociaux. Tout le long de ses audiences, le Comité a constamment été impressionné par le dévouement et l'excellence des professionnels qu'il a entendus un peu partout dans le pays. Nous manquerions à notre

---

<sup>139</sup> Statistique Canada, « Rapports sur la santé : Utilisation des services de santé par les personnes âgées », *Le Quotidien*, 7 février 2006.

<sup>140</sup> Margaret Gillis, Agence de santé publique du Canada, *Témoignages*, 4 décembre 2006.

<sup>141</sup> Mario Lapointe et coll., « Perspectives du marché du travail canadien pour la prochaine décennie, 2006-2015 », dans *Horizons*, vol. 9, n° 4, décembre 2007, p. 30.

devoir si nous ne les félicitons pas de leurs efforts extraordinaires et ne reprenions pas ici les propos de Lyne England, présidente de la Saanich Peninsula Health Association :

On félicite toutefois les fournisseurs de soins de santé de tous les échelons à Victoria, car ils font tout ce qu'ils peuvent dans des circonstances très difficiles. Les contrats qui ont été négociés ne sont pas respectés, de nombreuses infirmières autorisées ont été remplacées par des infirmières auxiliaires autorisées, et des travailleurs de la santé choisissent de travailler à titre occasionnel en raison des charges de travail insoutenables dans le domaine des soins de longue durée. Pour ces raisons et bien d'autres, toutes les personnes qui travaillent dans le domaine de la santé devraient être saluées pour leur conscience professionnelle, leur souplesse, leur compassion et les soins qu'elles dispensent quotidiennement aux patients.

*Témoignages, 5 juin 2008*

On peut s'attendre à ce que le vieillissement de la population intensifie encore plus les pressions qui s'exercent sur ce marché du travail déjà serré et se répercute tant sur le nombre que sur le genre de professionnels nécessaires pour donner des soins à un moment où la diversité croissante de la population canadienne impose aux travailleurs de la santé et des services sociaux d'avoir ou de pouvoir obtenir plus de compétences, de connaissances et de soutien.

Un autre facteur augmente la complexité de la prestation des services : c'est la nécessité de servir les citoyens dans la langue de leur choix. Cela comprend les aînés faisant partie des minorités de langue officielle du Canada (francophones hors Québec et anglophones du Québec), de même que les Autochtones et les immigrants.

Des communications exactes sont essentielles dans les relations entre fournisseurs et bénéficiaires de services. Autrement, le patient pourrait ne pas comprendre les conseils du médecin ou le traitement qu'il a prescrit, ce qui peut entraîner une réduction considérable de la qualité du service<sup>142</sup>.

---

<sup>142</sup> Aurèle Boisvert, président, Santé Sud-Est, *Témoignages, 2 juin 2008*.

Dans le meilleur des scénarios, un médecin de famille parlant la première langue du patient peut dispenser des services dans cette langue. Toutefois, en l'absence d'un tel médecin ou en cas de renvoi à un spécialiste, le patient doit souvent utiliser des compétences linguistiques rudimentaires ou des signes ou encore recourir à un membre de la famille pour faire l'interprétation nécessaire. Le recours à un membre de la famille peut être délicat parce que le patient peut avoir honte de parler de certaines maladies devant d'autres personnes. Le Comité a appris qu'il manque de services d'interprétation et que, même quand il est possible d'y recourir, on ne les utilise pas toujours, comme l'a expliqué la D<sup>r</sup> Sharon Koehn, du Centre pour le vieillissement en santé de Providence Health Care :

Nous avons également constaté que beaucoup de professionnels ne font pas appel aux services d'interprétation même s'ils y ont accès. Ils ont la possibilité de demander l'aide d'un interprète par l'intermédiaire des services linguistiques de la province, mais ils ne le font pas, parce que ça prend du temps. Ils préfèrent se débrouiller et obtenir de leurs patients des réponses insatisfaisantes ou incomplètes parce que ça prend du temps, et parce qu'ils ne sont pas payés pendant ce temps-là. C'est ainsi que le paiement à l'acte fonctionne dans la plupart des cas.

*Témoignages, 4 juin 2008*

À part les différences linguistiques, ces aînés et leur famille ainsi que d'autres réseaux de soutien social direct peuvent avoir des pratiques culturelles ou religieuses qui influent sur les soins. Il faut bien comprendre que le vieillissement d'une personne se produit dans une collectivité où la langue et la culture occupent une place primordiale<sup>143</sup>.

Cela est particulièrement vrai dans les collectivités autochtones où les aînés ont à affronter toute une série d'obstacles pour accéder à des soins. Le fait d'avoir affaire à un système médical étranger à leur culture se traduit par une diminution de l'accès aux soins et de leur qualité. Dans le cas des fournisseurs de services de santé qui desservent les Premières nations, les Inuits et les Métis, la

---

<sup>143</sup> Charles Gagné, directeur général, Centre Taché et Foyer Valade, *Témoignages, 2 juin 2008*.

compétence devrait comprendre la compréhension des traditions linguistiques et culturelles, l'impact des pensionnats et l'importance de la famille dans la vie des aînés<sup>144</sup>.

Le Comité a appris que les écoles de médecine et de sciences infirmières s'orientent vers une formation culturellement adaptée, mais cette évolution est lente<sup>145</sup>.

Dans ce contexte, le Comité appuie cette déclaration de Jean Balcaen, président de Villa Youville :

Il est donc très important de continuer à maintenir les acquis en matière de soins de santé qui sont respectueux de la réalité linguistique et culturelle du bénéficiaire. Une prise de conscience au niveau de l'importance de la sensibilisation continue aux divergences culturelles est intimement liée à la qualité de l'intervention auprès du client.

*Témoignages, 2 juin 2008*

Nous présentons au chapitre 10 un examen plus détaillé du rôle du gouvernement fédéral auprès de ces groupes.

## 8.1 Pour la formation de plus de gérontologues et de gériatres

D'une façon générale, deux genres de médecins s'occupent des aînés, et particulièrement ceux du « cinquième âge » :

- Les médecins de famille qui ont suivi un cours de formation avancée de six mois ou d'un an en soins aux personnes âgées, agréé par le Collège des médecins de famille du Canada.
- Les spécialistes en gériatrie (gériatres) qui ont reçu une formation complémentaire d'au moins cinq ans après avoir obtenu leur diplôme en médecine<sup>146</sup>.

---

<sup>144</sup> Joe Gallagher, directeur principal, First Nations Health Council, *Témoignages*, 4 juin 2008.

<sup>145</sup> Dr Sharon Koehn, associée de recherche, Centre pour le vieillissement en santé, *Témoignages*, 4 juin 2008.

Peu après avoir entrepris ses audiences, le Comité a entendu des témoignages concernant la pénurie actuelle de gériatres. Même si leur nombre a presque doublé, passant de 111 à 211 entre 1995 et 2007<sup>147</sup>, il est encore très loin des 538 dont on estimait avoir besoin en 2006<sup>148</sup>. Par ailleurs, le nombre d'infirmières occupées spécialisées en gériatrie ou en soins de longue durée est resté relativement stable entre 1995 et 2006<sup>149</sup>.

Le Comité a cependant appris que beaucoup des 211 gériatres du Canada avaient d'autres responsabilités, de sorte que le nombre équivalent de gériatres à temps plein est probablement inférieur à 150<sup>150</sup>. Un autre fait est encore plus alarmant : le nombre de résidents de médecine interne qui s'inscrivent à des programmes de gériatrie a considérablement diminué dans les dix dernières années. La Société canadienne de gériatrie a signalé que, en 2007, il n'y avait dans tout le Canada que cinq stagiaires dans les programmes de gériatrie de langue anglaise. De même, les programmes de formation en soins aux personnes âgées destinés aux médecins de famille ont beaucoup de places libres, et tout le pays ne compte que 140 médecins ayant suivi cette formation<sup>151</sup>.

Contrairement à ce qui se produit aux États-Unis, où beaucoup de gériatres dispensent des soins primaires, les gériatres canadiens donnent plutôt aide et conseils à court terme à d'autres médecins dispensant des soins primaires et à des équipes de soins exerçant dans la collectivité, des hôpitaux et des établissements de soins de longue durée. En jouant le rôle de catalyseurs dans le système, ils peuvent établir des modèles de services, que d'autres peuvent ensuite gérer et diffuser.

---

<sup>146</sup> Dr Duncan Robertson, Gériatrie et soins palliatifs, BC Medical Association, *Témoignages*, 5 juin 2008, et Collège des médecins de famille du Canada, *Priorités pour les soins aux personnes âgées : Le rôle du médecin de famille*, juin 2007.

<sup>147</sup> Institut canadien d'information sur la santé, Base de données médicales Scott's, 2007, et Collège des médecins de famille du Canada, *Priorités pour les soins aux personnes âgées : Le rôle du médecin de famille*, juin 2007.

<sup>148</sup> Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Les aînés au Canada : Bulletin 2006*, 2006, p. 19.

<sup>149</sup> Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les infirmières et infirmiers autorisés, 2007.

<sup>150</sup> Dr Duncan Robertson, Gériatrie et soins palliatifs, BC Medical Association, *Témoignages*, 5 juin 2008.

<sup>151</sup> Dr Chris Frank, président, Société canadienne de gériatrie, mémoire au Comité, 20 avril 2008.

Le problème de la pénurie de ressources humaines et de l'augmentation prévue de la demande est d'autant plus complexe que les travailleurs actuels des services de santé sont eux-mêmes en train de vieillir et que le recrutement n'est pas assez important pour compenser. L'Association canadienne de gérontologie a informé le Comité que « l'âge moyen des infirmières et infirmiers autorisés au Canada atteint presque 50 ans<sup>152</sup> ».

Cela met en évidence la première difficulté mentionnée par plusieurs témoins : attirer plus de jeunes dans le domaine. La gériatrie et la gérontologie semblent souffrir d'une image de marque peu reluisante. Des enquêtes menées par l'Université Western Ontario ont révélé que les étudiants préfèrent travailler avec des patients dont les fonctions cognitives ne sont pas atteintes, qui ont des problèmes de santé simples et bien définis et qui n'ont pas de maladies chroniques<sup>153</sup>.

Les témoins ont dit au Comité que la gériatrie et la gérontologie ne sont souvent pas considérées comme des professions « excitantes », peut-être un peu à cause de la discrimination sous-jacente qui se manifeste envers les aînés dans la société. En donnant aux jeunes l'occasion de vivre l'expérience exaltante du travail sur le terrain, d'affronter la complexité des problèmes liés au vieillissement et d'apprendre à les surmonter, on pourrait arriver à leur montrer à quel point une carrière dans ce domaine peut être stimulante et enrichissante<sup>154</sup>.

Toutefois, la promotion de la gériatrie est encore plus difficile quand la plupart des écoles de médecine du Canada n'imposent aucune connaissance de cette discipline. Aucun stage en gériatrie n'est encore exigé dans les programmes canadiens de formation en médecine interne<sup>155</sup>, de sorte que les étudiants doivent choisir une

---

<sup>152</sup> Sandra Hirst, présidente, Association canadienne de gérontologie, *Témoignages*, 11 décembre 2006.

<sup>153</sup> Presse Canadienne, « Canada's ageing population could run short on docs », 19 juillet 2007, [http://www.ctv.ca/servlet/ArticleNews/story/CTVNews/20070719/aging\\_population\\_070719/20070719?hub=Health](http://www.ctv.ca/servlet/ArticleNews/story/CTVNews/20070719/aging_population_070719/20070719?hub=Health).

<sup>154</sup> Dr David Martell, Centre médical de Lunenburg, à titre personnel, *Témoignages*, 12 mai 2008.

<sup>155</sup> David Hogan, « Proceedings and Recommendations of the 2007 Banff Conference on the Future of Geriatrics in Canada », dans *Canadian Journal of Geriatrics*, vol. 10, n° 4, 2007, p. 133-144.

spécialité vers la fin de leur troisième année d'études sans avoir jamais eu de contacts officiels avec cette discipline<sup>156</sup>. Il n'y a pas très longtemps, la même situation existait dans le domaine des soins palliatifs. Il a fallu que le gouvernement du Canada intervienne en appuyant le développement d'un cours dans ce domaine. Aujourd'hui, tous les étudiants en médecine doivent suivre au moins un cours de soins palliatifs. Ne pouvons-nous pas avoir la même chose en gériatrie?

Il conviendrait peut-être de faire appel à l'idéalisme des étudiants en médecine. Le Dr Ken Rockwood, professeur de gériatrie à l'Université Dalhousie, a expliqué ainsi à ses étudiants son approche de la promotion de la gériatrie.

### **Voulez-vous sauver le monde?**

Pendant des années, nous avons tenté de diverses façons de convaincre plus de jeunes médecins de s'orienter vers la gériatrie. Quand ils sont encore très jeunes, je leur dis que, s'ils souhaitent sauver le monde, c'est en gériatrie qu'il faut aller. Ensuite, je m'explique. Si l'on réfléchit à tous les problèmes du système de santé au Canada actuellement, à mon avis, la fragilité est celui qui minera le plus probablement la prestation publique de soins médicaux, parce que tous sont frustrés et qu'ignorant quoi faire, ils prônent la privatisation. Pareille solution a des effets pervers pour plusieurs raisons dont on pourrait discuter, mais si l'on y pense bien, l'assurance santé est l'une des grandes valeurs qui cimente l'unité canadienne. Par conséquent, si nous n'obtenons pas de bons résultats à cet égard, quel espoir reste-t-il pour le pays? Étant donné toute la richesse du Canada et l'abondance de ses ressources, si nous ne pouvons pas garder le pays uni, quel espoir y a-t-il pour le reste du monde? Donc, je dis aux jeunes que, s'ils souhaitent sauver le monde, qu'ils exercent la gériatrie au Canada.

Dr Ken Rockwood, professeur de gériatrie, Université Dalhousie,  
*Témoignages*, 12 mai 2008

Une fois qu'on aura persuadé les étudiants de s'orienter vers la gériatrie, il faudra prévoir à leur intention des endroits de résidence, surtout dans les collectivités où on espère qu'ils exercent après avoir

---

<sup>156</sup> Chris MacKnight, professeur agrégé, Département de médecine, Université Dalhousie, *Témoignages*, 12 mai 2008.

fini leurs études. Par suite de la concurrence entre les sous-spécialités, il semble que ce ne soit pas toujours le cas. S'il était possible de promettre aux étudiants des places garanties de formation et de bonnes perspectives d'emploi par la suite, le domaine de la gériatrie deviendrait beaucoup plus intéressant pour eux<sup>157</sup>. Le Comité recommande donc :

**27. Que le gouvernement fédéral appuie des campagnes d'information et de sensibilisation visant à favoriser le choix d'une carrière en gériatrie et en gérontologie, y compris le financement de places de résidence en gériatrie.**

---

Les pratiques actuelles de rémunération constituent un autre facteur qui décourage les médecins de s'orienter vers la gériatrie. La formule actuelle de rémunération à l'acte pénalise les gériatres par rapport aux autres spécialistes parce qu'ils ont tendance à consacrer plus de temps à chaque patient pour mieux définir leurs multiples problèmes dans un contexte holistique et pluridisciplinaire.

Pour valoriser le travail fait auprès des aînés, il faut assurer une rémunération compétitive aux professionnels de la santé qui leur dispensent des soins. Comme l'a dit Réjean Hébert, doyen de la faculté de médecine et de sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke :

Les médecins qui pratiquent auprès des personnes âgées n'ont pas le même revenu qu'un cardiologue, qu'un neurochirurgien ou qu'un radiologue. Je pense que c'est un phénomène qui peut être un dissuasif pour que de jeunes étudiants puissent s'intéresser à une carrière auprès des personnes âgées. Il faut être capable de valoriser celles-ci par des conditions de travail, des conditions salariales qui permettent à ces personnels professionnels de la santé de trouver là une valorisation adéquate, et surtout insister sur la formation nécessaire.

*Témoignages, 16 mai 2008*

Au Canada, des formules de financement différentes ainsi que des modèles de rémunération mixtes ont permis à certains gériatres de trouver des arrangements acceptables, mais ceux-ci ne constituent

---

<sup>157</sup> D<sup>r</sup> Ken Rockwood et D<sup>r</sup> Chris MacKnight, *Témoignages, 12 mai 2008*.

sûrement pas des encouragements à entrer dans le domaine. Il y a lieu de mentionner que la majoration des échelles de rémunération a joué un rôle de premier plan dans le recrutement des gériatres nécessaires en Irlande.

Par conséquent, le Comité insiste sur la nécessité d'instituer un système de facturation plus équitable à l'intention des gériatres et suggère que le gouvernement fédéral fasse l'essai, avec les gériatres qu'il emploie, de systèmes de facturation qui pourraient être utilisés dans les autres administrations canadiennes.

Le Comité insiste sur la nécessité d'instituer un système de facturation plus équitable à l'intention des gériatres et suggère que le gouvernement fédéral fasse l'essai, avec les gériatres qu'il emploie, de systèmes de facturation qui pourraient être utilisés dans les autres administrations canadiennes.

L'accélération de la reconnaissance des titres de compétence des immigrants ayant une formation en santé pourrait également atténuer la pénurie de personnel. Il est beaucoup plus rapide de donner des compléments de formation ou de renouveler l'agrément que de former de nouveaux étudiants. Des progrès dans cette direction pourraient inverser la diminution de la proportion de médecins canadiens formés à l'étranger, qui était passée de 25 à 22 p. 100 entre 1999 et 2006<sup>158</sup>.

Le Comité exhorte le gouvernement fédéral à travailler avec les organismes d'agrément professionnel à l'élaboration de programmes pouvant faciliter et accélérer la reconnaissance des titres de compétence étrangers.

En conséquence, le Comité exhorte le gouvernement fédéral à travailler avec les organismes d'agrément professionnel à l'élaboration de programmes pouvant faciliter et accélérer la reconnaissance des titres de compétence étrangers.

<sup>158</sup> Institut canadien d'information sur la santé, Base de données médicales Scott's, 2007.

## 8.2 Adaptation de la formation à une population vieillissante

... partout dans le pays, il est primordial de sensibiliser les professionnels de la santé aux questions touchant les aînés.

D<sup>r</sup> Marianne McLennan, directrice, Aînés, Fin de la vie et santé spirituelle, Autorité sanitaire de l'île de Vancouver, *Témoignages*, 5 juin 2008

Au-delà des gériatres et des gérontologues, il importe de se rendre compte que presque toutes les professions de la santé ont affaire à une population de plus en plus âgée. Dans ce contexte, le Comité est d'accord avec le D<sup>r</sup> Duncan Robertson, du Comité de gériatrie et de soins palliatifs de l'Association médicale de la Colombie-Britannique, qui a recommandé ce qui suit :

Nous devons aussi nous assurer d'améliorer le contenu du programme d'enseignement pour tous les étudiants, et non seulement l'aspect didactique, que ce soit une expérience clinique obligatoire qui comprend le travail avec des membres plus âgés de la communauté, de l'hôpital et de l'établissement de soins de longue durée, sur tous les aspects des soins.

*Témoignages*, 5 juin 2008

Les problèmes qu'affronte une population vieillissante se distinguent assez sensiblement de ceux de groupes plus jeunes. Les comorbidités, les maladies chroniques et la santé fragile sont plus fréquentes chez les aînés, mais ne sont probablement pas suffisamment couvertes dans les programmes d'études actuels. Comme l'a mentionné Byron Spencer, professeur d'économie à l'Université McMaster :

... on constate que les programmes de formation des médecins et autres professionnels de la santé sont peu axés sur le traitement spécifique des patients âgés... Autrement dit, dans la formation des professionnels de la santé, on consacre très peu de temps au traitement des troubles chroniques complexes dont souffrent souvent les patients âgés. Presque toute la formation des médecins a lieu en milieu hospitalier, et lorsque des patients âgés se

présentent à l'hôpital, on se concentre habituellement sur un état pathologique grave. En fait, il peut même arriver que des patients souffrant de plusieurs maladies chroniques qui ne reçoivent pas de traitement approprié lorsqu'ils sont encore actifs au sein de la communauté voient leurs symptômes devenir aigus et doivent se présenter à l'hôpital.

*Témoignages, 5 mai 2008*

Le système des soins de santé a de tout temps été basé sur le traitement d'une seule affection à la fois. Toutefois, la santé fragile des aînés découle de multiples problèmes médicaux et sociaux interdépendants, qui nécessitent des soins différents de ceux qu'on administre ordinairement<sup>159</sup>.

Le système des soins de santé a eu tendance à réagir à ces cas complexes en recourant à des équipes interprofessionnelles. Selon la Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé, cette approche nécessite des modifications correspondantes des programmes d'études :

Changer la façon dont nous formons les fournisseurs de soins de santé est indispensable pour opérer un changement dans le système et pour s'assurer qu'ils ont les connaissances et les compétences requises pour accomplir un travail efficace au sein des équipes interprofessionnelles dans un système de soins de santé en évolution<sup>160</sup>.

Les aspects sociaux de la fragilité, sans parler de ceux du bien-être, nécessitent une approche fondée sur l'habilitation de l'individu dans son réseau de soutien élargi. La formation à la prise de contact avec un éventail plus vaste d'intervenants revêt alors une grande importance<sup>161</sup>.

---

<sup>159</sup> D<sup>r</sup> Ken Rockwood, professeur de gériatrie, Université Dalhousie, *Témoignages, 12 mai 2008*.

<sup>160</sup> Santé Canada, Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2006-wait-attente/hhr-rhs/index-fra.php>.

<sup>161</sup> Marie Beaulieu, professeure, Service social, Université de Sherbrooke, *Témoignages, 16 mai 2008*.

Une formation pouvant aider cet éventail plus vaste d'intervenants à comprendre la dynamique d'une réaction aux multiples aspects et leur propre rôle dans cette réaction est également importante. À cet égard, Pamela Fancey, directrice adjointe du Centre sur le vieillissement de l'Université Mount Saint Vincent, a dit au Comité :

...nous devons également soutenir les entrepreneurs en herbe et offrir de la formation dans un plus vaste éventail de professions, y compris pour les éducateurs et les conseillers auprès des familles, les coordonnateurs de programmes, les chercheurs et les analystes des politiques.

*Témoignages, 12 mai 2008*

D'une façon plus générale, pour renforcer et adapter les programmes de formation au vieillissement de la population, le Comité exhorte le gouvernement fédéral à appuyer les projets de renforcement des capacités, comme la création d'un programme de base, pour la

Le Comité exhorte le gouvernement fédéral à appuyer les projets de renforcement des capacités, comme la création d'un programme de base, pour la formation de gériatres, de travailleurs sociaux en gérontologie, d'infirmières en gérontologie et d'autres professionnels.

formation de gériatres, de travailleurs sociaux en gérontologie, d'infirmières en gérontologie et d'autres professionnels.

Dans le contexte du vieillissement de la population, il est également important que les programmes d'études apprennent aux professionnels de la santé à reconnaître les signes d'abus et à prendre les mesures appropriées dans ce cas. Comme nous l'avons mentionné au chapitre 1, le Comité espère que le

gouvernement fédéral appuiera à cet égard la création de matériel de formation à l'intention de nombreux secteurs professionnels.

### **8.3 Formation des travailleurs en soins à domicile et en soutien personnel**

Ce sont les membres de la famille et d'autres proches non rémunérés qui donnent l'essentiel des soins à domicile. Les témoins ont dit au Comité que le système public ne répond pas à 90 p. 100 des

besoins dans ce domaine, pour lesquels il faut compter sur la famille et les amis<sup>162</sup>.

Toutefois, comme la taille des familles diminue et que la mobilité de la population augmente, séparant les familles, il est probable que de plus en plus d'aînés auront besoin d'une aide extérieure. Le raccourcissement des séjours à l'hôpital, ces dernières années, fait qu'une plus grande partie de la convalescence est passée à la maison et dans la collectivité, grâce aux soins à domicile. De plus, le fait que les aînés souhaitent rester chez eux tandis que les taux de maladies chroniques grimpent dans la population contribuera aussi à l'augmentation de la demande d'aide à domicile. Les deux phénomènes sont généralement positifs pourvu que des dispositions suffisantes soient prises en matière de soins à domicile.

Les organismes de soins et d'aide à domicile dispensent une vaste gamme de services. Susan VanderBent de l'Ontario Home Care Association en a dressé une liste :

... des soins infirmiers, des services de soutien à domicile, des soins personnels, des traitements de physiothérapie et d'ergothérapie, des services de travail social, de diététique et d'orthophonie, en plus de veiller à ce que de l'équipement et des fournitures médicales soient en place à la maison.

*Témoignages, 9 mai 2008*

Les travailleurs en soutien personnel peuvent offrir des services d'économie domestique (achats, ménage, préparation de repas), donner des soins personnels (aide pour s'habiller, hygiène personnelle, mobilité et autres activités courantes), et s'occuper de responsabilités familiales (soins aux enfants) et d'activités sociales et récréatives<sup>163</sup>.

Le Comité croit que les travailleurs en soutien personnel et en soins à domicile méritent plus de reconnaissance, de formation et d'aide.

<sup>162</sup> Marie Beaulieu, professeure, Service social, Université de Sherbrooke, *Témoignages, 16 mai 2008.*

<sup>163</sup> Personal Support Network of Ontario, [http://67.19.94.210/~psw//index.php?option=com\\_content&task=view&id=16&Itemid=44](http://67.19.94.210/~psw//index.php?option=com_content&task=view&id=16&Itemid=44).

Les témoins qui ont comparu devant le Comité ont souligné que la contribution des travailleurs en soutien personnel et en soins à domicile est mal reconnue et que ces travailleurs peuvent jouer un rôle beaucoup plus actif à condition de recevoir suffisamment de formation, de rémunération et d'appui. Comme l'a dit Elaine Gallagher, directrice du Centre sur le vieillissement de l'Université de Victoria :

Ces aides de maintien à domicile sont parmi les travailleurs des soins de santé les plus sous-utilisés au pays. Ils reçoivent peu ou pas de formation, leur salaire se situe tout au bas de l'échelle et on ne reconnaît pas leurs efforts lorsqu'ils détectent des signes précoce de dépendance, de fragilité et d'autres problèmes. Ils pourraient faire beaucoup, avec un peu plus de formation.

*Témoignages, 28 avril 2008*

Le rôle des travailleurs en soutien personnel est encore plus essentiel dans le cas des aînés à risque. D'après le Réseau ontarien pour la prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées :

Les préposés aux soins à domicile forment l'un des groupes qui ont le plus d'interaction avec les personnes âgées chez elles, et ils sont parfois le seul contact que celles-ci ont avec le monde extérieur. La nature des soins qu'ils dispensent leur donne l'occasion d'établir des rapports de confiance avec les aînés. De ce fait, ils pourraient bien être les premiers à qui les aînés se confieront s'ils font l'objet d'abus<sup>164</sup>.

Le projet SAIL illustre les avantages possibles d'une meilleure formation des travailleurs en soutien personnel et en soins à domicile.

---

<sup>164</sup> Réseau ontarien pour la prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées, Réponse au rapport intérimaire du Sénat, Une population vieillissante : enjeux et options, 9 mai 2008.

### Le programme SAIL pour des aînés autonomes

Dirigé par la D<sup>re</sup> Vicky Scott à l'Université de Victoria, SAIL est un programme de formation visant à apprendre aux travailleurs en soutien à domicile à évaluer les risques de chute des personnes qu'ils soignent et, sur la base de cette évaluation, à mettre en œuvre une série d'interventions. L'une de ces interventions consiste en un simple programme d'exercices à la maison que le travailleur fait pendant 10 minutes avec le bénéficiaire des soins.

Grâce à la formation et aux 10 minutes de temps supplémentaire que le travailleur consacre aux exercices à chaque visite, le programme SAIL a permis de réduire de 44 p. 100 le taux des chutes par rapport aux endroits où les travailleurs n'avaient pas reçu cette formation. Les organismes de soutien à domicile ne se sont pas du tout inquiétés des considérations économiques liées au temps supplémentaire, considérant que les résultats valaient bien ce prix. Le programme donnait aux travailleurs les connaissances, la formation et les renseignements dont ils avaient besoin pour desservir une population difficile qui compte parmi celles qui courent le plus de risques. Les gens adoraient le programme.

Aujourd'hui, tous les organismes de santé de la Colombie-Britannique adoptent ce programme et le présentent à leurs travailleurs en soutien à domicile.

Elaine Gallagher, directrice, Centre du vieillissement, Université de Victoria,  
*Témoignages*, 28 avril 2008

Malgré le rôle clé que jouent les travailleurs en soutien personnel et en soins à domicile, ils sont mal rémunérés, n'ont pas beaucoup de sécurité d'emploi et leurs heures de travail ne sont pas très nombreuses<sup>165</sup>. Voici ce qu'en a dit Cecile Cassista, directrice générale de la Coalition pour les droits des aînés et des résidants des foyers de soins longue durée du Nouveau-Brunswick :

Au Nouveau-Brunswick, le gouvernement a conclu des contrats visant les soins à domicile avec des agences et la Croix- Rouge en prévoyant un taux de 13,64 \$ l'heure, ce qui fait que les employés ne reçoivent que 8 ou 9 \$ l'heure

---

<sup>165</sup> VON Canada, mémoire au Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, 17 décembre.

et font de 15 à 20 heures par semaine. Notre province a donc un problème de rétention et de formation.

*Témoignages, 13 mai 2008*

De mauvaises conditions de travail entraînent inévitablement un important roulement du personnel et un manque de continuité dans les services dispensés. Si nous souhaitons vraiment valoriser les services rendus par les travailleurs en soutien personnel et en soins à domicile, il est important que ces travailleurs reçoivent un salaire décent et bénéficient d'avantages sociaux et de conditions de travail raisonnables.

Le Comité a appris que la Stratégie fédérale-provinciale-territoriale des ressources humaines en santé ne comprend pas les services de soutien à domicile et dans la collectivité en dépit du fait que le plan décennal de 2004 pour consolider les soins de santé reconnaissait les soins à domicile comme partie intégrante du système de santé<sup>166</sup>. Une approche pancanadienne des ressources humaines en santé doit tenir compte des services de soutien personnel et de soins à domicile. Par conséquent, le Comité recommande :

**28. Que le gouvernement fédéral travaille avec les provinces et les territoires en vue d'aborder la formation, le recrutement et le maintien des travailleurs en soutien personnel et en soins à domicile dans le cadre de la Stratégie fédérale-provinciale-territoriale des ressources humaines en santé.**

Le Comité insiste sur la nécessité, pour les gouvernements, de collaborer avec les travailleurs en soins personnels et en soins à domicile en vue d'établir des normes communes de formation.

La formation officielle en soutien personnel demeure limitée. Malgré l'importance du rôle des travailleurs de soutien personnel, seules trois provinces – l'Alberta, la Nouvelle-Écosse et l'Ontario – offrent des diplômes, des programmes d'études ou des cours dans ce domaine<sup>167</sup>. Les pratiques exemplaires

<sup>166</sup> Congrès des organismes nationaux d'aînés, mémoire au Comité spécial sur le vieillissement concernant le chapitre 5 du deuxième rapport provisoire, 2 juin 2008.

<sup>167</sup> *Ibid.*

établies dans ces provinces peuvent servir de base à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un programme national de formation des travailleurs en soutien personnel et en soins à domicile. De tels efforts auraient en même temps l'avantage de mettre en évidence l'importance du rôle de ces travailleurs, de favoriser la parité salariale et de contribuer à la solution des problèmes de recrutement et de maintien en fonction.

Pour ces raisons, le Comité insiste sur la nécessité, pour les gouvernements, de collaborer avec les travailleurs en soins personnels et en soins à domicile en vue d'établir des normes communes de formation.



## Chapitre 9 : Savoir exploiter la recherche et les technologies modernes

Les Canadiens vieillissent dans un monde qui change. Les façons dont les gens vieillissent changent avec le temps – il se pourrait que les baby-boomers n'aient pas les mêmes besoins ni les mêmes attentes que leurs parents. Les progrès technologiques continuent à ouvrir de nouvelles perspectives.

Les décideurs doivent pouvoir prendre leurs décisions en fonction de preuves solides et d'une bonne compréhension des nombreuses façons dont les gens vieillissent. Il faudra effectuer des recherches longitudinales pour comprendre le processus du vieillissement et les façons complexes dont les facteurs économiques, sociaux et liés à la santé influent sur un bon vieillissement. Pour valoriser le vieillissement de la population, il faudra aussi mieux comprendre comment les progrès technologiques peuvent servir à améliorer la qualité de vie des Canadiens et utiliser de la manière la plus efficace possible des ressources humaines limitées.

---

[N]ous réalisons d'importantes recherches qui sont financées par le gouvernement fédéral, mais nous devons en faire un meilleur usage afin de mieux servir nos aînés.

---

Doug Rapelje,  
représentant, Comité consultatif des aînés de la Ville de Welland

---

### 9.1 La recherche sur le vieillissement

L’Institut du vieillissement est l’un des 13 instituts par l’entremise desquels les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) procurent une aide financière à des chercheurs du Canada entier. L’Institut finance la recherche suivante : vieillir en santé, les processus biomédicaux et biologiques du vieillissement, les troubles cognitifs, le vieillissement et le maintien de l’autonomie fonctionnelle, la politique et les services de santé pour les personnes âgées. Peu importe le domaine, l’Institut du vieillissement reconnaît que l’application des résultats de la recherche est très importante pour les personnes âgées et ceux qui travaillent avec elles. L’exemple qui suit d’une semelle de chaussure conçue pour réduire les risques de chute chez les personnes âgées en leur assurant un meilleur équilibre

montre comment la recherche peut améliorer concrètement la vie des personnes âgées.

### **Un nouveau produit protège les aînés contre les chutes<sup>168</sup>**

Les chutes constituent un danger réel et particulièrement grave pour les aînés, en raison du risque de fractures et de la perte d'autonomie qui en découle. Le D<sup>r</sup> Stephen Perry de l'Université Wilfrid-Laurier a récemment trouvé une application à ses recherches fondamentales sur le mouvement humain; il a mis au point un produit qui peut prévenir les chutes et sauver ainsi la vie de nombreux aînés. En prenant de l'âge, nous perdons de la sensibilité au niveau des pieds, ce qui rend difficile de garder l'équilibre. Grâce à une subvention des IRSC, le D<sup>r</sup> Perry et ses collègues ont élaboré une semelle intérieure spéciale, simple et bon marché, appelée Sole Sensor<sup>MC</sup>. La semelle intérieure présente une légère crête le long de son bord extérieur qui alerte les aînés au moment où ils sont sur le point de perdre l'équilibre. Cet appareil promet de réduire le nombre de blessures causées par les chutes.

Doug Rapelje, représentant du Comité consultatif des aînés de la Ville de Welland, et membre du conseil consultatif de l'Institut du vieillissement, a repris les préoccupations de plusieurs témoins selon qui la recherche doit être plus largement accessible :

Je suis très impressionné par la recherche qui est faite, mais, en tant que profane, je suis très préoccupé par notre incapacité de communiquer cette information importante aux personnes appropriées pour provoquer des changements. Je suggère au comité d'explorer les manières d'insister pour que les chercheurs rédigent des sommaires que les profanes peuvent comprendre. La recherche est associée à une langue particulière. Ce n'est pas une langue canadienne. Je pense qu'il s'agit d'une question importante parce qu'il y a de l'information très pertinente qui n'est jamais utilisée, car elle ne se rend jamais aux personnes appropriées.

*Témoignages, 9 mai 2008*

---

<sup>168</sup> Les Instituts de recherche en santé du Canada, *Le vieillissement - La recherche en santé, ça rapporte 2006-2007*, <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/35187.html>.

Le Comité loue les efforts déployés par l’Institut du vieillissement pour cerner les besoins en recherche des personnes âgées et de ceux qui travaillent avec elles, et traduire la recherche en des outils utiles pour les Canadiens. Le Comité invite les IRSC à continuer à faire de l’application des connaissances une priorité.

Le Comité invite les IRSC à continuer à faire de l’application des connaissances une priorité.

### 9.1.1 L’Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement

Une équipe de plus de 200 chercheurs de 26 universités canadiennes travaille à la conception d’une étude transdisciplinaire novatrice sur le vieillissement, l’Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ELCV). Une bonne partie de nos connaissances sur le vieillissement consistent en des images instantanées qui ne donnent qu’un bref aperçu du vieillissement. En revanche, l’Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement suivrait sur une période de vingt ans entre 30 000 et 50 000 Canadiens de plus de 40 ans pour connaître les processus et les facteurs qui influent sur la santé et le vieillissement. Nombreux sont les gens qui ont l’impression de bien vieillir ou de pouvoir bien vieillir, malgré une détérioration de leur état et des circonstances difficiles. L’Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement permettrait aux décideurs de « cerner les facteurs qui ont la plus forte incidence sur la réussite du vieillissement et mieux comprendre la façon dont ils exercent leurs effets<sup>169</sup> ».

#### De quelle façon l’Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement peut-elle avoir une incidence directe sur la politique?

L’une des principales façons sera de suivre le parcours de vie et les événements menant à la transition du travail à la retraite et aux transitions post-retraite. À titre d’exemple, nombre des politiques relatives au travail et à la retraite sont fondées sur le modèle d’un individu, typiquement du sexe masculin, qui reste à l’emploi d’une seule et même organisation pendant une longue période de temps. Or, la réalité d’aujourd’hui est telle que beaucoup de gens passent d’un emploi à un autre ou vivent des périodes sans emploi au fur et à mesure qu’ils approchent de la retraite. La hausse de la prévalence des femmes parmi

<sup>169</sup> Susan Kirkland, professeure, Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement, Université Dalhousie, *Témoignages*, 19 février 2007.

la population active et l'augmentation du nombre des familles à deux revenus ont également créé des situations nouvelles en matière d'équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle, tout comme cela a été le cas de l'augmentation du travail rémunéré non standard — par exemple travail autonome, travail contractuel ou travail d'expert-conseil — ainsi que du statut d'employé occasionnel, phénomène récent qui aura d'importantes conséquences en matière de prévisions relativement à la retraite et qui n'a pas été étudié en profondeur. Le retrait imminent de l'importante cohorte de baby-boomers du marché du travail aura également des conséquences sur le plan des politiques relatives à l'âge de la retraite, aux pénuries de main-d'œuvre et à la perte de travailleurs chevronnés. Une meilleure compréhension de l'incidence de ces changements permettra aux décideurs d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques mieux en mesure d'améliorer la santé et la productivité de la population active.

Susan Kirkland, professeure, Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement, Université Dalhousie, *Témoignages*, 19 février 2007

Le Comité est heureux d'apprendre que les Instituts de recherche en santé du Canada ont récemment confirmé l'affectation de 23,5 millions de dollars sur cinq ans à la phase de mise en œuvre de cette étude qui s'étendra sur vingt ans. Cet investissement permettra de fournir une assise solide de travaux de recherches et de données à cette étude d'envergure nationale.

### 9.2 Télémédecine et télesoins à domicile

La télémédecine est un nouveau domaine qui offre la possibilité d'accroître l'offre de services ou de faciliter la prestation des services.

Tom Peirce, directeur principal, Planification stratégique et intégration, Centre d'accès aux soins communautaires de Hamilton Niagara Haldimand Brant, *Témoignages*, 9 mai 2008

La télémédecine procure des services et des renseignements en matière de santé au moyen de technologies de télécommunication<sup>170</sup>. Elle sert surtout à offrir des services cliniques, à améliorer l'efficacité administrative et à élargir les possibilités d'étude et de développement professionnel des travailleurs de la santé.

---

<sup>170</sup> Réseau Télémédecine Ontario, <http://www.otn.ca/fr/otn/>.

Les télésiens à domicile exploitent aussi les progrès technologiques, mais pour contrôler l'état des malades et favoriser l'autonomie de ceux-ci. Les données recueillies à la maison, par le malade ou par un travailleur de la santé, sont transmises à un service central où elles sont analysées, ce qui facilite la détection des modifications des signes vitaux et une intervention rapide propre à prévenir une détérioration de l'état de la personne. L'expérience a montré que cette technique permet de réduire les coûts pour le système de santé, notamment par la diminution des taux d'hospitalisation, des visites à l'urgence et des admissions dans un établissement de soins de longue durée<sup>171</sup>.

Le Comité croit que la télémédecine et les télésiens peuvent améliorer la prestation des soins de santé et des soins à domicile.

La technologie évolue rapidement, mais cela fait longtemps qu'on en connaît les applications potentielles dans le secteur de la santé et celui des soins à domicile. Le rapport d'avril 2002 du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie<sup>172</sup> ainsi que le rapport de novembre 2002 de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada<sup>173</sup> proposent tous deux le recours à la télémédecine pour soutenir la prestation des services de santé.

Parmi les témoins que nous avons entendus dans tout le pays, beaucoup ont remarqué l'absence de ces questions de notre second rapport provisoire, *Une population vieillissante : enjeux et options*. Plusieurs représentants d'organisations qui évaluent et mettent en œuvre des programmes de télémédecine nous en ont parlé, notamment la D<sup>re</sup> Marianne McLennan de la Vancouver Island Health Authority :

Nous considérons la technologie comme une manière d'offrir des services plus près des lieux où habitent les gens et de faire en sorte que nos professionnels qui travaillent dans le sud de l'île puissent traiter des patients

---

<sup>171</sup> Réseau Télémédecine Ontario, <http://exweb.otn.ca/telehomecare/>.

<sup>172</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral*, Volume 5 : Principes et recommandations en vue d'une réforme – Partie I, avril 2002.

<sup>173</sup> Roy J. Romanow, *Guidés par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada*, Rapport final, novembre 2002.

## CHAPITRE 9 : SAVOIR EXPLOITER LA RECHERCHE ET LES TECHNOLOGIES MODERNES

---

qui habitent dans le nord de l'île. Nous sommes en train d'envisager les vidéoconférences et les groupes téléphoniques de soutien à la transition. Nous sommes également en train d'examiner des approches de formation novatrices qui nous permettront de tenir notre personnel au courant des dernières informations.

*Témoignages, 5 juin 2008*

La télémédecine peut aussi aider à servir les groupes de langue minoritaire, comme les francophones de l'Ontario, comme l'a décrit Marcel Castonguay du Centre de santé communautaire Hamilton-Niagara:

À un moment donné, on a commencé à se servir beaucoup du médium de vidéoconférence, où on est capable de donner un atelier, disons, à Welland avec une audience à Hamilton, de rendre la question vraiment interactive, et on est à voir comment on pourrait se brancher avec d'autres communautés où on est capable d'avoir des audiences à travers la province, se servant d'une infirmière. Encore là, les professionnels de la santé sont quand même très rares, sont beaucoup plus difficiles à recruter, ne sont pas nécessairement là où sont les patients.

*Témoignages, 9 mai 2008*

Voilà un exemple de la manière dont on peut pallier dans une certaine mesure des pénuries de ressources humaines dans le secteur de la santé par un plus grand usage de la technologie. Celle-ci permet non seulement aux spécialistes de servir des personnes qui auraient autrement difficilement accès à eux, mais aussi à certains intervenants de servir davantage de personnes en une journée. Comme l'a dit un porte-parole de VON Canada :

Les infirmières qui dispensent des soins à domicile peuvent assurer 20 visites ou plus par jour avec l'aide de la technologie, par opposition à quatre à huit seulement en personne.

*Mémoire au Comité, 17 décembre 2007*

La télémédecine et les télésoins à domicile peuvent aussi contribuer à améliorer les services aux personnes âgées dans les régions rurales. En effet, pour les malades des régions rurales, le transport pour aller voir un médecin, notamment un spécialiste, peut coûter cher. Encore faut-il qu'il y en ait, ce qui n'est pas toujours le cas. Le Comité souscrit à la position exprimée par le Comité sénatorial permanent de l'agriculture et des forêts dans son rapport sur la pauvreté rurale qui voit dans la télésanté un moyen de pallier la pénurie de professionnels de la santé et l'insuffisance de la formation axée sur la pratique en milieu rural, d'améliorer l'infrastructure de santé en région rurale et de voir à un développement équitable des systèmes d'information sur la santé dans l'ensemble du pays<sup>174</sup>.

Dans ce contexte, la télésanté peut être particulièrement utile aux collectivités des Premières nations et aux collectivités inuites, mais celles-ci doivent, pour en bénéficier, disposer d'une connexion Internet de haute qualité, ce dont beaucoup d'entre elles sont encore privées, comme l'a signalé Joe Gallagher du First Nations Health Council :

L'un des points prioritaires du plan tripartite de santé sur lesquels on travaille consiste à créer et à mettre en œuvre un réseau clinique Télésanté complètement intégré pour les Premières nations en Colombie-Britannique [...] la connectivité est un grave problème dans la province.

*Témoignages, 4 juin 2008*

La technologie ne peut pas remplacer des professionnels de la santé bien formés, mais elle peut permettre à ces professionnels de servir davantage de personnes, avec une plus grande efficacité. Dans cette optique, le Comité recommande :

**29. Que le gouvernement fédéral soutienne l'expansion de la télémédecine et des télésoins à domicile et que, à cette fin, il institue un fonds de transition à l'intention des provinces et un fonds pour les technologies à usage résidentiel à l'intention des particuliers et des organismes de services locaux, et qu'il accroisse le recours aux technologies modernes dans la prestation des services à ses groupes clients**

---

<sup>174</sup> Comité sénatorial permanent de l'agriculture et des forêts, neuvième rapport, *Au-delà de l'exode : Mettre un terme à la pauvreté rurale*, juin 2008, p. 311.

**et qu'il assure pour cela l'accès à Internet dans les collectivités du Nord et les collectivités éloignées, et que les collectivités de langue officielle en situation minoritaire soient consultées à ce sujet.**

### 9.3 Le dossier de santé électronique

Le Canada accuse un retard considérable pour ce qui est de la mise en œuvre du dossier de santé électronique, et les Canadiens ignorent les décisions difficiles qu'il faut prendre. Faute de données et d'information, il est très difficile de réaliser cela.

Donald Juzwishin, Conseil canadien de la santé, *Témoignages*, 7 avril 2008

Le dossier de santé électronique (DES) est essentiel à l'intégration nécessaire des services décrite à la section 2 et peut grandement améliorer l'efficience du système de santé.

Comme elles sont des utilisateurs relativement fréquents du système de santé, les personnes âgées qui doivent consulter plusieurs professionnels de la santé, par exemple, ou qui ont besoin de services dispensés par plusieurs organismes ont, peut-être plus que d'autres, tout à gagner de l'institution du DES, sans compter les économies de temps et d'argent et les avantages pour la santé qui en résulteront du fait que le DES évitera les doubles emplois au niveau des bilans de santé et des tests de même que les interactions de médicaments fâcheuses. Les témoins de tout le pays nous l'ont fait valoir clairement et nous ont expliqué leurs démarches en vue de la mise en œuvre du DSE.

Un mécanisme qui permettrait d'obtenir de l'information exacte en temps opportun et qui éviterait la multiplication des examens et la transmission d'information erronée serait un mécanisme de grande valeur. Je pense qu'il faudrait déployer tous les efforts nécessaires pour faire la promotion de cet outil à l'échelle nationale.

Tom Peirce, directeur principal, Planification stratégique et intégration, Centre d'accès aux soins communautaires de Hamilton Niagara Haldimand Brant, *Témoignages*, 9 mai 2008

[D]u point de vue du foyer de soins de longue durée [...] dans la région qu'englobe le Réseau local d'intégration des services de santé, ou RLISS, les responsables d'un groupe de quelque 20 foyers se sont dits intéressés à participer à certaines des initiatives du RLISS consistant à enregistrer l'information ou à en disposer en format électronique et à l'échanger, de façon que les aînés puissent raconter leur histoire une seule fois, plutôt que d'avoir à la répéter encore et encore. Ce qui est encore plus important, ou peut-être tout aussi important, c'est que l'intervenant du système n'ait pas à refaire tous ces examens, avec toutes les dépenses que cela suppose.

Dominic Ventresca, directeur des Services aux aînés, Services communautaires de la municipalité régionale de Niagara,  
*Témoignages*, 9 mai 2008

Nous ne devrions pas refaire plusieurs évaluations des personnes âgées, mais plutôt faire en sorte que tous les organismes se fondent sur une évaluation commune et communiquent bien entre eux. Le dossier de santé électronique est un instrument très utile pour faciliter cette coordination et il fonctionne bien dans le contexte canadien. Nous savons comment instaurer un tel système et nous savons qu'il ne comporte pas de frais supplémentaires, mais il faut investir maintenant pour pouvoir en profiter plus tard.

Réjean Hébert, Faculté de médecine et des sciences de la santé,  
Université de Sherbrooke, *Témoignages*, 16 mai 2008

Ces investissements sont importants, mais leurs retombées le sont encore plus. Le coût total du système est estimé à 10 à 12 milliards de dollars, mais quand il sera entièrement opérationnel, il devrait faire économiser de 6 à 7 milliards de dollars par an<sup>175</sup>. Évidemment, la valeur des vies sauvées est inestimable.

---

<sup>175</sup> Inforoute Santé du Canada, *Rapport annuel 2007-2008*.

Le Comité exhorte le gouvernement fédéral à fournir à Inforoute Santé du Canada des moyens suffisants pour permettre la réalisation de l'objectif à long terme de l'organisation, à savoir de doter les Canadiens d'un dossier de santé électronique.

Malgré les efforts déployés, la mise en œuvre du dossier de santé électronique ne progresse pas suffisamment vite au gré des témoins entendus par le Comité. Au Canada, elle relève depuis 2001 de l'Inforoute Santé du Canada, une organisation sans but lucratif financée par le gouvernement fédéral qui supervise l'élaboration de normes canadiennes en collaboration avec les provinces et les territoires, qui exploitent chacun leur propre système<sup>176</sup>. Le Comité insiste sur l'importance de veiller à ce que les collectivités de langue officielle en situation minoritaire soient consultées à ce sujet.

Inforoute Santé du Canada s'est donné pour objectif de faire en sorte que la moitié des Canadiens aient un DES d'ici 2010, mais l'absence de financement additionnel dans le budget fédéral de 2008 en compromet la réalisation. En conséquence, le Comité exhorte le gouvernement fédéral à fournir à Inforoute Santé du Canada des moyens suffisants pour permettre la réalisation de l'objectif à long terme de l'organisation, à savoir de doter les Canadiens d'un dossier de santé électronique.

---

<sup>176</sup> Inforoute Santé du Canada, *About Canada Health Infoway – Document d'information*.

## Chapitre 10 : Groupes démographiques relevant du gouvernement fédéral – La valeur de l'exemple

La population s'attend, avec raison, que le gouvernement du Canada donne l'exemple en coordonnant les efforts nationaux d'amélioration de la situation des aînés canadiens. Tandis que les gouvernements provinciaux et territoriaux sont les grands défenseurs des aînés dans leurs secteurs de compétence respectifs, le gouvernement fédéral a des responsabilités particulières envers plusieurs groupes démographiques. Dans le cas particulier des aînés, il intervient à plus d'un titre puisqu'il a des responsabilités directes à l'égard de groupes démographiques qui relèvent de sa compétence et d'autres attributions indirectes au sujet desquelles il collabore au niveau national avec les gouvernements provinciaux et territoriaux.

### 10.1 Le leadership direct du gouvernement fédéral

Le rôle particulier du gouvernement du Canada à l'égard de certains groupes d'aînés relevant directement de sa compétence englobe un éventail de services sociaux et de santé. En matière de santé, par exemple, le gouvernement fédéral assume des responsabilités directes par l'intermédiaire de six ministères fédéraux, ce qui fait de lui le cinquième fournisseur de services de santé en importance au Canada, un pays dont la population vieillit<sup>177</sup>. Dans les limites des attributions du gouvernement fédéral, ces ministères offrent des services aux aînés des Premières nations et aux Inuits âgés, aux anciens membres admissibles des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada, ainsi qu'aux détenus âgés des pénitenciers fédéraux.

---

<sup>177</sup> Santé Canada, *Les Canadiens et les Canadiennes en santé : Rapport sur les indicateurs comparables de la santé*, 2006.

## 10.2 Les anciens combattants

Anciens Combattants Canada (ACC) a pour mandat d'exécuter des programmes aux termes de lois telles que la *Loi sur le ministère des Anciens Combattants* et la *Loi sur les pensions*. En 2006, le Canada, dont environ 7 p. 100 des aînés sont des anciens combattants, comptait près de 234 000 anciens combattants ayant servi durant la Première Guerre mondiale, la Seconde Guerre mondiale et la guerre de Corée, ainsi que 580 000 anciens combattants des Forces canadiennes (Force régulière et Première réserve).

Bien que les services et les prestations auxquels ont droit les anciens combattants englobent une pension d'invalidité, une aide financière sous forme d'allocations, des services de soins à domicile

Le Comité constate que les anciens combattants n'ont pas tous droit aux services d'Anciens Combattants Canada.

ainsi que des prestations et des services de soins de santé, seule une fraction d'entre eux touchent des prestations et reçoivent des services d'ACC. Selon un rapport ministériel, « dès mars 2006, environ 68 p. 100 des anciens combattants ayant servi en temps de

guerre (62 594) et tous les clients des Forces canadiennes (45 589) recevaient une pension d'invalidité. De plus, environ 74 000 anciens combattants et 24 000 survivants touchaient des prestations et recevaient des services en vertu du Programme pour l'autonomie des anciens combattants. Enfin, environ 113 000 anciens combattants ont reçu des avantages médicaux en 2005-2006<sup>178</sup> ».

### 10.2.1 Les programmes et services

La réception d'une pension d'invalidité ou d'une allocation d'ancien combattant ouvre droit à d'autres programmes et services tels que le Programme de soins de santé et le Programme pour l'autonomie des anciens combattants. La situation financière et la fonctionnalité de l'ancien combattant plutôt que l'âge déterminent son admissibilité aux programmes.

---

<sup>178</sup> Anciens Combattants Canada, *Plan stratégique quinquennal, 2001-2006, Mise à jour 2006-2007*, p. 15.

Un témoin a toutefois décrit le processus comme étant complexe, incohérent et parfois inéquitable, en précisant que le programme intensif de vérification de l’admissibilité décourage les gens de faire une demande et en exclut certains. La plupart des témoins ont indiqué vouloir un programme axé sur les besoins plutôt que sur des conditions d’admissibilité complexes fondées sur le service. Ils ont maintenu qu’il n’est ni faisable ni nécessaire de lier un problème de santé survenant à un âge avancé à un événement particulier survenu en service de guerre, et qu’il est pratiquement impossible d’établir un lien entre l’état de santé actuel et quelque chose qui s’est produit aussi loin que 1944.

Une des conditions concerne le manque de moyens, vérifié par un examen des ressources, mais la principale condition consiste à pouvoir lier un problème de santé actuel à un incident survenu en service de guerre.

Le Programme de soins de santé couvre les examens médicaux, chirurgicaux ou dentaires, les traitements fournis par des professionnels de la santé, les appareils médicaux et les prothèses et les médicaments d’ordonnance. Le Comité a appris que :

À l’heure actuelle, 40 p. 100 des anciens soldats ayant participé à des efforts de guerre touchent des indemnités de santé d’Anciens Combattants Canada. Notre position est que tous les anciens combattants [qui auraient besoin des] services d’ACC devraient être admissibles. En d’autres termes « un ancien combattant est un ancien combattant est un ancien combattant »<sup>179</sup>.

De nombreux témoins ont dit au Comité que le Programme pour l’autonomie des anciens combattants (PAAC) est le genre de programme de services à domicile généreux et enrichi destiné aux aînés dont devraient s’inspirer les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Selon eux, ce programme offre les services de qualité supérieure dont tous les anciens combattants au pays ont besoin et qu’ils méritent. Il subventionne les coûts de certains services fournis au domicile des clients tels que l’entretien du terrain, l’entretien ménager, les soins personnels, la nutrition, les soins de santé et les

---

<sup>179</sup> Victor Marshall, professeur de sociologie, Institut sur le vieillissement, University of North Carolina, *Témoignages*, 19 février 2007.

## CHAPITRE 10 : GROUPES DÉMOGRAPHIQUES RELEVANT DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL – DONNER L’EXEMPLE

---

services de soutien. Il couvre aussi une partie des frais de transport, des soins ambulatoires et des mesures d’adaptation du domicile. Élargi récemment, il fournit également des services d’entretien ménager et(ou) d’entretien du terrain aux survivants à faible revenu ou handicapés de certains anciens combattants ayant servi en temps de guerre. Dans l’ensemble, il s’agit d’un modèle de continuum de services ou de soins progressifs qui met l’accent sur l’intervention précoce et la prestation d’une gamme de services adaptés suivant l’évolution des besoins.

Selon les données du Ministère, ces services élémentaires de soutien à domicile aident les personnes à demeurer dans leur collectivité, ce qui retarde le placement en établissement, plus coûteux. Le coût moyen du PAAC pour les soins fournis en foyer d’accueil et dans un établissement pour adultes est de plus de 8 000 \$ par client tandis que le coût moyen pour l’entretien ménager et l’entretien du terrain était de 1 787 \$ et de 675 \$ respectivement par client en 2005-2006. On constate de plus en plus que les soins à domicile peuvent remplacer avantageusement les soins de longue durée en établissement. Pour le Ministère, le coût moyen des soins en établissement communautaire est environ le quart du coût des lits d’accès prioritaire offerts en vertu de marchés<sup>180</sup>. Le tableau 10.1, qui a été établi à partir de données sur les clients d’Anciens Combattants Canada, montre que les soins offerts en milieu communautaire coûtent moins cher par année que les soins offerts en établissement, même lorsqu’on attribue un coût aux soins fournis par les aidants naturels.

---

<sup>180</sup> Anciens Combattants Canada, *Évaluation du Programme pour l’autonomie des anciens combattants (PAAC)*, décembre 2006.

**Tableau 10.1 Coûts incombant au gouvernement, aux clients et aux aidants, et total des frais sociaux (clients en milieu communautaire et clients en établissement)<sup>181</sup>**

	Niveau de soins (en fonction des scores du SMAF)	Total des coûts incombant au gouvernement	Total des coûts incombant aux clients ou aux aidants naturels	Total des coûts sociaux
Clients en milieu communautaire	Niveaux 1 et 2	4 837	14 411	19 248
	Niveau 3	5 905	20 194	26 099
	Niveau 4	12 783	31 083	43 866
	Niveau 5	14 875	50 297	65 172
	Niveau 6 et +	14 581	42 263	56 844
	Moyenne générale	9 104	27 904	37 008
Clients en établissement	Niveau 4	63 008	24 239	87 247
	Niveau 5	67 675	23 617	91 292
	Niveau 6	64 594	24 463	89 057
	Niveau 7	64 811	23 975	88 786
	Niveau 8	65 296	19 053	84 349
	Niveau 9	64 203	19 120	83 323
	Moyenne générale	65 175	22 201	87 376

Outre ces économies et les avantages du maintien à domicile des anciens combattants et de leurs conjoints, le PAAC s'est également traduit par une réduction marquée de la demande de soins de longue durée. Selon une étude menée à Ottawa, Halifax et Vancouver par Anciens Combattants Canada, le programme a permis de réduire de 90 p. 100 la liste d'attente pour les soins de longue durée dans ces trois villes<sup>182</sup>. La plupart des participants ont opté pour le maintien à domicile de préférence au placement dans un établissement de soins de longe durée<sup>183</sup>. Par ailleurs, des témoins ont indiqué que malgré

<sup>181</sup> Extrait de Jo Ann Miller, Marcus Hollander et Margaret MacAdam, Projet de recherche sur les soins continus pour Anciens Combattants Canada et le gouvernement de l'Ontario : Rapport de synthèse, avril 2008. p. 36. Voir l'annexe IV pour une ventilation plus détaillée des coûts.

<sup>182</sup> Doug Rapelje, représentant, Comité consultatif des aînés de la Ville de Welland, *Témoignages*, 9 mai 2008.

<sup>183</sup> Voir David Pedlar et John Walker, « Brief Report: The Overseas Service Veteran at Home Pilot: How Choice of Care may Affect Use of Nursing Home Beds and Waiting Lists », *Canadian Journal on Aging*, 23(4), p. 367-369.

## CHAPITRE 10 : GROUPES DÉMOGRAPHIQUES RELEVANT DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL – DONNER L’EXEMPLE

---

l’élargissement des critères d’admissibilité depuis la création du programme, il existe toujours des différences sur le plan des prestations offertes aux différents groupes d’anciens combattants.

Anciens Combattants Canada travaille également en partenariat avec des groupes tels que la Légion royale canadienne pour encourager le recours au logement supervisé pour retarder le placement en établissement des anciens combattants. Comme l’a affirmé un témoin, avec ses quelque 150 établissements et plus de 7 500 unités d’habitation, « la Légion est l’un des meilleurs organismes dispensateurs de logements abordables et sûrs pour les anciens combattants et les aînés dans tout le Canada<sup>184</sup> ». Les témoins ont réclamé davantage de services de logement supervisé pour les anciens combattants, particulièrement des options qui leur permettraient d’habiter à proximité des membres de leur famille et qui permettraient aux conjoints de continuer de vivre ensemble.

### 10.2.2 La voie de l’avenir

Plusieurs témoins ont évoqué l’approche des services intégrés préconisée dans le rapport que le Conseil consultatif de gérontologie a remis à Anciens Combattants Canada en 2006<sup>185</sup>. Le modèle des services intégrés éviterait que des anciens combattants soient laissés pour compte. Ainsi, les anciens combattants pourraient vivre avec leur famille et dans la collectivité, car on leur fournirait, dans la mesure du possible, des programmes de soins à proximité de leur domicile. On chercherait à fournir des services sociaux et de santé de première ligne aux anciens combattants admissibles, peu importe leur lieu de résidence et à éliminer la séparation entre services sociaux et services de santé en facilitant la transition des services hospitaliers vers les autres services sociaux et de santé tels que les services de soins à domicile. Enfin, on dispenserait des soins jusqu’au décès de l’ancien combattant.

---

<sup>184</sup> Pierre Allard, directeur, Bureau d’entraide, Légion royale canadienne, *Témoignages*, 10 décembre 2007.

<sup>185</sup> Conseil consultatif de gérontologie, *Parole d’honneur – L’avenir des prestations de santé pour les anciens combattants du Canada ayant servi en temps de guerre*, Rapport du Conseil consultatif de gérontologie à Anciens Combattants Canada, novembre 2006.

Ces témoins ont toutefois fait remarquer que le ministre des Anciens Combattants n'avait pas encore donné suite aux recommandations du Conseil consultatif de gérontologie<sup>186</sup>. D'après eux, celles-ci permettraient de réaliser des économies puisqu'elles respectent déjà trois conditions cruciales : répondre aux besoins des groupes d'anciens combattants, être réalistes du point de vue de l'expérience clinique et autre des fournisseurs de services et répondre aux critères scientifiques des chercheurs universitaires siégeant au Conseil.

Le Comité félicite Anciens Combattants Canada pour avoir mis sur pied, à l'intention des anciens combattants, un programme efficace et rentable considéré comme l'exemple idéal pour tous les aînés au Canada. Le PAAC fournit des services complets et souples aux clients admissibles. À notre avis, toutefois, le Ministère pourrait aller plus loin en adoptant un modèle de soins complètement intégrés pour tous ses clients. Il pourrait commencer par garantir à tous les anciens combattants ayant servi en temps de guerre l'accès à tous les services indispensables, et graduellement garantir ce même accès aux autres Canadiens et Canadiennes ayant servi dans des zones de conflit.

Le Comité félicite Anciens Combattants Canada pour avoir mis sur pied, à l'intention des anciens combattants, un programme efficace et rentable considéré comme l'exemple idéal pour tous les aînés au Canada.

Le Comité recommande :

- 30. Que le gouvernement fédéral adopte le modèle des services intégrés que le Conseil consultatif de gérontologie a recommandé à Anciens Combattants Canada, et qu'il commence par élargir l'admissibilité aux programmes offerts par Anciens Combattants Canada de manière qu'en bénéficient tous les anciens combattants ayant servi en temps de guerre et pas seulement les clients du Ministère.**

---

<sup>186</sup> Victor Marshall, professeur de sociologie, Institut sur le vieillissement, University of North Carolina, *Témoignages*, 19 février 2007; François Béland, professeur titulaire, Faculté de médecine, Université de Montréal, codirecteur, SOLIDAGE, *Témoignages*, 7 avril 2008; et Doug Rapelje, représentant, Comité consultatif des aînés de la Ville de Welland, *Témoignages*, 9 mai 2008.

## 10.3 Les Premières nations et les Inuits

La responsabilité première des services sociaux et de santé fournis aux aînés des Premières nations et inuits relève de deux ministères fédéraux. Le ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada, habilité par la *Loi sur les Indiens*, s’occupe des Indiens inscrits et de certains Inuits. Santé Canada, pour sa part, fournit ses services aux Premières nations et aux Inuits admissibles essentiellement par l’intermédiaire de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits en vertu de la politique fédérale de 1979 relative aux services de santé des Indiens, laquelle préconise l’exercice par les collectivités des Premières nations et des Inuits d’un contrôle plus direct sur les services de santé.

Même si un nombre considérable de membres des Premières nations et d’Inuits au Canada vivent en milieu urbain, les deux ministères accordent priorité aux programmes et services ciblant les résidants des réserves ou les Inuits de certaines collectivités de l’Arctique. Les premières interprétations de la *Loi constitutionnelle de 1867* ont prévu le partage des responsabilités touchant les peuples autochtones, c’est-à-dire que certains ont droit aux programmes et services du gouvernement fédéral tandis que d’autres, tels que les Indiens non inscrits et les Métis, ne peuvent s’en prévaloir.

En règle générale, le gouvernement fédéral fait valoir que le montant des transferts budgétaires au titre des services sociaux et de santé est calculé au prorata de la population, et il maintient que les services fournis aux Premières nations et aux Inuits relèvent d’autres compétences. Pour leur part, les provinces et les territoires affirment que le calcul des transferts fédéraux au prorata de la population ne tient pas compte des coûts de prestation, surtout si l’on considère les facteurs socioéconomiques et l’isolement.

Des témoins ont dit au Comité que les querelles de compétence ont entraîné la fragmentation des services ainsi que de graves lacunes et des chevauchements dans la prestation des services aux aînés des Premières nations et inuits<sup>187</sup>. Ils ont souligné que le manque de coordination et les multiples modes de prestation des services devaient être examinés à la lumière du fait que, dans de nombreuses

---

<sup>187</sup> Elmer Courchene, aîné, et Richard Jock, président-directeur général, Assemblée des Premières Nations, *Témoignages*, 14 mai 2007.

collectivités des Premières nations et inuites, les besoins sont des plus fondamentaux. En outre, l’impact des pensionnats continue de se faire sentir non seulement sur les aînés qui y ont séjourné, mais également sur les générations suivantes et, en fin de compte, sur le niveau de soutien et de soins qu’elles peuvent fournir. Près de la moitié des membres des Premières nations âgés de 50 ans et plus ont fréquenté un pensionnat et bon nombre d’entre eux ont été isolés de leur famille et de leur collectivité, ont été victimes de violence verbale et psychologique et ont perdu leur identité culturelle<sup>188</sup>.

Malgré les preuves historiques de santé robuste, un nombre disproportionnellement élevé de membres des Premières nations et d’Inuits vivent avec une maladie chronique comparativement aux autres Canadiens<sup>189</sup>. Le diabète à lui seul est la première cause d’invalidité chez les 65 ans et plus. Trente pour cent des hommes et 32 p. 100 des femmes des Premières nations de plus de 65 ans sont diabétiques. Chez leurs homologues non autochtones, les taux sont de 14 p. 100 et 11 p. 100, respectivement<sup>190</sup>.

Des témoins ont fait valoir que la mauvaise santé et les mauvaises conditions socioéconomiques chez ce groupe de la population justifient l’établissement de l’âge d’admissibilité aux services à 55 ans. Des facteurs socioéconomiques tels que le taux élevé de pauvreté, les bas niveaux d’instruction, le manque d’emplois, les mauvaises conditions de logement et les problèmes sanitaires ainsi que le manque d’eau potable expliquent les troubles de santé et une espérance de vie inférieure à celle des Canadiens en général<sup>191</sup>. Étant donné l’espérance de vie moindre des aînés autochtones, le Comité exhorte le gouvernement fédéral à examiner l’âge auquel il conviendrait d’assurer aux aînés autochtones l’accès aux services.

Le Comité exhorte le gouvernement fédéral à examiner l’âge auquel il conviendrait d’assurer aux aînés autochtones l’accès aux services.

---

<sup>188</sup> Assemblée des Premières Nations, [A Report from the Assembly of First Nations to the Special Senate Committee on Aging](#), mai 2007.

<sup>189</sup> Elmer Courchene, aîné, et Richard Jock, président-directeur général, Assemblée des Premières Nations, *Témoignages*, 14 mai 2007.

<sup>190</sup> ONSA, mémoire présenté au Comité le 26 novembre 2006.

<sup>191</sup> Elmer Courchene, aîné, et Richard Jock, président-directeur général, Assemblée des Premières Nations, *Témoignages*, 14 mai 2007.

### **10.3.1 Les programmes et services**

Le ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada (AINC) et Santé Canada fournissent des fonds aux Premières nations habitant dans des réserves, lesquelles assurent la prestation aux aînés des services et des programmes sociaux et de santé dont ils ont besoin. Ainsi, AINC offre aux aînés des Premières nations habitant dans des réserves des services de soutien du revenu et des services sociaux analogues à ceux qu’offrent les provinces pour répondre aux besoins essentiels sur le plan de l’alimentation, de l’habillement et du logement. Santé Canada finance des dispensaires et centres de santé dans les réserves, mais le Ministère s’attend que les Premières nations se prévalent des services hospitaliers et de soins de santé primaires fournis par les gouvernements provinciaux et territoriaux. Pour les aînés inuits, le lien entre AINC et Santé Canada relativement à la prestation de services généraux de soins de santé et de services sociaux est moins évident.

En ce qui concerne les programmes de soutien du revenu, l’Assemblée des Premières nations a indiqué que près de 80 p. 100 des aînés des Premières nations comptent sur des revenus de sources gouvernementales, notamment les prestations d’assurance-emploi, de sécurité de la vieillesse et d’aide sociale. De même, 7 p. 100 des aînés (55 ans et plus) recevaient une allocation d’invalidité en 2001<sup>192</sup>. Les représentants inuits ont souligné que très peu d’aînés reçoivent des prestations de SV et le SRG.

Des témoins ont souligné les conditions de logement vraiment déplorables dans lesquelles vivent certains aînés dans les collectivités des Premières nations et inuites où beaucoup se retrouvent dans des logements surpeuplés, mal aérés, insalubres. Lors de sa visite au Manitoba, le Comité a appris que la pénurie de logements est telle qu’il arrive que jusqu’à 12 personnes habitent le même logement, ce qui en force certaines à dormir à tour de rôle. Des témoins ont expliqué au Comité que 58 p. 100 des aînés des Premières nations habitent dans des maisons appartenant à la bande,

**Le Comité constate que les besoins des aînés des Premières nations et inuits sont des plus élémentaires et incluent l'accès à un logement adéquat.**

---

<sup>192</sup> Assemblée des Premières Nations, [A Report from the Assembly of First Nations to the Special Senate Committee on Aging](#), mai 2007, p. 13.

et que plus d'un tiers signalent la présence de moisissures dans leur maison<sup>193</sup>. Les aînés inuits aussi sont gravement touchés par le manque de logements et le coût de la vie élevé, alors que leurs revenus sont bien faibles. Trop souvent, ils doivent vivre dans les maisons bondées de leurs enfants où s'entassent plusieurs générations, ou encore accepter de partager leurs petites résidences subventionnées avec des membres de leur famille<sup>194</sup>.

Le Programme des services de santé non assurés (SSNA) de Santé Canada est l'un des programmes dont peuvent se prévaloir les Premières nations et les Inuits, peu importe leur lieu de résidence. Il couvre des produits et services de santé non assurés par les régimes de santé provinciaux et territoriaux comme les médicaments, les soins dentaires, les soins de la vue, les fournitures et le matériel médicaux, les interventions d'urgence en santé mentale et le transport à des fins médicales. Apparemment, la clientèle de ce programme est relativement jeune, mais les aînés (les clients âgés de 65 ans et plus, selon Santé Canada) en représentent quand même environ 6 p. 100, une augmentation par rapport à 2000<sup>195</sup>.

Pour ce qui est des principaux programmes fédéraux ciblant le soin à domicile des aînés, des témoins ont signalé les chevauchements entre le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits créé par Santé Canada et le Programme d'aide à la vie autonome d'AINC<sup>196</sup>. Malgré des années de consultation interministérielle, le manque de coordination entre ces deux programmes contribue à des lacunes et des chevauchements dans la prestation des soins. Selon des témoins, près de la moitié des aînés des Premières nations ont besoin d'au moins un type de service de soins à domicile, mais le tiers seulement en bénéficient<sup>197</sup>.

Outre les soins à domicile qui viennent compléter ceux fournis par Santé Canada, le Programme d'aide à la vie autonome comporte

---

<sup>193</sup> Elmer Courchene, aîné, Assemblée des Premières Nations, *Témoignages*, 14 mai 2007.

<sup>194</sup> Organisation nationale de la santé autochtone, *Témoignages*, 27 novembre 2006.

<sup>195</sup> Santé Canada, Services de santé non assurés - Rapport annuel 2006-2007, Ottawa : 2008.

<sup>196</sup> Ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, *Témoignages*, 4 décembre 2006.

<sup>197</sup> Elmer Courchene, aîné, Assemblée des Premières Nations, *Témoignages*, 14 mai 2007.

## CHAPITRE 10 : GROUPES DÉMOGRAPHIQUES RELEVANT DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL – DONNER L’EXEMPLE

---

un volet de soins institutionnels qui sont dispensés des établissements situés dans des réserves ou gérés par la province. On a souligné toutefois que seulement 0,5 p. 100 des collectivités des Premières nations sont dotées d’établissements de soins de longue durée, ce qui oblige la plupart des aînés ayant besoin de soins à quitter leur domicile et leur collectivité. Ainsi, les aînés nécessitant des soins institutionnels sont, dans bien des cas, placés dans des établissements provinciaux ou territoriaux à une grande distance de chez eux. Les effets néfastes de ce déménagement peuvent inclure : des soins culturellement inadaptés (les obstacles linguistiques par exemple); l’isolement; l’absence de possibilité de faire partie de la collectivité; la perte du rôle social en tant qu’aîné<sup>198</sup>.

Même si le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits créé par Santé Canada assume les coûts des fournitures et des médicaments fournis à domicile, le personnel infirmier est souvent confronté à des obstacles administratifs quand il veut se procurer les fournitures médicales de base dont il a besoin pour faire son travail et répondre aux besoins de la clientèle. Par exemple, pour demander des fournitures médicales aussi banales que de la gaze, du ruban et des solutions salines, il faut une ordonnance d’un médecin. Ce genre de situation retarde l'accès aux fournitures et au matériel étant donné que les médecins sont rarement sur place, particulièrement dans le cas des collectivités éloignées. Des témoins ont également fait valoir au Comité l’importance des soins podologiques que requièrent les aînés diabétiques. Ils ont dit qu’au Manitoba, par exemple, 21 seulement des 64 collectivités ont accès à de tels services.

Le Comité a remarqué le dévouement du personnel infirmier et du conseil de bande lors de sa visite au Manitoba. En dépit des difficultés, et même s’il doit composer avec un manque de fournitures, une technologie désuète et des salaires très bas, le personnel infirmier fait preuve d’optimisme et de détermination pour dispenser les meilleurs soins possibles aux clients âgés, et ce, alors que le personnel travaillant dans les réserves est moins bien rémunéré que le personnel hors réserve et que les échelles de salaire du personnel infirmier du programme de soins à domicile financé par Santé Canada sont différentes de celles des établissements de soins de longue durée subventionnés par AINC.

---

<sup>198</sup> Carole Lafontaine, ONSA, *Témoignages*, 26 novembre 2006.

Vu les ressources limitées du programme de soins de santé et de services sociaux, les collectivités des Premières nations sont souvent confrontées à des choix difficiles au sujet des services qu’elles peuvent offrir. Par exemple, le Comité a appris que l’enveloppe budgétaire des soins de santé des Premières nations et des Inuits ne prévoit aucune allocation pour les soins palliatifs. Il s’est laissé dire également qu’il y a moins de soins de relève parce que les ressources disponibles sont affectées ailleurs où les besoins augmentent<sup>199</sup>. De façon analogue, à cause d’un manque de personnel pour dispenser les soins palliatifs ou fournir d’autres services, ce sont des aidants naturels qui dispensent certains services à domicile, dans les centres de soins palliatifs et dans les foyers pour personnes âgées, ce qui n’est pas sans conséquence puisqu’ils peuvent alors avoir du mal à trouver un emploi rémunéré<sup>200</sup>. De plus, les aidants naturels ne reçoivent pas la formation voulue pour fournir des soins de qualité à domicile aux aînés des Premières nations et inuits.

### **10.3.3 La voie de l’avenir**

Dans le cas des populations des Premières nations et des Inuits, valoriser le vieillissement signifie faire en sorte que les programmes et les services tiennent compte de la réalité culturelle. Beaucoup de témoins ont insisté sur le fait que les services qui n’en tiennent pas compte sont parfois inutilisés. Okalik Eegeesiak, directrice du Développement socioéconomique à l’Inuit Tapiriit Kanatami, a mis l’accent sur la nécessité de mettre en place des politiques et des programmes qui soient sensibles aux réalités inuites : « Souvent, [on nous propose] un modèle qui ne nous convient pas. Les collectivités inuites sont laissées pour compte....<sup>201</sup>. Selon Debra Keays-White, directrice de la région de l’Atlantique à la Direction générale des Premières nations et des Inuits :

La prestation de services adaptée à la réalité culturelle est un facteur important à prendre en considération dans la mise en œuvre des programmes. Les aînés des Premières

---

<sup>199</sup> Visite chez la Première nation Sagkeen au Manitoba.

<sup>200</sup> Santé Canada, *Ressources humaines en santé dans le secteur des soins de santé continus dispensés aux communautés des Premières nations et des Inuits*, Rapport technique, avril 2006. p. 27.

<sup>201</sup> Okalik Eegeesiak, directrice, Développement socioéconomique, Inuit Tapiriit Kanatami, *Témoignages*, 14 mai 2007.

## CHAPITRE 10 : GROUPES DÉMOGRAPHIQUES RELEVANT DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL – DONNER L’EXEMPLE

---

nations qui sont admis dans un logement supervisé ou un établissement de soins de longue durée doivent se réinstaller loin de leur milieu familial et culturel. Comme il n’existe pas d’établissements de soins de longue durée dans les communautés des Premières nations, nos clients nous indiquent que les établissements hors réserve ne représentent pas un environnement sûr au plan culturel. Le nombre d’aînés des Premières nations dans les provinces de l’Atlantique qui choisissent cette option est négligeable.

*Témoignages, 13 mai 2008*

Le financement de tous les programmes est une question qui préoccupe beaucoup. Dans ses déplacements au pays, le Comité a été frappé par les disparités flagrantes au niveau des services et des établissements auxquels ont accès les aînés des Premières nations comparativement au reste de la population canadienne. Peu importe que ces disparités soient le fait de conflits de compétence, de formules de financement rigides ou d’un manque de financement, une chose est claire : il faut corriger la situation dès que possible.

L’Assemblée des Premières Nations a fourni des preuves convaincantes démontrant que l’aide financière versée aux Premières nations n’a pas évolué au même rythme que les coûts des services<sup>202</sup>. Ce déséquilibre financier a entraîné un appauvrissement graduel des budgets des collectivités et nuit considérablement à la capacité des administrations des Premières nations à répondre aux besoins de leur population, y compris ceux des aînés.

Depuis 1997-1998, le gouvernement du Canada applique un plafond arbitraire de 2 p. 100 aux hausses des dépenses destinées aux services de base, qui englobent tous les programmes sociaux offerts aux collectivités des Premières nations. De même, en 1996-1997, l’augmentation de l’enveloppe budgétaire allouée à la santé des Autochtones, comprenant tous les programmes de base de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, a été limitée en général à 3 p. 100 par année. Ces plafonds ne tiennent pas compte des facteurs qui influent sur les coûts de base comme la croissance de la population, le vieillissement et l’inflation. De

---

<sup>202</sup> Elmer Courchene, aîné, et Richard Jock, président-directeur général, Assemblée des Premières Nations, *Témoignages*, 14 mai 2007.

plus, ils représentent moins du tiers de l’augmentation moyenne de 6,6 p. 100 dont la plupart des Canadiens bénéficient jusqu’en 2013 par le biais des transferts en matière de santé et de programmes sociaux<sup>203</sup>.

L’importance démographique et l’isolement des collectivités des Premières nations et des Inuits varient ainsi que les défis du financement des services de santé auxquels elles sont confrontées. Les petites collectivités sont en effet aux prises avec des problèmes uniques, et le Comité a appris que certaines y font face en mettant leurs ressources en commun pour se procurer des services essentiels par exemple pour embaucher des travailleurs de la santé. Ces innovations sont utiles, mais le gouvernement doit faire plus pour que les collectivités puissent répondre aux besoins de la population.

Il est clair toutefois que la situation dans l’ensemble se résume à un problème de sous-financement créé par le plafonnement de programmes de santé et de services sociaux qui ne répondent pas aux besoins accrus de la population, qui a un urgent besoin d’eau potable, de logements convenables et d’une gamme de programmes de santé et de services sociaux.

Le Comité recommande :

**31. Que le gouvernement fédéral réponde aux besoins des Premières nations et des Inuits et de leurs collectivités, lesquels comprennent les suivants :**

- améliorer les logements et en construire davantage;
- accorder une attention particulière aux besoins sur le plan de l’eau potable, du régime alimentaire, des soins podologiques et des autres soins aux diabétiques;
- adopter des mesures en vue d’assurer la parité salariale entre les fournisseurs de soins;

---

<sup>203</sup> Mémoire, « Soutenir le cycle de la prestation des soins. Les Premières nations et le vieillissement ».

- offrir davantage de soins à domicile et de soins palliatifs en hospice;
- soutenir davantage les aidants naturels;
- supprimer le plafond du financement du Programme des services de santé non assurés;
- adopter des mesures en vue d’intégrer complètement la gamme de programmes actuellement offerts aux aînés habitant dans les réserves des Premières nations et dans les collectivités inuites en un système homogène analogue à celui utilisé par Anciens Combattants Canada.

## 10.4 Les détenus sous responsabilité fédérale

Le Service correctionnel du Canada (SCC), aux termes du mandat qui lui a été confié en vertu de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, est responsable de la prise en charge et de la garde des délinquants purgeant une peine de deux ans ou plus. Le SCC entend par détenus âgés ceux qui ont 50 ans et plus, dont le processus de vieillissement est accéléré en raison de facteurs qui incluent la situation socioéconomique inférieure, l'accès limité aux soins médicaux et de mauvaises habitudes de vie. D'après M. Ross Toller, commissaire adjoint aux Opérations et programmes correctionnels, les détenus sous responsabilité fédérale âgés de 50 ans et plus représentaient 20 p. 100 des délinquants sous responsabilité fédérale en 2007, ce qui correspond à 4 339 personnes : 2 068 détenus et 2 271 délinquants vivant sous surveillance dans la collectivité.

Howard Sapers, enquêteur correctionnel, a décrit les problèmes psychosociaux du soin des délinquants âgés dans les termes suivants :

un isolement des autres détenus ou manque de rapports avec eux étant donné la proportion relativement petite de détenus âgés; une vulnérabilité physique à des répercussions plus graves d'un acte d'agression; plus de difficulté à s'adapter à un nouveau milieu et plus de temps requis pour faire cette adaptation; un taux de suicide plus

élevé; une plus grande probabilité de mourir en prison; une incidence plus élevée de perte de soutiens dans la collectivité — par exemple, la conjointe ou le conjoint, les proches et les amis.

*Témoignages, 4 février 2008*

#### **10.4.1 Les programmes et services**

Le Service correctionnel du Canada gère 58 pénitenciers à sécurité minimale, moyenne, maximale et mixte. Il gère également 16 centres correctionnels communautaires pour les délinquants mis en liberté sous condition ou assujettis à une ordonnance de surveillance de longue durée. De plus, environ 200 établissements résidentiels communautaires, communément appelés maisons de transition, sont exploités par des organismes communautaires avec lesquels le SCC a conclu un contrat<sup>204</sup>. Dans ce contexte, le SCC est responsable d'une vaste gamme de programmes de services sociaux, d'emploi et de logement, ainsi que de services ciblant en particulier les délinquants âgés.

Le Comité a entendu des témoignages au sujet des diverses mesures d'adaptation prises pour répondre aux besoins des détenus âgés<sup>205</sup>. Des témoins ont fait remarquer que l'âge est un des facteurs dont on tient compte dès l'évaluation initiale pour autoriser des assouplissements relativement au placement pénitentiaire, aux exigences en matière de programmes et d'emploi, à l'obligation de se tenir debout pour le dénombrement obligatoire pour raisons de sécurité et aux effets personnels que les détenus sont autorisés à conserver. Quant à l'aspect physique, les établissements utilisent des marchepieds pour aider les détenus à monter dans les véhicules d'escorte et en descendre; ils sont dotés de cellules conçues pour permettre l'accès aux fauteuils roulants, d'appareils sanitaires destinés aux détenus ayant des déficiences physiques ainsi que de cellules permettant l'utilisation en toute sécurité de bouteilles d'oxygène et d'appareils respiratoires, ainsi que de rampes d'accès et d'appareils de levage. Quant à l'aspect social, il existe des programmes de réinsertion sociale qui offrent aux détenus l'occasion de prouver qu'ils ont fait des progrès leur permettant d'être transférés dans un établissement de

---

<sup>204</sup> Comité d'examen du SCC, *Pour une sécurité publique accrue*, 2007.

<sup>205</sup> Ross Toller, commissaire adjoint aux Opérations et programmes correctionnels, Service correctionnel du Canada, *Témoignages, 4 février 2008*.

## CHAPITRE 10 : GROUPES DÉMOGRAPHIQUES RELEVANT DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL – DONNER L’EXEMPLE

---

niveau de sécurité inférieur ou de bénéficier d'une mise en liberté sous condition. En matière de santé, on a mis en place un outil d'évaluation spécial pour les détenus âgés de 50 ans et plus, adopté des lignes directrices sur les soins palliatifs suivant une approche multidisciplinaire, et formé du personnel infirmier en gériatrie. Au besoin, les détenus âgés reçoivent une formation pour leur permettre d'aider les autres détenus âgés.

M. Toller, commissaire adjoint aux Opérations et programmes correctionnels, a précisé qu'à part certaines exceptions, il est possible d'accorder une libération conditionnelle à titre exceptionnel « à un délinquant s'il est malade en phase terminale, si sa santé physique ou mentale risque d'être gravement compromise si la détention se poursuit, si l'incarcération constitue pour lui une contrainte excessive difficilement prévisible au moment de sa condamnation...<sup>206</sup> ».

Howard Saper nous a parlé aussi de l'excellence de certaines initiatives prises à l'intention des délinquants âgés. Il a mentionné entre autres le programme de soins palliatifs de l'Établissement du Pacifique/Centre régional de traitement ainsi que le programme d'entraide grâce auquel les détenus apprennent à s'occuper des détenus âgés et les mesures prises pour répondre aux besoins physiques des délinquants âgés.

En revanche, il s'est dit préoccupé par l'absence de stratégie globale qui ciblerait les besoins des délinquants âgés. Il a remis en question la politique d'incarcérer des délinquants âgés dans des établissements à sécurité moyenne et maximale même s'ils ont des problèmes de mobilité ou une maladie tellement grave qu'ils ne présenteraient aucune menace pour la sécurité publique s'ils étaient placés ailleurs. Il a indiqué que les délinquants âgés ayant des problèmes de santé mentale et des déficits cognitifs sont vulnérables et pris à partie par les autres délinquants, d'où leur placement en isolement préventif. Les longues listes d'attente font en sorte que les programmes ne sont offerts que très tardivement, ce qui retarde la libération conditionnelle. De même, aucun programme ne cible précisément les délinquants âgés de telle sorte qu'ils finissent par cesser de participer à de saines activités par crainte de contact avec les autres détenus ou à cause d'inaptitude physique ou psychologique.

---

<sup>206</sup> Ross Toller, commissaire adjoint aux Opérations et programmes correctionnels, Service correctionnel du Canada, *Témoignages*, 4 février 2008.

M. Saper a parlé de l'accès limité aux soins chroniques, de longue durée et palliatifs, de l'absence de régimes alimentaires spéciaux et des retards importants dans l'obtention d'articles essentiels au bien-être et à la dignité des délinquants, comme les appareils auditifs, les prothèses dentaires et les produits d'incontinence pour adultes. Il aimeraient que le personnel reçoive une formation plus poussée pour pouvoir répondre aux besoins des délinquants âgés. Selon lui, il faut améliorer la formation du personnel relativement aux besoins particuliers des détenus âgés et accroître les ressources financières et humaines pour que les pénitenciers puissent s'acquitter de leurs obligations envers les détenus âgés.

Kim Pate, directrice exécutive de l'Association canadienne des sociétés Elizabeth Fry, a parlé du sort des détenues vieillissantes. Elle a mis l'accent sur le fait que les femmes sont particulièrement touchées par les affections chroniques liées au vieillissement comme la ménopause, l'ostéoporose et le diabète et signalé que les délinquantes n'ont pas beaucoup de possibilités de se prévaloir d'interventions non pharmaceutiques (exercice, modification du régime alimentaire, etc.) dans les établissements fédéraux. Elle a mentionné la perception qui prévaut selon laquelle les femmes aux prises avec des maladies de la vieillesse telles que l'ostéoporose ou qui s'inquiètent d'une grosseur au sein doivent attendre plus longtemps que les hommes pour se faire examiner par un médecin. De plus, certaines femmes n'ont pas accès à des serviettes pour incontinent et doivent se contenter de serviettes hygiéniques. On s'attend aussi des détenues qu'elles dispensent des soins aux autres délinquantes malades sans avoir reçu de formation ou sans être rémunérées.

Au sujet de la question de la rémunération et d'autres avantages sociaux, Kim Pate a fait remarquer que :

Les détenues âgées n'ont pas accès aux prestations de retraite. On s'attend à ce qu'elles travaillent ou reçoivent des ressources minimales pendant leur emprisonnement [...] Pendant leur séjour dans les établissements, elles veulent avoir les mêmes possibilités qui existent dans la collectivité. Par exemple, au fur et à mesure que les années passent et qu'elles vieillissent, elles veulent des semaines ou des journées de travail plus courtes et la possibilité de recevoir des prestations de retraite et ne pas finir sans aucun salaire.

*Témoignages, 4 février 2008*

### **10.4.2 La voie de l’avenir**

Le Comité est conscient des nombreux défis que doit relever le SCC relativement à la sécurité, la santé et l’accessibilité aux services des délinquants âgés. Bon nombre de pénitenciers et d’établissements

**Le Comité exhorte le gouvernement fédéral à élaborer une stratégie globale en vue d’offrir des soins intégrés aux délinquants âgés dans ses pénitenciers et dans des établissements communautaires et à prévoir notamment la libération anticipée des détenus âgés à la condition que ceux-ci ne présentent aucun risque pour la société et qu’ils puissent être pris en charge correctement.**

communautaires ne sont pas en mesure de répondre aux besoins physiques, sociaux et de sécurité de ces hommes et femmes âgés. La tâche n’est toutefois pas impossible et la logique nous dit que le gouvernement du Canada peut prendre des mesures progressives en faisant preuve de compassion.

Le Comité remarque que le SCC a adopté, il y a quelques années, des Lignes directrices sur les soins palliatifs. En janvier 2008, le commissaire aux services de santé a émis une directive aux termes de laquelle les Lignes

directrices sur les soins palliatifs du SCC s’appliquent sur diagnostic d’une maladie terminale<sup>207</sup>.

Il pourrait être utile que les détenus âgés aient accès aux ressources communautaires plus tôt. Ainsi, ceux qui ne constituent pas une menace pour la collectivité ou qui seraient admissibles à la libération pourraient travailler à l’extérieur. Dans le cas des femmes en particulier, le placement à l’extérieur pourrait comporter le soin des petits-enfants ou d’autres tâches de soutien à domicile. Une autre solution de rechange aux soins en milieu carcéral pourrait être la prise de dispositions avec des hospices privés ou des établissements de soins palliatifs en vue de leur confier les détenus ayant atteint un certain âge ou vivant avec une invalidité.

Le Comité exhorte le gouvernement fédéral à élaborer une stratégie globale en vue d’offrir des soins intégrés aux délinquants âgés dans ses pénitenciers et dans des établissements communautaires et à prévoir notamment la libération anticipée des détenus âgés à la condition que ceux-ci ne présentent aucun risque pour la société et qu’ils puissent être pris en charge correctement.

---

<sup>207</sup> Service Correctionnel du Canada, Bulletin politique, n° 243, janvier 2008.

## 10.5 Leadership national et responsabilité indirecte

Le rôle de leader national du gouvernement du Canada combine une fonction de catalyseur et de motivateur à un pouvoir constitutionnel concret de dépenser. Ainsi, bien que la prestation de services sociaux et de santé aux citoyens âgés soit du ressort des gouvernements provinciaux et territoriaux, le gouvernement du Canada appuie le système de santé public au moyen de paiements de transfert et de diverses mesures législatives telles que la *Loi canadienne sur la santé*, le Régime de pensions du Canada, la *Loi sur la sécurité de la vieillesse*, et ainsi de suite. En outre, les investissements du gouvernement fédéral dans le domaine des services pour les personnes âgées des communautés minoritaires de langue officielle aux termes de la *Loi sur les langues officielles*, et des services pour les peuples autochtones définis dans la *Loi constitutionnelle de 1982* comme étant les « Indiens, les Inuits et les Métis du Canada » ont déjà mené à la prise d’initiatives communautaires appuyées par les gouvernements provinciaux et territoriaux. Le Comité a entendu suffisamment de témoignages au sujet de ces deux groupes et de la nécessité pour le gouvernement du Canada d’assumer un rôle de leader pour pouvoir exposer leur point de vue.

## 10.6 Les personnes âgées des communautés minoritaires de langue officielle

Des témoins ont fait valoir qu’en vertu de la *Loi sur les langues officielles*, le gouvernement fédéral est tenu de veiller à ce que les politiques et programmes relatifs au vieillissement tiennent compte du contexte des minorités linguistiques dans tout le Canada<sup>208</sup>. L’article 41 de la *Loi* prévoit en effet que le gouvernement fédéral « s’engage à favoriser l’épanouissement des minorités francophones et anglophones du Canada et à appuyer leur développement, ainsi qu’à promouvoir la pleine reconnaissance et l’usage du français et de l’anglais dans la société canadienne<sup>209</sup> ».

---

<sup>208</sup> Annie Bédard, directrice générale, Conseil communauté en Santé du Manitoba, *Témoignages*, 1<sup>er</sup> juin 2008.

<sup>209</sup> *Ibid.*

## CHAPITRE 10 : GROUPES DÉMOGRAPHIQUES RELEVANT DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL – DONNER L’EXEMPLE

---

La proportion de la population âgée de 65 ans et plus appartenant à un groupe minoritaire de langue officielle varie d'un bout à l'autre du pays, par exemple, de moins de 1 p. 100 à Terre-Neuve-et-Labrador à plus de 76 p. 100 dans le nord du Nouveau-Brunswick. En outre, la population francophone vieillit plus rapidement que la population anglophone, plus particulièrement dans les régions rurales à cause du départ des jeunes familles vers les grands centres qui leur offrent de meilleures possibilités sur le plan de l'éducation et de l'emploi<sup>210</sup>.

La décision que Santé Canada a prise en 2001 d'établir deux comités consultatifs distincts pour examiner les questions liées aux communautés minoritaires francophones et anglophones au Canada et les stratégies assorties de recommandations qu'ils ont proposées ont représenté un pas important dans la réalisation de l'engagement du gouvernement fédéral à contribuer à l'épanouissement de ces communautés<sup>211</sup>. Conscients des conflits de compétence, les deux comités ont reconnu que le rôle du gouvernement fédéral se limiterait à l'adoption ou l'administration de normes ou de principes nationaux, à du financement ainsi qu'à la promotion de la coopération entre les provinces et les territoires et les communautés minoritaires de langue officielle. Le gouvernement fédéral a donné suite à ces recommandations en 2003 dans le Plan d'action sur les langues officielles rendu public par le Bureau du Conseil privé aux termes duquel le gouvernement prévoit des investissements financiers jusqu'en 2008.

### 10.6.1 Les défis actuels

Certains témoins ont dit au Comité qu'il demeure difficile d'améliorer l'accès des personnes âgées en situation de minorité linguistique aux services sociaux et aux services de santé dans leur langue malgré les engagements du gouvernement fédéral. La formation et la fidélisation de professionnels de la santé francophones demeurent un problème malgré les programmes innovateurs en cours

---

<sup>210</sup> Statistique Canada, *Les minorités prennent la parole : résultats de l'Enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle*, Ottawa, 2007.

<sup>211</sup> Santé Canada, *Rapport au ministre fédéral de la santé : Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire*, septembre 2001, p. 7, et Santé Canada, *Rapport à la ministre fédérale de la santé : Comité consultatif des communautés anglophones en situation minoritaire*, juillet 2002, p. 21.

d’élaboration dans les universités et collèges au Canada<sup>212</sup>. Selon certains témoins, il arrive souvent que les diplômés décident de faire carrière là où ils ont fait leurs études au lieu de retourner dans leur communauté<sup>213</sup>. Le Comité a également appris que les communautés minoritaires de langue officielle n’ont pas les ressources nécessaires à l’échelon local pour inciter les immigrants francophones à travailler dans le domaine des soins de santé parce qu’elles ne peuvent assurer l’intégration interculturelle nécessaire<sup>214</sup>.

Outre les problèmes de ressources humaines, le Comité a également appris que les contraintes budgétaires limitaient également la capacité de ces communautés à fournir des services de santé dans les deux langues officielles. Les administrateurs du secteur de la santé qui ont témoigné devant le Comité ont indiqué qu’ils ne pouvaient pas mettre de côté les fonds nécessaires pour fournir des services bilingues et maintenir la qualité et la quantité des services qu’ils offraient<sup>215</sup>.

Des témoins ont parlé de l’impact négatif sur l’état de santé des personnes âgées de l’absence de services sociaux et de santé dans la langue officielle des minorités linguistiques. Plus particulièrement, l’absence de soins médicaux dans la langue du patient a souvent donné lieu à des erreurs de diagnostic. Dans son témoignage devant le Comité, Louis Bernardin, de Villa Youville, une résidence de Sainte-Anne au Manitoba pour personnes âgées francophones, a raconté le cas d’une résidente chez qui on a diagnostiqué à tort une démence à cause de la barrière linguistique :

[...] il y avait une dame, M<sup>me</sup> Mettaï, qui a vécu toute sa vie à Winnipeg. Elle était francophone, elle a marié un Anglais et elle a vécu toute sa vie en anglais. Quand ils ont voulu la placer, ils ont cherché pour une maison française et on était la seule, alors ils l’ont ramenée à Sainte-Anne. La dame oubliait; vous savez, elle avait tous les signes de démence. Finalement, elle avait quelques piastres, ce qui fait que le programme « Public Cost Fee » a été invité à

---

<sup>212</sup> Jean-Luc Bélanger, président de l’Association acadienne et francophone des aînées et aînés du Nouveau-Brunswick, *Témoignages*, 13 mai 2008.

<sup>213</sup> Aurèle Boisvert, président, Santé Sud-Est Inc., *Témoignages*, 2 juin 2008.

<sup>214</sup> Charles Gagné, directeur général, Centre Taché et Foyer Valada, *Témoignages*, 2 juin 2008.

<sup>215</sup> Aurèle Boisvert, président, Santé Sud-Est Inc., *Témoignages*, 2 juin 2008.

## CHAPITRE 10 : GROUPES DÉMOGRAPHIQUES RELEVANT DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL – DONNER L’EXEMPLE

---

envoyer un médecin pour faire son évaluation. Le médecin l'a déclarée folle, pas capable de gérer ses affaires personnelles. Quand j'ai su cela, j'étais vraiment fâché pour la simple raison qu'ils sont rentrés par la porte d'en arrière pour évaluer un de mes résidants sans m'en parler. Ils avaient déjà oublié que c'était une maison privée et qu'ils ne pouvaient pas faire cela. Alors, j'ai fait venir un psychiatre de Saint-Boniface, un francophone, et il a renversé la situation. Cela démontre que la langue, c'est très important.

*Témoignages, 2 juin 2008*

Les problèmes de langue font aussi que les personnes âgées ont parfois du mal à comprendre le traitement qu'on leur prescrit<sup>216</sup>. Enfin, l'absence de services de santé dans la langue du patient réduit la qualité des soins en minant la relation médecin-patient à cause du manque de communication et de l'anxiété accrue des patients<sup>217</sup>.

Outre l'impact négatif de cette situation sur l'état de santé, on a fait valoir au Comité que l'absence de services sociaux et de santé dans la langue de prédilection signifie également que les personnes âgées en situation linguistique minoritaire risquent de se sentir davantage isolées. Pour la plupart des personnes âgées, le déménagement dans une résidence-services ou un établissement de soins de longue durée est une période triste et une source d'anxiété. Chez les personnes âgées en situation linguistique minoritaire, ces sentiments sont exacerbés par le fait que l'établissement, dans bien des cas, n'offre ses services que dans la langue et la culture de la majorité. D'où un sentiment d'isolement accru puisque ces personnes sont détachées non seulement de leur domicile et de leur communauté, mais également de leur langue et de leur culture<sup>218</sup>.

Les résidences-services qui accueillent des personnes âgées en situation linguistique et culturelle minoritaire sont considérées comme un moyen de s'assurer que ces résidents ne finissent pas leur vie isolés de leurs communautés. Jean Balcaen, président de Villa Youville, a affirmé que ses clients s'adaptaient plus facilement à leur vie en

---

<sup>216</sup> Aurèle Boisvert, président, Santé Sud-Est Inc, *Témoignages, 2 juin 2008*.

<sup>217</sup> Annie Bédard, directrice générale, Conseil communautaire en santé du Manitoba, *Témoignages, 2 juin 2008*.

<sup>218</sup> Jean Balcaen, président, Villa Youville, *Témoignages, 2 juin 2008*.

établissement parce qu’on leur offrait l’occasion de vivre dans un milieu francophone et catholique<sup>219</sup>. Pour ces personnes âgées, la transition vers une résidence-services constituait, par conséquent, une réintégration au sein de leur communauté culturelle d’origine plutôt qu’une période d’isolement et de tristesse. Ainsi, pour les personnes âgées en situation linguistique minoritaire, « vieillir sur place » signifie non seulement vieillir dans un endroit de leur choix, mais également pouvoir vivre dans la langue et la culture de leur choix.

### 10.6.2 La voie de l’avenir

Selon certains témoins, le réseautage que pratiquent la Société Santé en français et le Consortium national de formation en santé a permis de promouvoir la coopération entre instances gouvernementales et des initiatives innovatrices dans le domaine des ressources humaines, ainsi qu’à mobiliser la volonté politique d’améliorer l’accès aux services de santé pour les communautés minoritaires de langue officielle<sup>220</sup>. Le Comité est heureux d’apprendre que le gouvernement du Canada entend continuer de financer ces initiatives de Santé Canada, comme on peut le lire dans la *Feuille de route pour la dualité canadienne 2008-2013 : Agir pour l’avenir*<sup>221</sup>. Il applaudit également le fait que les personnes âgées, ainsi que d’autres groupes démographiques vulnérables, demeureront au cœur de ces programmes.

Le Comité recommande :

**32. Que, conformément à son rôle aux termes de la *Loi sur les langues officielles*, le gouvernement fédéral établisse une collaboration interministérielle efficace sur les personnes âgées en situation linguistique minoritaire qui comportera la participation de personnes âgées aux groupes consultatifs et qu’il continue d’investir dans l’élaboration de nouveaux**

---

<sup>219</sup> Jean Balcaen, président, Villa Youville, *Témoignages*, 2 juin 2008.

<sup>220</sup> Charles Gagné, directeur général, Centre Taché et Foyer Valada, *Témoignages*, 2 juin 2008; Annie Bédard, directrice générale, Conseil communauté en santé du Manitoba, *Témoignages*, 2 juin 2008.

<sup>221</sup> Gouvernement du Canada, *Feuille de route pour la dualité canadienne 2008-2013 : Agir pour l’avenir*, 2008, p.11.

**modèles de prestation de services aux personnes  
âgées en situation linguistique minoritaire.**

## 10.7 Les Autochtones âgés

Le Comité reconnaît que le débat entourant les peuples autochtones remonte loin et qu'il déborde largement le cadre du présent rapport. Il croit toutefois que la décision prise par le gouvernement en 1982 de les reconnaître dans la Constitution du Canada était le message qu'il convenait d'envoyer au sujet de la place unique qu'ils occupent dans la fédération canadienne. À l'instar des aînés des communautés en situation linguistique minoritaire, les Autochtones âgés méritent une reconnaissance spécifique dépassant celle accordée aux Premières nations et aux Inuits au début de ce chapitre.

Des témoins nous ont dit que le pourcentage d'Autochtones âgés triplera d'ici 2026. À l'heure actuelle, plus de la moitié des Autochtones vivent dans des régions urbaines ou semi-urbaines où ils font face à des difficultés particulières. Les Indiens non inscrits, les Inuits non admissibles et les Métis sont pris dans les querelles de compétence entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux qui refusent d'assumer l'entièvre responsabilité à leur égard. Certains d'entre eux sont entraînés dans ces querelles entre les gouvernements et le conseil communautaire ou de bande lorsqu'ils tentent de se prévaloir des programmes et des services.

Des témoins ont souligné que s'il faut certes essayer d'obtenir des conditions optimales pour l'ensemble de la population âgée du Canada, l'état de santé précaire des aînés autochtones exige une attention spéciale et des interventions qui tiennent compte de leurs particularités culturelles<sup>222</sup>.

### 10.7.1 Les défis actuels

Pour l'ensemble des Canadiens, le processus de négociation de 2004-2005 en vue de s'entendre sur une politique sur les Autochtones

---

<sup>222</sup> Carole Lafontaine, directrice générale par intérim, Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA), *Témoignages*, 27 novembre 2007.

a mis davantage en relief l’écart entre les Autochtones et les Canadiens non autochtones. Les discussions ont essentiellement porté sur la santé, l’éducation permanente, le logement, les perspectives économiques, les négociations et la reddition de compte.

Les membres du Comité sont conscients que ces discussions n’ont pas évolué et que les peuples autochtones constitutionnellement reconnus – les Indiens, les Inuits et les Métis – ne jouissent pas de la même reconnaissance partout au Canada. La responsabilité gouvernementale à l’endroit de ces peuples est fractionnée entre les Premières nations vivant dans des réserves et celles vivant hors réserve, les Inuits vivant en collectivité et ceux ne vivant pas dans des collectivités, les Indiens inscrits et les Indiens non inscrits, et les Métis.

Les Métis en particulier en tant que groupe n’ont pas bénéficié de l’attention concertée des gouvernements. Un témoin a mentionné que le nombre de Métis de 55 ans et plus devrait représenter 8,1 p. 100 de la population en 2017. Au Canada, seule l’Alberta a conclu des traités avec les Métis et seul l’Ontario offre des soins de longue durée à un certain nombre de Métis âgés. Même si entre 10 et 40 p. 100 des Métis âgés font toujours partie des actifs, ils dépendent beaucoup de l’aide gouvernementale. Le logement demeure une grande préoccupation et le besoin de logements sécuritaires et structurellement solides augmentera proportionnellement au vieillissement de la population. En règle générale, les Métis âgés touchés par des maladies chroniques n’ont pas accès à des services adaptés à leur culture<sup>223</sup>.

Les Autochtones âgés vivant hors réserve qui peuvent compter sur un soutien social se disent en meilleure santé. Un témoin a mentionné que beaucoup d’Autochtones âgés de Regina sont isolés et ne profitent pas des programmes et des services offerts aux personnes âgées parce qu’ils trouvent difficile de faire affaire avec des organismes à prédominance blanche.

En région urbaine, les centres d’amitié autochtones, des agences de services communautaires, peuvent aider les aînés qui ont besoin de services. Il peut s’agir entre autres de les amener chez le médecin, de leur offrir de la compagnie ou de faire d’autres activités de bénévolat.

---

<sup>223</sup> Don Fiddler, conseiller principal en politiques, Ralliement national des Métis, *Témoignages*, 14 mai 2007.

## CHAPITRE 10 : GROUPES DÉMOGRAPHIQUES RELEVANT DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL – DONNER L’EXEMPLE

---

Le défi pour ces agences est qu’en plus de générer leurs propres revenus et de conclure des partenariats avec d’autres organismes du secteur privé, elles sont continuellement en quête de financement de multiples sources auprès des trois ordres de gouvernement<sup>224</sup>.

### 10.7.2 La voie de l’avenir

Le besoin de collaboration entre les divers ordres de gouvernement afin de répondre aux besoins des communautés des Premières nations et des Inuits en matière de soins de santé est à l’origine de solutions comme le Plan tripartite pour la santé des Premières nations entre la Colombie-Britannique, le gouvernement du Canada et les Premières nations<sup>225</sup>. Dans ce plan, le gouvernement de la Colombie-Britannique a franchi le pas important de reconnaître ouvertement que les services fournis par la province s’adressent à tous les habitants de la province, quel que soit le lieu de résidence<sup>226</sup>.

De plus, le Fonds pour l’adaptation des services de santé aux Autochtones offre un financement ponctuel quinquennal conçu pour faciliter l’intégration des programmes fédéraux de santé destinés aux communautés des Premières nations et des Inuits à ceux des provinces et des territoires, et pour aider les provinces et les territoires à adapter leurs services de santé aux besoins particuliers des communautés autochtones en général<sup>227</sup>. Un projet pilote mis sur pied en vue de recueillir de l’information sur les modèles de soins à domicile ainsi que sur l’intégration et la coordination des services entre les ordres de gouvernement au Manitoba a donné des résultats prometteurs. La coordination de la planification des congés entre les hôpitaux provinciaux et le personnel des soins infirmiers communautaires dans les réserves permet une transition en douceur – surtout après une chirurgie<sup>228</sup>.

---

<sup>224</sup> Peter Dinsdale, directeur général, Association nationale des centres d’amitié autochtones, *Témoignages*, 14 mai 2007.

<sup>225</sup> Santé Canada, Plan tripartite pour la santé des Premières nations.

<sup>226</sup> Kwunahmen, premier directeur, Conseil de la santé des Premières nations, *Témoignages*, 4 juin 2008.

<sup>227</sup> Santé Canada, *Engagements en matière de santé autochtone*, [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/fs-if\\_abor-auto-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/fs-if_abor-auto-fra.php).

<sup>228</sup> Jim Wolfe, directeur régional, Manitoba, Santé Canada, *Témoignages*, 2 juin 2008.

En outre, dans son budget 2006, le gouvernement fédéral s'est engagé à verser 1,4 milliard de dollars aux provinces et aux territoires pour la construction de logements abordables, de logements dans le Nord et de logements pour les Autochtones vivant hors réserve<sup>229</sup>.

Le Comité applaudit ces mesures, mais accepte mal que le gouvernement du Canada laisse tant d'Autochtones faire les frais des conflits de compétences. Plus particulièrement, comme les Autochtones sont le groupe le plus désavantagé sur le plan de la santé, des services sociaux et de la situation économique, il demande au gouvernement fédéral d'assumer ses responsabilités et d'agir de façon concertée en vue de fournir des soins intégrés surtout aux Autochtones âgés.

Plusieurs témoins ont indiqué au Comité que les discussions au sujet des Autochtones âgés devaient tenir compte de la perspective et des besoins distincts et uniques des diverses populations, régions et collectivités concernées. Ils ont souligné qu'une approche panautochtone n'est pas efficace, que l'élaboration de stratégies et l'exécution de programmes doivent s'appuyer sur des données précises qui tiennent compte des réalités vécues par les Premières nations, les Inuits et les Métis. Ces réalités sont tributaires des champs de compétence ainsi que de la langue, la géographie et la culture.

Le Comité exhorte le gouvernement fédéral à se donner pour priorité de travailler avec tous les ordres de gouvernements afin de s'assurer que les services répondent aux besoins sociaux, physiques et culturels des Autochtones âgés et à consulter les groupes autochtones sur la meilleure façon de communiquer l'information qui concerne les personnes âgées.

Le Comité exhorte le gouvernement fédéral à se donner pour priorité de travailler avec tous les ordres de gouvernements afin de s'assurer que les services répondent aux besoins sociaux, physiques et culturels des Autochtones âgés et à consulter les groupes autochtones sur la meilleure façon de communiquer l'information qui concerne les personnes âgées.

---

<sup>229</sup> Douglas Stewart, vice-président, Planification des politiques, Société canadienne d'hypothèques et de logement, *Témoignages*, 4 décembre 2006.

## 10.8 Le gouvernement du Canada assume un leadership

Conscient du rôle national et fédéral qu'il joue auprès des personnes âgées, le gouvernement du Canada a déjà établi plusieurs structures. En 2007, outre le poste de secrétaire d'État aux aînés, il a établi le Conseil national des aînés composé de 12 membres chargés de conseiller le ministre des Ressources humaines et du Développement social ainsi que le ministre de la Santé<sup>230</sup>. Le Comité estime essentiel que le Conseil trouve le moyen de faciliter une intervention interministérielle relativement aux groupes de clients qui relèvent du gouvernement fédéral. En conséquence, il insiste sur la nécessité, pour le Conseil national des aînés, de compter parmi ses membres des représentants des groupes qui relèvent des autorités fédérales et de faire de ces groupes une de ses priorités.

Le gouvernement du Canada coordonne également un Comité interministériel sur les aînés qui inclut plusieurs ministères fédéraux

Le Comité insiste sur la nécessité, pour le Conseil national des aînés, de compter parmi ses membres des représentants des groupes qui relèvent des autorités fédérales et de faire de ces groupes une de ses priorités.

qui s'occupent directement ou indirectement des questions touchant les aînés<sup>231</sup>. Il participe au Forum des ministres fédéral-provinciaux-territoriaux responsables des aînés qui se réunit régulièrement pour examiner les questions concernant les aînés et qui pourrait être une tribune où seraient discutées les questions à compétence partagée. Il existe aussi depuis 1994 un

Partenariat fédéral pour les soins de santé qui regroupe six ministères clés qui ont récemment mis sur pied un Groupe de travail sur les soins à domicile et les soins continus chargé d'élaborer des politiques sur les

---

<sup>230</sup> Conseil national des aînés, [http://www.conseildesaines.gc.ca/fr/apropos\\_nous/index.shtml](http://www.conseildesaines.gc.ca/fr/apropos_nous/index.shtml).

<sup>231</sup> Canada, *Relever les défis et saisir les occasions du vieillissement au Canada*, document préparé à l'intention de la Commission des Nations unies pour le développement social afin de souligner le 5<sup>e</sup> anniversaire de la deuxième Assemblée mondiale de 2002 des Nations unies sur le vieillissement.

besoins des populations qui relèvent directement du gouvernement fédéral<sup>232</sup>.

Les ministères responsables d'une clientèle relevant du gouvernement fédéral ont également mis sur pied des structures, mais répondent aux besoins des clients âgés de différentes façons. Anciens Combattants Canada a établi le Conseil consultatif en gérontologie en 1997 pour le conseiller sur les politiques, les programmes, les services et les tendances touchant la population vieillissante des anciens combattants<sup>233</sup>. Service correctionnel Canada a mené une étude exhaustive en 1998 et établi une nouvelle division – la Division des services aux délinquants âgés – dont le mandat consiste « à élaborer une stratégie correctionnelle adaptée aux besoins des délinquants âgés »<sup>234</sup>. Santé Canada, en collaboration avec Affaires indiennes et Développement du Nord, a établi un Groupe de travail mixte sur les soins continus en 1987 qui inclut désormais des représentants des communautés des Premières nations et des Inuits, de l’Assemblée des Premières Nations et d’Inuit Tapiriit Kanatami<sup>235</sup>. De nombreux ministères, toutefois, n’ont pris aucune mesure en vue de mettre en œuvre les recommandations formulées par les divers groupes de consultation, dans certains cas à cause d’un changement de priorités et dans d’autres d’un manque de ressources.

Cette absence de progrès signifie que le secrétaire d’État aux aînés doit prendre des mesures afin d’aplanir les disparités entre les

Le Comité exhorte le gouvernement du Canada à tirer leçon des programmes créés pour les anciens combattants et à les étendre, assortis des ressources nécessaires, aux membres des Premières nations et aux Inuits âgés ainsi qu’aux délinquants fédéraux âgés; à veiller à ce que ces programmes et services soient offerts à partir d’un portail unique et à ce que soit effectuée une évaluation complète des besoins de tous les clients sous responsabilité fédérale; à prévoir une participation interministérielle ainsi que celle du Secrétariat du Conseil du Trésor, du Bureau du Conseil privé et du ministère des Finances aux discussions.

---

<sup>232</sup> Partenariat fédéral sur les soins de santé, <http://www.fhp-pfss.gc.ca/fhp-pfss/fhp-pfss.asp?lang=fra&cont=009> .

<sup>233</sup> Conseil consultatif en gérontologie, <http://www.vac-acc.gc.ca/providers/sub.cfm?source=councils/gac>.

<sup>234</sup> SCC, *La gestion des délinquants âgés : Où en sommes-nous?* <http://www.csc-scc.gc.ca/text/rsrch/reports/r70/r70e-fra.shtml>.

<sup>235</sup> Affaires indiennes et du Nord Canada, *Évaluation des services de soins aux adultes*, 2003.

## CHAPITRE 10 : GROUPES DÉMOGRAPHIQUES RELEVANT DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL – DONNER L’EXEMPLE

---

divers groupes de clients et d'éliminer les chevauchements entre les différents organismes. Les programmes et services ciblant les anciens combattants sont perçus comme l'exemple idéal à suivre pour tous les aînés au Canada. Toutefois, le gouvernement du Canada peut assumer un rôle de leader et en faire profiter tous les anciens combattants âgés, les membres des Premières nations et les Inuits ainsi que les détenus sous responsabilité fédérale. Tous ces groupes devraient en effet pouvoir profiter des pratiques exemplaires et avoir droit au même niveau de soins de la part du gouvernement fédéral. En particulier, ils ont besoin de services complets et souples fournis de manière équitable à toutes les personnes âgées.

Le Comité exhorte le gouvernement du Canada à tirer leçon des programmes créés pour les anciens combattants et à les étendre, assortis des ressources nécessaires, aux membres des Premières nations et aux Inuits âgés ainsi qu'aux délinquants fédéraux âgés; à veiller à ce que ces programmes et services soient offerts à partir d'un portail unique et à ce que soit effectuée une évaluation complète des besoins de tous les clients sous responsabilité fédérale; à prévoir une participation interministérielle ainsi que celle du Secrétariat du Conseil du Trésor, du Bureau du Conseil privé et du ministère des Finances aux discussions.

## Annexe I : Liste des recommandations cadres

### **Recommandation cadre I : Que le gouvernement fédéral intervienne dès maintenant pour promouvoir un vieillissement actif et en bonne santé et pour combattre l'âgisme.**

- Que le gouvernement fédéral mène une campagne de relations publiques vigoureuse pour montrer qu'on peut vieillir en bonne santé et pour expliquer l'importance de demeurer actif à tout âge, notamment par le bénévolat, l'apprentissage continu et l'activité physique.
- Que les Instituts de recherche en santé du Canada financent de la recherche sur les compétences et les capacités mentales. La recherche devrait être axée sur les besoins en information des décideurs et des organismes d'attribution des permis et déboucher sur l'élaboration de lignes directrices fondées sur les résultats de la recherche.
- Que le gouvernement fédéral prenne l'initiative de mesures fédérales-provinciales-territoriales conçues pour voir à la sécurité publique et aborder le retrait du permis de conduire aux aînés dans le respect de la dignité de la personne et que les provinces et les territoires, en partenariat avec divers organismes, lancent des mesures de sensibilisation et d'observation des règlements au sujet des conducteurs qui présentent un risque pour des raisons de santé.
- Que les dispositions de la *Loi canadienne sur les droits de la personne* qui concernent la retraite obligatoire soient modifiées pour rendre la législation

Chapitre 1,  
Recommandation 4

## ANNEXE I : LISTE DES RECOMMANDATIONS PAR CADRES

---

- fédérale conforme aux autres lois canadiennes sur les droits de la personne.
- Que le gouvernement fédéral accroisse le soutien à la recherche sur les mauvais traitements et la négligence, qu'il collabore étroitement avec les organisations communautaires pour éviter le dédoublement des efforts et répondre aux besoins signalés, et qu'il intègre à la formation du personnel de l'information sur les mauvais traitements et la négligence envers les personnes âgées.
- Chapitre 1,  
Recommandation 5
- Que le gouvernement fasse passer la période d'immigration parrainée de dix à trois ans, selon le modèle des règles sur le parrainage conjugal, et qu'il modifie en conséquence les conditions de résidence ouvrant droit à des prestations mensuelles en vertu de la Loi sur la sécurité de la vieillesse.
- Chapitre 1,  
Recommandation 6
- Que le gouvernement fédéral soutienne adéquatement la recherche sur le besoin de réseaux sociaux des personnes âgées et qu'il soutienne aussi les organisations qui offrent des activités sociales aux personnes âgées, en particulier celles qui organisent des événements et activités culturellement adaptés aux aînés qui ne sont pas Canadiens de naissance.
- Chapitre 4,  
Recommandation 16
- Que la question de l'apprentissage continu pour les aînés soit inscrite à l'ordre du jour de la prochaine réunion du Conseil des ministres de l'Éducation et des ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux responsables des aînés.
- Chapitre 1,  
Recommandation 17
- Que le gouvernement fédéral recherche, de concert avec le secteur bénévole, des moyens de reconnaître et de rembourser les frais directs des bénévoles, surtout dans le cadre d'activités financées par des subventions et contributions fédérales.
- Chapitre 7,  
Recommandation 25

Chapitre 7,  
Recommandation 26

- Que les besoins du secteur bénévole fassent l'objet d'études complémentaires d'un comité du Sénat ou d'un groupe d'experts, dans le but d'étudier :
  - les difficultés nouvelles que posent le recrutement de bénévoles et leur fidélisation;
  - les possibilités de promotion du bénévolat ;
  - le rôle du gouvernement fédéral dans le soutien de la capacité du secteur bénévole partout dans le pays, notamment le recours à un mode de financement pluriannuel et les conséquences de la création d'un crédit d'impôt pour bénévolat.

**Recommandation cadre II : Que le gouvernement fédéral dirige et coordonne l'adoption de mesures comme une initiative nationale pour des soins intégrés, une stratégie nationale sur les aidants naturels, un programme national d'assurance-médicaments, et un transfert fédéral pour répondre aux besoins des provinces où la proportion des aînés est le plus grande.**

Chapitre 2,  
Recommandation 7

- Que le gouvernement fédéral lance une initiative visant à aider financièrement les provinces à mettre en place des modèles de soins intégrés à l'intention des personnes âgées et qu'il en fasse le modèle de soins de qualité pour tous les âges.

Les objectifs du programme doivent viser :

- l'intégration d'une vaste gamme de services, notamment les soins de santé, la gestion des cas, les soins à domicile et les services communautaires, et les soins spéciaux;
- un meilleur accès à des soins complets;
- une plus grande instance sur la promotion de la santé, la prévention des maladies, et la gestion des maladies chroniques;
- l'élargissement des équipes pluridisciplinaires afin que les soins les plus appropriés soient dispensés par le soignant le mieux en mesure de le faire;

## ANNEXE I : LISTE DES RECOMMANDATIONS PAR CADRES

---

- la promotion du principe du guichet unique pour les personnes âgées et leurs familles;
  - et la transférabilité accrue des services entre les provinces, notamment par la conclusion d'ententes réciproques éliminant les périodes d'attente.
- Chapitre 3,  
Recommandation 14
- Que le gouvernement fédéral crée un programme de transfert supplémentaire afin d'aider les provinces et territoires dont les populations sont plus âgées à absorber les coûts accrus des soins de santé destinés à leurs aînés.
- Chapitre 3,  
Recommandation 15
- Que le gouvernement fédéral engage des fonds à durée limitée pour permettre aux régimes provinciaux, territoriaux et fédéraux d'assurance-médicaments d'élaborer une liste commune de médicaments utilisés par les aînés, que cette liste serve à l'établissement par toutes les instances gouvernementales d'un formulaire national commun qui pourrait devenir la liste de médicaments couverts pour l'ensemble des aînés canadiens, et que cette initiative serve de fondement à un programme national d'assurance-médicaments.
- Chapitre 6,  
Recommandation 24
- Que le gouvernement fédéral s'entende avec les provinces et les territoires, les décisionnaires, les parties concernées et les aidants familiaux pour instituer une stratégie nationale sur les aidants naturels qui s'inscrirait dans une vaste initiative fédérale intégrée sur les soins.
- Chapitre 8,  
Recommandation 27
- Que le gouvernement fédéral appuie des campagnes d'information et de sensibilisation visant à favoriser le choix d'une carrière en gériatrie et en gérontologie, y compris le financement de places de résidence en gériatrie.

Chapitre 8,  
Recommandation 28

- Que le gouvernement fédéral travaille avec les provinces et les territoires en vue d'aborder la formation, le recrutement et le maintien des travailleurs en soutien personnel et en soins à domicile dans le cadre de la Stratégie fédérale-provinciale-territoriale des ressources humaines en santé.

Chapitre 9,  
Recommandation 29

- Que le gouvernement fédéral soutienne l'expansion de la télémédecine et des télésoins à domicile et que, à cette fin, il institue un fonds de transition à l'intention des provinces et un fonds pour les technologies à usage résidentiel à l'intention des particuliers et des organismes de services locaux, et qu'il accroisse le recours aux technologies modernes dans la prestation des services à ses groupes clients et qu'il assure pour cela l'accès à Internet dans les collectivités du Nord et les collectivités éloignées, et que les collectivités de langue officielle en situation minoritaire soient consultées à ce sujet.

**Recommandation cadre III : Que le gouvernement fédéral veille à la sécurité financière des Canadiens en répondant aux besoins des travailleurs âgés et par une réforme des pensions et des programmes de sécurité du revenu.**

Chapitre 5,  
Recommandation 19

- Que, dans leur prochain examen triennal du RPC, les ministres des Finances envisagent :
  - de hausser le taux de remplacement du revenu aux termes du RPC (qui est actuellement de 25 p. 100 du revenu admissible);
  - de porter le maximum des gains ouvrant droit à pension au-delà du salaire moyen;
  - d'étudier la possibilité de rajustements actuariels au RPC pour encourager davantage les Canadiens à retarder le moment où ils feront une demande de pension aux termes du RPC;
  - d'étudier les mécanismes qui permettraient aux travailleurs âgés qui commencent à toucher des

## ANNEXE I : LISTE DES RECOMMANDATIONS PAR CADRES

---

- Chapitre 5,  
Recommandation 20
- Chapitre 5,  
Recommandation 21
- prestations avant 65 ans, mais ne reçoivent pas le maximum, de continuer à cotiser au RPC;
- d'abolir l'exigence voulant que les personnes de 60 à 65 ans qui demandent une pension du RPC quittent leur emploi ou gagnent moins que le maximum autorisé dans les mois précédent la demande;
  - d'instituer une disposition d'exclusion pour les aidants naturels.
- Que le gouvernement du Canada augmente le Supplément de revenu garanti pour éviter que des ménages se situent sous le seuil de pauvreté, lequel correspond par définition au seuil de faible revenu. L'augmentation du SRG ne doit pas faire perdre le droit aux subventions ou services provinciaux ou territoriaux destinés aux personnes âgées.
  - Que le gouvernement fédéral mène de vigoureuses campagnes d'information pour veiller à ce que toutes les personnes admissibles touchent les prestations de retraite et autres prestations liées à l'âge auxquelles elles ont droit. À cette fin, le gouvernement doit :
- informer les personnes âgées de tous les programmes fédéraux de soutien du revenu auxquels elles peuvent être admissibles quand elles présentent une demande à l'égard de l'un d'entre eux;
  - offrir aux personnes âgées des formulaires de demande dans les langues autochtones et dans la langue des grandes populations d'immigrants;
  - verser des remboursements rétroactifs, avec intérêts, aux personnes admissibles qui n'ont pas présenté de demande de SV/SRG à 65 ans ou de prestations du RPC à 70 ans ou qui ont essuyé un refus en raison d'erreurs administratives.

Chapitre 5,  
Recommandation 22

- Que le gouvernement fédéral examine plus à fond la possibilité d'un revenu annuel garanti pour tous les Canadiens.

**Recommandation cadre IV : Que le gouvernement fédéral prenne les mesures voulues pour que plus de Canadiens puissent vieillir là où ils le souhaitent, notamment en assurant une offre de services de transport et de logement adéquats et en veillant à l'intégration des services de santé et des services sociaux.**

Chapitre 2,  
Recommandation 8

- Que le gouvernement fédéral collabore avec les ministres provinciaux et territoriaux responsables du logement pour augmenter le parc de logements abordables, notamment de logements supervisés, à la disposition des personnes âgées, en élaborant un plan d'action national à long terme sur le logement abordable.

Chapitre 2,  
Recommandation 9

- Que les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables du logement fassent en sorte que les constructeurs appliquent les normes d'aménagement pour accès facile et que les inspecteurs les fassent respecter.

Chapitre 2,  
Recommandation 10

- Que, les soins à domicile constituant un élément clé d'une initiative nationale pour des soins intégrés, un programme pour l'autonomie des personnes âgées modelé sur le Programme pour l'autonomie des anciens combattants soit intégré au volet de l'initiative portant sur les soins à domicile et le soutien à domicile.

Chapitre 2,  
Recommandation 11

- Que le gouvernement fédéral finance un partenariat national avec les provinces, les territoires et les organisations communautaires qui dirigera et orientera l'établissement des normes et des pratiques exemplaires, les mesures de sensibilisation et les mesures de soutien du renforcement des

## ANNEXE I : LISTE DES RECOMMANDATIONS PAR CADRES

---

- capacités nécessaires pour que les Canadiens aient accès à des soins de fin de vie intégrés de qualité.
- Que le gouvernement fédéral applique les normes de référence pancanadiennes qui ont été établies par l'Association canadienne des soins palliatifs et l'Association canadienne de soins et services à domicile pour ce qui est des soins palliatifs à domicile qu'il offre aux anciens combattants, aux membres des Premières nations, aux Inuits et aux détenus des pénitenciers fédéraux.
- Chapitre 2,  
Recommandation 12
- Que le financement accordé aux Instituts de recherche en santé du Canada pour des études sur les soins palliatifs soit reconduit au-delà de 2009.
- Chapitre 2,  
Recommandation 13
- Que le gouvernement fédéral fasse la promotion du Guide mondial des villes amies des aînés et de Initiative des collectivités rurales et éloignées amies des aînés : un guide auprès des organisations d'aînés et des autorités provinciales et municipales et qu'il procure une aide financière pour la mise en œuvre des principes directeurs sur les villes amies des aînés et sur les collectivités rurales et éloignées amies des aînés.
- Chapitre 4,  
Recommandation 18
- Que la Loi sur l'assurance-emploi soit modifiée pour :
    - supprimer le délai de carence de deux semaines avant le versement des prestations de soignant;
    - porter les prestations à 75 p. 100 du revenu d'emploi;
    - porter de six à treize semaines la période de paiement des prestations;
    - donner accès aux prestations durant toute crise médicale, et non pas seulement durant la phase terminale d'une maladie.
- Chapitre 6,  
Recommandation 23
- Le gouvernement fédéral doit en outre prendre les mesures voulues pour faire connaître l'existence des prestations de soignant dans la population.

**Recommandation cadre V : Que le gouvernement fédéral intervienne sans tarder pour mettre en œuvre les changements voulus à l'intention des populations qui relèvent directement de lui et à l'égard des engagements du Canada relativement aux langues officielles.**

Chapitre 10,  
Recommandation 30

- Que le gouvernement fédéral adopte le modèle des services intégrés que le Conseil consultatif de gérontologie a recommandé à Anciens Combattants Canada, et qu'il commence par élargir l'admissibilité aux programmes offerts par Anciens Combattants Canada de manière qu'en bénéficient tous les anciens combattants ayant servi en temps de guerre et pas seulement les clients du Ministère.
- Que le gouvernement fédéral réponde aux besoins des Premières nations et des Inuits et de leurs collectivités, lesquels comprennent les suivants :

Chapitre 10,  
Recommandation 31

- améliorer les logements et en construire davantage;
- accorder une attention particulière aux besoins sur le plan de l'eau potable, du régime alimentaire, des soins podologiques et des autres soins aux diabétiques;
- adopter des mesures en vue d'assurer la parité salariale entre les fournisseurs de soins;
- offrir davantage de soins à domicile et de soins palliatifs en hospice;
- soutenir davantage les aidants naturels;
- supprimer le plafond du financement du Programme des services de santé non assurés;
- adopter des mesures en vue d'intégrer complètement la gamme de programmes actuellement offerts aux aînés habitant dans les réserves des Premières nations et dans les collectivités inuites en un système homogène analogue à celui utilisé par Anciens Combattants Canada.

## ANNEXE I : LISTE DES RECOMMANDATIONS PAR CADRES

---

Chapitre 10,  
Recommandation 32

- Que, conformément à son rôle aux termes de la *Loi sur les langues officielles*, le gouvernement fédéral établisse une collaboration interministérielle efficace sur les personnes âgées en situation linguistique minoritaire qui comportera la participation de personnes âgées aux groupes consultatifs et qu'il continue d'investir dans l'élaboration de nouveaux modèles de prestation de services aux personnes âgées en situation linguistique minoritaire.

## Annexe II : Liste complète des recommandations

1. Que le gouvernement fédéral mène une campagne de relations publiques vigoureuse pour montrer qu'on peut vieillir en bonne santé et pour expliquer l'importance de demeurer actif à tout âge, notamment par le bénévolat, l'apprentissage continu et l'activité physique.
2. Que les Instituts de recherche en santé du Canada financent de la recherche sur les compétences et les capacités mentales. La recherche devrait être axée sur les besoins en information des décideurs et des organismes d'attribution des permis et déboucher sur l'élaboration de lignes directrices fondées sur les résultats de la recherche.
3. Que le gouvernement fédéral prenne l'initiative de mesures fédérales-provinciales-territoriales conçues pour voir à la sécurité publique et aborder le retrait du permis de conduire aux aînés dans le respect de la dignité de la personne et que les provinces et les territoires, en partenariat avec divers organismes, lancent des mesures de sensibilisation et d'observation des règlements au sujet des conducteurs qui présentent un risque pour des raisons de santé.
4. Que les dispositions de la *Loi canadienne sur les droits de la personne* qui concernent la retraite obligatoire soient modifiées pour rendre la législation fédérale conforme aux autres lois canadiennes sur les droits de la personne.
5. Que le gouvernement fédéral accroisse le soutien à la recherche sur les mauvais traitements et la négligence, qu'il collabore étroitement avec les organisations communautaires pour éviter le dédoublement des efforts et répondre aux besoins signalés, et qu'il intègre à la formation du personnel de l'information sur les mauvais traitements et la négligence envers les personnes âgées.
6. Que le gouvernement fasse passer la période d'immigration parrainée de dix à trois ans, selon le modèle des règles sur le

## ANNEXE II: LISTE COMPLÈTE DES RECOMMANDATIONS

---

parrainage conjugal, et qu'il modifie en conséquence les conditions de résidence ouvrant droit à des prestations mensuelles en vertu de la *Loi sur la sécurité de la vieillesse*.

7. Que le gouvernement fédéral lance une initiative visant à aider financièrement les provinces à mettre en place des modèles de soins intégrés à l'intention des personnes âgées et qu'il en fasse le modèle de soins de qualité pour tous les âges.

Les objectifs du programme doivent viser :

- l'intégration d'une vaste gamme de services, notamment les soins de santé, la gestion des cas, les soins à domicile et les services communautaires, et les soins spéciaux;
- un meilleur accès à des soins complets;
- une plus grande instance sur la promotion de la santé, la prévention des maladies, et la gestion des maladies chroniques;
- l'élargissement des équipes pluridisciplinaires afin que les soins les plus appropriés soient dispensés par le soignant le mieux en mesure de le faire;
- la promotion du principe du guichet unique pour les personnes âgées et leurs familles;
- et la transférabilité accrue des services entre les provinces, notamment par la conclusion d'ententes réciproques éliminant les périodes d'attente.

8. Que le gouvernement fédéral collabore avec les ministres provinciaux et territoriaux responsables du logement pour augmenter le parc de logements abordables, notamment de logements supervisés, à la disposition des personnes âgées, en élaborant un plan d'action national à long terme sur le logement abordable.

9. Que les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables du logement fassent en sorte que les constructeurs appliquent les normes d'aménagement pour accès facile et que les inspecteurs les fassent respecter.

10. Que, les soins à domicile constituant un élément clé d'une initiative nationale pour des soins intégrés, un programme pour l'autonomie des personnes âgées modelé sur le Programme pour l'autonomie des anciens combattants soit intégré au volet de l'initiative portant sur les soins à domicile et le soutien à domicile.
11. Que le gouvernement fédéral finance un partenariat national avec les provinces, les territoires et les organisations communautaires qui dirigera et orientera l'établissement des normes et des pratiques exemplaires, les mesures de sensibilisation et les mesures de soutien du renforcement des capacités nécessaires pour que les Canadiens aient accès à des soins de fin de vie intégrés de qualité.
12. Que le gouvernement fédéral applique les normes de référence pancanadiennes qui ont été établies par l'Association canadienne des soins palliatifs et l'Association canadienne de soins et services à domicile pour ce qui est des soins palliatifs à domicile qu'il offre aux anciens combattants, aux membres des Premières nations, aux Inuits et aux détenus des pénitenciers fédéraux.
13. Que le financement accordé aux Instituts de recherche en santé du Canada pour des études sur les soins palliatifs soit reconduit au-delà de 2009.
14. Que le gouvernement fédéral crée un programme de transfert supplémentaire afin d'aider les provinces et territoires dont les populations sont plus âgées à absorber les coûts accrus des soins de santé destinés à leurs aînés.
15. Que le gouvernement fédéral engage des fonds à durée limitée pour permettre aux régimes provinciaux, territoriaux et fédéraux d'assurance-médicaments d'élaborer une liste commune de médicaments utilisés par les aînés, que cette liste serve à l'établissement par toutes les instances gouvernementales d'un formulaire national commun qui pourrait devenir la liste de médicaments couverts pour l'ensemble des aînés canadiens, et que cette initiative serve de fondement à un programme national d'assurance-médicaments.

## ANNEXE II: LISTE COMPLÈTE DES RECOMMANDATIONS

---

16. Que le gouvernement fédéral soutienne adéquatement la recherche sur le besoin de réseaux sociaux des personnes âgées et qu'il soutienne aussi les organisations qui offrent des activités sociales aux personnes âgées, en particulier celles qui organisent des événements et activités culturellement adaptés aux aînés qui ne sont pas Canadiens de naissance.

17. Que la question de l'apprentissage continu pour les aînés soit inscrite à l'ordre du jour de la prochaine réunion du Conseil des ministres de l'Éducation et des ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux responsables des aînés.

18. Que le gouvernement fédéral fasse la promotion du Guide mondial des villes amies des aînés et de Initiative des collectivités rurales et éloignées amies des aînés : un guide auprès des organisations d'aînés et des autorités provinciales et municipales et qu'il procure une aide financière pour la mise en œuvre des principes directeurs sur les villes amies des aînés et sur les collectivités rurales et éloignées amies des aînés.

19. Que, dans leur prochain examen triennal du RPC, les ministres des Finances envisagent :

- de hausser le taux de remplacement du revenu aux termes du RPC (qui est actuellement de 25 p. 100 du revenu admissible);
- de porter le maximum des gains ouvrant droit à pension au-delà du salaire moyen;
- d'étudier la possibilité de rajustements actuariels au RPC pour encourager davantage les Canadiens à retarder le moment où ils feront une demande de pension aux termes du RPC;
- d'étudier les mécanismes qui permettraient aux travailleurs âgés qui commencent à toucher des prestations avant 65 ans, mais ne reçoivent pas le maximum, de continuer à cotiser au RPC;
- d'abolir l'exigence voulant que les personnes de 60 à 65 ans qui demandent une pension du RPC quittent leur emploi ou gagnent moins que le

maximum autorisé dans les mois précédent la demande;

- d'instituer une disposition d'exclusion pour les aidants naturels.

20. Que le gouvernement du Canada augmente le Supplément de revenu garanti pour éviter que des ménages se situent sous le seuil de pauvreté, lequel correspond par définition au seuil de faible revenu. L'augmentation du SRG ne doit pas faire perdre le droit aux subventions ou services provinciaux ou territoriaux destinés aux personnes âgées.

21. Que le gouvernement fédéral mène de vigoureuses campagnes d'information pour veiller à ce que toutes les personnes admissibles touchent les prestations de retraite et autres prestations liées à l'âge auxquelles elles ont droit. À cette fin, le gouvernement doit :

- informer les personnes âgées de tous les programmes fédéraux de soutien du revenu auxquels elles peuvent être admissibles quand elles présentent une demande à l'égard de l'un d'entre eux;
- offrir aux personnes âgées des formulaires de demande dans les langues autochtones et dans la langue des grandes populations d'immigrants;
- verser des remboursements rétroactifs, avec intérêts, aux personnes admissibles qui n'ont pas présenté de demande de SV/SRG à 65 ans ou de prestations du RPC à 70 ans ou qui ont essuyé un refus en raison d'erreurs administratives.

22. Que le gouvernement fédéral examine plus à fond la possibilité d'un revenu annuel garanti pour tous les Canadiens.

23. Que la Loi sur l'assurance-emploi soit modifiée pour :

- supprimer le délai de carence de deux semaines avant le versement des prestations de soignant;

## ANNEXE II: LISTE COMPLÈTE DES RECOMMANDATIONS

---

- porter les prestations à 75 p. 100 du revenu d'emploi;
- porter de six à treize semaines la période de paiement des prestations;
- donner accès aux prestations durant toute crise médicale, et non pas seulement durant la phase terminale d'une maladie.

Le gouvernement fédéral doit en outre prendre les mesures voulues pour faire connaître l'existence des prestations de soignant dans la population.

24. Que le gouvernement fédéral s'entende avec les provinces et les territoires, les décisionnaires, les parties concernées et les aidants familiaux pour instituer une stratégie nationale sur les aidants naturels qui s'inscrirait dans une vaste initiative fédérale intégrée sur les soins.

25. Que le gouvernement fédéral recherche, de concert avec le secteur bénévole, des moyens de reconnaître et de rembourser les frais directs des bénévoles, surtout dans le cadre d'activités financées par des subventions et contributions fédérales.

26. Que les besoins du secteur bénévole fassent l'objet d'études complémentaires d'un comité du Sénat ou d'un groupe d'experts, dans le but d'étudier :

- les difficultés nouvelles que posent le recrutement de bénévoles et leur fidélisation;
- les possibilités de promotion du bénévolat;
- le rôle du gouvernement fédéral dans le soutien de la capacité du secteur bénévole partout dans le pays, notamment le recours à un mode de financement pluriannuel et les conséquences de la création d'un crédit d'impôt pour bénévolat.

27. Que le gouvernement fédéral appuie des campagnes d'information et de sensibilisation visant à favoriser le choix d'une carrière en gériatrie et en gérontologie, y compris le financement de places de résidence en gériatrie.

28. Que le gouvernement fédéral travaille avec les provinces et les territoires en vue d'aborder la formation, le recrutement et le maintien des travailleurs en soutien personnel et en soins à domicile dans le cadre de la Stratégie fédérale-provinciale-territoriale des ressources humaines en santé.

29. Que le gouvernement fédéral soutienne l'expansion de la télémédecine et des télesoins à domicile et que, à cette fin, il institue un fonds de transition à l'intention des provinces et un fonds pour les technologies à usage résidentiel à l'intention des particuliers et des organismes de services locaux, et qu'il accroisse le recours aux technologies modernes dans la prestation des services à ses groupes clients et qu'il assure pour cela l'accès à Internet dans les collectivités du Nord et les collectivités éloignées, et que les collectivités de langue officielle en situation minoritaire soient consultées à ce sujet.

30. Que le gouvernement fédéral adopte le modèle des services intégrés que le Conseil consultatif de gérontologie a recommandé à Anciens Combattants Canada, et qu'il commence par élargir l'admissibilité aux programmes offerts par Anciens Combattants Canada de manière qu'en bénéficient tous les anciens combattants ayant servi en temps de guerre et pas seulement les clients du Ministère.

31. Que le gouvernement fédéral réponde aux besoins des Premières nations et des Inuits et de leurs collectivités, lesquels comprennent les suivants :

- améliorer les logements et en construire davantage;
- accorder une attention particulière aux besoins sur le plan de l'eau potable, du régime alimentaire, des soins podologiques et des autres soins aux diabétiques;
- adopter des mesures en vue d'assurer la parité salariale entre les fournisseurs de soins;
- offrir davantage de soins à domicile et de soins palliatifs en hospice;
- soutenir davantage les aidants naturels;

## ANNEXE II: LISTE COMPLÈTE DES RECOMMANDATIONS

---

- supprimer le plafond du financement du Programme des services de santé non assurés;
- adopter des mesures en vue d'intégrer complètement la gamme de programmes actuellement offerts aux aînés habitant dans les réserves des Premières nations et dans les collectivités inuites en un système homogène analogue à celui utilisé par Anciens Combattants Canada.

32. Que, conformément à son rôle aux termes de la *Loi sur les langues officielles*, le gouvernement fédéral établisse une collaboration interministérielle efficace sur les personnes âgées en situation linguistique minoritaire qui comportera la participation de personnes âgées aux groupes consultatifs et qu'il continue d'investir dans l'élaboration de nouveaux modèles de prestation de services aux personnes âgées en situation linguistique minoritaire.

## **Annexe III : Feuille de route des dispositifs fondamentaux des villes-amies des aînés**



### **Feuille de route des dispositifs fondamentaux des villes-amies des aînés**

Cette feuille de route des dispositifs fondamentaux des Villes-Amies des aînés se base sur une étude mondiale de l'OMS des Villes-Amies des aînés menée dans 33 villes de 22 pays. La feuille de route est un référentiel d'auto-évaluation pour une ville et un outil de planification à dessein d'améliorer la condition de vie des aînés. Un ensemble de feuilles de route plus détaillées des dispositifs des villes conviviales sont disponibles dans le Guide Mondial des Villes-Amies des Aînés de l'OMS.

Cette feuille de route est destinée à être utilisée par des particuliers, des groupes ou des entreprises dont l'initiative est de rendre leur ville plus accueillante pour les personnes âgées. Pour que cette feuille de route soit efficace, il est indispensable que les personnes âgées s'y impliquent activement. En évaluant les points forts et les lacunes d'une ville, les personnes d'un certain âge pourront de leurs propres expériences, confirmer ou infirmer la bonne tenue des dispositifs de la feuille de route. Par les changements qu'elles suggèrent, elles devraient jouer un rôle prépondérant dans la concrétisation et la mise en pratique de ces améliorations.

#### **Espaces extérieurs et bâtiments**

- Les lieux publics sont propres et accueillants
- Les espaces verts et les bancs publics sont assez nombreux, bien entretenus et sûrs.
- Les trottoirs sont en bon état, sans obstacle et réservés aux piétons.
- Les trottoirs ne sont pas glissants; sont assez larges pour une chaise roulante, avec dénivellation douce aux passages piétons.
- Les passages pour piétons sont en nombre suffisant, anti-dérapants (particulièrement en temps de pluie), et bien adaptés à divers types d'invalidités/infirmités. Le passage doit notamment présenter des indices visuels, auditifs, et être assez long au feu vert.
- Les conducteurs doivent accorder la priorité aux piétons aux intersections et sur les passages piétons.
- Les pistes cyclables sont séparées des trottoirs et autres lieux de passages pour piétons.

- La sécurité en zone urbaine est améliorée par un bon éclairage des rues; des patrouilles de police ainsi que des conseils préventifs aux communautés.
- Les services sont groupés et faciles d'accès.
- Des traitements de faveur sont offerts à certains clients tels qu'une queue à part et un comptoir de service pour les personnes âgées.
- Les bâtiments sont bien signalés à l'extérieur comme à l'intérieur, avec suffisamment de places assises et de toilettes; d'ascenseurs accessibles, de rampes, de grilles, d'escaliers et de sols anti-dérapants.
- Les wc publics sont assez nombreux à l'extérieur comme à l'intérieur, salubres, bien entretenus et d'accès facile.

#### **Transports**

- Le coût des transports publics est cohérent, clairement affiché et raisonnable.
- Les transports publics sont sérieux et fréquents, aussi le soir, les fins de semaine et jours fériés

## ANNEXE III : FEUILLE DE ROUTE DES DISPOSITIFS FONDAMENTAUX DES VILLES-AMIES DES ÂINÉS

- Tous les quartiers de la ville ainsi que les services sont desservis par les transports publics, avec de bons relais ainsi que des véhicules et des routes bien indiquées.
- Les véhicules des transports publics sont propres, bien entretenus, d'accès aisés, non bondés et avec une mention de respect de priorité de place assise (...pour les personnes âgées, les personnes handicapées, et les femmes enceintes)
- Mise en service de transports spécialisés pour les personnes handicapées.
- Les chauffeurs s'arrêtent aux endroits désignés et à côté d'un virage pour faciliter la montée des usagers, et doivent attendre que tous les passagers soient assis avant de repartir.
- Les arrêts des transports publics sont placés judicieusement, sûrs, propres, bien éclairés et bien indiqués avec des abris équipés de bancs.
- Des informations complètes et intelligibles sur le réseau routier sont fournies aux usagers ainsi que les horaires et les commodités pour demandes spéciales.
- Un service de transport bénévole est disponible dans les zones où les transports publics sont trop limités.
- Les taxis sont accessibles et à prix raisonnable, et les chauffeurs sont courtois et serviables
- Les routes sont en bon état, avec des égouts couverts et un bon éclairage.
- La circulation est bien coordonnée.
- Il n'y a pas d'obstacle sur le réseau routier susceptible de gêner la visibilité des conducteurs.
- Les panneaux de signalisation et les intersections sont voyants et bien placés
- La formation des conducteurs ainsi que des cours de rappel sont mis sur pieds pour tous les conducteurs
- Stationnement et bande d'arrêts d'urgence sont sans danger, en nombre suffisant et bien placés.
- Des places de stationnement et des zones d'arrêts réservées aux personnes nécessiteuses sont disponibles et sont à respecter.

### Logement

- Un nombre adéquat de logements sont disponibles à loyers modérés, dans des quartiers sûrs, à proximité des services et du reste de la communauté.
- L'entretien des habitations et les services sociaux sont assurés, abordables et satisfaisants.
- Les logements sont bien conçus, pourvus d'abris sûrs et confortables contre le mauvais temps.
- Pour une plus grande sécurité et liberté de mouvements, les espaces intérieurs, les pièces et les couloirs sont conçus sur le même plan.
- Des options de transformations de l'habitat sont possibles et abordables ainsi que l'approvisionnement en vivres, et les fournisseurs sont à l'écoute des besoins des personnes âgées.
- Les logements locatifs, tant publics que privés, sont bien entretenus et dignes de confiance.
- Un nombre suffisant d'établissements de soins de longue durée, abordables pour les personnes âgées fragiles et/ou handicapées et encadrées par un personnel compétent, sont disponibles localement.

### Participation sociale

- Les événements annoncés et les activités s'organisent dans des lieux bien placés, facile d'accès, bien éclairés et à proximité des transports publics.
- Les horaires des événements sont commodes pour les personnes âgées.

## ANNEXE III : FEUILLE DE ROUTE DES DISPOSITIFS FONDAMENTAUX DES VILLES-AMIES DES ÂINÉS

- On peut assister aux activités et événements seul(e) ou accompagné(e).
- Activités et spectacles sont abordables, sans majoration surprise ou frais de participation supplémentaires.
- Les informations relatives aux activités et aux événements sont claires, y compris la mention détaillée des commodités d'accès et de transport proposées aux personnes âgées.
- Une large palette d'activités est proposée afin d'attirer diverses couches de population du troisième âge.
- Avec la participation des personnes âgées, des réunions sont organisées dans plusieurs localités, dans des lieux publics tels que maisons de quartier, écoles, bibliothèques, centres sociaux et parcs.
- Un effort tangible est prévu pour inclure les personnes susceptibles d'être laissées pour compte.

### Respect et inclusion sociale

- L'avis des personnes âgées est régulièrement sollicité par les bénévoles, les services publics et commerciaux afin de mieux les servir.
- Services et produits sont fournis par les services publics et commerciaux pour satisfaire à tous besoins et préférences.
- Le personnel de service est courtois et serviable.
- Les personnes âgées sont présentes et dignifiées dans les médias, sans être stéréotypées.
- Dans le cadre d'une large communauté, activités et événements intéressent toutes générations en accommodant besoins et préférences selon l'âge.

- Les personnes âgées sont spécifiquement intégrées dans des activités communautaires de "familles".
- Les écoles proposent de s'informer sur les conséquences du vieillissement humain et sur le témoignage des personnes âgées elles-mêmes en donnant l'occasion à ces dernières de s'investir dans des activités scolaires.
- Les personnes âgées sont reconnues par la communauté pour leurs contributions passées et présentes.
- Les personnes âgées moins en forme bénéficient d'un accès facilité aux services publics et privés ainsi qu'aux aides bénévoles.

### Participation citoyenne et emploi

- Une gamme d'options flexibles sont disponibles pour les bénévoles d'un certain âge, avec formation, reconnaissance, conseils et indemnité pour les frais personnels.
- Les qualifications des employés plus âgés sont mises en valeur.
- Une palette d'activités modulables et rémunérées à leur juste valeur sont organisées pour les personnes d'un certain âge.
- Pour l'embauche, la formation et la promotion des employés, la discrimination basée uniquement sur l'âge est interdite
- Des lieux de travail sont adaptés aux besoins des personnes handicapées
- Les activités lucratives indépendantes pour les personnes d'un certain âge sont encouragées et soutenues.
- Des options de formation de post-retraite sont disponibles pour les travailleurs âgés.
- Dans le secteur public, privé et le bénévolat, les structures décisionnelles encouragent et facilitent l'adhésion des personnes âgées.

## ANNEXE III : FEUILLE DE ROUTE DES DISPOSITIFS FONDAMENTAUX DES VILLES-AMIES DES ÂINÉS

### Communication et renseignements

- Une base de données efficace est à la portée de l'ensemble des résidents de la communauté.
- Les informations sont largement et régulièrement distribuées et une centrale de renseignements coordonnée est disponible.
- Des informations ponctuelles et émissions de radio/télévision pour les aînés sont offertes.
- La mise sur pied de forum de discussion est accessible aux personnes âgées.
- Les gens susceptibles d'être laissés pour compte obtiennent personnellement des informations par des commis de confiance.
- Les services publics et commerciaux fournissent aimablement des services individuels sur demande.
- Les informations imprimées - y compris les formulaires officiels, légendes télévisées et textes visuels à l'écran - sont en grosses lettres et les idées principales apparaissent avec des titres clairs et en caractères gras.
- Les annonces imprimées ou verbales sont en termes simples et familiers; en bref des phrases sans détour.
- Les services de messageries vocales donnent les instructions lentement, clairement et disent à l'appelant comment réécouter le message à tous moments.
- Les équipements électroniques comme les téléphones portables, les radios, les télévisions, les distributeurs de billets de banque, de tickets de transports publics etc... possèdent de larges boutons et de grosses lettres.
- L'accès aux ordinateurs et l'Internet publics est large et gratuit, ou a un coût minimal dans les lieux publics tels que les administrations, centres sociaux et bibliothèques.

### Services de soutien communautaires et de santé

- Un éventail approprié de soins et de services sociaux sont offerts pour la prévention, le maintien et le rétablissement de la santé
- Les services de soins à domicile comprennent des soins particuliers de santé ainsi que des tâches ménagères.
- Les centres médico-sociaux sont situés dans des lieux accessibles par tous les moyens de transports.
- Les logements pour personnes âgées et les centres de soins de longue durée sont situés à proximité des services publics et du reste de la communauté.
- Les établissements des services médicaux sont bien bâties et faciles d'accès.
- Des informations claires et intelligibles sur les services médico-sociaux sont fournies aux personnes âgées.
- La prestation des divers services médico-sociaux est coordonnée et administrativement simple.
- Le personnel est respectueux, serviable et formé pour accomoder les personnes âgées.
- Pour accéder aux services médicaux et aux aides sociales, les obstacles inhérents aux budgets modestes sont minimisés.
- Le bénévolat par des gens de tous âges est encouragé et soutenu.
- Il y a assez de cimetières accessibles.
- Les planifications d'urgences de la communauté prennent en considération la vulnérabilité et les capacités des personnes âgées.

WHO/FCH/ALC/2007:1

© Organisation mondiale de la Santé 2007. Tous droits réservés.

PAGE 4

Source : Organisation mondial de la Santé, [www.who.int/ageing/publications/Age\\_Friendly\\_cities\\_feuille\\_de\\_route.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/Age_Friendly_cities_feuille_de_route.pdf).

## Annexe IV : Liste des témoins

### Deuxième session de la trente-neuvième législature

#### 26 novembre 2007

Ressources humaines et Développement social Canada

Shawn Tupper, directeur général, Développement de la politique sociale;

Dominique La Salle, directeur général, Secrétariat des politiques sur les aînés et les pensions;

Roman Habtu, gestionnaire, Politique de prestation de sécurité de vieillesse.

Ministère des Finances Canada

Frank Vermaeten, directeur général, Bureau du sous-ministre adjoint;

Krista Campbell, chef principal, Division des relations fédérales-provinciales;

Andrew Staples, chef intérimaire, Division des relations fédérales-provinciales.

#### 3 décembre 2007

Institut canadien d'information sur la santé

Jean-Marie Berthelot, vice-président, programmes;

Christopher Kuchciak, chef de section, BDDNS/OCDE.

Centre canadien de politiques alternatives

Marc Lee, économiste principal.

À titre personnel

Robert Evans, professeur d'économie, Université de la Colombie-Britannique.

Joe Ruggeri, professeur d'économie, Université du Nouveau-Brunswick.

Agence de santé publique du Canada

Margaret Gillis, directrice, Division du vieillissement et des aînés/Bureau du secteur bénévole.

## ANNEXE IV: LISTE DES TÉMOINS

---

### 10 décembre 2007

Société canadienne d'hypothèques et de logement  
Luis Rodriguez, chercheur principal;  
Debra Darke, directrice, Développement des collectivités.

Association canadienne des soins de santé  
Sharon Sholzberg-Gray, présidente et chef de la direction.

La Légion royale canadienne  
Pierre Allard, directeur, Bureau d'entraide;  
David MacDonald, consultant, Centre d'excellence de logement  
de la Légion.

À titre personnel  
Marcus J. Hollander, président, Hollander Analytical Services  
Ltd.  
Margaret Isabel Hall, professeure adjointe, Faculté de droit,  
Université de la Colombie-Britannique.

### 28 janvier 2008

Association canadienne des automobilistes  
David M. Munroe, président du conseil d'administration CAA  
national;  
Christopher White, vice-président, Affaires publiques.

L'Association médicale canadienne  
D<sup>r</sup> Briane Scharfstein, secrétaire général associé, Affaires  
professionnelles.

Université Lakehead  
D<sup>r</sup> Michel Bédard, chaire de recherche du Canada en  
vieillissement et santé.

Le centre de réadaptation, Hôpital d'Ottawa  
D<sup>r</sup> Shawn Marshall, professeur associé.

Canadian Centre for Elder Law Studies  
Laura Watts, directrice national.

Société Alzheimer de la Nouvelle-Écosse  
Jeanne Desveaux, présidente.

**4 février 2008**

Service correctionnel du Canada

Ross Toller, commissaire adjoint, Opérations et programmes correctionnels;  
Leslie MacLean, commissaire adjointe, Services de santé.

Bureau de l'Enquêteur correctionnel

Ed McIsaac, directeur exécutif;  
Howard Sapers, enquêteur correctionnel.

L'Association canadienne des Sociétés Elizabeth Fry

Kim Pate, directrice exécutive.

Bureau d'assurance du Canada

Mark Yakabuski, président et chef de la direction.

Fédération des ordres des médecins du Canada

Fleur-Ange Lefebvre, directrice générale et chef de la direction.

**11 février 2008**

Statistique Canada

René Morissette, directeur adjoint à la recherche, Division de l'analyse des entreprises et du marché du travail;  
Garnett Picot, directeur général, Analyse socio-économique et commerciale;  
Ted Wannell, directeur adjoint, Division de l'analyse des enquêtes auprès des ménages et sur le travail.

À titre personnel

John Myles, chaire de recherche et professeur de sociologie, Université de Toronto.

Derek Hum, professeur de sociologie, Université de Montréal.

Ressources humaines et Développement social Canada

Maxime Fougère, directeur adjoint, Prévisions et recherche sur le marché de travail.

Informetrica Limited

Richard Shillington, conseiller délégué principal.

## ANNEXE IV: LISTE DES TÉMOINS

---

Women Elders in Action  
Alice West, présidente;  
Elsie Dean, attachée de recherche;  
Jan Westlund, coordinatrice.

### 7 avril 2008

Université de Montréal  
D<sup>r</sup> François Béland, professeur titulaire.

Conseil canadien de la santé  
Donald Juzwishin, chef de la direction.

Association canadienne des soins palliatifs  
Sharon Baxter, directrice générale.

Instituts de recherche en santé du Canada  
Anne Martin-Matthews, directrice scientifique, Institut du  
vieillissement.

À titre personnel  
Marcus J. Hollander, président, Hollander Analytical Services Ltd.

Société Alzheimer du Canada  
Patricia Wilkinson, chef de service, Médias et communications;  
Betty Brousse, bénévole.

### 14 avril 2008

Université Queen's  
Kathleen Lahey, professeure de droit.

Association nationale des retraités fédéraux  
Francis Bowkett, directeur exécutif;  
Bernard Dussault, agent principal de recherche et de  
communications.

Université McMaster  
Michael Veall, professeur et président, Département d'économie.

Informetrica Ltd.  
Bob Baldwin, associé principal.

À titre personnel  
Kevin Milligan, professeur adjoint d'économie, Université de la  
Colombie-Britannique.

**28 avril 2008**

À titre personnel

Donald Paterson, professeur, École de kinésiologie, Faculté des sciences de la santé, Université de l'Ouest de l'Ontario.

Elaine Gallagher, directrice, Centre sur le vieillissement, Université de Victoria.

Alberta Centre for Active Living

Chad Witcher, représentant.

Canadian Urban Institute

Glen Miller, directeur, Éducation et recherche.

Seniors College of Prince Edward Island

Ian Scott, président.

Bénévole Canada

Ruth MacKenzie, présidente.

**5 mai 2008**

À titre personnel

Joe Ruggeri, professeur, Département d'économie, Université du Nouveau-Brunswick.

Byron Spencer, professeur d'économie, Université McMaster.

Centre canadien de politiques alternatives

Marc Lee, économiste principal.

**9 mai 2008**

Services communautaires de la municipalité régionale de Niagara

Carol Rudel, gestionnaire, Programmes communautaires des aînés;

Dominic Ventresca, directeur, aux Services aux aînés.

Centre d'accès aux soins communautaires de Hamilton Niagara

Haldimand Brant

Tom Peirce, directeur principal, Planification stratégique et intégration.

Réseau ontarien pour la prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées

Maureen Etkin, conseillère régionale, centre-ouest;

Gail MacKenzie-High, présidente, Niagara Elder Abuse Prevention Network.

## ANNEXE IV: LISTE DES TÉMOINS

---

- Société Alzheimer de la région de Niagara  
Marge Dempsey, chef de la direction par intérim.
- Ontario Home Care Association  
Susan D. VanderBent, directrice générale.
- Hamilton Council on aging  
Denise O'Connor, directrice générale;  
Carolyn Rosenthal, présidente, conseil d'administration.
- Services de soutien communautaire de Niagara  
Wendy Walker, directrice générale;  
Patricia Tooley, gestionnaire de programme;  
Pat Frank, président, conseil d'administration.
- Système de santé de Niagara  
Wendy Robb, directrice des soins médicaux, site de Port Colborne.
- Older Women's Network  
Thelma McGillivray, ancienne présidente.
- Corporation canadienne des retraités intéressés  
Christine Mounstevens, présidente, section de l'Ontario;  
Sylvia Hall, secrétaire-trésorière, section de l'Ontario.
- Centre d'activités des aînés de Rose City  
John Rose, vice-président.
- Comité consultatif sur l'accessibilité de Welland  
Russ Findlay, président.
- Comité consultatif des aînés de la Ville de Welland  
Doug Rapelje, représentant.
- Centre de santé communautaire Hamilton/Niagara  
Marcel Castonguay, directeur général.
- Foyer Richelieu  
André Tremblay, directeur général.
- À titre personnel  
Gary Atamanyk.
- Centre polyvalent des aînés francophones de Port Colborne  
Roland Méthot, président.
- VON Canada  
Marlene Slepkov, directrice de succursale par intérim.

À titre personnel  
Ron Walker.

**12 mai 2008**

Centre sur le vieillissement de la Nouvelle-Écosse  
Pamela Fancey, directrice adjointe/attachée de recherche,  
Université Mount Saint Vincent.

Spencer House Seniors' Centre  
Deborah Dostal, directrice générale.

Community Links  
Sandra Murphy, directrice générale.

À titre personnel  
D<sup>r</sup> David Martell, Centre médical de Lunenburg.  
D<sup>r</sup> Chris MacKnight, professeur agrégé, Département de  
médecine, Université Dalhousie.  
D<sup>r</sup> Ken Rockwood, professeur de gériatrie, Université Dalhousie.

Ministère des Finances, gouvernement de la Nouvelle-Écosse  
Elizabeth Cody, sous-ministre adjointe.

À titre personnel  
David Ward, membre, Acadia Lifelong Learning.  
G.A. Trudy Ward, membre, Acadia Lifelong Learning.  
Linda MacDonald, Elder Learners, Université Saint Mary's.

**13 mai 2008**

Fédération des citoyens aînés du Nouveau-Brunswick  
Ralph Smith, président.

Coalition pour les droits des aînés et des résidants des foyers de soins  
longue durée du Nouveau-Brunswick  
Hector Cormier, président;  
Cecile Cassista, directrice générale.

Association acadienne et francophone des aînées et aînés du Nouveau-  
Brunswick  
Jean-Luc Bélanger, président.

La Légion royale canadienne, direction du Nouveau-Brunswick  
Dennis Driscoll, président, Comité des anciens combattants et  
des aînés.

## ANNEXE IV: LISTE DES TÉMOINS

---

### Santé Canada

Debra Keays-White, directrice régionale, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, région de l'Atlantique; Peter McGregor, conseiller spécial, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Soins à domicile et communautaires; Wade Were, conseiller principal par intérim, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Politiques et planification stratégique.

### Secrétariat aux aînés de l'Île-du-Prince-Édouard

Faye Martin, directrice par intérim; Anna Duffy, coprésidente.

### 16 mai 2008

#### À titre personnel

Dr. Réjean Hébert, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke.  
D<sup>r</sup> Hélène Payette, Professeure, Département de sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke.

#### Centre de recherche sur le vieillissement

Dr. Stephen Cunnane, directeur.

#### Association estrienne pour l'information et la formation aux aînées et aînés (AEIFA)

Sylvie Morin, coordinatrice.

#### Agence Continuum Inc.:

Hélène Gravel, présidente.

#### Conseil des aînés du Québec

William Murray, agent de recherche.

#### Table régionale de concertation des aînées et des retraités de l'Estrie

Paul Rodrigue, trésorier;  
Jacques Demers, secrétaire.

#### Université du troisième âge

Gilles Beaulieu, agent de développement.

À titre personnel

Marie Beaulieu, professeure, Service social, Université  
Monique Joyal-Painchaud;  
Gilles Grenier;  
André Fréchette.

**2 juin 2008**

Villa Youville

Jean Balcaen, président.

Santé Sud-Est Inc.

Aurèle Boisvert, président.

Centre Taché et Foyer Valade

Charles Gagné, directeur général.

Conseil communauté en santé du Manitoba

Annie Bédard, directrice générale.

Fédération des aînés franco-manitobains Inc.

Thérèse Dorge, présidente;  
Gérald Curé, directeur général.

À titre personnel

D<sup>r</sup> Gérald Gobeil;  
Louis Bernardin.

Santé Canada

Jim Wolfe, directeur régional, Manitoba.

Centre de services aux aînés autochtones de Winnipeg

Thelma Meade, directrice générale.

Centre d'amitié indien et métis de Winnipeg

Dennis Sinclair, gestionnaire de programme.

Menno Home for the Aged

Maris Krentz, administratrice intérimaire.

Steinbach 55 Plus

Pat Porter, présidente;  
Dianna White, directrice générale.

## **ANNEXE IV: LISTE DES TÉMOINS**

---

Club de l'Amitié  
Paulette Sabot, trésorière.

Rest Haven Nursing Home  
Tannis Nickel, directrice, Services infirmiers.

Santé Sud-Est Inc.  
Sylvia Nilsson-Barkman, spécialiste de programme en services aux aînés.

### **4 juin 2008**

411 Seniors Centre Society  
Margaret Coates, directrice générale.

Providence Health Care  
Dre Sharon Koehn, associée de recherche, Centre pour le vieillissement en santé.

À titre personnel  
Eunju Hwang, boursière de la B.C. Real Estate Foundation, Université Simon Fraser, Gerontology Research Centre.

MOSAIC  
Eyob G. Naizghi, directeur général.

Progressive Intercultural Community Services Society  
Charan Gill, chef de la direction.

S.U.C.C.E.S.S.  
Alice Choi, administratrice.

Collingwood Neighbourhood House  
Jo-Anne Stephens, coordonnatrice du programme des aînés.

BC Centre for Elder Advocacy and Support  
Penny Bain, secrétaire et directrice, conseil d'administration

Réseau canadien pour la prévention des mauvais traitements envers les aînés  
Charmaine Spencer, membre du conseil.

First Nations Health Council

Joe Gallagher (Kwunahmen), directeur principal.

BC Association of Aboriginal Friendship Centres

Lisa Mercure, coordonnatrice pour les aînés.

À titre personnel

Gregg Schiller, coordonnateur, BC Seniors Advocacy Network.

Bonnie O'Sullivan, coordonnatrice des activités sociales, 411 Seniors Centre Society.

Joanne Taylor, directrice générale, Nidus Personal Planning Resource Centre and Registry.

Steve Ellis.

## 5 juin 2008

Council of Senior Citizens' Organizations of British Columbia

Gudrun Langolf, directrice.

B.C. Retired Teachers' Association

Cliff Boldt, directeur;

Reg Miller, membre du comité de parrainage.

Family Caregivers' Network Society

Barbara MacLean, directrice générale.

BC Seniors Living Association

Seona Stephen, vice-présidente.

Autorité sanitaire de l'île de Vancouver

D<sup>r</sup> Michael Cooper, chef de division de la psychiatrie gériatrique;

D<sup>r</sup> Marianne McLennan, directrice, aînés, Fin de la vie et santé spirituelle.

Saanich Peninsula Health Association

Lyne England, présidente.

À titre personnel

Carol Pickup, South Island Health Coalition.

Judith Cameron, directrice générale, Fairfield Activity Centre.

Dale Perkins, ministre du culte, Église Unie du Canada, presbytère de Victoria.

Elfreda Schneider.

## ANNEXE IV: LISTE DES TÉMOINS

---

- Judith Johnson.
- BC Medical Association  
D<sup>r</sup> Duncan Robertson, gériatrie et soins palliatifs.
- 9 juin 2008**
- Conseil national des aînés  
Jean-Guy Soulière, président.
- Fédération internationale du vieillissement  
Jane Barratt, secrétaire générale.
- Fédération nationale des retraités et des citoyens âgés  
Joyce Mitchell, trésorière.
- Liste des témoins : Première session de la trente-neuvième législature**
- 27 novembre 2006**
- Statistique Canada  
Pamela White, directrice, Division de la démographie;  
Laurent Martel, analyste, Section de la recherche et de l'analyse.
- À titre personnel  
Byron Spencer, professeur d'économie, Université McMaster.
- Organisation nationale de la santé autochtone  
Carole Lafontaine, présidente-directrice générale intérimaire;  
Mark Buell, gestionnaire, Politiques et communications.
- Conseil consultatif national sur le troisième âge  
Robert Dobie, président intérimaire;  
Margaret Gillis, directrice, Division du vieillissement et des aînés,  
Centre de développement de la santé humaine, Agence de santé publique du Canada.
- À titre personnel  
Douglas Durst, professeur, Faculté de travail social, Université de Regina.

**4 décembre 2006**

Ressources humaines et Développement social Canada

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

John Connolly, directeur, Division des partenariats, Direction du développement communautaire et des partenariats;

Marla Israel, directrice, Politique et accords internationaux, Secrétariat des politiques sur les aînés et les pensions.

Agence de santé publique du Canada

Margaret Gillis, directrice, Division du vieillissement et des personnes âgées.

Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

Leslie MacLean, directrice générale, Services de santé non assurés;

Shelagh Jane Woods, directrice générale, Direction des soins de santé primaires et de la santé publique.

Affaires indiennes et du Nord Canada

Havelin Anand, directrice générale, Direction générale de la politique sociale et des programmes.

Anciens Combattants Canada

Bryson Guptill, directeur général, Politique en matière de programmes et de services.

Société canadienne d'hypothèques et de logement

Douglas Stewart, vice-président, Planification des politiques.

Secrétariat du Conseil du Trésor

Dan Danagher, directeur exécutif, Relations de travail et opérations de rémunération.

Agence de gestion des ressources humaines de la fonction publique du Canada

Cecilia Muir, directrice générale, Renouvellement et diversité de la fonction publique.

**11 décembre 2006**

Association du Canada pour les gens de 50 ans et plus (CARP)

Judy Cutler, directrice des Relations gouvernementales;

## ANNEXE IV: LISTE DES TÉMOINS

---

Taylor Alexander, consultant en politique sur le vieillissement et en soins continus.

Légion royale canadienne

Jack Frost, président national;  
Pierre Allard, directeur, Bureau d'entraide.

Fédération internationale du vieillissement

Jane Barratt, secrétaire générale.

Instituts de recherche en santé du Canada

Anne Martin-Matthews, directrice scientifique, Institut du vieillissement.

Association canadienne de gérontologie

Sandra P. Hirst, présidente.

Initiative nationale pour le soin des personnes âgées

Lynn McDonald, directrice scientifique.

### **12 février 2007**

Ressources humaines et Développement social Canada

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

### **19 février 2007**

À titre personnel

Victor Marshall, professeur de sociologie, Institut sur le vieillissement, University of North Carolina.

Susan Kirkland, professeure, Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement, Université Dalhousie.

Projet de recherche sur les politiques

Terrence Hunsley, directeur principal du projet.

Statistique Canada

Geoff Rowe, conseiller principal – microsimulation.

### **19 mars 2007**

À titre personnel

Jacques Légaré, professeur émérite de démographie, Université de Montréal.

Marcel Mérette, professeur agrégé en science économique, Université d'Ottawa.

Neena L. Chappell, chaire de recherche du Canada en gérontologie sociale et professeure en sociologie et Centre du vieillissement, Université de Victoria.

Gloria Gutman, professeure de gérontologie, Université Simon Fraser, et directrice du 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.

## ANNEXE IV: LISTE DES TÉMOINS

---

Creative Retirement Manitoba  
Marjorie Wood, directrice.

International Council on Active Aging  
Colin Milner, président-directeur général.

### 14 mai 2007

Assemblée des Premières Nations  
Elmer Courchene, aîné;  
Richard Jock, président-directeur général.

Ralliement national des Métis  
Don Fiddler, conseiller principal en politiques.

Inuit Tapiriit Kanatami  
Okalik Eegeesiak, directrice, Développement socioéconomique;  
Jennifer Forsyth, conseillère technique en santé;  
Maria Wilson, coordinatrice de projets.

Pauktuutit Inuit Women of Canada  
Jennifer Dickson, directrice générale.

Association nationale des centres d'amitié autochtones  
Peter Dinsdale, directeur général;  
Alfred Gay, analyste en politique.

Aboriginal Seniors Resource Centre of Winnipeg  
Thelma Meade, directrice générale.

### 28 mai 2007

Société Alzheimer du Canada  
Dale Goldhawk, président du conseil d'administration;  
Scott Dudgeon, président-directeur général.

Advocacy Centre for the Elderly  
Judith A. Wahl, directrice générale.

Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées  
Faith Malach, directrice générale.

Conseil ethnoculturel du Canada  
Anna Chiappa, directrice générale.

Fédération des aînées et ainés 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  
Edouard.

## ANNEXE IV: LISTE DES TÉMOINS

---

### 18 juin 2007

Association canadienne des soins palliatifs  
Sharon Baxter, directrice générale;  
Lawrence Librach, vice-président.

Projet Pallium  
Michael Aherne, directeur, Développement de l'initiative.

Association canadienne de soins et services à domicile  
Nadine Henningsen, directrice générale.

## **Annexe V : Coûts des soins en milieu communautaire et en établissement**

**Total des coûts incombant aux aidants et des coûts sociaux, pour les clients en milieu communautaire et les clients en établissement<sup>236</sup>.**

Tableau 3-9 : Coûts incombant au gouvernement, aux clients ou aux aidants, et total des frais sociaux (clients en milieu communautaire et clients en établissement)<sup>19</sup>

	Niveau de soins (en fonction des scores SMAF)	Coûts incombant au gouvernement	Autres coûts liés aux soins de santé	Total des coûts incombant au gouvernement	Déboursés des clients ou des aidants	Coûts imputés aux services rendus par les aidants		Total des coûts incombant aux clients ou aux aidants	Total des coûts sociaux
						Temps consacré par les aidants (salaire minimum)	Temps consacré par les aidants (salaire de remplacement )		
Clients en milieu communautaire	Niveaux 1 et 2	3 800	1 037	4 837	1 040	3 703	13 371	14 411	19 248
	Niveau 3	5 388	743	5 905	2 493	5 000	17 701	20 194	26 099
	Niveau 4	11 122	1 661	12 783	1 915	7 985	29 168	31 083	43 866
	Niveau 5	14 120	755	14 875	3 848	12 877	46 449	50 297	65 172
	Niveau 6 et +	11 878	2 702	14 581	1 289	11 207	40 974	42 263	56 844
	Moyenne générale	7 963	1 209	9 104	2 144	7 134	25 760	27 904	37 008
Clients en établissement	Niveau 4	62 576	432	63 008	12 443	3 400	11 796	24 239	87 247
	Niveau 5	62 576	5 099	67 675	14 536	2 620	9 081	23 617	91 292
	Niveau 6	62 576	2 018	64 594	12 630	3 347	11 833	24 463	89 057
	Niveau 7	62 576	2 235	64 811	11 726	3 495	12 249	23 975	88 786
	Niveau 8	62 576	2 720	65 296	12 731	1 812	6 322	19 053	84 349
	Niveau 9	62 576	1 627	64 203	11 395	2 196	7 725	19 120	83 323
	Moyenne générale	62 576	2 599	65 175	12 495	2 772	9 706	22 201	87 376

41

<sup>236</sup> Jo Ann Miller, Marcus Hollander et Margaret MacAdam, Projet de recherche sur les soins continus pour Anciens Combattants Canada et le gouvernement de l'Ontario : Rapport de synthèse, avril 2008. p. 36.