



*Institute for  
Research on  
Public Policy*

*Institut de  
recherche  
en politiques  
publiques*

# Élaborer une stratégie nationale pour les aînés

Groupe de travail de l'IRPP sur le vieillissement

7 octobre 2015



# Élaborer une stratégie nationale pour les aînés

## Groupe de travail de l'IRPP sur le vieillissement

Comme la santé des gens s'améliore et que l'espérance de vie s'allonge, nous sommes plus nombreux que jamais à vivre vieux et plus longtemps (Sinha 2012). Ce phénomène sera encore plus marquant au cours des deux prochaines décennies, car le nombre de Canadiens de 65 ans et plus devrait presque doubler pendant cette période. En fait, en 2015, pour la première fois de l'histoire, le Canada comptait plus d'habitants de 65 ans et plus que d'habitants de moins de 15 ans.<sup>1</sup> En 2035, le pays comptera plus de 10 millions de personnes âgées, qui constitueront environ le quart de la population du pays, alors que cette proportion n'était que de 16 % en 2015<sup>2</sup>.

Nous pouvions prévoir depuis un certain temps cette réalité démographique, puisque les membres de la première vague de la génération du baby-boom a 69 ans en 2015. Les décideurs de tous les ordres de gouvernement font face depuis deux décennies aux défis associés à une population vieillissante et se penchent sur les orientations stratégiques qui répondraient le mieux à ces questions :

- > Comment devons-nous repenser notre façon de soutenir les citoyens plus âgés et comment pouvons-nous nous assurer que notre système de santé répond à leurs besoins ?
- > Quelle incidence le vieillissement de la population aura-t-il sur l'organisation des milieux de travail, si l'on veut que ces milieux puissent accueillir des travailleurs plus âgés ainsi que soutenir les travailleurs qui doivent s'occuper de proches âgés ?
- > Quelles seront les répercussions, sur l'organisation des collectivités et des services, si l'on veut permettre à tous et toutes de demeurer le plus longtemps possible des membres engagés et actifs de la communauté ?

Le nombre croissant de Canadiens âgés exercera des pressions nouvelles et différentes sur le système de santé. Les patients de 65 ans ou plus sont déjà à l'origine de

presque la moitié des dépenses totales de santé du Canada (CIHI 2014), et de plus de 60 % des dépenses en matière de soins de courte durée (Sinha 2011). Et, si les Canadiens d'aujourd'hui vivent plus longtemps et mieux que ceux des générations antérieures, l'accroissement et le vieillissement de la population font que de nombreux problèmes communément associés à l'âge sont devenus plus prévalents. Dans l'édition 2012 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 85 % des Canadiens de 65 à 79 ans et 90 % de ceux de plus de 80 ans ont rapporté vivre avec un problème de santé chronique ou plus, et presque le quart des adultes âgés ont rapporté avoir au moins trois problèmes chroniques (PHAC 2014a). La prise en charge efficace des besoins complexes et interdépendants découlant de cette réalité constituera un défi de premier plan pour le système de santé de demain.

Le vieillissement de la population entraînera aussi des changements importants sur le plan de l'économie. Le nombre décroissant de Canadiens qui participent à la population active, le nombre croissant de ceux qui choisissent de travailler au-delà de l'âge habituel de la retraite ainsi que le fardeau plus lourd imposé à ceux qui sont sur le marché du travail et doivent s'occuper de proches âgés sont des facteurs qui auront une incidence sur les entreprises et l'organisation du travail. De plus en plus de gouvernements adhèrent au principes « vieillir chez soi » et « collectivités amies des aînés », mais nous n'avons pas encore établi en détail ce que cela signifiera en matière d'organisation des espaces publics, des services et des infrastructures en général.

Nous savons que cette nouvelle réalité est celle d'un avenir très proche, nous devons donc dès maintenant décider ce que nous devons faire pour nous y préparer, et travailler à convaincre les décideurs politiques pour que nous nous attaquions de front à cette question. Comme le signalait en 2012 Jean Boivin, alors sous-gouverneur de la Banque du Canada :

*À mesure que notre société prend de l'âge, nous pouvons soit accepter une diminution de notre niveau de vie, soit prendre les devants et nous adapter. Les enjeux sont considérables et nous n'avons pas les moyens d'en faire abstraction. Rien n'est gratuit. [...] Les décisions que nous prenons tous se fondent largement sur ce que nous attendons de l'avenir, si nous en sommes conscients et que nous y prêtons attention. En acceptant les défis démographiques auxquels nous sommes confrontés,*

*nous serons en mesure de bien planifier l'avenir. Vieillir en beauté, c'est en partie accepter l'inévitable et s'adapter du mieux qu'on peut. Qui dit vieillir, dit s'améliorer, grandir en sagesse, porter un regard plus réfléchi sur l'avenir et sur ce qui nous attend. Nous, les particuliers et les familles, les entreprises et les décideurs publics, avons diverses options à notre disposition pour continuer d'améliorer notre niveau de vie. (Boivin 2012)*

Jusqu'à maintenant, nous ne nous sommes pas adaptés très rapidement à cette nouvelle réalité. Depuis trop longtemps, les trois ordres de gouvernement traitent ces problèmes chacun de son côté et à sa façon, et, même à l'intérieur d'un même gouvernement, des ministères ou des organismes travaillent isolés les uns des autres, ce qui limite notre capacité d'intégrer de façon harmonieuse les politiques, les programmes et les services nécessaires pour faire face aux enjeux complexes associés au vieillissement de la population. Les trois ordres de gouvernement doivent participer activement à mieux répondre aux besoins de la population vieillissante, et nous devons maintenant repenser notre approche. Le Canada a besoin d'une stratégie nationale relative aux aînés, et le gouvernement fédéral doit jouer un rôle de chef de file dans l'élaboration et l'application de cette stratégie.

## Le projet

**E**n 2007, l'IRPP a lancé un programme de recherche multidisciplinaire dans le but de mettre en lumière les effets de cette tendance démographique sur un certain nombre de politiques et de programmes publics. Depuis, l'Institut a publié 23 études et communications portant sur les questions liées aux pensions et à la retraite, aux services de santé, à l'assurance médicaments, à la situation des aidants naturels, aux services municipaux et à la création de collectivités amies des aînés.

Au cours de la même période, diverses organisations ont demandé aux gouvernements du Canada de se pencher d'une façon plus intégrée sur les besoins croissants liés au vieillissement de la population. Beaucoup d'entre eux ont réagi en adoptant de nouveaux cadres stratégiques, en créant des comités consultatifs et en confiant des mandats précis à des ministères ou à des ministres — et l'on voit déjà les résultats pro-

metteurs de certaines de ces initiatives. Il n'existe toutefois aucun cadre national qui définit des normes et des objectifs communs, d'un océan à l'autre, en ce qui concerne les meilleures façons de soutenir les Canadiens âgés et de promouvoir les pratiques exemplaires. Mais certaines recherches indiquent déjà la voie à suivre ; alors, pour reprendre les propos d'un membre du Groupe de travail, le défi consiste maintenant à passer de la connaissance à l'action.

Au cours de la période qui a précédé les élections fédérales de 2015, l'IRPP a créé un groupe de travail<sup>3</sup> chargé de mener des consultations visant à établir, à l'intention des décideurs publics, un ordre du jour s'appuyant sur des données probantes. Cet exercice comportait deux questions clés : *Comment créer une stratégie nationale relative aux aînés ?* et *Sur quels enjeux cette stratégie devrait-elle porter ?* Le rapport du Groupe de travail s'appuie sur une revue détaillée des recherches les plus récentes sur les questions qui touchent les Canadiens âgés<sup>4</sup>, sur une série d'entrevues menées auprès d'universitaires et d'experts, ainsi que sur une table ronde d'intervenants qui a eu lieu à Ottawa en mars 2015<sup>5</sup>.

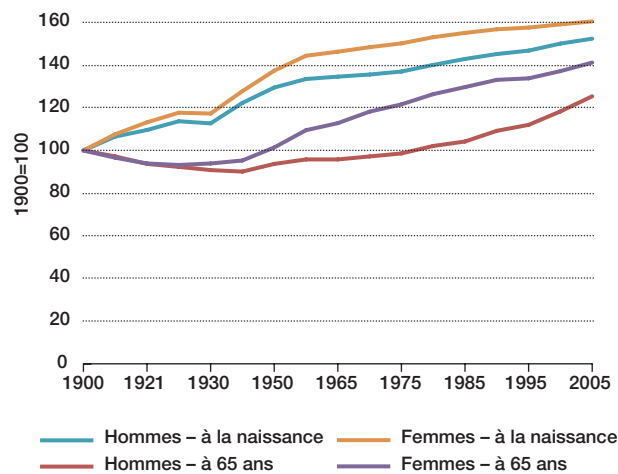
Les connaissances et l'expertise des personnes qui ont participé aux consultations ont enrichi les délibérations du groupe de travail, mais les conclusions et les recommandations présentées ici sont celles des membres du groupe.

## Pourquoi une stratégie nationale pour les aînés ?

L'espérance de vie des Canadiens a augmenté considérablement au cours du dernier siècle (figure 1). Aujourd'hui, une personne de 65 ans devrait vivre en moyenne jusqu'à environ 85 ans (Statistics Canada 2013)<sup>6</sup>. Les prévisions de l'actuaire en chef du Canada illustrent bien dans quelle mesure les soins de santé et le niveau de vie des Canadiens se sont améliorés : en effet, selon ces prévisions, cinq Canadiens sur 10 qui ont 20 ans aujourd'hui vivront jusqu'à 90 ans, et 20 % d'entre eux atteindront même 100 ans ou plus (McFarland 2014)<sup>7</sup>. Nous vivons donc une période où le concept social d'« âge » est en train d'être fondamentalement redéfini.

Comme la population dans son ensemble augmente plus rapidement que celle des cohortes plus jeunes, la structure démographique se modifie : les personnes âgées constituent maintenant le segment de la population qui augmente le plus rapidement,

FIGURE 1. ÉVOLUTION DE L'ESPÉRANCE DE VIE MOYENNE, DE 1900 À 2005 (CHIFFRES INDEXÉS AUX NIVEAUX DE 1900)



Sources : calculs de l'auteur, Office of the Chief Actuary (2009, tableau 1).

2012, même si les aînés ne constituaient que 16 % de la population (CIHI 2014). Le Conference Board du Canada évalue que ces coûts augmenteront de 1 % par année au cours des prochaines décennies, à mesure que le pourcentage des Canadiens de plus de 65 ans augmentera (Stonebridge 2013). Même si d'autres facteurs, comme le prix des services médicaux, auront probablement une plus grande influence sur le rythme de la croissance des dépenses de santé, le vieillissement restera un facteur important. Comme la majorité des Canadiens espèrent vieillir à la maison, la plupart des citoyens souhaitent que des services adéquats à cette fin soient encore offerts quand ils seront âgés (Phillips Lifeline 2011), même si la prestation de soins à domicile, de soins communautaires et de soins de longue durée n'est pas enchâssée dans la *Loi canadienne sur la santé*. Si les gouvernements ont commencé à transformer le système de santé pour qu'il soit axé sur des soins dans la communauté plutôt que sur les services hospitaliers, cette transformation ne sera ni rapide ni facile.

Des pressions de plus en plus lourdes s'exercent également sur les administrations régionales et locales pour qu'elles veillent à ce que les espaces et les services publics — pensons par exemple aux transports en commun —, soient bien adaptés aux besoins des personnes âgées. De plus, comme de plus en plus de Canadiens s'occupent d'un proche — ce qui est le cas de 35 % des travailleurs (Employer Panel for Caregivers 2015) —,

et ce phénomène prendra de plus en plus d'ampleur dans les deux prochaines décennies, puisque environ un Canadien sur quatre aura alors plus de 65 ans. Cette nouvelle réalité démographique ne peut qu'influencer de multiples façons l'élaboration des politiques publiques et la prestation des services publics.

Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), le coût des soins de santé des Canadiens âgés ont représenté 45 % des dépenses provinciales et territoriales de santé en

le soutien aux aidants naturels constitue maintenant un élément important à la fois des politiques sociales et de celles qui touchent le marché du travail. Enfin, comme de plus en plus de Canadiens ne bénéficieront pas d'un régime de retraite de leur employeur quand ils cesseront de travailler, de plus en plus de citoyens se préoccupent du fait que leur épargne-retraite ne sera peut-être pas suffisante.

Malgré ces défis à relever, on doit considérer l'allongement de l'espérance de vie comme une victoire plutôt que comme un problème. Non seulement nous vivons plus longtemps, mais nous restons en meilleure santé et actifs plus longtemps. Bien sûr, le nombre grandissant de personnes âgées implique que les gouvernements répondent à de nouvelles demandes et offrent des services différents, mais les aînés constituent aussi une ressource importante parce qu'ils peuvent eux-mêmes contribuer à répondre à ces besoins.

Et, pour répondre à ces nouveaux besoins, il faudra aussi les efforts concertés des provinces et des municipalités, et, à ce niveau, le gouvernement fédéral devra jouer un rôle de leader. Ajoutons à cela que la contribution du secteur privé et des organismes à but non lucratif, ainsi que la participation de l'ensemble de la population, seront également essentielles.

## Les principes fondamentaux qui doivent sous-tendre une stratégie nationale relative aux aînés

**N**os consultations indiquent que quatre grands principes doivent guider l'élaboration d'une stratégie nationale relative aux aînés.

### **La stratégie doit être nationale**

Le gouvernement fédéral a toujours joué un rôle clé sur le plan des changements sociaux majeurs : il définit des normes, agit en tant que catalyseur et investit des sommes importantes. Comme il l'a fait au moment de la création du système public de soins de santé il y a un demi-siècle, le gouvernement fédéral peut donc aujourd'hui mobiliser les ressources et coordonner les efforts nécessaires de ses différents ministères, des autres ordres de gouvernement, du secteur privé et des organisations de bénévoles. Tout en respectant rigoureusement les compétences des autres ordres de gouvernement, il est



toutefois le seul à pouvoir obliger tous les intervenants à adopter une stratégie intégrée et à pouvoir s'assurer que les programmes et les services qui en découlent sont similaires partout au pays. En tenant compte de paramètres raisonnables et en offrant la flexibilité nécessaire pour que les provinces et les collectivités mettent en place des mesures qui reflètent leurs particularités, il est essentiel que les personnes âgées au Canada reçoivent le même soutien, peu importe où ils vivent.

Pour le gouvernement fédéral, le défi qui se pose n'est donc pas tant lié à l'objectif lui-même qu'au processus à mettre en place pour atteindre cet objectif. Comment Ottawa doit-il orienter la réflexion nationale tout en respectant les compétences et l'autonomie des provinces ? Comment les différents ordres de gouvernement doivent-ils rendre compte, à la population et aux autres ordres de gouvernement, des projets qu'ils réalisent collectivement ? Il s'agit là de questions qui sont caractéristiques d'un pays comme le Canada, auxquelles il est possible de répondre — ou qui, à tout le moins, ne doivent pas servir de prétextes pour que l'on se refuse à tenter de dégager un consensus national sur ces enjeux.

Selon nous, il faut considérer ce leadership fédéral comme :

- 1) le pouvoir de convoquer les intervenants concernés afin de dégager un consensus sur le sens et les implications des enjeux et sur la nécessité d'appliquer des normes minimales ;
- 2) la capacité (propre au gouvernement fédéral) d'imposer le partage de l'information et l'application des connaissances ;
- 3) le pouvoir d'aider, grâce à la péréquation, les provinces les plus pauvres à appliquer des normes minimales ;
- 4) la capacité d'instaurer un régime national dans le cadre duquel les divers ordres de gouvernement devront rendre compte de leurs actions les uns aux autres ainsi qu'à la population.

### **La stratégie doit être axée sur les personnes**

Il est crucial que l'élaboration d'une stratégie nationale relative aux aînés ne soit pas l'occasion d'une épreuve de force entre les différents gouvernements. Si les compétences des divers ordres de gouvernement constituent la base des discussions, celles-ci auront peu de chance d'aboutir. Si, par contre, tous les participants placent la per-

sonne au cœur de la démarche à entreprendre et de la stratégie à concevoir, il sera beaucoup plus difficile de défendre à tout prix quelque compétence ou pouvoir que ce soit devant la population, qui demande essentiellement que l'on trouve le moyen de mieux soutenir les aînés (puisque nous serons tous âgés un jour). C'est sur les besoins très concrets des personnes que doivent reposer les décisions à prendre sur la meilleure façon d'harmoniser les nombreux programmes, d'affecter les ressources et de coordonner les efforts entre les ordres de gouvernement, de façon à ce que les citoyens comprennent facilement le fonctionnement du système mis en place. Autrement dit, il faut d'abord déterminer les besoins des personnes âgées pour, ensuite, construire un système en fonction de ces besoins.

### **La stratégie doit être globale et intégrée**

Si tout ce qui touche à la santé ne peut qu'occuper une grande partie des discussions sur une stratégie relative aux aînés, il faut prendre garde de ne pas élaborer un cadre trop étroitement axé sur ce domaine. Il est important de définir la santé tel que le fait l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) : « La santé est un état complet de bien-être *physique, mental et social*, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (l'italique est de nous)<sup>8</sup>. De même, il faut donner aux termes « soins » et « soigner » leur sens large : selon *Le Petit Robert*, par exemple, « soins » désigne les « actions par lesquelles *on conserve ou on rétablit* la santé », et « soigner » signifie « s'occuper du *bien-être* de quelqu'un »<sup>9</sup> (dans les deux cas, l'italique est de nous). Dans cette optique, la stratégie doit intégrer, en plus des soins de santé, les déterminants sociaux de la santé et plusieurs autres éléments, dont l'environnement bâti et les politiques sociales et économiques.

### **La stratégie doit garantir que les décideurs publics considèrent le vieillissement non pas comme un enjeu stratégique isolé de son contexte, mais comme une lentille à travers laquelle ils peuvent mieux évaluer tous leurs choix stratégiques**

Il existe une différence majeure entre ces deux façons de considérer le vieillissement. Le voir comme un enjeu stratégique isolé revient à cloisonner le phénomène, à le ranger dans une « case ministérielle » peut-être pratique d'un point de vue bureaucratique, mais qui

limite de beaucoup sa portée réelle. Quand on considère plutôt le vieillissement comme une lentille, on ne construit pas de barrières, et les décideurs politiques doivent alors veiller à ce que tous les choix qu'ils font tiennent compte du phénomène : c'est ce que font par exemple les municipalités qui veulent devenir des « collectivités amies des aînés ».

## Les grands objectifs d'une stratégie nationale relative aux aînés

Suivant une démarche axée avant tout sur la personne, le Groupe de travail a résisté à l'envie de regrouper ses recommandations de façon à refléter les structures administratives types des gouvernements modernes. Nous recommandons plutôt d'énoncer les buts de la stratégie d'une manière qui a trait aux besoins des personnes que celle-ci doit permettre de soutenir.

Dans le contexte de travaux effectués récemment (avant le lancement de cette initiative de l'IRPP), le D<sup>r</sup> Samir Sinha, membre du Groupe de travail, a lancé, avec l'aide des Instituts de recherche en santé du Canada, une initiative appuyée sur des données probantes visant à définir quatre thèmes qui pourraient permettre à une stratégie nationale relative aux aînés d'appuyer des résultats qui importent aux Canadiens âgés<sup>10</sup>. Au lieu de réinventer la roue, le Groupe de travail a choisi d'utiliser ces quatre objectifs comme principes structurels du présent rapport. Inspirés par le travail du D<sup>r</sup> Sinha, nous croyons donc qu'une stratégie nationale devrait viser à ce que :

- > les Canadiens âgés demeurent le plus longtemps possible des membres autonomes et engagés de nos communautés ;
- > les Canadiens âgés continuent de mener une vie active et en santé aussi longtemps que possible ;
- > les Canadiens âgés aient accès à des soins intégrés, de qualité, axés sur la personne et prodigués le plus près possible de chez eux par des soignants qui ont les connaissances et les compétences nécessaires ;
- > les proches des Canadiens âgés qui fournissent à ces derniers des soins non rémunérés soient reconnus et soutenus.

Même si la liste qui suit des mesures que nous recommandons n'est pas exhaustive, elle présente les changements stratégiques que nous recommandons parce qu'ils

indiquent la voie à suivre pour atteindre les quatre grands objectifs que nous venons de définir. Ces recommandations illustrent qu'il existe des mesures très concrètes que les gouvernements peuvent mettre en place — à court terme, pour certaines, cela étant une question de volonté politique — et qui permettraient d'améliorer considérablement la vie des Canadiens âgés et celle des personnes qui s'occupent d'eux.

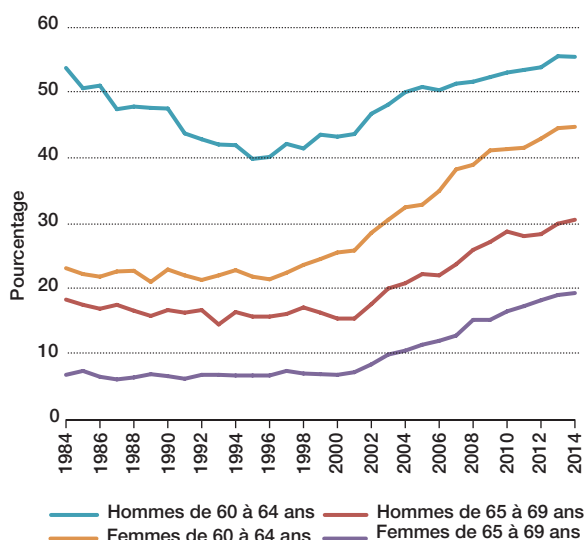
### **OBJECTIF 1 — Que les personnes âgées demeurent le plus longtemps possible autonomes et actives dans leur communauté**

Faire en sorte que les personnes âgées demeurent autonomes et actives dans leur communauté, cela signifie veiller à ce qu'elles aient un revenu adéquat et un logement à coût abordable et à ce que les services de transport leur soient accessibles. Cela implique que l'environnement bâti et les espaces publics doivent être pensés en fonction de leurs besoins, tout comme les services communautaires, sociaux et récréatifs. Cela est essentiel si l'on veut lutter contre l'isolement social des personnes âgées, et contre l'âgisme de la société et la négligence et la violence à l'égard des aînés.

En ce qui concerne le revenu, les gouvernements peuvent prendre des mesures pour que les personnes âgées aient les ressources financières nécessaires pour demeurer autonomes à la fois pendant leur vie active et une fois à la retraite.

Comme l'espérance de vie s'est allongée et que la retraite obligatoire n'existe plus au Canada, certains travailleurs choisissent de travailler même à un âge plus avancé. Comme le démontre la figure 2, le pourcentage de Canadiens qui continuent de travailler après l'âge de 60 ans a augmenté considérablement, et cela constitue une tendance qui fait partie des phénomènes les plus importants observés sur le marché du travail au Canada depuis 2000 (Hicks 2015). Comme ces travailleurs ont une expérience et parfois aussi une expertise très précieuse, leur décision de continuer de travailler a contribué à éviter que le marché du travail canadien ne subisse les pressions, appréhendées par plusieurs, qu'exercerait le départ à la retraite des baby-boomers au début de la soixantaine (Drummond 2014). En effet, dans beaucoup de secteurs d'activité, la participation des travailleurs âgés peut aider à contrer des pénuries de main-d'œuvre ou à combler des lacunes en matière de compétences. Le transfert du savoir aux jeunes travailleurs peut en outre jouer un rôle de premier plan dans la formation et la préparation de la population active de demain.

FIGURE 2. TAUX D'EMPLOI CHEZ LES PERSONNES DANS LA SOIXANTAINE, 1984-2014



Source : Hicks (2015)

Si cette tendance au report de la retraite a contribué à retarder certains des effets l'évolution démographique du pays, d'importantes répercussions de ce phénomène n'ont pas encore été étudiées. Par exemple, les attentes des travailleurs âgés en matière d'horaires de travail — horaires flexibles, travail à temps partiel — peuvent poser des défis aux employeurs, particulièrement dans les entreprises de plus petite taille. Les travailleurs âgés peuvent aussi faire face à de l'âgisme au travail, ou subir des pressions pour qu'ils quittent leur em-

ploi au bénéfice des travailleurs plus jeunes.

En 2007, le gouvernement fédéral a formé le Groupe d'experts sur les travailleurs âgés, qu'il a chargé d'examiner les diverses répercussions stratégiques d'une population active vieillissante (Expert Panel on Older Workers 2008). Même si l'on a donné suite à un grand nombre des recommandations du Groupe, les lacunes en matière de connaissances qu'a soulevées son rapport persistent. Par exemple, nous n'avons pas les données qui nous permettraient de comprendre l'effet du vieillissement de la population sur la compétitivité de l'économie canadienne ou sur la façon dont les travailleurs âgés et les employeurs s'adaptent à la nouvelle conjoncture démographique. Pour élaborer des politiques liées au marché du travail, il importe de mieux comprendre comment ces enjeux sont actuellement traités aux niveaux microéconomique et macroéconomique.

Pour comprendre l'évolution de ces enjeux et leurs répercussions sur tous les intervenants en cause, le Groupe d'experts recommande que le gouvernement fédéral :

- > mobilise les groupes d'employeurs, les syndicats et les travailleurs âgés eux-mêmes pour que, ensemble, ils arrivent à mieux comprendre la dynamique en question, qu'ils partagent leurs expériences en matière d'horaires de travail flexibles et qu'ils fassent la promotion de pratiques exemplaires auprès des employeurs ;

- > réalise des études sur le lien qui existe entre une population active vieillissante, la pénurie de main-d'œuvre et de compétences dans certains secteurs d'activité, et la productivité ;
- > favorise, en s'appuyant sur des initiatives récentes, la littératie financière et la planification en matière de sécurité financière à la retraite.

De nombreux Canadiens arrivent à la retraite sans y être suffisamment préparés financièrement. La tendance au report de la retraite et à l'assouplissement des horaires de travail a probablement fait diminuer une partie des pressions que certains Canadiens subissent en matière d'épargne-retraite, mais des signes inquiétants indiquent néanmoins que le manque de planification financière en vue de la retraite est un phénomène à ne pas négliger, même si les estimations précises de l'importance de ce problème varient considérablement selon les analystes et en fonction des hypothèses utilisées au sujet du revenu de remplacement nécessaire à la retraite.

Cela étant dit, de nombreuses études ont permis d'analyser le système de revenu de retraite, et il s'en dégage trois séries d'enjeux liés à l'élaboration d'une stratégie relative aux aînés : la présence de foyers de pauvreté, limités mais importants, chez certains groupes de personnes âgées ; l'insuffisance des régimes de retraite, partout sur le marché du travail ; la nécessité que les Canadiens soient bien préparés à faire face à la dynamique mouvante de la longévité et de la retraite, et que les programmes publics de prestations soient conçus en conséquence (Meredith 2015).

Tout d'abord, même s'il est vrai que le pourcentage de personnes âgées vivant dans la pauvreté au Canada a diminué de façon spectaculaire au cours des dernières décennies, le taux de pauvreté chez les célibataires, les divorcés et les veufs demeurent très élevés et ont même augmenté légèrement au cours des dernières années. En 2011, quelque 15 % des Canadiens âgés vivant seuls étaient sous le seuil de faible revenu, alors que cette proportion était de 5,2 % pour l'ensemble ménages âgés (Meredith, 2015). Cet écart est attribuable à certains facteurs, dont les économies d'échelle dans les ménages comptant plusieurs personnes et le fait que beaucoup des prestations de revenu offertes aux personnes âgées ne permettent pas de compenser totalement ces différences de coûts (p. ex. la Sécurité de la vieillesse, SV, et le Régime de pensions du Canada, RPC).

Même si le système de revenu de retraite du Canada est assez efficace pour assurer une retraite confortable à la plupart des personnes âgées, un pourcentage important, et croissant, des Canadiens qui sont actuellement sur le marché du travail n'ont pas accès à un régime de pension de leur employeur. Cette lacune est importante, parce que les travailleurs qui bénéficient d'un régime d'employeur épargnent plus — les ménages dont au moins l'un des membres a accès à un régime de retraite d'employeur ont tendance à accumuler davantage de richesse pendant leur vie active et à bénéficier d'un taux plus élevé de remplacement du revenu au moment du départ à la retraite (Messacar et Morrisette 2015 ; Ostrovsky et Schellenberg 2010). Actuellement, environ 62 % des travailleurs n'ont pas accès à un régime de retraite d'employeur (Statistics Canada 2015) ; entre autres à cause de cela, et comme l'ont démontré des études, entre le tiers et la moitié des travailleurs de plus de 40 ans et ayant un revenu intermédiaire ou élevé risquent de voir leur niveau de vie baisser considérablement au moment de la retraite (McKinsey and Company 2015 ; Wolfson 2013).<sup>11</sup>

L'insuffisance de l'épargne pour la retraite a des conséquences importantes à la fois pour les citoyens aux prises avec ce problème et pour l'ensemble de la société. Certaines personnes seront forcées de prendre leur retraite plus tard qu'elles ne l'avaient prévu, et d'autres, qui auraient eu besoin de travailler plus longtemps, se retrouvent dans une situation difficile si leur état de santé ne leur permet pas de le faire. Par ailleurs, dans le contexte où le ratio de personnes âgées par rapport à la population en âge de travailler subira une hausse spectaculaire au cours de la prochaine décennie, une baisse de la consommation chez les Canadiens âgés constituerait aussi un problème économique qui pourrait être majeur, puisque cela freinerait la croissance du PIB. Les personnes âgées qui auront épuisé leur épargne deviendront aussi plus dépendants de mesures de transfert du revenu comme le Supplément de revenu garanti (SRG) et la SV, des programmes qui ne sont pas préalablement capitalisés.

Une importante question stratégique qu'il est donc important de se poser consiste à déterminer si la tendance actuelle au report de la retraite se maintiendra dans l'avenir et, si c'est le cas, comment elle compensera le risque que des personnes épuisent leur épargne pendant leur retraite. Même si nous ne savons pas encore ce qui se produira, les tendances des habitudes de travail et de retraite montrent qu'il faut assouplir davantage le système de revenu de retraite. Au cours de la dernière décennie, le fédéral et

les provinces ont adopté des mesures en ce sens en incitant les travailleurs à attendre plus longtemps pour commencer à toucher leurs prestations du RPC et de la SV ; ces mesures ont aidé, mais, pour beaucoup de Canadiens, la barre des 65 ans demeure un jalon psychologique important.

Aucun outil stratégique pris isolément ne peut nous permettre de faire face à tous ces enjeux. Afin de s'assurer que les Canadiens seront bien préparés pour la retraite, il faudra faire des réformes dans l'ensemble du système de revenu de retraite, et donc revoir chacun des programmes qui le constituent. Compte tenu du chevauchement des compétences dans ce domaine, il est crucial que le fédéral et les provinces soient sur la même longueur d'onde.

Au cours des dernières années, on a beaucoup parlé de la nécessité de mettre sur pied des mesures d'épargne supplémentaire obligatoire pour certains groupes de travailleurs. Cela peut être fait de diverses façons — par exemple grâce au RPC et au Régime de rentes du Québec (RRQ), ou en lien avec des comptes d'épargne individuels. Toutes ces démarches peuvent donner le même résultat, mais une chose est sûre : les gouvernements doivent agir. Le système de revenu de retraite du Canada a connu du succès au cours du dernier demi-siècle parce que les gouvernements, malgré les chevauchements de compétences entre le fédéral et les provinces, étaient déterminés à assurer la coordination et l'harmonisation de ses composantes. Mais l'impasse récente entre le fédéral et l'Ontario au sujet de l'avenir du RPC remet cela en question et risque de nuire au maintien d'un système efficace pour l'ensemble des Canadiens.

À cette fin, le gouvernement fédéral devrait mobiliser les provinces pour :

- > dégager un consensus national sur l'avenir du RPC et du RRQ et voir à ce que d'autres initiatives provinciales visant à fournir un revenu de retraite d'appoint soient bien coordonnées en fonction d'une vision commune (p. ex., le Régime de retraite de la province de l'Ontario et Régime d'épargne volontaire d'épargne-retraite du Québec) ;
- > axer les améliorations du SRG et de la SV sur l'objectif qui consiste à s'assurer qu'aucun Canadien âgé ne se retrouve sous seuil de pauvreté ; des efforts ciblés s'imposeront donc pour bonifier le SRG et la SV dans le cas certains groupes, et en particulier les personnes qui vivent seules ;
- > analyser des options afin de modifier les critères l'admissibilité aux programmes de prestations de retraite : on pourrait entre autres remplacer l'âge fixe (p. ex.,



65 ans) par une formule qui évolue en fonction de la mortalité et de l'espérance de vie ;

- > harmoniser ces initiatives avec d'autres mesures liées à l'épargne volontaire privée (p. ex., REER et CELI) afin de faire en sorte que le système de revenu de retraite du Canada demeure cohérent.

Par ailleurs, nous considérons trop souvent les personnes âgées seulement comme des bénéficiaires de services, alors qu'ils constituent aussi en réalité des ressources importantes et qualifiées, qui fournissent certains services : les personnes âgées sont souvent bénévoles et aidants naturels, et ce sont les Canadiens les plus engagés sur le plan politique. Le gouvernement fédéral ferait donc bien de continuer d'appuyer le bénévolat et d'autres formes d'engagement communautaire.

La capacité de vieillir chez soi joue un rôle de premier plan dans la santé et le bien-être des personnes âgées (Dupuis-Blanchard et al. 2014) : c'est une réalité que l'on observe au Canada ainsi que dans la plupart des autres pays de l'OCDE, d'où l'importance d'adapter l'environnement bâti aux besoins des aînés. L'initiative des « collectivités amies des aînés » (CAA) est un exemple intéressant sur ce plan, puisque l'objectif est d'améliorer l'accès des personnes âgées à différents types d'édifices de même qu'aux services dont ils ont besoin, ainsi que de favoriser la participation civique (WHO 2007). Au Canada, beaucoup de municipalités ont structuré leurs efforts visant à aider les personnes âgées à vivre chez eux plus longtemps : elles ont évalué leur aspect « ami des aînés » en fonction des huit critères définis par l'OMS<sup>12</sup> et élaboré des plans d'action pour améliorer ces paramètres, et elles produisent des rapports sur les progrès réalisés au fil du temps (Plouffe et al. 2013).

Pour appuyer ces initiatives, ainsi que pour leur donner plus d'ampleur, plusieurs provinces ont décidé d'intégrer les principes des CAA dans leurs politiques, et de lancer des projets en cette matière. En 2014, quelque 560 collectivités, dans huit provinces, participaient au mouvement CAA (Golant 2014), et l'OMS a reconnu officiellement 17 municipalités canadiennes comme « collectivités amies des aînés » (WHO 2015).

La participation des gouvernements provinciaux a constitué un déterminant important de ce succès. Plusieurs chercheurs affirment d'ailleurs que les initiatives CAA exigent un solide leadership non seulement au niveau municipal mais aussi au niveau provincial et fédéral (Menec et al., 2014 ; Cerda et Bernier 2013). Afin d'étendre de

faire progresser ce mouvement au Canada, le gouvernement fédéral devrait collaborer avec les provinces, les territoires et les municipalités pour :

- > effectuer des évaluations plus solides des initiatives CAA et permettre le partage de pratiques exemplaires parmi les administrations municipales et provinciales ;
- > affecter un pourcentage plus important du budget fédéral consacré aux infrastructures à la construction de logements à coût abordables et à des programmes de transport qui permettront aux personnes âgées de demeurer plus autonomes dans leur communauté ;
- > intégrer des normes de construction claires dans les codes du bâtiment afin de favoriser une meilleure adaptation des lieux physiques aux besoins des personnes âgées.

## **OBJECTIF 2 — Que les personnes âgées continuent de mener une vie active et en santé aussi longtemps que possible**

Les progrès importants en santé réalisés au fil des ans ont fait en sorte que non seulement les Canadiens vivent plus longtemps, mais aussi que beaucoup vivent en meilleure santé pendant plus longtemps. Pour vieillir en santé, il faut aussi que les Canadiens comprennent bien les facteurs qui aident à vieillir en santé et fassent des activités qui contribuent au mieux-être, à la prévention des maladies et à une bonne santé générale malgré l'âge. De plus, les personnes âgées doivent participer davantage à la prise de décisions portant sur leurs propres soins de santé et doivent pouvoir prendre des décisions plus éclairées conformément à leurs valeurs et à leurs désirs.

La littératie en santé est cruciale en cette matière, et cela va des questions de nutrition et de santé au quotidien aux décisions éclairées à prendre sur les traitements et les soins souhaités. À mesure que nous vieillissons, notre capacité de nous y retrouver dans l'information sur la santé diminue à cause, notamment, de la perte de compétences cognitives, de la démence et de la baisse de l'ouïe et de la vue. Les estimations du Conseil canadien sur l'apprentissage et de l'Agence de la santé publique du Canada indiquent que 12 % seulement des personnes âgées possèdent les connaissances suffisantes en santé pour prendre différentes décisions fondamentales en cette matière (PHAC 2010).

Pour ce qui est des décisions et des événements importants de la vie, il est crucial que les Canadiens participent activement, et le plus tôt possible quand ils commencent

à vieillir, à la réflexion sur leurs besoins en matière de santé et à la planification des services à cet égard. L'une de ces étapes est la planification préalable des soins (PPS), un processus par lequel une personne précise ses volontés dans l'éventualité où elle deviendrait incapable d'accepter ou de refuser elle-même des traitements ou des soins. Ce concept s'entend de plus en plus dans le contexte des décisions de fin de vie, mais son objet est beaucoup plus vaste. Ce processus contribue à clarifier, pour les proches et pour les professionnels de la santé, ce que les individus souhaitent recevoir comme soins et la façon dont ils veulent vivre la période de leur vie où elles ne seront plus autonomes. En fait, de plus en plus de recherches démontrent qu'il y a un lien entre ce processus et un risque plus faible d'hospitalisation, des taux moins élevés de mortalité à l'hôpital, une diminution du recours aux soins intensifs et une réduction du nombre de traitements non désirés (Brinkman-Stoppelenburg, Rietjens et van der Heide 2014 ; Khandelwal et al. 2015). On a aussi constaté que cela permet d'augmenter le taux de satisfaction et améliore la paix d'esprit des individus et de leurs proches lorsqu'il se produit des événements graves sur le plan de la santé (Zhang et al. 2009).

Même si, comparativement à ce que l'on observe dans d'autres pays industrialisés, plus de Canadiens précisent officiellement leurs volontés en prévision d'une perte d'autonomie, la plupart ne le font pas (CIHI 2015). Un sondage récent indique que 61 % des Canadiens n'ont pas de plan écrit précisant en détail leurs volontés, et que quelque 40 % d'entre eux n'en ont même pas discuté avec les membres de leur famille (CIHI 2015). À cause de l'anxiété que suscite cette démarche, mais aussi parce que l'accès aux ressources et aux outils d'information sur cette question est limité, beaucoup trop de Canadiens ne font aucune planification dans ce domaine.

De plus, à tous les âges, mais particulièrement chez les personnes âgées, la vaccination périodique, l'exercice et la prévention des blessures est importante. Par exemple, à cause de la prévalence plus élevée de problèmes chroniques chez les personnes âgées, on considère souvent que celles-ci constituent un groupe « à risque élevé » dans le cas de la grippe, de la pneumonie (à pneumocoque) et du zona (varicelle/herpès zoster). Les taux de vaccination contre ces maladies sont généralement plus élevés chez les personnes âgées que dans la population en général, mais le Canada n'atteint jamais ses objectifs nationaux en matière de vaccination depuis une quinzaine d'années (PHAC 2014b). Par exemple, l'Agence de la santé publique du Canada estime qu'en 2012

65 % des personnes âgées ont reçu le vaccin contre la grippe saisonnière, ce qui est très inférieur au taux visé, qui était de 80 %. Ces échecs répétés coûtent cher au système de santé.

Sous la direction de l'Agence de la santé publique du Canada, le gouvernement fédéral peut contribuer à corriger cette situation en :

- > veillant à ce que de l'information pertinente sur le vieillissement en santé et la prévention des maladies liées à l'âge (de l'exercice régulier, la prévention des chutes et la vaccination de routine) soit facilement accessible ;
- > appuyant la recherche et les expérimentations sur le recours aux mesures incitatives pour encourager les changements de comportement nécessaires ;
- > favorisant la littératie en santé, la prise de décision éclairée et la PPS ;
- > aidant les collectivités à offrir aux personnes âgées la possibilité de faire de l'activité physique (p. ex. en aménageant des zones sécuritaires pour la marche), d'avoir une alimentation saine (grâce à des aliments sains à un coût abordable) et de socialiser (des édifices et des espaces extérieurs qui favorisent les rencontres et les rassemblements, et qui peuvent être facilement utilisés par des groupes, spontanés ou officiels) ;
- > créant davantage de partenariats entre les gouvernements, les organismes spécialisés dans certaines maladies, les organisations d'aidants naturels et les groupes communautaires afin de coordonner la promotion d'un programme de vie active et en santé.

**OBJECTIF 3 — Que les personnes âgées aient accès à des soins intégrés, de qualité, et axés sur la personne, prodigués le plus près possible de chez elles par des soignants qui ont les connaissances et les compétences nécessaire**

Les besoins en soins de santé des personnes âgées ont évolué au fil des ans, et le système de santé ne s'est pas adapté pour y répondre.

Le système de santé du Canada a été conçu il y a 50 ans, à une époque où l'âge médian était d'environ 25 ans et que l'espérance de vie à la naissance n'atteignait que la fin de la soixantaine pour les hommes et la mi-soixante-dizaine pour les femmes (Statistics Canada 2007). Les principaux utilisateurs du système étaient alors des patients qui nécessitaient soins de courte durée plutôt que de longue durée. De nos jours, bien

que ces besoins aient beaucoup changé, le système vise toujours à fournir des soins spécialisés et de courte durée, et ce, dans des milieux institutionnels mal équipés pour fournir des soins plus complexes et de longue durée en milieu communautaire. La *Loi canadienne sur la santé* ne traite pas des services de soins à domicile, communautaires et de longue durée, ni des médicaments d'ordonnance, ce qui limite considérablement les moyens qui nous permettraient d'assurer aux personnes âgées un accès équitable aux services de santé.

Les Canadiens n'ont d'ailleurs pas confiance dans la capacité du système de santé de répondre à leurs besoins. Une enquête internationale récente auprès des personnes âgées dans 11 pays industrialisés sur les soins qui leur sont offerts a montré que 34 % seulement des répondants canadiens accordaient à notre système la note la plus élevée (CIHI 2015) : le Canada était en fait à l'avant-dernier rang, devant les États-Unis. Cette recherche, qui inclut la revue d'une série d'études réalisées par le Fonds du Commonwealth, indique aussi que, au Canada, les personnes âgées doivent attendre longtemps pour obtenir des soins médicaux à l'extérieur des hôpitaux, et que c'est au Canada que les périodes d'attente sont les plus longues pour des soins primaires et spécialisés parmi les 11 pays concernés par l'étude (CIHI 2015 ; Osborn et al. 2014). Comme le Canada a aussi l'un des systèmes de santé les plus coûteux du monde industrialisé, ce résultat est tout simplement inacceptable.

Afin de mieux répondre aux besoins des personnes âgées — d'aujourd'hui mais aussi de demain —, le gouvernement fédéral devrait, pour réformer adéquatement notre système de santé, viser quatre aspects clés :

- 1) le virage des soins, du milieu hospitalier vers les milieux communautaires ;
- 2) la collecte et le partage des données sur les systèmes de santé au Canada ;
- 3) les domaines d'exercice des prestataires de services, et l'intégration de ces derniers dans des équipes multidisciplinaires et interprofessionnelles ;
- 4) la fin du travail « en silo » afin d'améliorer l'efficacité et la coordination des soins.

La prestation des services de santé incombe aux provinces et aux territoires, mais on a de plus en plus besoin du leadership fédéral sur le plan de la transformation du système de santé. La création d'un système de soins communautaires plus cohérent et solide qui aide mieux les Canadiens qui veulent vieillir là où ils le souhaitent constitue

une priorité, et le gouvernement fédéral pourrait jouer un rôle important sur ce plan. Il devrait plus précisément :

- > collaborer avec les provinces et les territoires pour redéfinir ce que sont des « soins communautaires » et y inclure, au-delà des soins à domicile et des soins de longue durée, d'autres services communautaires et de soutien qui contribuent au continuum des soins ;
- > utiliser au besoin le Transfert canadien en matière de santé pour forcer les provinces et les territoires à s'entendre sur des normes minimales de services en soins à domicile, en soins communautaires et en soins de longue durée ; ces normes ne devraient pas être imposées par Ottawa et devraient émaner d'un consensus entre les provinces et les territoires. Même si chaque province et territoire doit être libre de déterminer la meilleure façon de fournir les services qui tiennent compte des préférences et des réalités locales et de fournir des services qui dépassent les normes minimales canadiennes, la reconnaissance et l'application de normes communes ne devraient pas être facultatives ;
- > procéder à un examen minutieux de la *Loi canadienne sur la santé* pour déterminer si des modifications du cadre législatif fédéral pourraient encourager les partenaires provinciaux et territoriaux à entreprendre une réforme structurelle ;
- > faire en sorte que tous les Canadiens aient accès aux médicaments dont ils ont besoin, en créant un programme national d'assurance médicaments qui améliorerait l'uniformisation de la couverture et créerait un avantage en matière de coûts basé sur des économies d'échelle ; dans le cadre de ce programme, la couverture devrait s'appuyer sur des données probantes évaluées par un groupe impartial de personnes n'ayant aucun conflit d'intérêts réel ou apparent.

Dans le numéro de mars-avril 2015 de la revue *Options politiques*, Stephen Lewis, expert en soins de santé, soutenait que le gouvernement fédéral devrait repenser son rôle dans la prestation des soins de santé au pays (Lewis 2015). Il y affirmait qu'au-delà de ses obligations constitutionnelles importantes envers certains groupes, Ottawa ne devrait pas se préoccuper de la façon précise de fournir les services, mais que cela ne revient en rien à dire que le fédéral ne devrait pas s'intéresser à l'efficacité des systèmes de santé provinciaux et territoriaux. Il insistait plutôt sur le fait qu'Ottawa devrait

chercher avant tout à s'assurer que l'information sur le rendement des systèmes est mise en commun, comprise et diffusée. Le gouvernement fédéral est le seul à pouvoir attendre cet objectif, et il peut donc jouer un rôle important afin d'améliorer les rendements des systèmes de santé partout au pays.

Dans cet article, Stephen Lewis ne traite pas spécifiquement des soins offerts aux personnes âgées, mais la logique qu'il décrit s'y applique aussi. Pour s'assurer que les personnes âgées ont accès aux soins de la plus grande qualité, le gouvernement fédéral devrait donc :

- > établir des paramètres nationaux, et créer des systèmes de collecte et de diffusion des données grâce à des organismes comme l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) ;
- > faire en sorte que les provinces produisent des rapports annuels publics sur le rendement de leur système de santé.

Le gouvernement fédéral devrait mettre à contribution les provinces, les territoires et les organismes nationaux d'agrément des médecins, des infirmières, des thérapeutes, des pharmaciens, des travailleurs sociaux et d'autres prestataires de services en visant deux objectifs : réduire les obstacles qui freinent la coordination multidisciplinaire et interprofessionnelle et la collaboration entre les professions, et s'assurer que toutes les associations professionnelles se préoccupent de répondre aux besoins particuliers d'une population plus âgée. Le gouvernement devrait ainsi :

- > encourager les organismes nationaux d'agrément à imposer, comme critère d'admission, une formation de base et des activités de perfectionnement professionnel continu portant sur les soins aux personnes âgées afin de s'assurer que les prestataires de soins ont à tout moment les connaissances et les compétences nécessaires pour fournir des soins aux personnes âgées ;
- > encourager les provinces à revoir les champs de pratique des prestataires de soins de santé afin de faire en sorte que les Canadiens obtiennent les bons soins, au bon endroit, au bon moment, et fournis par les professionnels de la santé les plus compétents ;
- > collaborer avec les provinces et les territoires pour aider à élaborer, à l'intention de tous ceux qui prescrivent et fournissent des médicaments, des normes sur ce

qui constitue une utilisation médicalement appropriée de médicaments par des personnes âgées.

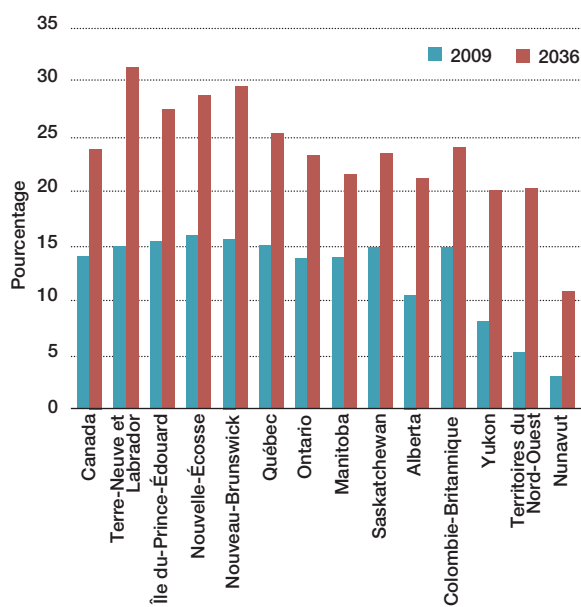
Le caractère prévisible du financement du système de santé ne peut qu'améliorer considérablement la capacité de planifier l'avenir des systèmes de santé. Sans exprimer d'avis sur le montant précis du financement que le fédéral s'est engagé à consacrer à la santé jusqu'en 2023-2024, nous nous réjouissons du fait que les provinces et les territoires puissent s'attendre à des transferts croissants et connus pendant de nombreuses années.

Dans le contexte de l'enveloppe globale du Transfert canadien en matière de santé, il reste toutefois une question inévitable d'équité qu'il faut aborder si le Canada veut relever adéquatement les défis posés par une population vieillissante. En effet, le vieillissement de la population n'est pas un phénomène identique partout au Canada : toutes les provinces connaîtront une transformation démographique importante, mais celles du centre du pays et de l'Atlantique seront les plus touchées (figure 3). Et les provinces de l'Atlantique, où l'âge médian est parmi les plus élevés au Canada, font aussi face à la perspective sérieuse d'une baisse de l'assise démographique totale, un phénomène

qui devrait se produire au cours des deux prochaines décennies, au moment même où beaucoup de baby-boomers prendront leur retraite.

Dans l'exemple le plus extrême, Statistique Canada prévoit que la population de Terre-Neuve-et-Labrador diminuera d'un peu plus de 10 % d'ici à 2035 ; au cours de la même période, la population de l'ensemble des provinces atlantiques devrait diminuer de 1,3 %, comparativement à une augmentation projetée de 12,3 % au Québec, de 17,7 % en Ontario et de 29,1 % dans les quatre provinces de l'Ouest. Si ces prévisions se réalisent, les provinces de

FIGURE 3. POURCENTAGE DES PERSONNES DE 65 ANS OU PLUS, OBSERVÉ (EN 2009) ET PROJETÉ (EN 2036)



Source : Statistics Canada (2010), tableau 3.5.  
Note : la projection relative à 2036 est basée sur le scénario de croissance moyenne M1.



l'Atlantique verront leur pouvoir d'achat en santé diminuer puisque la capacité fiscale des provinces et des municipalités sera réduite en raison de la baisse de la population alors que les coûts des soins continueront à augmenter. Afin de maintenir les principes d'équité et de comparabilité des services, il faut donc dès maintenant envisager, pour le Transfert canadien en matière de santé, une procédure de calcul et d'allocation davantage axée sur les besoins.

En ce qui concerne le financement du système de santé, le gouvernement fédéral devrait :

- > faire en sorte que l'on supprime les « silos » du financement des soins de santé, de façon à ne pas encourager certaines façons de faire en liant le financement à des services ou à des soins donnés, et inciter les provinces et les territoires à faire de même ;
- > adopter une formule de financement liée au moins en partie à la structure démographique afin que les régions qui comptent un pourcentage plus élevé de personnes âgées aient une capacité de répondre à l'ensemble des besoins de santé de leur population comparable à celle des autres régions ;
- > procéder à une analyse comparative des arguments pour et contre les modèles provinciaux de financement et d'organisation des systèmes de santé afin d'établir les pratiques les plus susceptibles d'encourager la « déshospitalisation » au profit des soins communautaires, et pour permettre de déterminer si certains modèles favorisent plus efficacement l'innovation que d'autres ;
- > étudier attentivement comment la mise en œuvre des recommandations du Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé (communément appelé rapport Naylor) peut garantir que le système de santé s'adapte aux besoins de la population vieillissante.

Enfin, aucune étude des services de santé offerts aux personnes âgées ne sera complète si l'on ne reconnaît pas l'incertitude qui entoure l'avenir des soins palliatifs et des soins de fin de vie au Canada. L'arrêt de la Cour suprême du Canada dans l'affaire *Carter c. Canada* a préparé le terrain afin qu'il y ait un débat national sur la façon dont nous voulons procéder en tant que société. C'est pourquoi le gouvernement fédéral a annoncé récemment la création d'un groupe d'experts chargé de le conseiller au sujet des options de réponses législatives à cet arrêt.

Le mandat de ce groupe de travail comporte la tenue d'une consultation auprès des Canadiens, mais cet exercice est limité (du moins pour l'instant) à la présentation en ligne de mémoires et d'exposés. Cela aidera certainement le groupe à formuler ses recommandations au gouvernement, mais il est peu probable que cela puisse permettre de dégager un large consensus national sur la façon dont les Canadiens voient les enjeux de fin de vie et sur la réponse législative et stratégique appropriée. Au-delà du travail de ce groupe d'experts, le gouvernement fédéral devrait donc :

- > lancer un exercice de mobilisation générale afin de déterminer comment les Canadiens voient les enjeux de fin de vie et la réponse législative et stratégique appropriée ; l'exercice devrait être dirigé par le Parlement et non par le gouvernement, et devrait constituer l'une des premières décisions importantes de la 42<sup>e</sup> Législature lorsqu'elle sera convoquée ;
- > envisager de faire au Canada l'exercice de consultation publique et non partisane mené par l'Assemblée nationale du Québec dans le contexte de son propre rapport sur la même question.

#### **OBJECTIF 4 — Que le travail des proches aidants qui s'occupent de façon non rémunérée de personnes âgées soit reconnu et soutenu**

De tous les soins dont ont besoin les personnes âgées, la plus grande partie leur est fournie par des proches aidants : si, malgré le manque de disponibilité de soins à domicile, 93 % des Canadiens âgés vivent à la maison, c'est parce que leurs proches s'occupent d'eux (Dupuis-Blanchard et al 2014 ; Peckham, Williams et Neysmith 2014). On estime ainsi que les proches aidants fournissent globalement de 75 % à 80 % des soins à domicile nécessaires aux personnes âgées (Chappell 2012 ; Martin-Matthews, Sims-Gould et Tong 2013) ; la santé de ces dernières dépend donc en très grande partie du soutien d'aidants naturels non rémunérés. Par conséquent, cela signifie que l'organisation des soins à domicile est liée de près à l'élaboration de programmes de financement et d'aide technique à l'intention des aidants naturels, ainsi qu'à la reconnaissance de leurs rôles (Martin-Matthews, Sims-Gould et Tong 2013).

Il existe très peu de données précises sur les tâches et le travail qu'accomplissent des aidants naturels (Courtin, Jemai et Mossialos 2014), et il y en a encore moins sur les défis particuliers, dans le cadre de leur emploi, auxquels font face les aidants qui

sont sur le marché du travail. Même si nous avons une idée générale du nombre de personnes au Canada qui réussissent à s'occuper d'un proche tout en travaillant – en 2012, 6,1 millions de travailleurs canadiens s'occupaient d'un proche, ce qui représente 35 % de la population active du Canada —, on sait peu de choses sur la qualité de vie de ces personnes (Employer Panel for Caregivers 2015). Cela constitue un défi aussi pour les employeurs : le Conference Board du Canada estime, par exemple, que la perte de productivité découlant des efforts déployés par les employés pour essayer d'établir un équilibre entre leur travail et les soins qu'ils doivent donner à un proche atteint 1,28 milliard de dollars par année (Employer Panel for Caregivers 2015).

Au Canada, les aidants naturels s'occupent en majorité d'un membre de leur famille immédiate, et cela correspond en moyenne à quatre heures de soins par semaine. Comme dans la plupart des pays, la majorité des aidants naturels est constituée de femmes, et la plupart d'entre elles passent plus d'heures que leurs homologues de sexe masculin à s'occuper d'un membre de leur famille (Sinha 2013 ; Hoffmann, Huber et Rodrigues 2013).

Les effets psychologiques (stress, dépression), sociaux (isolement social, sentiment d'abandon) et financiers découlant du rôle d'aidant naturel sont bien documentés (Amirkhanyan et Wolf 2006 ; Cooper et al 2008 ; Courtin, Jemai et Mossialos 2014 ; Pinquart et Sorensen 2003). Plusieurs études démontrent aussi que les responsabilités associées au rôle d'aidant naturel peuvent avoir des répercussions sur l'emploi (Evan-drou et Glaser 2003 ; King et Pickard 2013 ; Kotsadam 2012).

Cela dit, réussir à s'occuper d'un proche tout en ayant un emploi rémunéré présente aussi des avantages pour les aidants naturels, mais à condition de recevoir le soutien nécessaire. Des ententes avec les employeurs, l'appui suffisant de la communauté et de la famille de même que des programmes adaptés à leur situation permettent aux aidants naturels de garder leur emploi et de préserver leur bien-être physique et psychologique. Par exemple, un emploi rémunéré offre une forme de répit aux aidants naturels (Zarit et al. 1998), leur procure un revenu et possiblement des avantages sociaux (Edwards, Zarit et Townsend 2002). Un emploi permet également aux aidants naturels d'appartenir à des réseaux sociaux et de tirer leur satisfaction d'une occupation autre que leurs tâches d'aidant naturel (Arksey 2003 ; Cannuscio et al. 2004 ; Dunham et Dietz 2003 ; Hoffmann, Huber et Rodrigues 2013 ; Naiditch 2012 ; Swangberg 2006 ; Yang et Grimm 2013).

Les prestations de compassion du Canada (PCC), disponibles depuis janvier 2004, sont un exemple de soutien aux aidants naturels ; elles visent principalement à protéger l'emploi et à offrir un revenu d'appoint aux personnes qui s'absentent temporairement de leur travail pour s'occuper d'un membre de leur famille atteint d'une maladie en phase terminale et qui risquent de mourir dans les 26 semaines qui suivent le début de la participation au programme. Les prestations durent actuellement au plus six semaines, et peuvent être échelonnées sur une plus longue période. Seulement 2 % des aidants naturels qui ont un emploi et qui donnent des soins à un proche en phase terminale se sont prévalus toutefois du programme (Sinha 2013).

Dans son budget 2015, le gouvernement fédéral a annoncé une bonification des prestations de compassion afin de donner plus de marge de manœuvre aux demandeurs. À compter de janvier 2016, les personnes admissibles pourront demander les prestations de compassion pendant jusqu'à 26 semaines au cours d'une année. La personne aidée doit toujours risquer de mourir dans les six mois suivant une demande, mais ce changement permet aux aidants de se prévaloir des prestations de compassion par étapes tout au long d'une année. Des modifications du Code fédéral du travail ont aussi été apportées et l'on s'attend à ce que les provinces et les territoires emboîtent le pas.

De tels programmes sont des exemples de façons de mieux appuyer les aidants naturels, mais le système comporte quand même encore de nombreuses lacunes. Pour corriger la situation, le gouvernement fédéral devrait :

- > traiter chacun des aidants naturels et la personne âgée dont celui-ci s'occupe comme une seule entité aux fins de l'élaboration des politiques et de la prestation de services ;
- > supprimer l'obligation de cohabiter avec la personne aidée pour que les aidants naturels aient droit aux crédits d'impôt pour aidants naturels ;
- > élargir l'admissibilité aux prestations de compassion et à d'autres prestations afin que les personnes qui s'occupent d'un proche vivant avec une maladie chronique ou épisodique mais dont l'état n'est pas considéré comme étant en phase terminale y aient également droit ;
- > faire en sorte que les prestations de compassion et les mesures d'aide et de protection de l'emploi offertes par les provinces soient harmonisées ;
- > étudier des moyens d'offrir aux aidants naturels des mesures supplémentaires — et plus flexibles — de soutien du revenu et d'amélioration de la protection de l'emploi.

Les modifications annoncées des prestations de compassion donnent suite aux travaux du Groupe fédéral des employeurs pour les aidants naturels, une initiative lancée en 2014 par le gouvernement fédéral afin de faire participer les employeurs à un échange sur les besoins des aidants naturels. Un thème clé du travail de ce groupe a consisté à commencer à documenter les diverses mesures que les employeurs peuvent mettre en place ou mettent déjà en place pour répondre aux demandes d'accommodement de certains employés. Le Groupe a souligné la nécessité de pousser davantage les recherches et de diffuser davantage d'information dans ce domaine (Employer Panel for Caregivers 2015).

Pour appuyer cet effort, le gouvernement fédéral devrait :

- > fournir plus d'information aux employeurs au sujet des outils qui peuvent les aider à mieux appuyer les aidants naturels de plus en plus nombreux qui travaillent ;
- > reconnaître les employeurs qui excellent lorsqu'il s'agit d'aider les aidants naturels qui travaillent, ce qui attirera en retour une plus grande attention sur cet enjeu important.

## Conclusion

Le moment est venu d'adopter une stratégie nationale relative aux aînés. Un sondage récent réalisé au Canada (Ipsos Reid Public Affairs 2013) révèle que :

- > 93 % des Canadiens croient que nous avons besoin d'une stratégie nationale pour répondre aux besoins des aînés ;
- > 88 % sont d'avis que tous les ordres de gouvernement devront y travailler ;
- > 78 % croient que le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer dans l'élaboration d'une telle stratégie.

Les groupes de défense de droits des aînés et les experts préconisent en outre de plus en plus que l'on « enfreigne un peu les règles » pour élaborer cette stratégie. Lorsque les Canadiens décident qu'il faut agir dans un domaine donné, ce qui les préoccupe vraiment, ce n'est pas le type de mandat à confier ni l'ordre de gouvernement auquel il doit être confié : ils veulent tout simplement que les choses bougent. On pourra relever le défi que pose la répartition des compétences entre les divers ordres de gouvernement grâce à une communication et à une collaboration continues entre les trois ordres de gouvernement.

Au cours des consultations que nous avons tenues, nous avons recueilli des avis touchant des éléments qui sont de compétence provinciale ou municipale ; des débats sur ces questions devraient se tenir dans chaque province et territoire. On en dégagera des pratiques exemplaires et, surtout, on pourra les faire connaître et les appliquera ailleurs. Par contre, dans ce rapport, nous voulions concentrer notre attention sur ce qui est à faire au niveau canadien.

Parmi les trois principales approches que le gouvernement fédéral pourrait adopter, celle que nous proposons est certainement la plus difficile. Les stratégies centralisées de « commandement et contrôle » et celles du « laissez-faire » présentent moins de risque, mais elles réduisent aussi les possibilités d'obtenir des résultats véritablement satisfaisants. Pour le gouvernement fédéral, mobiliser ses partenaires de la Confédération dans un processus qu'il ne contrôlera pas entièrement et dont l'issue n'est pas entièrement prévisible risque d'être une source de malaise ou de confusion, mais les perspectives d'une solution durable si la démarche est couronnée de succès devraient encourager nos dirigeants à viser plus loin que ce qui est sans danger.

Ce rapport constitue un appel à l'action lancé aux gouvernements, ainsi qu'aux Canadiens de partout au pays qui croient que, si nous voulons relever les défis liés au vieillissement de la population et répondre aux besoins que cela implique et qui souhaitent que le débat nécessaire soit d'envergure nationale et appuyé sur des faits et des réalités démontrées, une nouvelle approche s'impose. Dans ce rapport, nous avons décrit les composantes d'une stratégie qui, selon nous, est réalisable — si, bien sûr, on en fait une véritable priorité. D'autres groupes proposeront leurs idées, et il faudra en tenir compte. Comme nous l'avons affirmé en introduction, le moment est toutefois venu de passer de la parole aux actes. Réunissons les diverses propositions, choisissons les éléments sur lesquels nous voulons bâtir la stratégie dont nous avons besoin, et décidons ensemble de la meilleure façon d'aller de l'avant.

Nous croyons que le débat peut — et doit, en fait — se tenir maintenant. Nous avons hâte d'y participer.

## Annexe A. Les membres du groupe de travail

**Graham Fox** est président et chef de la direction de l'Institut de recherche en politiques publiques, l'un des chefs de file en matière de centres de réflexion indépendants au Canada. Avant son arrivée à l'IRPP en 2011, M. Fox était conseiller en politiques stratégiques au cabinet d'avocats Fraser Milner Casgrain (maintenant Dentons SRL), où il a réalisé des analyses de politiques publiques et offert des conseils en relations gouvernementales dans les domaines des télécommunications, du développement économique, de l'aide internationale, des investissements étrangers, de l'énergie et de l'aérospatiale. Il a déjà été vice-président du Forum des politiques publiques ainsi que directeur général du Centre KTA pour la collaboration gouvernementale. En politique, M. Fox s'est présenté au cours des élections générales de 2007 comme candidat dans la circonscription d'Ottawa-Orléans, en Ontario ; il a également été chef de cabinet du très honorable Joe Clark et conseiller auprès de députés. Entrepreneur en politiques publiques, M. Fox axe notamment ses recherches sur la réforme parlementaire et démocratique, la participation des citoyens et le fédéralisme. Il est titulaire d'un diplôme de premier cycle en histoire de l'Université Queen's, où il a été boursier Loran, et d'une maîtrise en sciences politiques de la London School of Economics.

**Scott Haldane** est président et chef de la direction de YMCA Canada depuis 2010. Sa carrière au YMCA s'étend toutefois sur plus de trois décennies. Il a débuté comme maître nageur au YMCA de l'ouest de la ville de Montréal, été intervenant auprès des jeunes et dirigeant d'une succursale, puis a travaillé au bureau national du YMCA, où il a dirigé des initiatives d'emploi. Il est ensuite devenu président-directeur général à Hamilton/Burlington, et a par la suite joué le même rôle pour le YMCA du Grand Toronto pendant sept ans. Aujourd'hui, M. Haldane dirige une fédération de 45 YMCA et six YMCA-YWCA, qui offre des services à plus de 2 millions de personnes dans des centaines de collectivités du Canada. Maîtrisant à la fois le français et l'anglais, M. Haldane a un diplôme d'études supérieures en gestion de l'Université McGill ; il a également étudié à la Harvard Business School (Advanced Management Program) et au Director's College de l'Université McMaster.

**L'honorable A. Anne McLellan** est conseillère principale chez Bennett Jones SRL. Elle s'est jointe au cabinet après avoir fait, de 1993 à 2006, une carrière remarquée en politique fédérale au cours de laquelle elle a rempli quatre mandats comme députée libérale d'Edmonton-Centre. M<sup>me</sup> McLellan a été vice-première ministre du Canada, ministre de la Sécurité publique et de la Protection civile, ministre de la Santé, ministre de la Justice et procureure générale du Canada, ministre des Ressources naturelles et interlocutrice fédérale auprès des Métis et des Indiens non inscrits. Comme vice-première ministre, elle a présidé deux comités du cabinet, le Comité des opérations et de la sécurité, et le Comité de la santé publique et des urgences. Avant de se lancer en politique, M<sup>me</sup> McLellan avait été professeure de droit à l'Université de l'Alberta, où elle a rempli divers mandats comme doyenne associée et doyenne suppléante. Officière de l'Ordre du Canada, M<sup>me</sup> McLellan est devenue la septième titulaire du poste de chancelier de l'Université Dalhousie en mai 2015.

**Samir Sinha** est médecin et directeur du service de gériatrie à l'Hôpital Mount Sinai et aux hôpitaux du réseau universitaire de santé à Toronto. Titulaire de la Chaire Peter et Shelagh Godsoe en gériatrie à l'Hôpital Mount Sinai, il est aussi professeur adjoint aux départements de médecine et de médecine familiale et communautaire et à l'Institut des politiques publiques, de la gestion et de l'évaluation de l'Université de Toronto, de même que professeur adjoint de médecine à la faculté de médecine de l'Université Johns Hopkins. L'envergure de la formation internationale du Dr Sinha, boursier Rhodes, et son expertise en matière de politiques de la santé et de prestation de services de soins aux aînés en ont fait un expert très respecté des soins aux personnes âgées. En 2012, le gouvernement de l'Ontario l'a nommé expert responsable de la Stratégie ontarienne pour le bien-être des personnes âgées. Il a en outre été conseiller auprès d'hôpitaux et d'autorités sanitaires du monde entier. En 2014, Maclean's l'a inclus dans sa liste des 50 personnes les plus influentes du Canada et l'a déclaré porte-parole le plus convaincant des aînés.

**Mark Taylor** est maire adjoint de la Ville d'Ottawa en plus d'être, depuis 2010, conseiller municipal du quartier Bay, qui compte le plus de personnes âgées de la capitale nationale. M. Taylor est le parrain stratégique du Plan relatif aux personnes âgées



d'Ottawa pendant le mandat 2014-2018 du conseil, et il a été le premier coprésident du Plan. M. Taylor représente aussi Ottawa au conseil d'administration de l'Association des municipalités de l'Ontario, où il siège au Groupe de travail sur le logement abordable. Pendant tout son mandat de conseiller municipal, M. Taylor a défendu la construction d'une « ville amie des aînés », cherchant à éradiquer l'itinérance chronique et à améliorer l'accès aux services particulièrement pour les gens vivant dans des logements à prix abordables. Il a également travaillé dans les milieux d'affaires, dans le secteur des organismes sans but lucratif, dans le domaine de l'éducation postsecondaire et en construction communautaire, sans oublier le temps qu'il a passé comme conseiller municipal. C'est un ardent défenseur des droits des personnes âgées et des collectivités accessibles et inclusives.

## Annexe B. Résumé des recommandations

*Faire en sorte que les personnes âgées demeurent le plus longtemps possible autonomes et actives dans leur collectivité.*

1. Mobiliser les groupes d'employeurs, les syndicats et les travailleurs âgés eux-mêmes dans un débat afin de mieux comprendre la dynamique en question, de permettre un échange d'expériences en matière d'horaires de travail flexibles et de promouvoir des pratiques exemplaires auprès d'autres employeurs.
2. Réaliser des études sur le lien qui existe entre une population active vieillissante, la pénurie de main-d'œuvre et de compétences dans certains secteurs d'activité, et la productivité.
3. Favoriser, en s'appuyant sur des initiatives récentes, la littératie financière et la planification en matière de sécurité financière à la retraite.
4. Dégager un consensus national sur l'avenir du Régime de pensions du Canada et du Régime de rentes du Québec et voir à ce que d'autres initiatives provinciales visant à fournir un revenu de retraite d'appoint soient bien coordonnées en fonction d'une vision commune (p. ex., le Régime de retraite de la province de l'Ontario et le Régime d'épargne volontaire d'épargne-retraite du Québec).
5. Axer les améliorations du Supplément de revenu garanti et de la Sécurité de la vieillesse sur l'objectif qui consiste à s'assurer qu'aucun Canadien âgé ne se retrouve sous seuil de la pauvreté ; des efforts ciblés s'imposeront donc pour bonifier le Supplément de revenu garanti et la Sécurité de la vieillesse dans le cas certains groupes, et en particulier les personnes qui vivent seules.
6. Analyser des options afin de modifier les critères l'admissibilité aux programmes de prestations de retraite : on pourrait remplacer l'âge fixe (p. ex., 65 ans) par une formule qui évolue en fonction de la mortalité et de l'espérance de vie.
7. Harmoniser ces initiatives avec d'autres mesures liées à l'épargne volontaire privée (p. ex., REER et CELI) afin de faire en sorte ce que le système de revenu de retraite du Canada demeure cohérent.

8. Effectuer des évaluations plus solides des initiatives « collectivités amies des aînées » et permettre l'échange de pratiques exemplaires entre les administrations municipales et provinciales.
9. Affecter un pourcentage plus important du budget fédéral consacré aux infrastructures à la construction de logements abordables et à des programmes de transport qui permettront aux personnes âgées de demeurer plus autonomes dans leur communauté.
10. Intégrer des normes de construction claires dans les codes du bâtiment afin de favoriser une meilleure adaptation des lieux physiques aux besoins des personnes âgées.

*Faire en sorte que les Canadiens âgés continuent de mener une vie active et en santé aussi longtemps que possible.*

11. Veiller à ce que de l'information pertinente sur le vieillissement en santé et la prévention des maladies liées à l'âge (de l'exercice régulier, la prévention des chutes et la vaccination de routine) soit facilement accessible.
12. Appuyer la recherche et les expérimentations sur le recours aux mesures incitatives pour encourager les changements de comportement nécessaires.
13. Favoriser la littératie en santé, la prise de décision éclairée et la planification préalable des soins.
14. Aider les collectivités à offrir aux personnes âgées la possibilité de faire de l'activités physiques (comme des zones sécuritaires pour la marche), d'avoir une alimentation saine (grâce à des aliments sains à un coût abordable) et de socialiser (des édifices et des espaces extérieurs qui favorisent les rencontres et les rassemblements, et qui peuvent être facilement utilisés par des groupes (spontanés ou officiels).
15. Créer davantage de partenariats entre les gouvernements, des organismes spécialisés dans certaines maladies, des organisations d'aidants naturels et des groupes communautaires afin de coordonner la promotion d'un programme de vie active et en santé.

*Faire en sorte que les Canadiens âgés aient accès à des soins intégrés, de grande qualité et axés sur la personne, prodigués le plus près possible de chez eux par des soignants qui ont les connaissances et les compétences nécessaires.*

16. Collaborer avec les provinces et les territoires pour redéfinir ce que sont des « soins communautaires » et y inclure, au-delà des soins à domicile et des soins de longue durée, d'autres services communautaires et de soutien qui contribuent au continuum des soins.
17. Utiliser au besoin le Transfert canadien en matière de santé pour forcer les provinces et les territoires à s'entendre sur des normes minimales de services en soins à domicile, en soins communautaires et en soins de longue durée ; ces normes ne devraient pas être imposées par Ottawa et devraient émaner d'un consensus entre les provinces et les territoires. Même si chaque province et territoire doit être libre de déterminer la meilleure façon de fournir les services qui tiennent compte des préférences et des réalités locales et de fournir des services qui dépassent les normes minimales canadiennes, la reconnaissance et l'application de normes communes ne devraient pas être facultatives.
18. Procéder à un examen minutieux de la *Loi canadienne sur la santé* pour déterminer si des modifications du cadre législatif fédéral pourraient encourager les partenaires provinciaux et territoriaux à entreprendre une telle réforme structurelle.
19. Faire en sorte que tous les Canadiens aient accès aux médicaments dont ils ont besoin, en créant un programme national d'assurance médicaments qui améliorerait l'uniformisation de la couverture et créerait un avantage-coût basé sur les économies d'échelle ; dans le cadre de ce programme, la couverture devrait s'appuyer sur des données probantes évaluées par un groupe impartial de personnes n'ayant conflit d'intérêts réel ou apparent.
20. Établir des paramètres nationaux, et établir des systèmes de collecte et de diffusion des données grâce à des organismes comme l'Institut canadien d'information sur la santé.
21. Faire en sorte que les provinces produisent des rapports publics et annuels sur le rendement de leur système de santé.
22. Encourager les organismes nationaux d'agrément à imposer une formation comme critère d'admission ainsi que des activités de perfectionnement professionnel continu portant sur les soins aux personnes âgées afin de s'assurer que les prestataires ont à tout moment les connaissances et les compétences nécessaires pour fournir des soins aux personnes âgées.

23. Encourager les provinces à revoir les champs de pratique des prestataires de soins de santé afin de faire en sorte que les Canadiens obtiennent les bons soins, au bon endroit, au bon moment, fournis par les professionnels de la santé les plus compétents ;
24. Collaborer avec les provinces et les territoires pour aider à élaborer, à l'intention de tous ceux qui prescrivent et fournissent des médicaments des normes sur ce qui constitue une utilisation médicalement appropriée de médicaments par des personnes âgées.
25. Faire en sorte que l'on supprime les « silos » du financement des soins de santé de façon à ne pas encourager, en liant le financement à des services ou à des soins donnés, des façons de faire particulières, et encourager les provinces et les territoires à faire de même.
26. Adopter une formule de financement liée au moins en partie à la structure démographique afin que les régions qui comptent un pourcentage plus élevé de personnes âgées aient une capacité comparable à celle des autres régions de répondre à l'ensemble des besoins de santé de leur population.
27. Procéder à une analyse comparative des arguments pour et contre les modèles provinciaux de financement et d'organisation des systèmes de santé afin d'établir les pratiques les plus susceptibles d'encourager la « déshospitalisation » au profit des soins communautaires, et aussi de déterminer si certains modèles favorisent plus efficacement l'innovation que d'autres.
28. Étudier attentivement comment la mise en œuvre des recommandations du Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé (communément appelé rapport Naylor) peut garantir que le système de santé s'adapte aux besoins d'une population vieillissante.
29. Lancer un exercice de mobilisation générale afin de déterminer comment les Canadiens voient les enjeux de fin de vie et la réponse législative et stratégique appropriée ; l'exercice devrait être dirigé par le Parlement et non par le gouvernement, et devrait constituer l'une des premières décisions importantes de la 42<sup>e</sup> Législature lorsqu'elle sera convoquée.
30. Envisager de faire au Canada l'exercice de consultation publique et non partisane mené par l'Assemblée nationale du Québec dans le contexte de son propre rapport sur la même question.

*Faire en sorte que le travail des proches aidants qui s'occupent de façon non rémunérée de personnes âgées soit reconnu et soutenu.*

31. Traiter chacun des aidants naturels et la personne âgée dont celui-ci s'occupe comme une seule entité aux fins de l'élaboration des politiques et de la prestation de service.
32. Supprimer l'obligation de cohabiter pour que les aidants naturels aient droit aux crédits d'impôt pour aidants naturels.
33. Élargir l'admissibilité aux prestations de compassion et à d'autres prestations afin que les personnes qui s'occupent d'un proche vivant avec une maladie chronique ou épisodique mais dont l'état n'est pas considéré comme étant en phase terminale y aient également droit.
34. Faire en sorte que les prestations de compassion et d'autres mesures d'aide et de protection de l'emploi offertes par les provinces soient harmonisées.
35. Étudier des moyens d'offrir aux aidants naturels des mesures supplémentaires — et plus flexibles — de soutien du revenu et d'amélioration de la protection de l'emploi.
36. Fournir plus d'information aux employeurs au sujet des outils qui peuvent les aider à mieux appuyer les aidants naturels de plus en plus nombreux qui travaillent.
37. Reconnaître les employeurs qui excellent lorsqu'il s'agit d'aider les aidants naturels qui travaillent, ce qui attirera en retour une plus grande attention sur cet enjeu important.

## Annexe C. Contributeurs à l'exercice de consultation

Les membres du Groupe de travail remercient les personnes suivantes de leur contribution à l'exercice de consultation dans le contexte de l'exercice d'entrevues et de la table ronde, qui ont fourni des documents d'information et formulé des commentaires par écrit. Leurs réflexions ont enrichi énormément nos délibérations, mais la responsabilité des conclusions tirées des recommandations formulées dans ce rapport demeure la nôtre.

Debbie Abfalter, Seniors Solution

Owen Adams, Association médicale canadienne

Sarah Anson-Cartwright, Chambre de commerce du Canada

Stephen Bent, Agence de la santé publique du Canada

Charles Bergeron, Association médicale canadienne

Diane Bergeron, Institut national canadien pour les aveugles

Louise Bergeron, Association nationale des retraités fédéraux

Nicole Bernier, Institut de recherche en politiques publiques

Maryanne Brown, Clinical Leadership Services in Gerontology

Neena Chappell, Health Policy for Aging Population, University of Victoria

Candace Chartier, Ontario Long-Term Care Association

Connie Côté, Coalition canadienne des organismes bénévoles en santé

Susan Eng, CARP (Association du Canada pour les gens de 50 ans et plus)

Carolyn Gasser, Légion royale canadienne

Bailey Griffin, Hôpital Women's College

Colleen Hendrick, Ville d'Ottawa

Nadine Henningsen, Association canadienne de soins et services à domicile

Genevieve Hladysh, YMCA of Hamilton/Burlington/Brantford

Sherri Huckstep, Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada

Éric Lamoureux, Société Alzheimer du Canada

Mike Luff, Congrès du travail du Canada

Graydon Meneilly, Department of Medicine, University of British Columbia

Tyler Meredith, Institut de recherche en politiques publiques

Vytas Mickevicius, YMCA Canada

Frank Molnar, L'Hôpital d'Ottawa

Michael Nolan, Ontario Association of Paramedics Chiefs

David O'Toole, Institut canadien d'information sur la santé

Daniel Sansfaçon, Condition féminine Canada

Anne Sutherland Boal, Association des infirmières et infirmiers du Canada

Jean-Pierre Voyer, Société de recherche sociale appliquée

Joanne Yelle-Weatherall, Soins continus Bruyère

Ivy Wong, Hôpital Women's College



## Notes

1. Statistique Canada. Tableau 051-0001.
2. Statistique Canada. Tableau 051-0001 et tableau 052-0005 — Population projetée, selon le scénario de projection M1.
3. L'annexe A présente la liste des membres du Groupe de travail.
4. Le Groupe de travail remercie Alexandra Charette d'avoir effectué l'étude documentaire sur laquelle s'est fondé le processus de consultation, ainsi que Tyler Meredith, directeur de recherche à l'IRPP, pour son importante contribution à la rédaction du rapport.
5. L'IRPP remercie l'Association médicale canadienne pour son soutien financier à ce projet.
6. En moyenne, les hommes pourraient s'attendre à vivre encore 18,8 ans, et les femmes 21,7 ans.
7. Il importe de noter que, bien que la hausse de la longévité ait été assez importante pendant la majeure partie du 20<sup>e</sup> siècle, de nombreux actuaires prévoient que cette tendance ralentira quelque peu à l'avenir.
8. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, tel qu'adoptée par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946, signée le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la santé, n° 2, p. 100) et entrée en vigueur le 7 avril 1948.
9. Collectif. 2015. *Le Petit Robert 2016*. Paris : Éditions Le Robert.
10. Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter le [www.nationalseniorsstrategy.ca](http://www.nationalseniorsstrategy.ca).
11. Basé sur un taux de remplacement anticipé de 75 %.
12. L'OMS a identifié les huit thématiques suivantes dans sa démarche « Villes amies des aînés » : (1) bâtiments et espaces extérieurs, (2) transports et mobilité, (3) habitat, (4) culture et loisirs, (5) lien social et solidarité, (6) participation citoyenne et emploi, (7) information et communication, et (8) autonomie, services et soins (WHO 2007).

## Références

- Amirkhanyan, A., et D. Wolf. 2006. « Parent Care and the Stress Process: Findings from Panel Data », *Journal of Gerontology: Social Sciences*, vol. 61B, n° 5, p. S248-S255.
- Arksey, H. 2003. « People into Employment: Supporting People with Disabilities and Carers into Work ». *Health and Social Care in the Community*, vol. 11, n° 3, p. 283-292. DOI : 10.1046/j.1365-2524.2003.00421.x
- Boivin, J. 2012. « Vieillir en beauté : l'inévitable évolution démographique du Canada ». Discours devant l'Economic Club of Canada. 4 avril 2012. Ottawa : Banque du Canada.
- Brinkman-Stoppelenburg, A., J. A. C. Rietjens et A. van der Heide. 2014. « The Effects of Advance Care Planning on End-of-Life Care: A Systematic Review », *Palliative Medicine*, vol. 28, n° 8, p. 1000-1025.
- Canadian Institute for Health Information. 2014. *National Health Expenditure Trends, 1975-2014*. Ottawa : Canadian Institute for Health Information.
- . 2015. « How Canada Compares: Results from the Commonwealth Fund 2014 International Health Policy Survey of Older Adults ». Ottawa : Canadian Institute for Health Information.
- Cannuscio, C., G. Colditz, E. Rimm, L. Berkman, C. Jones et I. Kawachi. 2004. « Employment Status, Social Ties, and Caregivers' Mental Health », *Social Science and Medicine*, vol. 58, n° 7, p. 1247-1256.
- Cerda, M., et N. F. Bernier. 2013. « Age-Friendly Communities in Ontario: Multi-Level Governance, Coordination Challenges and Policy Implications ». Rapport de recherche pour l'IRPP, novembre 2013.
- Chappell, N. 2012. « Home Care for an Aging Society; Why It's Needed; How It Can Be Effective ». Présenté à la 21<sup>e</sup> conférence annuelle John K. Friesen : Innovations in Home Care – A Public Policy Perspective (www.sfu.ca/fc2012), Vancouver, Colombie-Britannique.
- CIHI (voir Canadian Institute for Health Information).
- Cooper, C., C. Katona, M. Orrell et G. Livingston. 2008. « Coping Strategies, Anxiety and Depression in Caregivers of People with Alzheimer's Disease », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 23, n° 9, p. 929-936.
- Courtin, E., N. Jemai et E. Mossialos. 2014. « Mapping Support Policies for Informal Carers across the European Union ». *Health Policy*, vol. 118, n° 1, p. 84-94. DOI : <http://dx.doi.org.proxy.bib.uottawa.ca/10.1016/j.healthpol.2014.07.013>
- Drummond, D. 2014. *Wanted: Good Canadian Labour Market Information*. IRPP Insight 6. Montréal : Institute for Research on Public Policy.
- Dunham, C., et B. Dietz. 2003. « Challenges Experienced by Women Who Are Caregiving for Family Members with Dementia », *Journal of Women and Aging*, vol. 15, n° 1, p. 55-69.
- Dupuis-Blanchard, S., O. Gould, L. Villalon et C. Gibbons. 2014. « Identification des besoins en maintien à domicile des personnes âgées francophones en milieu linguistique minoritaire au Nouveau-Brunswick ». Rapport de recherche – Université de Moncton, Mount Allison University, Consortium national de la formation en santé.
- Edwards, A., S. Zarit et A. Townsend. 2002. « Employed Family Caregiver of Cognitively Impaired Elderly: An Examination of Role Strain and Depressive Symptoms », *Aging and Mental Health*, vol. 6, n° 1, p. 55-61.
- Employer Panel for Caregivers. 2015. *When Work and Caregiving Collide: How Employers Can Support Their Employees Who Are Caregivers*. Rapport du Plan canadien de soutien des employeurs aux aidants naturels. Ottawa : Employment and Social Development Canada.
- Evandrou, M., et K. Glaser. 2003. « Combining Work and Family Life: The Pension Penalty of Caring », *Ageing and Society*, vol. 23, n° 5, p. 583-601. DOI : 10.1017/S0144686X03001314.
- Expert Panel on Older Workers. 2008. *Supporting and Engaging Older Workers in the New Economy*. Ottawa : Human Resources and Skills Development Canada.
- Golant, S. M. 2014. *Age-Friendly Communities: Are We Expecting Too Much?* IRPP Insight

5. Montréal : Institute for Research on Public Policy.
- Hicks, P. 2015. *The Enabling Society*. IRPP Policy Horizons Essay. Montréal : Institute for Research on Public Policy.
- Hoffmann, F., M. Huber et S. Rodrigues. 2013. « Policies to Support Carers », dans *Family Well-Being: European Perspectives*, A. Moreno Minguez (dir.). Dordrecht : Springer, p. 243-260.
- Ipsos Reid Public Affairs. 2013. *2013 National Report Card*. Rapport à l'Association médicale canadienne. Toronto : Ipsos Reid Public Affairs.
- Khandewal, N., E. K. Kross, R. A. Engelberg, N. B. Coe, A. C. Long et J. R. Curtis. 2015. « Estimating the Effect of Palliative Care Interventions and Advance Care Planning on ICU Utilization: A Systematic Review », *Critical Care Medicine*, vol. 43, n° 5, p. 1102-1111.
- King, D., et L. Pickard. 2013. « When Is a Carer's Employment at Risk? Longitudinal Analysis of Unpaid Care and Employment in Midlife in England », *Health and Social Care in the Community*, vol. 21, n° 3, p. 303-314. DOI : 10.1111/hsc.12018
- Kotsadam, A. 2012. « The Employment Costs of Caregiving in Norway », *International Journal of Health Care Finance and Economics*, vol. 12, n° 4, p. 269-283.
- Lewis, S. 2015. « It's Time to Rethink Ottawa's Role in Health Care », *Policy Options*. Mars-avril 2015.
- Martin-Matthews, A., J. Sims-Gould et C. E. Tong. 2013. *Canada's Complex and Fractionalized Home Care Context: Perspectives of Workers, Elderly Clients, Family Carers and Home Care Managers*. Rapport de recherche financé par les Instituts canadiens de recherche en santé (Bourse de recherche n° IOP-70684).
- McFarland, J. 2014. « Why It's Time to Stop Planning Your 100<sup>th</sup> Birthday ». *The Globe and Mail*, 15 avril, 2014. <http://www.theglobeandmail.com/report-on-business/economy/canadian-life-expectancy-gains-expected-to-slow/article18031842/>
- McKinsey and Company. 2014. *Building on Canada's Strong Retirement Readiness*. Montréal : McKinsey and Company.
- Menec, V. H., Novek, S., Veselyuk, D., et McArthur, J. (2014). Lessons learned from a Canadian province-wide age-friendly initiative: The age-friendly Manitoba initiative. *Journal of Aging & Social Policy*, 26(1-2), p. 33-51.
- Meredith, T. 2015. *Lower Risk, Higher Reward: Renewing Canada's Retirement Income System*. Toronto : Mowat Centre.
- Messacar, D., et R. Morrisette. 2015. *Employer Pensions and the Wealth of Canadian Families. Insights on Canadian Society (janvier 2005)*. Numéro au catalogue 75-006-X. Ottawa : Statistics Canada.
- Naiditch, M. (2012). Protecting an Endangered Resource? Lessons from a European Cross-Country Comparison of Support Policies for Informal Carers of Elderly Dependent Persons, *Questions d'économie de la Santé*, 176, p. 1-8.
- Office of the Chief Actuary. 2009. *Canada Pension Plan Mortality Study*. Actuarial study no. 7. Ottawa : Office of the Superintendent of Financial Institutions.
- Osborn, R., D. Moulds, D. Squires, M. M. Doty et C. Anderson. 2014. « International Survey of Older Adults Finds Shortcomings in Access, Coordination and Patient-Centred Care », *Health Affairs*, vol. 33, n° 12, p. 2247-2255.
- Ostrovsky, Y., et G. Schellenberg. 2010. *Pension Coverage and Earnings Replacement Rates Among Canadian Couples*. Analytical Studies Branch Research Paper Series, no. 327. Ottawa : Statistics Canada
- Peckham, A., P. Williams et S. Neysmith. 2014. « Balancing Formal and Informal Care for Older Persons: How Case Managers Respond », *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, vol. 33, p. 123-136. DOI : 10.1017/S0714980814000105
- PHAC (voir Public Health Agency of Canada).
- Philips Lifeline. 2011. *Lifeline Report on Aging*. Public opinion poll with Angus Reid Forum. Toronto : Philips Electronics.
- Pinquart, M., et S. Sorensen. 2003. « Differences between Caregivers and Non-Caregivers in Psychological Health and Physical Health: A Meta-Analysis », *Psychology and Aging*, vol. 18, n° 2, p. 250-267.

- Plouffe, L. A., S. Garon, J. Brownoff, D. Eve, M. Foucault, R. Lawrence et V. Toews. 2013. « Advancing Age-Friendly Communities in Canada », *Canadian Review of Social Policy/Revue canadienne de politique sociale*, vol. 68-69, p. 24-38.
- Public Health Agency of Canada. 2010. *The Chief Public Health Officer's Report on the State of Public Health in Canada, 2010*. Ottawa : Public Health Agency of Canada.
- . 2014a. *The Chief Public Health Officer's Report on the State of Public Health in Canada, 2014: Public Health in the Future*. Ottawa : Public Health Agency of Canada.
- . 2014b. « Vaccine Coverage amongst Adult Canadians: Results from the 2012 National Immunization Coverage (aNIC) Survey ». Date modifiée : 10 avril 2014. <http://www.phac-aspc.gc.ca/im/nics-enva/vcac-cvac-eng.php>. Consulté en ligne le 31 août 2015.,
- Sinha, M. 2013. *Portrait of Caregivers, 2012*. Numéro au catalogue 89-652-X – N° 001 ISBN 978-1-100-22502-9. Ottawa : Social and Aboriginal Statistics Division, Statistics Canada.
- Sinha, S. 2011. « Why the Elderly Could Bankrupt Canada and How Demographic Imperatives Will Force the Redesign of Acute Care Service Delivery », *HealthcarePapers*, vol. 11, n° 1, p. 46-51.
- . 2012. *Living Longer, Living Well: Highlights and Key Recommendations from the Report Submitted to the Minister of Health and Long-Term Care and the Minister Responsible for Seniors*. Toronto : Ontario Ministry of Health and Long-Term Care.
- Statistics Canada. 2010. *Population Projections for Canada, Provinces and Territories: 2009 to 2036*. Numéro au catalogue 91-520-X. Ottawa : Statistics Canada.
- . 2013. *Life Tables, Canada, Provinces and Territories, 2009 to 2011*. Numéro au catalogue 84-537-X n° 005. Ottawa : Statistics Canada.
- . 2015. « Pension Plans in Canada, as of January 1, 2014. » *The Daily*, July 22, 2015. Ottawa: Statistics Canada.
- Stonebridge, C. 2013. *Future Care for Canadian Seniors — Why it Matters*. Ottawa : Conference Board of Canada.
- Swanberg, J. E. 2006. « Making It Work: Informal Caregiving, Cancer, and Employment », *Journal of Psychosocial Oncology*, vol. 24, n° 3, p. 1-18.
- WHO (voir World Health Organization).
- Wolfson, M. 2013. *Not-So-Modest Options for Expanding the CPP/QPP*. IRPP Study 41. Montréal : Institute for Research on Public Policy.
- World Health Organization. 2007. « Toward an Age-Friendly World ». <http://www.who.int/ageing/age-friendly-world/en/>. Consulté en ligne le 24 août 2015.
- . 2015. «WHO Global Network of Age-Friendly Cities and Communities.» Date modifiée : 24 août 2015. [https://extranet.who.int/sree/Reports?op=vs&path=/WHO\\_HQ\\_Reports/G21/PROD/EXT/GNAFCC%202](https://extranet.who.int/sree/Reports?op=vs&path=/WHO_HQ_Reports/G21/PROD/EXT/GNAFCC%202). Consulté en ligne le.
- Yang, Y. T., et G. Grimm. 2013. « Caring for Elder Parents: A Comparative Evaluation of Family Leave Laws », *The Journal of Law, Medicine and Ethics*, vol. 41, n° 2, p. 501-513. DOI : <http://dx.doi.org.proxy.bib.uottawa.ca/10.1111/jlme.12058>
- Zarit, S., M. Stephens, A. Townsend et R. Greene. 1998. « Stress Reduction for Family Caregivers: Effects of Adult Day Care Use », *Journal of Gerontology: Social Sciences*, vol. 53, n° 5, p. S267-S277.
- Zhang, B., A. A. Wright, H. A. Huskamp, M. E. Nilsson, M. L. Maciejewski, C. C. Earle, S. D. Block, P. K. Maciejewski et Hé G. Prigerson. 2009. « Health Care Costs in the Last Week of Life: Associations with End-of-Life Conversations », *Archives of Internal Medicine*, vol. 169, n° 5, p. 480-488.