



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

**Comité permanent des ressources humaines, du
développement des compétences, du
développement social et de la condition des
personnes handicapées**

HUMA • NUMÉRO 068 • 1^{re} SESSION • 42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 26 octobre 2017

—
Président

M. Bryan May

Comité permanent des ressources humaines, du développement des compétences, du développement social et de la condition des personnes handicapées

Le jeudi 26 octobre 2017

• (1535)

[Traduction]

Le président (M. Bryan May (Cambridge, Lib.)): Bonjour à tous.

Avant de commencer, je souhaite régler quelques questions administratives, parce qu'il est probable que je les oublie à la fin.

Le 7 novembre est le dernier mardi avant la pause pour la semaine du Souvenir. Selon la façon dont le rapport se déroule, nous devrions avoir terminé cette semaine-là. Je recommanderais que nous prolongions la réunion du 7 novembre d'une demi-heure de sorte que nous puissions en réalité passer en revue les instructions de rédaction avec les analystes. Ce pourquoi je le demande, c'est parce que nous allons conclure avant la semaine du Souvenir. Ils auraient donc cette semaine-là pour commencer à rédiger le rapport. Autrement, nous perdrons cette semaine-là, et ce n'est pas l'utilisation la plus efficace du temps du Comité.

Quelqu'un aurait-il des questions à ce sujet? Y a-t-il des préoccupations concernant le fait de prolonger d'une demi-heure cette réunion?

Monsieur Warawa.

M. Mark Warawa (Langley—Aldergrove, PCC): Vous avez parlé du 7. Le 7 est un mardi.

Le président: C'est exact. Nous avons une dernière séance. Je présume que les gens ne voudraient pas prolonger jusqu'au jeudi pour des raisons de déplacement. Nous ne parlons pas d'une étude ligne par ligne ni d'autre chose de la sorte. C'est simplement des instructions de rédaction à l'intention des analystes.

M. Mark Warawa: Merci.

Le président: Nous allons suspendre la séance pour nous réunir à huis clos.

• (1530)

_____ (Pause) _____

• (1535)

Le président: Bienvenue à tous.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement et à la motion adoptée par le Comité le mardi 4 mai 2017, le Comité reprend l'étude de la promotion de l'intégration et de la qualité de vie des aînés canadiens. Aujourd'hui, nous recevons le deuxième d'une série de trois groupes de témoins qui se réuniront sur le sujet de l'intégration, des déterminants sociaux de la santé et du bien-être.

Nous avons aujourd'hui un très grand groupe de témoins, et je suis très heureux de vous accueillir tous.

Le Grande Prairie and Area Council on Aging, de Grande Prairie, se joint à nous par vidéoconférence. Nous avons parmi nous Sherry Dennis, directrice, ainsi qu'Anne Repetowski, intervenante.

M'entendez-vous bien?

Mme Anne Repetowski (intervenante, Grande Prairie and Area Council on Aging - Seniors Outreach): Oui.

Mme Sherry Dennis (directrice, Grande Prairie and Area Council on Aging - Seniors Outreach): Oui.

Le président: Merci.

Par vidéoconférence, nous accueillons aussi Debra Hauptman, présidente et directrice générale du Langley Lodge Residential Care Home, de Burnaby, en Colombie-Britannique.

Bienvenue. M'entendez-vous bien?

Mme Debra Hauptman (présidente-directrice générale, Langley Lodge, Langley Care Society): Oui. M'entendez-vous?

Le président: Très bien.

Ici, à Ottawa, Catherine Leviten-Reid, professeure agrégée, de la Cape Breton University, comparaît à titre personnel. Bienvenue.

Nous avons Laurent Marcoux, président, joint par Stephen Vail, directeur des politiques, de l'Association médicale canadienne.

Se joignent à nous Chantal Kealey, directrice de l'audiologie, et Meredith Wright, directrice de l'orthophonie et des aides en santé de la communication d'Orthophonie et audiologie Canada. Je voudrais peut-être vous parler après au sujet de ma prononciation, qui est clairement une de mes lacunes.

Vous aurez tous sept minutes pour commencer. Lorsque je vous ferai signe, cela voudra dire qu'il vous restera une minute. Ne soyez pas trop troublés lorsque je le ferai. Vous avez beaucoup de temps.

Nous allons commencer par Sherry Dennis ou Anne Repetowski, de Grande Prairie. Les sept prochaines minutes sont à vous.

Mme Anne Repetowski: Merci.

Je m'appelle Anne Repetowski et je suis intervenante. Notre préoccupation au sujet des aînés concerne les délais d'attente pour le traitement des demandes de Service Canada au titre de la sécurité de la vieillesse, du supplément de revenu garanti et des estimations et des allocations touchant le supplément de revenu garanti.

Permettez-moi de vous dresser un petit historique de Seniors Outreach. Nous exerçons nos activités depuis environ 35 ans dans la ville de Grande Prairie. Nous sommes une collectivité du Nord-Ouest de l'Alberta et nous desservons une grande région, avec un peu plus de 6 000 dossiers de clients. L'année dernière, environ 4 000 personnes se sont présentées sans rendez-vous à notre bureau. Nous avons trois employés à temps plein et un réceptionniste à temps partiel en plus de deux intervenants. Sherry est notre directrice. En 2016, nous avons vu 2 629 clients au cours de l'année. C'est un volume assez bon pour notre petit bureau. Nous essayons de les aider, aux échelons provincial et fédéral, par rapport à tout ce qui concerne les pensions.

Notre préoccupation concernant Service Canada — au sujet de la sécurité de la vieillesse et du supplément de revenu garanti — tient aux longs délais de traitement et à la façon dont ceux-ci touchent les aînés. Lorsque les aînés reçoivent en retard des prestations au titre de la sécurité de la vieillesse, ont un profil complexe relativement au régime de pensions de la sécurité de la vieillesse parce qu'ils ne sont pas nés au Canada ou n'ont pas vécu au pays toute leur vie, ou qu'ils doivent faire une estimation par rapport au départ à la retraite ou à la fin des prestations — ou même quelque chose d'aussi simple que s'ils ont bénéficié du soutien du revenu à l'échelle provinciale et touché des prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada, et que les prestations d'invalidité diminuent à la retraite — les délais d'attente pour une estimation en Alberta sont de 35 semaines, ce qui correspond à 8,75 mois.

Lorsque vous touchez un revenu fixe, vous vous retrouvez dans une situation difficile pour ce qui est de savoir comment payer le loyer, les médicaments et ainsi de suite, et cela provoque chez les gens beaucoup d'anxiété, d'inquiétude, de préoccupations et de stress. Sherry fait son travail depuis 25 ans, et je fais le mien depuis 18 ans, et une des choses que nous avons constatées, c'est que, au cours des six à sept dernières années, les délais d'attente ont doublé ou triplé. Quand j'ai commencé, il fallait trois mois pour présenter une demande et obtenir en même temps votre estimation, et les gens recevaient assez rapidement un résultat. Maintenant, compte tenu de ce délai de 8,75 mois, nous voyons que cela prend non seulement tout ce temps, mais le délai peut même aller jusqu'à 22 mois. Un de mes clients cette année — une situation très inhabituelle — avait attendu trois ans avant qu'on s'occupe de son cas.

Cela s'explique parce que, parfois, les gens ne connaissent pas les procédures de Service Canada, au moment de présenter des demandes et de faire des suivis, parce qu'ils ne traitent pas avec le service tous les jours et que ce n'est pas... Ils se préoccupent de leurs finances, mais ils ne savent pas comment aborder la question, et il y a parfois quelques inquiétudes lorsqu'il s'agit de traiter avec le gouvernement. Nous voyons, particulièrement au début de l'année, qu'il a fallu en moyenne de 11 à 23 mois pour traiter ces estimations; cela les place donc dans une zone très restreinte pour ce qui est de subvenir à leurs besoins essentiels.

Nous avons aussi un problème lorsqu'ils ont un besoin urgent ou criant, parce que le paiement de leur loyer est en retard ou qu'il y a une préoccupation. Il y a eu un problème par rapport à ceux-là mêmes dont on a traité la demande en moins des quatre semaines que cela devait prendre: nous avons constaté qu'il fallait de deux à trois mois pour que la demande de ces personnes soit traitée. Cette année, pour la première fois, nous sommes passés du cinquième degré hiérarchique, ce qui signifie que vous avez appelé cinq fois avec un besoin criant, en demandant un traitement urgent... Nous sommes même allés jusqu'au 11^e degré hiérarchique en janvier, et, en mars, des clients sont venus et m'ont dit que lorsqu'ils avaient téléphoné de

la maison, on leur avait dit de ne plus appeler, que les choses seraient faites en temps et lieu. C'est une préoccupation lorsque les gens attendent des remboursements depuis plus d'un an.

Les personnes qui reçoivent un revenu fixe, ont perdu un conjoint, ont pris leur retraite ou touchent des prestations d'assurance contre des accidents de travail ou des prestations d'assurance-emploi ou dont le régime de retraite privé diminue sont celles qui éprouvent des difficultés, et elles touchent déjà un revenu fixe.

Les prestations de base au titre de la sécurité de la vieillesse s'élèvent à 585,49 \$ ce mois-ci, et les gens reçoivent ou non des prestations au titre du Régime de pensions du Canada. En Alberta, s'ils reçoivent le supplément de revenu garanti, le SRG, en plus de prestations aux personnes âgées de l'Alberta, qui est un petit programme provincial; ils vivent avec un maximum de 1 750 \$ par mois. À Grande Prairie, les loyers se situent habituellement autour de 900 à 1 000 \$ pour un appartement de base d'une chambre à coucher. Le loyer des résidences pour personnes âgées dans notre région commence à environ 1 100 \$ par mois. Cela les place dans une situation de revenu très restreint, particulièrement lorsqu'ils ont un programme d'aide médicale et doivent payer le coût nécessaire pour que celui-ci soit administré dans les résidences.

• (1540)

Ce qui nous inquiète, c'est le désespoir qui frappe les aînés. Ils empruntent de l'argent et utilisent au maximum leurs cartes de crédit, donc oui, lorsqu'ils reçoivent le remboursement, c'est génial, et cela les aide à atténuer une certaine partie de ce stress, mais cela ne les aide pas pour ce qui est des intérêts et des inquiétudes en tout temps, de l'anxiété et du stress, qui semblent aggraver — et je ne suis pas une professionnelle de la santé — leur santé et leur bien-être. Ils ne connaissent pas bien la nécessité de faire le suivi au moyen d'appels ni le fait qu'après huit mois, s'ils n'ont pas reçu de réponse, ils doivent appeler. Ils n'obtiennent pas de réponse, et c'est pourquoi cela prend autant de temps.

L'autre préoccupation, c'est que même la correspondance de base prend 20 semaines, cela signifie cinq mois. Si une personne se marie — et nous aidons cette personne à envoyer un message pour dire qu'elle s'est mariée —, son admissibilité au supplément de revenu garanti ou à l'allocation change, et cela peut prendre cinq mois. L'année dernière, quelques personnes, probablement environ quatre maintenant, avaient d'importants remboursements en retard au moment où leur demande était traitée et examinée. Un changement d'adresse; l'autorisation de communiquer lorsque quelqu'un s'en va dans un établissement de services d'aide à la vie autonome désigné et qu'il a besoin de l'aide de membres de la famille; une procuration; tous ces éléments accusent un tel retard qu'il nous faut la moitié d'une année pour nous occuper des arriérés et corriger les choses, ce qui a des effets graves chez les aînés. C'est notre préoccupation. Nous espérons qu'il sera possible d'une certaine façon d'améliorer ces délais d'attente.

Merci.

Le président: Merci beaucoup.

De Burnaby, en Colombie-Britannique, nous avons Debra Hauptman, présidente et directrice générale du Langley Lodge Residential Home Care.

Les sept prochaines minutes sont à vous.

Mme Debra Hauptman: J'aimerais vous remercier de m'avoir invitée à comparaître devant le Comité et de l'occasion que vous m'offrez de participer à ce dialogue important.

Aujourd'hui, je vais vous parler des expériences des aînés de Langley lorsqu'ils tentent d'avoir accès à des soins de longue durée et des plans de soins de longue durée dans notre collectivité. Je vais aussi vous parler de certains autres programmes et de certaines autres initiatives sur lesquelles nous travaillons qui pourraient faire partie d'une stratégie nationale.

Je représente une organisation sans but lucratif qui exploite la Langley Lodge, une résidence pour personnes âgées accréditée qui fournit des soins infirmiers 24 heures sur 24 à 139 aînés. Nous oeuvrons ainsi à Langley depuis 43 ans. Nous fournissons des services de soins de longue durée subventionnés par le gouvernement à 121 de nos résidents au titre d'un accord conclu avec notre autorité sanitaire locale, Fraser Health. Nous avons aussi 18 places privées payantes. Ces places sont actuellement toutes occupées, et nous avons une liste d'attente.

Je vais commencer par vous fournir certains faits au sujet des soins de longue durée à Langley et dans ma collectivité. Il y a six foyers de soins à Langley, certains exploités par le gouvernement, et d'autres, par le privé, pour un total de 665 places. Ces six foyers sont actuellement au maximum de leur capacité. La Fraser Health Authority a prévu qu'il faudra, à Langley, 70 places de soins de longue durée de plus d'ici 2021. Les prévisions bien connues qui ont été publiées en ce qui a trait à la population des aînés révèlent que ces places supplémentaires répondront à peine aux besoins en 2021. Nous n'arrivons même pas actuellement à répondre à la demande.

L'âge moyen de nos résidents est de 85 ans, pas seulement à la Langley Lodge, mais de façon générale sur le territoire de notre autorité sanitaire. Au total, 70 % de nos résidents sont âgés de 80 à 101 ans. En 2025, l'avant-garde du gros de la cohorte des baby-boomers aura 80 ans.

Les listes d'attente pour des soins de longue durée sont déjà très longues, et il faut souvent attendre plusieurs années. D'après notre expérience, les aînés attendent d'avoir épuisé toutes les autres options de soutien à domicile accessibles et jusqu'à ce que leurs soignants ne puissent plus composer avec la situation. Lorsqu'ils présentent une demande pour obtenir une place subventionnée par le gouvernement, ils sont surpris d'apprendre qu'ils devront attendre sur une liste d'attente. Un homme de 100 ans a été admis à une place privée payante par son épouse de 99 ans. Sa demande pour une place financée n'avait pas été approuvée. Chaque jour, nous rencontrons des familles qui sont désespérées et anxieuses. Elles n'arrivent pas à composer avec la situation et elles sont surprises d'apprendre qu'elles n'auront pas accès à des soins de longue durée à court terme. Si elles peuvent se payer une place privée payante, elles choisiront cette option, mais beaucoup ne peuvent pas se le permettre, le coût moyen s'élevant à 190 \$ par jour.

Les autorités sanitaires de la Colombie-Britannique utilisent des stratégies pour gérer la capacité actuelle afin de s'assurer que ceux qui en ont le plus besoin obtiennent des services. Les conséquences inattendues, c'est que d'autres aînés admissibles passent entre les mailles du filet et sont refusés ou ils attendent trop longtemps. Par exemple, nous avons une patiente dont la famille l'a admise à une place privée payante en raison de sa démence grave. C'était en 2014. Cette résidente attend encore une place financée. Il y a de nombreuses histoires de familles qui liquident des actifs pour payer les soins de leur être cher. Cela inclut des familles qui ne sont pas riches et les situations où le premier conjoint vit encore dans la résidence en question.

Il faut tenir compte de l'impact et du fardeau sur les soignants. Les responsables de la planification doivent les écouter. Ils sont souvent

les derniers à savoir qu'ils seront touchés par les changements apportés aux politiques sur la santé et aux plans de service.

C'est aussi un fait que les services de soins à domicile ne sont pas suffisants actuellement pour soutenir ceux à qui on refuse des soins de longue durée, et ces services doivent être rehaussés et offerts plus rapidement. On a besoin de services d'aide à la vie autonome, de soins de relève et de programmes de jour pour adultes financés publiquement. Ce sont des composantes essentielles de la gamme de services qui garantiront que les aînés sont soutenus dans la mesure de leurs besoins durant leur processus de vieillissement.

La vision et le plan stratégique de la Langley Care Society consistent à élargir les services offerts et à créer un large éventail de soins, par exemple, des soins de relève et des programmes de jour pour adultes. Nous avons commencé en offrant les programmes vraiment de base, un programme d'approche des aînés par les pairs, qui s'appuie sur le travail de bénévoles, programme que nous avons lancé cet été grâce à une subvention du programme Nouveaux Horizons. Dans le cadre de notre programme, nous mobilisons des bénévoles, des aînés, qui offrent des services d'approche aux aînés à risque vivant dans notre voisinage. Dans notre région locale, nous avons identifié 800 aînés qui vivent seuls.

Les personnes qui participent à notre programme d'extension sont des aînés plus âgés. Elles vivent seules et n'ont pas de membres de leur famille à proximité ou d'amis encore vivants. Elles ne peuvent plus conduire. Elles ont parfois récemment perdu leur conjoint. Leur mobilité diminue. On a noté une forte participation à notre programme.

● (1545)

Nous savons que nous atteignons nos objectifs et que le programme continuera de croître. Au cours de la prochaine année ou des deux prochaines années, nous espérons offrir plus de services de santé et de bien-être, comme des services de promotion de la santé et des soins primaires.

La Langley Care Society a aussi créé une fondation privée, la Langley Care Foundation, qui collecte activement des fonds pour fournir des ressources dans le but d'offrir des programmes de qualité de vie à nos résidents aînés. Les fonds recueillis permettent d'offrir à nos résidents des thérapies qui s'appuient sur la musique, les arts et l'horticulture en plus de soins spirituels.

Qu'est-ce qui manque? Nous avons besoin d'une vision liée aux soins à l'intention des aînés au Canada. Il faut se préparer pour 2025 et les années subséquentes, lorsque 25 % de la population aura plus de 65 ans. Une stratégie nationale sur les aînés pourrait mener le bal en définissant une vision pour la qualité de vie des aînés, l'inclusion des soins de santé et la sécurité du revenu. La stratégie nationale pourrait aider les petites organisations et les petites collectivités comme la nôtre, à Langley, à adopter une stratégie de planification misant sur une vision claire, l'accès à l'information et des ressources sur les types de programmes et services que les collectivités peuvent mettre sur pied en collaboration avec leurs fournisseurs de services actuels.

Les organisations de soins de longue durée veulent en faire plus, elles veulent repousser les limites. Nous avons l'infrastructure, les connaissances et l'expérience pour nous mettre immédiatement au travail. Une stratégie nationale aiderait à cibler nos efforts.

Il y a beaucoup de travail à faire pour se préparer à répondre à la prochaine vague d'aînés. J'encourage nos dirigeants fédéraux à montrer l'exemple en produisant une stratégie nationale.

Merci.

•(1550)

Le président: Merci beaucoup.

Nous accueillons maintenant Catherine Leviten-Reid, professeure agrégée de l'Université du Cap-Breton. Elle comparait à titre personnel. Bienvenue.

Mme Catherine Leviten-Reid (professeure agrégée, Cape Breton University, à titre personnel): Merci de l'invitation.

Je veux vous parler de la création de logements locatifs abordables pour les aînés, des logements qui sont accessibles et qui soutiennent un vieillissement en santé. J'appuie ma présentation sur des projets de recherche que j'ai dirigés sur les logements locatifs en Nouvelle-Écosse. Cela inclut un inventaire du parc locatif de la municipalité régionale du Cap-Breton et une recherche fondée sur des études de cas portant sur des projets d'habitation locatifs abordables à l'intention précisément des aînés grâce à des investissements dans un programme de logements abordables.

L'inventaire du parc locatif que nous avons réalisé l'année dernière nous a permis de constater qu'il y a une quantité limitée de logements locatifs accessibles dans la municipalité régionale du Cap-Breton. Nous avons examiné les logements sociaux, les logements locatifs sans but lucratif et les logements au prix courant et constaté que 3 % des logements locatifs étaient entièrement accessibles. Il y a plus de logements accessibles dans le secteur sans but lucratif que dans le marché locatif et dans celui des logements sociaux.

La bonne nouvelle en ce qui concerne le travail que vous faites, c'est qu'une plus grande part de ces logements accessibles sont destinés à des aînés dans nos collectivités, alors, même s'il n'y en a pas beaucoup, ils leur sont en grande partie réservés. Cependant, pour ce qui est de l'abordabilité, les coûts d'habitation sont plus élevés dans les logements accessibles que dans les logements non accessibles. Un logement accessible comptant une seule chambre à coucher coûte environ 130 \$ de plus par mois, et on passe à 300 \$ de plus par mois dans le cas d'un appartement en comptant deux. De plus, les logements accessibles sont moins susceptibles d'être vacants.

Nous avons aussi examiné la question des maisons de chambres dans notre municipalité, parce que ces maisons de chambres sont une source importante de logements locatifs abordables pour les personnes seules, y compris les aînés. Nous avons constaté qu'aucune de ces maisons n'était accessible.

De façon générale, les aînés ont un nombre limité d'occasions de vivre dans des logements locatifs accessibles. Ces logements sont plus coûteux, et nous savons que les locataires seront sûrement confrontés à des obstacles lorsqu'ils tenteront de vieillir en restant au même endroit. Nous savons que près de la moitié des ménages locataires dans notre municipalité ont des limitations d'activités.

Une recommandation qui est ressortie de cette recherche, c'est celle de savoir si la Société canadienne d'hypothèques et de logements peut recueillir des données sur les logements locatifs accessibles. Elle recueille déjà deux fois par année des données sur le marché primaire du logement locatif. Elle pose des questions sur les coûts de loyers et les taux d'inoccupation. Peut-elle aussi poser des questions sur l'accessibilité?

La recherche fondée sur des études de cas que nous avons réalisée a permis de cerner ce qui est important pour les aînés au chapitre du logement et certaines des contraintes que les promoteurs de logements locatifs rencontrent durant les travaux de construction. Nous avons réalisé cette recherche en 2012. Nous avons examiné

trois projets résidentiels, et ils étaient tous situés dans des collectivités rurales.

Les amis à qui nous avons parlé accordent beaucoup d'importance aux espaces communs, alors les pièces communes se sont démarquées. Il s'agit d'une caractéristique très importante. Ces salles facilitent les réunions officielles et les interactions informelles. Ces espaces communs étaient aussi utilisés pour faire de l'activité physique. S'il y avait un corridor commun, il était utilisé comme piste de marche, surtout durant l'hiver. Les espaces communs permettaient aux locataires de prendre des nouvelles les uns des autres, mais de tels espaces n'étaient pas fournis de façon uniforme par les promoteurs immobiliers et, quand nous les avons interrogés, bien sûr, ils ont parlé du besoin de s'appuyer sur une bonne analyse de rentabilisation lorsqu'ils construisent les logements, et les espaces communs augmentent les coûts.

Des aînés ont parlé de l'importance de la bonne conception des logements, mais, dans les entrevues que nous avons réalisées, presque tous les répondants ont mentionné que des obstacles liés à l'aménagement les empêchaient de vieillir chez eux. Certains locataires croyaient vraiment que toutes les unités construites devaient être libres d'obstacles de façon à pouvoir répondre à leurs besoins changeants.

Parallèlement, les membres de deux des équipes de promoteurs immobiliers que nous avons interviewés ont parlé du fait qu'ils apprenaient au fur et à mesure et affirmaient que les logements locatifs abordables qu'ils construisaient étaient un projet ponctuel. Ils répondaient à un besoin de la collectivité qu'ils avaient cerné en matière de logements locatifs abordables et ils apprenaient vraiment au fur et à mesure. Ils ont dit que, s'ils devaient refaire ce genre de projets, il est évident qu'ils feraient les choses différemment.

Je crois qu'il est aussi important de souligner que ces promoteurs immobiliers avaient une compréhension différente des logements locatifs qu'ils construisaient et des personnes pour qui ils les construisaient. Alors que les locataires nous parlaient des dimensions liées à la qualité de la vie de leur logement, les promoteurs affirmaient qu'il s'agissait de logements locatifs abordables sans assistance pour les aînés, alors ils s'attendaient à ce que les locataires soient autonomes.

Les aînés, bien sûr, ont souligné que l'accès à des transports abordables était important. Les aînés ne vivant pas dans un logement près d'un arrêt d'autobus avaient évidemment de la difficulté à avoir accès aux commodités et services.

•(1555)

Encore une fois, les promoteurs immobiliers devaient penser au coût de ce qu'ils construisaient, et, dans deux cas, les bâtiments étaient construits sur un terrain qui leur avait été cédé en guise de contribution en nature.

Enfin, certains des aînés que nous avons rencontrés ont parlé de l'importance de prévoir un mécanisme par l'intermédiaire duquel ils peuvent participer au processus décisionnel lié aux logements afin qu'ils puissent avoir leur mot à dire; ils souhaitaient notamment avoir l'occasion d'être membres du conseil d'administration ou de participer aux réunions d'un comité des locataires.

Pour ce qui est des recommandations découlant de cette recherche, dans un premier temps, pouvons-nous penser aux logements locatifs abordables pour aînés en ne nous limitant pas uniquement à une stratégie visant les infrastructures physiques? L'objectif n'est pas seulement d'offrir un endroit où vivre, c'est aussi d'assurer un vieillissement en santé.

Certaines recommandations précises pouvant nous permettre de faire des choses pourraient inclure ce qui suit: pouvons-nous parler de façon plus précise aux promoteurs de ce dont on a besoin dans ces logements en ce qui a trait à la façon dont les unités et les bâtiments sont conçus? Il faut prévoir des salles communes, il doit y avoir un genre de mécanisme permettant aux aînés de participer aux décisions.

Peut-on, en même temps, augmenter le financement accessible pour construire des logements locatifs abordables pour les aînés? Pouvons-nous encourager ou exiger des partenariats entre les promoteurs et les organisations dans nos collectivités qui fournissent des services aux aînés?

Le président: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer à Laurent Marcoux, et Stephen Vail, directeur des politiques de l'Association médicale canadienne.

Les sept prochaines minutes sont à vous, messieurs.

[Français]

Dr Laurent Marcoux (président, Association médicale canadienne): Je vous remercie, monsieur le président.

Je suis le Dr Laurent Marcoux. Je suis heureux d'être ici à titre de président de l'Association médicale canadienne, l'AMC. Je vous remercie de votre invitation.

En tant qu'organisation nationale représentant plus de 85 000 médecins, l'AMC préconise depuis plusieurs années l'amélioration des soins aux aînés. Aussi, plus de 50 000 Canadiennes et Canadiens se sont joints à nous sur exigeonsunplan.ca, notre site Web de mobilisation des patients pour une stratégie nationale pour les aînés.

Depuis les 50 dernières années, les Canadiens vivent de plus en plus longtemps et sont en meilleure santé. Nous nous réjouissons évidemment des progrès que notre pays a accomplis, mais nous reconnaissons aussi les pressions qui s'exerceront sur notre système de soins de santé. Nous savons que le nombre d'aînés au Canada doublera au cours des 30 prochaines années, ce qui entraînera des pressions supplémentaires sur notre système de soins de santé.

Je tiens à signaler le travail exceptionnel effectué par le député Marc Serré, dont la motion sur le besoin d'une stratégie nationale pour les aînés est à l'origine de l'étude entreprise par votre comité.

Le mémoire de l'AMC devant vous aujourd'hui contient 15 recommandations, qui forment la base d'une stratégie nationale pour les aînés. Il est de notre avis que ces recommandations aideront les aînés à demeurer des citoyens actifs et engagés au sein de leurs communautés.

Compte tenu du temps limité dont je dispose, je me concentrerai sur les trois thèmes abordés par votre comité. Je n'énumérerai donc pas toutes les recommandations contenues dans notre mémoire.

Premièrement, je vous parlerai de l'accès des aînés au logement.

Comme je viens de le mentionner, nous savons que la demande de soins de longue durée augmentera à mesure que la population canadienne vieillira. Dans un récent rapport, l'Institut canadien d'information sur la santé indique que la capacité en soins de longue durée devra doubler au cours des 20 prochaines années pour répondre aux besoins de la population âgée.

Nous devons non seulement construire de nouveaux établissements de longue durée, mais nous devons aussi mettre à niveau les établissements existants et veiller à ce qu'ils soient sécuritaires et puissent répondre aux besoins des patients. Nous comptons beaucoup trop sur les hôpitaux pour fournir ce type de soins, ce qui n'est ni efficace, ni viable ni satisfaisant pour les gens âgés. Il

nous faut absolument décentraliser les services de soins de santé, des centres hospitaliers vers les communautés, et les services à domicile.

La situation actuelle contribue grandement à l'engorgement des services d'urgence, à l'allongement des temps d'attente et à l'annulation d'interventions chirurgicales. Cette situation est totalement inacceptable et, je le répète, n'est pas viable. Elle risque même de mettre en péril notre système de soins de santé.

Nous encourageons le gouvernement à continuer d'investir dans l'infrastructure de soins de longue durée et de soins continus, afin que nous puissions améliorer les soins aux aînés, tout en allégeant la pression qui s'exerce sur le système de soins de courte durée.

À cette fin, l'AMC a demandé au Conference Board du Canada d'effectuer une analyse de rentabilité portant sur la satisfaction de la demande de soins de longue durée au Canada. Ce rapport sera dévoilé au cours des prochaines semaines.

Nous avons été rassurés de voir le gouvernement annoncer, dans son dernier budget, la nouvelle Stratégie nationale sur le logement prévoyant l'injection de plus de 11,2 milliards de dollars dans des logements abordables et salubres pour la population canadienne. Nous sommes d'avis qu'une importante part de cet investissement devrait être allouée aux besoins des aînés.

Deuxièmement, je parlerai de la sécurité du revenu des aînés vulnérables.

À l'âge de la retraite, beaucoup de nos concitoyens comptent sur divers programmes publics pour subvenir à leurs besoins, comme la Sécurité de la vieillesse, le Régime de pensions du Canada et le Supplément de revenu garanti. Parfois, ces mesures s'ajoutent aux pensions et aux placements personnels des individus.

Nous savons tous que l'état de santé des Canadiennes et des Canadiens a tendance à s'améliorer en fonction de leur revenu. Il est donc inquiétant de constater que la pauvreté chez les aînés est à la hausse, et ce, depuis plusieurs années. Nous sommes aussi d'avis que, grâce à ces investissements, plusieurs aînés bénéficieront d'un minimum de sécurité financière, ce qui leur permettra de vivre chez eux ou dans des communautés favorables aux aînés. Cependant, ces mesures doivent se poursuivre et mieux cibler les besoins des Canadiens âgés.

● (1600)

Pour ce qui est de la sécurité du revenu, nous devons protéger les aînés en préconisant des initiatives de sensibilisation du public qui attirent l'attention sur la maltraitance financière des aînés. Trop de personnes âgées en souffrent, et ce fléau doit cesser.

Troisièmement, je parlerai de l'ensemble de la qualité de vie et du bien-être des aînés.

L'AMC est d'avis que notre pays peut répondre aux besoins sanitaires et sociaux de ses personnes âgées. Ce qu'il faut, c'est une démarche stratégique ou une stratégie nationale sur les soins aux aînés.

Dans ce contexte, nous devons veiller à ce que l'accès aux soins à domicile soit uniforme d'un bout à l'autre du Canada et que des principes de fonctionnement clairs soient mis en place. Nous devons aussi établir des objectifs de rendement et une certaine responsabilisation venant de tous les paliers de gouvernement. Cette mesure est nécessaire pour donner au public et aux patients une plus grande confiance dans le système de soins à domicile.

Nous devons mieux appuyer les proches aidants ou les aidants naturels en leur offrant de la formation, des soins de répit et de l'aide financière. Nous devons aussi investir dans des programmes qui favorisent le vieillissement en santé, c'est-à-dire des programmes qui portent notamment sur l'activité physique, la nutrition et la santé mentale.

Il faut que toutes les parties prenantes du secteur de la santé conjuguent leurs efforts pour veiller à ce que les aînés aient facilement accès aux soins dont ils ont besoin, idéalement à domicile. Ces mesures comprennent l'accès à un médecin de famille assisté d'une équipe multidisciplinaire, la couverture des médicaments essentiels et des transitions transparentes entre les niveaux de soins.

Nous devons créer des milieux favorables qui permettent aux personnes âgées de demeurer autonomes le plus longtemps possible. À cette fin, il faut promouvoir des messages positifs au sujet du vieillissement, offrir de l'emploi à ceux qui veulent travailler ou veiller à ce que les édifices, les allées et les systèmes de transport soient sécuritaires et accessibles.

En termes simples, l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées au Canada n'est pas simplement une question de soins de santé. Il faut créer un environnement où les Canadiens peuvent s'épanouir en vieillissant.

Nos 15 recommandations, que vous avez sous les yeux, représentent un plan directeur pour le système de santé de demain. Le moment est venu de créer un système de santé efficace, efficient et équitable pour les aînés et pour toute la population canadienne.

Nous serons heureux de répondre à vos questions.

Je vous remercie.

•(1605)

[Traduction]

Le président: Merci beaucoup.

Pour terminer, nous accueillons Chantal Kealey, directrice de l'audiologie, et Meredith Wright, directrice de l'orthophonie et des aides en santé de la communication, d'Orthophonie et audiologie Canada.

Bienvenue. Les 10 prochaines minutes sont à vous.

Mme Meredith Wright (directrice de l'orthophonie et des aides en santé de la communication, Orthophonie & audiologie Canada): Merci, monsieur le président, de me donner l'occasion de témoigner devant un comité aussi important. Je m'appelle Meredith Wright, et je suis accompagnée aujourd'hui de ma collègue, Chantal Kealey.

Je suis fière de représenter Orthophonie et audiologie Canada, l'association professionnelle nationale des orthophonistes et audiologistes, deux professions distinctes, mais interreliées. De nos jours, l'association représente environ 6 400 professionnels dans l'ensemble du Canada.

Je suis orthophoniste. Mon travail auprès des personnes âgées consiste à évaluer et à traiter une vaste gamme de troubles de communication et de déglutition, par exemple une incapacité à communiquer à la suite d'un AVC ou des difficultés de déglutition en fin de vie chez une personne atteinte de démence.

La Dre Kealy est audiologiste, et son travail auprès des personnes âgées consiste à évaluer et à traiter un éventail de troubles auditifs, comme la perte auditive, l'acouphène, le trouble du traitement auditif et les problèmes d'équilibre.

Notre association emploie le terme « santé de la communication » pour désigner tout ce qui fait partie du champ d'activité des audiologistes et des orthophonistes. Nous sommes conscients du fait que le public canadien en général ne connaît ni l'existence ni la portée de la plupart des troubles de communication et des troubles auditifs, mais les statistiques à ce sujet sont très révélatrices. Approximativement une personne sur six au Canada est atteinte d'un trouble de la parole, du langage ou de l'ouïe.

Avec l'âge, notre mémoire faiblit, et il nous faut plus de temps pour traiter ce que nous percevons. Il devient de plus en plus difficile de comprendre les phrases complexes, comme celles qu'affectent bon nombre de fournisseurs de soins de santé, d'avocats ou de planificateurs financiers. Le vieillissement des muscles peut également entraîner des problèmes de déglutition, en particulier chez les aînés à la santé fragile. Les troubles de déglutition peuvent occasionner d'autres problèmes; ils augmentent le risque de suffocation, de malnutrition, de déshydratation et de pneumonie. La perte auditive augmente aussi progressivement avec l'âge. À partir de 65 ans, une personne sur trois aura une perte auditive importante sur le plan clinique, et cette proportion passe à une personne sur deux à partir de 75 ans.

Évidemment, les aînés ne forment pas un groupe homogène, mais le vieillissement normal entraîne certains changements au chapitre de la communication, de la déglutition et de l'audition. C'est pourquoi même les aînés qui sont en pleine forme ont besoin d'avoir accès à des soins abordables et adéquats en vieillissant; ainsi, ils pourront continuer de jouir d'une qualité de vie élevée et d'être autonomes le plus longtemps possible.

Cependant, des problèmes de santé liés au vieillissement peuvent exacerber ces modifications qui touchent la communication, la déglutition et l'audition chez les personnes âgées. La prévalence des troubles neurologiques comme les AVC, la maladie de Parkinson, la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence augmente avec l'âge. Les troubles de communication dont souffrent les gens atteints d'un trouble neurologique diffèrent en fonction du type et de la durée de la maladie ainsi que de la région du cerveau touchée. Par exemple, les gens qui ont été victimes d'un AVC risquent de souffrir de troubles de communication et de déglutition. Les personnes atteintes de la maladie de Parkinson auront peut-être des troubles du langage et de la voix.

De nos jours, on accorde beaucoup d'intérêt à la relation entre la perte auditive et la démence. Selon les études, la perte auditive est plus répandue chez les personnes âgées atteintes de démence que chez celles dont les facultés cognitives sont normales. Certaines études ont effectivement conclu que le risque de souffrir d'une forme de démence était de deux à cinq fois plus élevé chez les personnes ayant une perte auditive. Pour le moment, toutefois, il ne faut pas tenir pour acquis qu'il y a un lien de causalité entre les deux.

En outre, la perte auditive, en particulier si elle n'est pas traitée correctement, peut occasionner des problèmes d'équilibre et augmenter les risques de chutes. Le risque de chutes est de trois à quatre fois plus élevé chez les personnes âgées atteintes de problèmes d'équilibre, et les chutes sont la principale cause de blessure chez les personnes âgées.

Les problèmes de communication, de déglutition et de l'audition peuvent être extrêmement frustrants et effrayants pour les personnes qui en souffrent ainsi que pour leur famille, leurs amis et leurs aidants. Cela peut aussi les pousser à s'isoler et peut nuire à leur qualité de vie et à leurs relations interpersonnelles. Au bout du compte, la personne se replie sur elle-même et peut souffrir d'anxiété ou de dépression. Le fardeau qui pèse sur les aidants s'alourdit. C'est un fait que les personnes âgées atteintes de troubles de communication et de l'audition risquent d'avoir de la difficulté à interagir socialement dans bon nombre de situations de la vie quotidienne. La simple action de demander des biens et des services de base peut devenir difficile.

Nous avons dès maintenant la possibilité de créer un Canada qui prenne mieux soin de ses personnes âgées, un Canada où ils ont un accès universel à des services de santé de la communication qui sont appropriés. On doit améliorer la formation des fournisseurs de services afin qu'ils sachent communiquer de façon plus efficace avec les personnes âgées. Les fournisseurs de services qui travaillent pour Service Canada, les hôpitaux, les banques, les pharmacies et les cabinets d'avocats devront savoir communiquer avec les personnes âgées qui ne peuvent pas s'exprimer ni entendre comme vous et moi.

● (1610)

Voilà pourquoi la nouvelle loi fédérale sur l'accessibilité doit être inclusive des Canadiens qui sont atteints de troubles de communication et de l'audition. Il faut qu'il y ait davantage d'investissements gouvernementaux pour des services de santé communautaires comme des groupes d'aide à la communication pour les gens ayant une perte auditive ou qui souffrent des séquelles d'AVC, de la maladie de Parkinson ou d'une forme de démence. Nous avons aussi besoin de nouveaux investissements dans la formation relative aux capacités de communication pour les familles et les aidants. Nous avons besoin davantage de programmes communautaires de dépistage pour les troubles de l'ouïe, de l'équilibre et de déglutition afin de veiller à ce que les personnes âgées, en particulier celles qui vivent dans des collectivités rurales et éloignées, aient accès aux soins appropriés en temps opportun.

Nous entendons trop souvent que des postes d'orthophonistes ou d'audiologistes financés par l'État ont été éliminés, ce qui est particulièrement troublant puisque la plupart des personnes âgées au Canada n'ont pas les moyens de payer pour des services privés d'orthophonie et d'audiologie. Il faut investir davantage dans la recherche dans le domaine de la santé de la communication concernant les personnes âgées si nous voulons que les aînés canadiens aient accès aux meilleurs soins possible.

Les chercheurs en orthophonie et en audiologie au Canada font d'importantes contributions à la connaissance scientifique qui est nécessaire si nous voulons prendre soin des personnes âgées atteintes de troubles de communication et de perte auditive. Nous devons continuer de soutenir la recherche sur la santé de la communication chez les personnes âgées.

En conclusion, j'encourage fortement le Comité à tenir compte de mes recommandations dans son rapport et à veiller à ce que les besoins des personnes âgées atteintes de troubles de communication et de l'audition soient pris en considération.

Merci beaucoup.

Le président: Merci à tous de nous avoir présenté ces superbes exposés. Vous avez tous respecté la limite de temps, et je trouve cela formidable. Merci.

La première personne à prendre la parole sera M. le député Warawa. Vous avez six minutes.

M. Mark Warawa: Merci, monsieur le président.

Merci aux témoins d'être ici.

Je trouve intéressant de voir autant de diversité dans vos domaines d'expertise. Je tiens à remercier chacun d'entre vous de vos efforts pour améliorer la qualité de vie de notre population vieillissante et traiter ceux qui ont besoin d'aide avec la dignité qu'ils méritent. Merci du travail que vous accomplissez.

Bon nombre d'entre vous avez fourni des recommandations. Peut-être aviez-vous d'autres recommandations à formuler. Dans ce cas, je vous prie de les faire parvenir au Comité, dans les plus brefs délais, sous forme de mémoire, afin que nous puissions les faire traduire. Nous allons préparer sous peu notre rapport au Parlement, et nous comptons prendre vos recommandations en considération.

Chacun d'entre vous aide les personnes âgées et des collectivités du Canada de diverses façons. Ce que j'aimerais surtout savoir, c'est comment il serait possible de regrouper tous ces domaines d'expertise afin de répondre aux besoins des aînés.

Au Canada, les aînés représentent un sixième de la population, mais dans ma circonscription de Langley, la proportion approche probablement davantage du un cinquième ou peut-être même qu'on y trouve un aîné pour quatre personnes et demie. Le climat et la topographie en font un bon endroit où prendre sa retraite, nous avons donc une grande population de personnes âgées, tout comme c'est le cas à Richmond, comme pourrait vous le dire ma collègue à ma gauche, Alice.

Donc, comment pouvons-nous regrouper toutes ces ressources pour répondre aux besoins des personnes âgées? La tendance générale semble être que nous ne sommes pas prêts et que nous avons besoin de mettre en place une stratégie nationale pour les aînés. Nous savons que les listes d'attente à Grande Prairie sont exceptionnellement longues, et la situation ne fait qu'empirer. Je crois que notre pays a un problème en ce qui a trait aux listes d'attente, et je ne crois pas que la faute revient à un gouvernement ou à un autre. C'est que nous ne faisons pas les choses de la bonne façon. Nous devons repenser la prestation de services aux personnes âgées. Comment pouvons-nous regrouper les services en un système qui fonctionne bien pour répondre aux besoins, au lieu de tout compartimenter?

J'aimerais que Mme Hauptman, de la Langley Care Society, réponde en premier.

Vous avez mentionné qu'environ 800 personnes vivent près de Langley Lodge. Ce sont des aînés qui vivent seuls. Si je me rappelle bien, vous avez donné deux chiffres: 1 500 et 800. Le vieillissement chez soi est-il la solution miracle pour aider les aînés?

● (1615)

Mme Debra Hauptman: Il y a 1 500 personnes de plus de 65 ans dans notre quartier, et 800 d'entre eux vivent seuls. Je ne crois pas que le vieillissement chez soi soit une solution miracle. Je suis particulièrement préoccupée par le fait que nous ne semblons pas réfléchir à ce qui va se passer quand nous en serons rendus là. Par exemple, les gens qui ont besoin de soins de longue durée sont très âgés.

Pour être autonomes, les gens doivent être en mesure de répondre à un grand nombre de leurs besoins, et cela vaut aussi pour les jeunes qui sont en santé et forts. Je parle ici de choses simples, comme être capable de faire l'épicerie et de transporter la nourriture jusqu'à la maison, de pouvoir interagir — socialement — avec d'autres personnes et d'être en mesure de se rendre à des rendez-vous chez le médecin. Ce genre d'activités peuvent devenir des défis de taille, en particulier pour les personnes très âgées qui vivent seules.

Le Royaume-Uni a lancé un programme appelé Silver Line, un numéro d'urgence pour les personnes âgées. Au cours de la première année, il y a eu plus d'un million d'appels. Le service est offert 24 heures par jour, 365 jours par année et compte environ 3 000 bénévoles. Je crois qu'il y a environ 10 000 appels par semaine à présent. Certains bénévoles y participent seulement pour offrir leur amitié à des personnes âgées qui sont seules.

Les gens ont tendance à croire que la vie communautaire est déplaisante. J'ai trouvé intéressant d'entendre le témoin de l'Île-du-Prince-Édouard dire que les aînés préfèrent vivre de façon communautaire. Cela leur offre de nombreux avantages: ils peuvent s'entraider et briser dans une certaine mesure leur isolement social. Certaines personnes âgées ont aussi de la famille et des amis, ce qui n'est pas le cas pour d'autres, et comme cela se voit à Langley Lodge, les familles désirent vraiment s'investir.

M. Mark Warawa: J'ai une autre question rapide, puisqu'il ne me reste plus beaucoup de temps.

Vous avez mentionné qu'il faudra 70 places de plus en soins de longue durée dans la région de Langley d'ici 2021.

Serez-vous en mesure d'offrir ces 70 places? Sont-elles en construction ou y a-t-il des projets à cette fin?

Mme Debra Hauptman: Je crois que nous allons y parvenir en rénovant certaines des vieilles maisons qui existent déjà. Il n'y aura pas de nouvel aménagement, et il n'y a aucun projet pour de nouvelles constructions. On ne fait que reconstruire ce qui est déjà là.

M. Mark Warawa: Seriez-vous d'accord pour dire que, pour répondre aux besoins, nous avons besoin d'une coordination des efforts, menés entre autres par chaque ordre de gouvernement?

Mme Debra Hauptman: Oui.

M. Mark Warawa: Merci.

Merci, monsieur le président.

Le président: Merci, monsieur.

La parole va à M. le député Morrissey pour les six prochaines minutes.

M. Robert Morrissey (Egmont, Lib.): Merci, monsieur le président.

Ma question s'adresse à Grande Prairie and Area Council on Aging.

Je suis consterné de voir que même aujourd'hui, les délais relatifs à la SV ou au SRG sont de 35 semaines. Vous avez aussi dit que les délais ont augmenté au cours des six ou sept dernières années.

Pouvez-vous nous dire précisément pourquoi les délais ont augmenté? Quel est le problème avec Service Canada? Cela ne touche pas seulement la SV et le SRG, il y a aussi le régime d'assurance-emploi. Mais je veux savoir ce qui se passe avec la SV et le SRG en particulier. Que s'est-il passé au cours des six ou sept dernières années pour occasionner de tels délais?

Mme Anne Repetowski: C'est une très bonne question.

Je ne sais pas ce qui cause les retards à Service Canada, mais je peux vous dire ce que j'ai entendu des employés du centre d'appels quand j'ai communiqué avec eux avec des clients. Il y a deux jours seulement, on m'a dit « nous sommes débordés parce que le nombre de baby-boomers est à son maximum, et les choses vont s'améliorer à partir de maintenant. » Ils disent que c'est à cause des baby-boomers et des gens de plus de 65 ans.

Par ailleurs, nous voyons différentes choses. Oui, les gens atteignent l'âge de 65 ans, et des gens qui perdent leur conjoint entre 60 et 65 ans vont avoir besoin de l'allocation, la Sécurité de la vieillesse, s'ils ont peu de revenus. Il y a des gens qui travaillent jusqu'à 70, 75 ou même 80 ans sans avoir de fonds pour leur retraite parce qu'ils n'ont jamais eu un emploi qui leur permettait d'économiser suffisamment. L'emploi les empêchait de toucher l'allocation plus tôt, mais une fois à la retraite, ils en ont besoin tous les mois pour vivre, parce qu'ils n'ont pas d'économies. La cause est peut-être un problème de santé, un divorce, ou la mort subite de leur conjoint, mais le fait demeure qu'ils n'ont pas d'économies. Donc, c'est une combinaison de...

• (1620)

M. Robert Morrissey: Je veux me concentrer sur le délai d'attente, le service pour lequel il fallait attendre 35 semaines.

Mme Anne Repetowski: Le délai d'attente?

M. Robert Morrissey: À votre avis, qu'est-ce qui cause ce problème?

Mme Anne Repetowski: On nous dit que c'est parce qu'il y a plus de gens qui vieillissent. Il y a plus de personnes âgées que jamais auparavant. Je ne pense pas que les responsables aient établi les plans nécessaires. Je ne peux pas parler au nom de Service Canada. Nous sommes un organisme sans but lucratif, et nous ne faisons que constater ce qui arrive. Nous pensons qu'ils n'ont pas augmenté le personnel. Je sais qu'il y a environ quatre ans, des réductions de personnel ont eu lieu à Service Canada. Je ne sais pas si c'était dans les centres d'appel ou seulement pour les services de traitement, mais il y a eu des réductions de personnel, et ensuite, on ne disposait pas du personnel nécessaire pour traiter les formulaires.

M. Robert Morrissey: C'est le visage humain de ce qui arrive lorsque le gouvernement suit le principe d'un gouvernement de petite taille. Le personnel nécessaire pour ces services essentiels aux personnes âgées, qui sont les membres les plus vulnérables de notre société — surtout les personnes âgées célibataires —, n'est pas en place. Cela correspond-il à votre expérience en Alberta? C'est ce que j'observe sur la côte Est.

Mme Anne Repetowski: Oui.

Mme Sherry Dennis: Je pense que le délai de traitement s'est allongé. Il est maintenant plus compliqué de traiter une demande, alors qu'il y a 10 ans, ce n'était pas aussi compliqué. On doit désormais remonter trois ans en arrière pour vérifier l'information. La situation a empiré. Maintenant, on a établi d'autres processus pour compliquer les choses.

M. Robert Morrissey: Alors, on a besoin de plus de gens.

Je veux adresser ma question sur l'amélioration de la sécurité du revenu au Dr Marcoux.

Dans votre brochure, vous avez indiqué que, depuis 2012, les taux de faible revenu chez les personnes âgées ont augmenté de façon marquée. L'une des premières mesures prises par notre gouvernement a été d'augmenter le SRG pour les personnes âgées célibataires, qui sont probablement celles qui subissent la plus grande pression financière dans notre société. Quel serait votre avis sur le fait que l'ancien gouvernement avait augmenté l'âge de l'admissibilité à la SV/au SRG — ou prévoyait de le faire — à 67 ans? Cette mesure exacerbe-t-elle le problème, ou bien comment faisons-nous pour le régler?

[Français]

Dr Laurent Marcoux: Je vous remercie de votre question.

Il est un peu difficile de porter un jugement sur ce que l'ancien gouvernement a fait. Cependant, nous constatons aujourd'hui que les personnes âgées sont de plus en plus appauvries, probablement parce que le coût de la vie a augmenté de façon disproportionnée.

Les logements sont de plus en plus coûteux. Cela fait en sorte que les personnes âgées, étant plus pauvres, sont plus vulnérables. Cela met même leur vie en danger. Les statistiques démontrent bien que les personnes plus pauvres meurent plus tôt, et il y a de multiples raisons à cela. La pauvreté est un facteur social majeur pour ce qui est de la santé, particulièrement dans le cas des personnes les plus vulnérables.

[Traduction]

M. Robert Morrissey: Mon autre question s'adresse au témoin du Cap-Breton.

Vos discussions sur le logement m'ont intéressé. Pourriez-vous aborder brièvement la situation unique à laquelle font face les personnes âgées des milieux ruraux? Beaucoup des options de logement que vous avez décrites en détail seraient plus adaptées à des collectivités urbaines. Comment voyez-vous la situation du logement pour les personnes âgées des milieux ruraux?

Mme Catherine Leviten-Reid: Le projet de recherche que nous avons mené s'est en fait déroulé dans des collectivités rurales. Il s'agissait de projets de logements ruraux. Dans les régions rurales du Canada atlantique, on compte un plus grand nombre de propriétaires que de locataires, alors on est dans une situation où davantage de personnes âgées vivent seules à la maison et finissent par devoir déménager. Au Canada atlantique, la pénurie de logements locatifs dans les collectivités rurales est plus grande que dans les collectivités urbaines.

Le président: Merci beaucoup.

La prochaine intervenante est Rachel Blaney.

Mme Rachel Blaney (North Island—Powell River, NPĐ): Je remercie tout le monde de sa présence.

Je veux demander à tous les témoins de répondre à une question simple par « oui », « non » ou « je m'abstiens ». Croyez-vous que le gouvernement devrait mettre en œuvre une stratégie nationale relative aux personnes âgées?

• (1625)

Mme Catherine Leviten-Reid: Oui.

M. Stephen Vail (directeur des politiques, Association médicale canadienne):

Bien sûr.

Dr Laurent Marcoux: Oui.

Mme Chantal Kealey (directrice de l'audiologie, Orthophonie & audiologie Canada): Oui.

Mme Meredith Wright: Oui.

Mme Anne Repetowski: Oui.

Mme Rachel Blaney: Qu'en est-il de la représentante de Langley?

Mme Debra Hauptman: Oui.

Mme Rachel Blaney: Enfin, je vous pose la question.

Mme Sherry Dennis: Oui, bien entendu.

Mme Rachel Blaney: Merci à tous. Je voulais m'assurer que cela figure au compte rendu.

Tout d'abord, je voudrais poser des questions aux représentants de l'Association médicale canadienne. Votre organisation est responsable de beaucoup des démarches qui nous ont permis d'être là aujourd'hui. Je pense que nous devons tous vous remercier de ce travail exceptionnel. À mes yeux, il est clair que les Canadiens veulent assurément qu'un plan soit créé.

Je vais laisser l'un ou l'autre répondre, en fonction de la question.

La première que je me pose est la suivante: pouvez-vous nous dire ce qu'une stratégie apporterait à notre système actuel et pourquoi vous pensez que nous en avons besoin d'une?

[Français]

Dr Laurent Marcoux: Votre question concerne exactement la raison centrale pour laquelle nous sommes ici.

Le système de santé canadien a été institué il y a 50 ans, et on n'y a pas apporté beaucoup de changements depuis. À l'époque, la population du Canada était de 20 millions d'habitants et l'espérance de vie était de 70 ans. Puisque l'espérance de vie était de 70 ans, il n'y avait pas beaucoup de places pour les personnes souffrant de maladies chroniques ni pour les personnes âgées. Depuis ce temps, nous avons le même système de santé, qui est conçu de telle sorte que nous devons nous rendre à l'hôpital pour recevoir des soins de santé.

Comme je l'ai dit dans ma présentation — d'ailleurs, c'est aussi bien décrit dans le livret que nous vous avons remis —, le système de santé n'est pas adapté pour traiter les personnes âgées qui souffrent de multiples maladies chroniques et qui ne veulent pas passer la fin de leurs jours dans un lit d'hôpital ou à l'urgence en compagnie d'inconnus ou de gens qui ne font pas partie de leur milieu de référence. Elles veulent qu'on les traite à la maison, et cela, c'est possible.

Lorsque nous parlons de soins à domicile, nous ne parlons pas des soins à domicile qui consistent à aller changer des pansements après une hospitalisation. En fait, il s'agit plutôt de soins à domicile pour prévenir l'hospitalisation. Ainsi, si une personne se lève un matin et ne se sent pas bien, elle peut avoir accès à un système sans nécessairement se rendre à l'urgence. On lui demandera ce qui ne va pas et on va envoyer quelqu'un chez elle en fonction du problème décrit. Cela, c'est possible.

À cet égard, il y a eu des expériences très positives dans différentes parties du Canada. La Nouvelle-Écosse en est un bon exemple. À Québec, un CLSC travaille en amont des problèmes des gens, de sorte que ces derniers ne sont pas obligés d'aller à l'hôpital dès qu'ils ont des problèmes. Ils y vont le moins souvent possible.

L'hôpital de Châteauguay, où j'ai occupé le poste de directeur médical, a aussi fait certaines expériences, principalement auprès de patients atteints d'insuffisance cardiaque. Nous avons remis aux patients un outil qui ressemblait à un appareil téléphonique. Chaque jour, les patients devaient y inscrire la quantité de liquide qu'ils avaient bu la veille, leur poids exact, leur température, leur pression et leur taux de glucose. Nous savons que, pour maintenir la fonction cardiaque, il ne faut pas boire trop de liquide. Cet outil permettait aux gens de voir s'ils devaient faire un peu plus attention à cela, ce jour-là. L'hôpital recevait les résultats de dizaines de patients. Si les médecins voyaient que quelque chose n'allait pas, ils intervenaient. De plus, cela a souvent permis d'éviter la déstabilisation de l'état de la personne.

L'expérience, menée auprès de groupes témoins, a permis de démontrer que le fait de permettre aux gens de se prendre en main à domicile avait entraîné une baisse spectaculaire du taux d'hospitalisation et du nombre de consultations à l'urgence.

[Traduction]

Mme Rachel Blaney: Si vous aviez une emprise totale sur le processus, comment mettriez-vous en œuvre une stratégie au cours des mois à venir? Quelles seraient les toutes premières étapes?

[Français]

Dr Laurent Marcoux: En fait, la stratégie ne comprend pas de première étape à proprement parler.

Toutes les parties prenantes doivent créer une culture de la personne âgée, tant pour le harcèlement financier qu'elle subit à la maison que pour ouvrir le débat sur la réalité du vieillissement de la population. La population âgée va doubler au cours des prochaines années. Le vieillissement de la population n'est pas hypothétique. Les personnes âgées sont là, et on doit s'en occuper. En tant que pays développé, le Canada ne peut pas se permettre de laisser les personnes âgées mourir seules à la maison.

[Traduction]

Mme Rachel Blaney: Cette année, il y a une lacune au chapitre des soins en établissement. Nous avons une demande non comblée dépassant les 8 000 places et un besoin prévu de 10 500 nouvelles places par année pour les 19 prochaines années, ce qui donne un total de 199 000 nouvelles places d'ici 2035.

Pensez-vous que le financement actuel soit adéquat?

[Français]

Dr Laurent Marcoux: Il faut se demander si on a seulement besoin de lits. Votre question est tout à fait pertinente. Non seulement nous avons besoin de lits, mais nous avons aussi besoin de ressources pour les personnes âgées.

Plusieurs personnes âgées auront besoin d'un lit dans une institution de longue durée, parce qu'elles auront des problèmes cognitifs importants et des problèmes de mobilité tellement importants qu'elles ne pourront pas se déplacer. Toutes les autres, cependant, devraient avoir accès à des soins à domicile repensés et bien adaptés. Déjà là, on peut faire un bon bout de chemin, et à la satisfaction des patients.

Nous pouvons également faire intervenir les aidants naturels. Actuellement, les aidants naturels sont les victimes d'un système mal organisé. Ils perdent du travail et des ressources financières. Ils mettent leur santé mentale et leur santé physique à risque en s'occupant des personnes âgées. Ils ont besoin d'un peu de soutien. Il s'agit là d'un levier important dans le domaine des soins prodigués aux personnes âgées.

• (1630)

[Traduction]

Mme Rachel Blaney: Nous avons reçu des messages obscurs de la ministre et du premier ministre relativement à la mise en œuvre de cette stratégie, alors j'espère certainement que ce processus sera enclenché, parce que j'entends dire haut et fort qu'il le faut.

[Français]

Dr Laurent Marcoux: Je l'espère aussi.

[Traduction]

Je l'espère vraiment pour nos personnes âgées également. Merci beaucoup.

Mme Rachel Blaney: Merci.

Le président: Merci à vous deux.

Monsieur Robillard, vous disposez de six minutes.

M. Yves Robillard (Marc-Aurèle-Fortin, Lib.): Merci, monsieur le président.

[Français]

Madame Leviten-Reid, quel doit être le rôle des organismes sans but lucratif, des coopératives et des communautés au sens large lorsqu'il est question d'appuyer la population dans son vieillissement? Comment, selon vous, le gouvernement fédéral pourrait-il venir en aide à ces organismes qui, en retour, aident les aînés?

[Traduction]

Mme Catherine Leviten-Reid: C'est une excellente question. Deux ou trois personnes ont déjà abordé ce sujet, mais il s'agit en réalité d'établir des partenariats à l'échelon local. Vous parlez de partenariats entre des organismes communautaires et des promoteurs immobiliers. Tiennent-ils des discussions sur le fait de vieillir en santé? Il ne s'agit pas que de mise en valeur des infrastructures. Il est question de travailler ensemble pour favoriser un vieillissement en santé.

Je pense que c'est le rôle que jouent les organismes communautaires. Avec eux, on parle de coopératives. Il pourrait s'agir, par exemple, d'une caisse populaire qui devient partenaire dans le cadre d'un projet immobilier. Certes, en Nouvelle-Écosse, il y a une coopérative de crédit qui fait don de terrains pour la construction de logements abordables destinés aux personnes âgées. Ils peuvent également jouer ce genre de rôle.

Les organismes communautaires peuvent être des champions, du fait qu'ils pourraient posséder l'expertise requise pour faire démarrer un projet et, encore une fois, les caisses populaires ont joué des rôles clés dans des coopératives de soins de santé multipartites, en fait, dans la province de Québec.

En ce qui concerne le rôle du gouvernement fédéral en particulier, je ne suis pas tout à fait certaine de la réponse à cette question. Il s'agit peut-être de donner l'exemple de ce à quoi ressemblent les partenariats et de présenter des pratiques exemplaires à l'intention d'organisations œuvrant aux échelons provincial ou communautaire.

[Français]

M. Yves Robillard: Comment une stratégie nationale pour les aînés doit-elle s'adapter aux préretraités? En quoi les enjeux des gens en préretraite sont-ils différents de ceux des retraités ou même des aînés qui travaillent toujours? Quelle devrait être la réponse du gouvernement?

[Traduction]

Mme Catherine Leviten-Reid: Cette question s'adresse-t-elle à moi également?

M. Yves Robillard: Oui.

Mme Catherine Leviten-Reid: En ce qui concerne le logement abordable, je ne considère pas nécessairement qu'il y ait une différence entre le fait d'être à la retraite ou non. Plusieurs des personnes âgées que nous avons interrogées travaillaient encore, mais elles vivaient dans un logement locatif abordable, alors je ne suis pas certaine qu'il y aurait une différence en ce qui a trait à ce genre de logement pour personnes autonomes.

[Français]

M. Yves Robillard: Madame Leviten-Reid, puisque vous enseignez au Cap-Breton, j'imagine que vous avez une expertise très poussée en matière de vieillissement des gens des Maritimes.

Que pouvez-vous nous dire au sujet des conditions associées au fait de vieillir dans les Maritimes, comparativement à celles d'ailleurs au pays? Quelles leçons l'ensemble du pays peut-il en tirer? Échangez-vous entre experts à ce sujet?

[Traduction]

Mme Catherine Leviten-Reid: Je pense avoir compris votre question. Voulez-vous que je compare la situation des aînés du Canada atlantique à celle de ceux du reste du Canada?

[Français]

M. Yves Robillard: Oui.

[Traduction]

Mme Catherine Leviten-Reid: D'accord. Premièrement, les taux d'accession à la propriété sont plus de personnes âgées sont propriétaires de leur maison au Canada atlantique que dans les autres régions du pays, et, par conséquent, moins de logements locatifs sont accessibles aux personnes âgées dans les collectivités rurales de cette région que dans le reste du pays.

[Français]

M. Yves Robillard: Avez-vous des échanges entre experts?

[Traduction]

Mme Catherine Leviten-Reid: Je ne sais pas tout à fait comment répondre à votre question.

•(1635)

M. Yves Robillard: Avec les autres provinces, entre experts, échangez-vous des pratiques?

Mme Catherine Leviten-Reid: Concernant la promotion immobilière?

M. Dan Ruimy (Pitt Meadows—Maple Ridge, Lib.): Concernant les pratiques exemplaires.

Mme Catherine Leviten-Reid: Je suppose que je ne sais pas tout à fait comment répondre à cette question non plus.

Je pense aux recherches sur le logement communautaire que je mène et à l'organisation avec laquelle je travaille. Il est certain que nous assistons au congrès de l'Association canadienne d'habitation et de rénovation urbaine, que nous y présentons un exposé et que nous écoutons celui de gens d'autres régions du pays également. Il y a l'Alliance canadienne pour mettre fin à l'itinérance. Nous assistons à ce congrès également et apprenons des autres.

Alors, il est certain que oui. J'espère que c'est une réponse acceptable à la question. Si ce n'est pas le cas, je peux tenter de la clarifier davantage.

M. Yves Robillard: Je vais partager mon temps avec M. Ruimy.

Le président: Il ne reste qu'environ 30 secondes.

M. Yves Robillard: C'est bien.

Le président: Avez-vous une brève question à poser? Vous disposez de 25 secondes.

M. Dan Ruimy: Je vais simplement formuler un petit commentaire, dans ce cas.

Madame Wright, vous avez mentionné la perte auditive et la démence. Ce sujet m'intéresse beaucoup parce que je pense que la démence a un grand rôle à jouer, puisqu'elle fait partie des maladies qui touchent nos aînés. Je ne suis pas certain d'où ce sujet nous mènera.

Combien de temps me reste-t-il?

Le président: Votre temps de parole est écoulé, mais devinez quoi? Vous êtes le prochain intervenant, alors vous disposez de six minutes.

M. Dan Ruimy: Merci beaucoup.

Je vous reviens dans un instant.

Merci à tous de vos exposés.

Il est clair qu'il s'agit d'une question qui aurait dû être réglée au cours des 20 dernières années. Nous n'y avons pas prêté suffisamment attention, et nous savions que le moment allait venir, de façon générale. Il ne s'agit pas de pointer du doigt ni de blâmer des gens.

Une des choses que nous savons avec certitude, c'est que, si nous réussissons à régler le problème du logement, cela changera beaucoup la donne, car nous avons entendu dire que la différence entre une personne âgée de la Colombie-Britannique et une des Maritimes, c'est qu'il reste 400 \$ dans les poches de la première à la fin de chaque mois, comparativement à 1 400 \$ dans les poches de la deuxième. C'est le premier élément. Nous devons régler ce problème, mais nous le savons.

Je veux discuter du système médical avec le Dr Marcoux.

Si vous regardez les praticiens de partout au pays, quel pourcentage, de praticiens — ou combien d'entre eux — se spécialisent dans les soins aux aînés, ou bien y a-t-il plus de généralistes? Quelle est la répartition?

[Français]

Dr Laurent Marcoux: Vous soulevez un bon point.

Les personnes âgées sont généralement traitées par leur médecin de famille jusqu'à la fin de leurs jours. Nous aurions besoin de plus d'assistance et de davantage de gériatres que nous n'en avons actuellement. Ces gériatres devraient être habilités à travailler davantage dans la communauté que dans les établissements de santé. Les personnes âgées ne se retrouvent pas dans les hôpitaux de soins aigus. En fait, elles s'y retrouvent parfois, mais elles obtiennent de mauvais soins parce qu'elles ne devraient pas être là.

Dans les établissements de soins de santé du Canada, 20 % des lits sont occupés par des personnes en attente de placement, à leur grand détriment, et c'est très coûteux.

Récemment, une amie de longue date était hospitalisée dans un centre de courte durée. C'est l'un des meilleurs à Montréal. Pour ce qui est des soins qu'elle y recevait, c'était d'une tristesse incroyable. Elle était laissée à elle-même. Je ne dis pas que les gens qui y travaillent n'étaient pas compétents. C'est plutôt que le centre n'était simplement pas organisé pour offrir les soins requis.

Il faut donc des gériatres orientés vers les pratiques à domicile. Nous devons organiser un système pour que les gens à domicile y reçoivent des soins et puissent y rester plus longtemps de façon sécuritaire et confortable.

Je suis très sensible au fait que nous avons besoin d'hébergement et d'augmenter le nombre de lits, mais les lits sont déjà là. Les personnes âgées sont déjà dans leur lit, dans leur maison et dans leur milieu. Gardons-les là le plus longtemps possible, et de façon sécuritaire. Cela coûte également beaucoup moins cher.

M. Dan Ruimy: Comment pouvons-nous augmenter le nombre de médecins qui se spécialisent en gériatrie?

Dr Laurent Marcoux: Actuellement, j'ai en tête l'exemple d'un gériatre de Québec qui voudrait travailler pour des organismes communautaires. Cependant, les modes de rémunération ne sont pas établis en fonction d'un travail en milieu communautaire, ils sont plutôt liés aux actes accomplis à l'hôpital. Un jeune gériatre fait donc du bénévolat parce qu'il y croit beaucoup.

Il faut un leadership fort de la part du gouvernement central, des gouvernements provinciaux et des associations comme la nôtre pour entraîner un changement de méthodes afin de favoriser la pratique médicale à domicile.

• (1640)

[Traduction]

M. Dan Ruimy: L'Association médicale canadienne assume-t-elle un rôle de leadership pour ce qui est d'exercer des pressions afin qu'il y ait davantage de spécialistes en gérontologie?

[Français]

Dr Laurent Marcoux: Nous ne l'avons pas fait directement, mais le besoin existe bel et bien.

[Traduction]

M. Dan Ruimy: D'accord.

Une partie du défi que nous devons relever consiste à nous demander si nous devons démanteler tout le système ou si nous devons réaffecter nos ressources de manière à disposer d'un plus grand nombre de spécialistes qui comprennent, surtout lorsqu'il s'agit de la démence et de la maladie de Parkinson, parce qu'il y a beaucoup de gaspillage dans le système.

Je vais passer à la Langley Care Society.

Debra, vous avez beaucoup parlé des soins à domicile. Nous avons annoncé que nous remettons aux provinces une partie des 6 milliards de dollars destinés aux soins à domicile. En aviez-vous entendu parler?

Mme Debra Hauptman: Oui.

M. Dan Ruimy: Voyez-vous arriver quoi que ce soit dans le cadre de cette initiative? Si ce n'est pas le cas, à quoi ressemble la situation en ce qui a trait aux soins à domicile? Je suis curieux de savoir.

Mme Debra Hauptman: Je n'ai pas encore vu de fonds être versés. Nous venons tout juste de tenir des élections provinciales. Je pense que le gouvernement tente de tout mettre en branle. Dans le cas des soins à domicile, il y a un plafond de quatre heures par jour. C'est tout simplement extrêmement inadéquat. S'il est question de...

M. Dan Ruimy: Désolé. Qui a établi le plafond de quatre heures par jour?

Mme Debra Hauptman: C'est à l'échelon provincial.

M. Dan Ruimy: Le gouvernement provincial.

Mme Debra Hauptman: Oui.

M. Dan Ruimy: A-t-il toujours été de quatre heures par jour?

Mme Debra Hauptman: Il s'agit de la limite supérieure absolue, oui.

M. Dan Ruimy: D'accord.

Ce plafond n'a pas été modifié grâce aux nouveaux fonds qui ont été affectés.

Mme Debra Hauptman: Pas encore.

M. Dan Ruimy: Avez-vous d'autres idées concernant ce à quoi devraient ressembler les soins à domicile? Que voudriez-vous voir en ce qui concerne ces soins?

Mme Debra Hauptman: Cela doit être tellement plus de choses. Il doit y avoir plus d'heures d'accessibilité et plus de flexibilité quant à la façon dont c'est fourni; on doit affecter des gens aux mêmes maisons plutôt qu'une personne différente chaque jour, trois fois par semaine. Le soir et les fins de semaine, les gens ont besoin de soins à domicile.

Que peut faire une épouse de 95 ans pour s'occuper de son époux de 97 ans les 20 autres heures de la journée?

M. Dan Ruimy: Il me reste environ deux secondes.

C'était quatre heures. À votre avis, combien d'heures faudrait-il? Qu'est-ce qui serait logique?

Mme Debra Hauptman: Cela pourrait aller jusqu'à toute une journée, des soins sur une période de 24 heures.

Le président: Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à la députée Wong, s'il vous plaît.

L'hon. Alice Wong (Richmond-Centre, PCC): Merci, monsieur le président.

Merci beaucoup à tous les invités qui sont venus de différentes régions de nos provinces et de nos territoires — pas encore de nos territoires — de différentes provinces et différentes disciplines. Je peux voir que presque toutes nos stratégies sont là.

Félicitations tout particulièrement à l'Association médicale canadienne. Nous avons déjà travaillé en étroite collaboration. Merci de vos services passés. Votre présentation expose vraiment dans les grandes lignes ce à quoi exactement nos stratégies devraient ressembler.

J'aimerais commenter précisément quelques éléments que certains de nos témoins ont mentionnés, toute l'idée de deux situations, où des aînés très en santé continuent d'avoir besoin de nos services d'autres façons, comme pour rester en santé, puis des aînés très fragiles qui ont besoin d'aide supplémentaire, particulièrement sur le plan médical et sur le plan des soins. De plus, nous avons les aînés seuls qui sont en santé, mais ne savent pas où aller. Ils ressentent de la solitude et finissent par tomber malades étant donné toutes les conséquences négatives sur leur situation mentale, qui a aussi été documentée.

J'aimerais fournir des commentaires sur quelques éléments. Vous avez mentionné le programme Silver Line, au Royaume-Uni, avec lequel beaucoup d'ainés communiquent. Je comprends que le programme Nouveaux Horizons pour les aînés finance aussi des organisations locales pour qu'elles fassent exactement cela, pour qu'elles aient des bénévoles et forment des bénévoles pour le faire.

Croyez-vous qu'il soit nécessaire d'augmenter le financement pour que cette partie de nos services aux aînés puisse être vraiment enrichie?

• (1645)

Mme Debra Hauptman: Oui, nous avons le programme Nouveaux Horizons. Nous venons de le lancer cet été, mais je pense qu'il pourrait croître de façon importante. Nous n'aurons pas besoin de ressources énormes, parce qu'il repose sur des bénévoles et est appuyé par ceux-ci. Je pense que c'est quelque chose qui pourrait être mis en place dans l'ensemble du Canada, ce type de programme de sensibilisation. Nous avons eu une bonne réponse de la part de personnes qui souhaitent se porter bénévoles ainsi que d'autres qui souhaitent participer.

L'hon. Alice Wong: Merci.

Ma prochaine question s'adresse aux grandes organisations.

Croyez-vous qu'il soit nécessaire de prévoir du financement à long terme, comme trois ou cinq ans, afin que vos organisations puissent vraiment faire quelque chose qui est durable?

Je m'adresse à l'AMC ou aux audiologistes.

Madame Wright ou n'importe qui d'entre vous.

Mme Meredith Wright: Oui, je pense que c'est très important d'avoir un financement durable. Les problèmes de santé auxquels les aînés font face en ce qui concerne leurs problèmes de communication et d'audition ne disparaîtront pas. Des programmes qui ont un financement durable doivent être mis en place.

Au cours des dernières années, nous avons subi des compressions, des postes d'orthophoniste et d'audiologiste dans des hôpitaux étant été éliminés selon le principe que certains aspects des soins que nous fournissons devraient être fournis dans la collectivité; toutefois, aucun financement pour que ces services soient en place n'est allé à la collectivité.

Cela correspond à l'idée de l'Association médicale canadienne au sujet du centre de médecine de famille, par exemple, où il pourrait y avoir une pratique médicale qui ferait participer d'autres professionnels de la santé également afin d'aider à réagir à certains des problèmes liés à la parole et à l'audition chez les aînés plus vulnérables et fragiles.

L'hon. Alice Wong: J'ai entendu parler de beaucoup de problèmes concernant les soins de santé. Bien sûr, cela relève principalement de la compétence du gouvernement provincial.

Mme Meredith Wright: Tout à fait.

L'hon. Alice Wong: Il semble nécessaire qu'il y ait plus de coordination entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Nous avons auparavant le Forum FPT des ministres responsables des aînés, qui se tenait chaque année, lequel permettait la communication d'enjeux touchant le logement et la santé des aînés et tout autre sujet. Les provinces exercent aussi leur propre compétence par rapport aux villes. Tous les trois ordres de gouvernement s'attaquent aux mêmes défis.

Diriez-vous que c'est un modèle que nous pouvons suivre?

[Français]

Dr Laurent Marcoux: Vous abordez un point très important en mentionnant le financement du système et en demandant qui doit être le leader en cette matière.

Dans un pays comme le nôtre, on attend beaucoup du fédéral qu'il soit le leader, celui qui montre la voie et qui donne les directives que les provinces vont appliquer.

Cependant, l'investissement dont vous parlez est très important. Il faut un investissement suffisant. Par ailleurs, si on procède à une transformation du système de santé, comme je le préconisais précédemment, il y aura sûrement un coût rattaché à cela et un effort à fournir. Il a été bien démontré que 20 % des lits occupés par des personnes en attente de placement coûtaient près de 1 000 \$ par jour, en Ontario. Le montant est similaire dans chaque province, soit 842 \$ par jour. Or une place en établissement de soins de longue durée, le milieu de vie d'un patient qui demande des soins continus, est de 126 \$ par jour, et les soins à domicile coûtent 45 \$ par jour. Entre 45 \$ et 842 \$ par jour pour garder ces gens à domicile dans un confort acceptable, il y a une marge de manoeuvre.

Oui, il faut procéder à un investissement, mais il faut aussi changer le système de santé périmé qui existe depuis 50 ans et qui doit être adapté à une société qui a évolué.

Changer est toujours difficile. On dit qu'il ne faut pas changer seulement lorsqu'il y a une crise, or cette crise est tout près de nous, et si on ne s'en préoccupe pas, d'ici 20 ans, certains de nos proches se retrouveront très démunis dans la société.

[Traduction]

Le président: Merci beaucoup.

Maintenant, pour six minutes, nous avons M. le député Sangha, s'il vous plaît.

M. Ramesh Sangha (Brampton-Centre, Lib.): Merci, monsieur le président.

Merci aux témoins d'être venus aujourd'hui avec ces renseignements utiles concernant les soins des aînés.

Nous parlons d'inclusion concernant la participation des aînés. Dans votre déclaration, vous avez mentionné des espaces communs dans les logements sociaux des aînés. Les constructeurs ne veulent pas les construire. Cela coûte cher s'ils laissent ces espaces, mais c'est le meilleur endroit pour que les aînés puissent se rassembler et interagir les uns avec les autres.

À votre avis, mis à part le fait de fournir plus de fonds pour construire de bons logements, que pourrait-on faire d'autre?

• (1650)

Mme Catherine Leviten-Reid: Mis à part un financement supplémentaire pour soutenir l'inclusion d'espaces communs, que pourrait-on faire d'autre pour soutenir le vieillissement en santé des aînés qui s'installent dans des logements locatifs sans aide?

M. Ramesh Sangha: Oui, s'il vous plaît.

Mme Catherine Leviten-Reid: Le fait de prêter attention au transport revient souvent lorsque nous travaillons avec des collectivités rurales. Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse a maintenant un plan d'action pour la population vieillissante, et un de ses champs d'action porte sur la création de meilleurs services de transport dans les collectivités rurales. C'est certainement un de ses champs d'action. Cela pourrait être des partenariats avec des organismes sans but lucratif dans des collectivités qui fournissent des services aux aînés, y compris la popote roulante ou des programmes d'exercice, par exemple. J'ai certainement vu cela dans la province. On pourrait faire bien d'autres choses pour améliorer la qualité de vie de personnes qui vivent dans des logements locatifs sans aide.

M. Ramesh Sangha: Merci beaucoup.

Je vais partager mon temps avec M. Lauzon.

[Français]

M. Stéphane Lauzon (Argenteuil—La Petite-Nation, Lib.): Je remercie beaucoup nos témoins.

Vous avez apporté des éléments très intéressants et très constructifs.

Vous avez beaucoup parlé de logement, mais j'aimerais vous entendre parler du rôle que le gouvernement fédéral pourrait davantage jouer. Croyez-vous devoir remonter jusqu'au Code national du bâtiment pour qu'on puisse construire des nouvelles structures? Croyez-vous qu'il faudrait travailler avec les provinces, les territoires et les municipalités afin que le Code du bâtiment soit modifié pour que les logements soient adaptés ou adaptables, au besoin?

[Traduction]

Mme Catherine Leviten-Reid: Je peux y aller en premier. Peut-être; c'est une idée intéressante. Je ne suis pas certaine que ce soit absolument nécessaire. Compte tenu de l'argent que les provinces et les territoires reçoivent grâce à l'investissement dans le programme de logement abordable, je pense qu'il y a des exigences particulières auxquelles les constructeurs doivent se conformer. Par exemple, actuellement, juste dans l'ensemble des logements locatifs abordables en Nouvelle-Écosse, 10 % des unités doivent être à accès facile. C'est un exemple — il suffit simplement de changer cette exigence.

Si un projet s'adresse tout particulièrement aux aînés, l'ajout d'une salle commune serait une dépense admissible, par exemple. Il y a d'autres administrations... Dans la province de Québec, quand je travaillais sur ce projet de recherche en 2012, le fait d'avoir une salle commune dans certains types de logements était une dépense admissible pour les promoteurs.

M. Stéphane Lauzon: Je pense que nous travaillons ensemble pour cela.

Mme Catherine Leviten-Reid: Tout à fait.

[Français]

M. Stéphane Lauzon: Vous avez aussi abordé un élément important, soit les 20 000 lits occupés que les gens pourraient libérer en retournant vivre à la maison.

Le Dr Marcoux a mentionné plus tôt qu'il serait très important de commencer à la base, à savoir la sensibilisation au besoin d'infrastructures existantes. Cet élan doit venir des grands décideurs, soit les paliers fédéral ou provincial.

Croyez-vous qu'on puisse chiffrer le coût de ces 20 000 lits?

Si on investissait ce montant dans le logement, cela nous permettrait-il d'économiser ou il nous en coûterait plus cher de garder ces personnes à la maison?

Dr Laurent Marcoux: Plus tôt, je disais que les lits dans les établissements de courte durée coûtaient en moyenne 850 \$ par jour et que de garder les gens à la maison coûtait beaucoup moins cher.

Effectivement, il faut améliorer le logement des gens à la maison, mais la vie d'une personne âgée n'est pas limitée au logement. La communauté doit être accueillante envers les personnes âgées. C'est pourquoi je parlais de changer la culture vis-à-vis les personnes âgées. Il faut que les trottoirs, les allées, les entrées dans les lieux publics soient adaptés pour inciter la personne âgée à sortir de chez elle.

Une personne âgée en santé ne reste pas entre quatre murs en attendant sa mort. C'est une personne engagée dans la société et qui sent qu'elle en fait encore partie. C'est très important, et c'est pour cela qu'on dit que les personnes plus fortunées vivent plus longtemps. En effet, elles ont les moyens de sortir, de se faire transporter, d'aller au théâtre ou cinéma, et le reste. De leur côté, les personnes qui n'ont aucuns moyens sont confinées à la maison et attendent la mort. Ce n'est pas ainsi que l'on peut respecter les personnes âgées.

● (1655)

M. Stéphane Lauzon: Croyez-vous que le fédéral aurait un rôle important à jouer quant à l'isolement des aînés, selon les décisions que nous allons prendre?

[Traduction]

Le président: Soyez brève, s'il vous plaît.

[Français]

Dr Laurent Marcoux: Il faut lever le drapeau rouge. C'est à vous de le faire, votre gouvernement est pancanadien. C'est au fédéral de lever le drapeau et de dire aux provinces que ce problème est en vue et qu'il nous concerne tous.

[Traduction]

Le président: Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à M. Blaney.

[Français]

L'hon. Steven Blaney: Je vous remercie beaucoup, monsieur le président.

Comme on le voit, le fédéral a du pain sur la planche. Les témoignages nous ont révélé des problèmes relatifs aux délais d'attente incroyables, en Alberta par exemple, qui ont augmenté depuis deux ans.

On parle d'argent pour le logement, mais l'argent n'a pas encore été versé, en Colombie-Britannique, par exemple, où les besoins sont importants.

M. Morrissey nous a parlé tout à l'heure du Supplément de revenu garanti. Selon l'actuaire en chef du Canada, 230 000 aînés seront privés du Supplément de revenu garanti. C'est une somme de 3 milliards de dollars en moins pour eux. Il y a donc du pain sur la planche.

Je vais immédiatement passer à mes deux questions.

Je vais parler lentement parce que j'aimerais obtenir une réponse de la part de nos témoins anglophones.

[Traduction]

Une organisation du Québec a dit que chaque gouvernement devrait examiner chaque politique du point de vue des aînés. C'est une partie croissante de la population. J'aimerais savoir si vous pensez qu'il serait approprié d'inclure dans une stratégie nationale la nécessité que tout gouvernement canadien examine toute politique du point de vue des aînés.

Je vais commencer par Debra, si vous avez compris ma question.

Mme Debra Hauptman: Est-ce que le gouvernement fédéral, tous les ordres de gouvernement, devraient examiner les politiques du point de vue des aînés?

L'hon. Steven Blaney: Exactement.

Mme Debra Hauptman: Oui, ils le devraient.

Dans la conception de collectivités amies des aînés, que nous avons établies à Langley... J'ai participé à un comité qui a fait passer notre canton par ces étapes afin qu'il devienne une collectivité amie des aînés. C'est une des mesures d'une collectivité amie des aînés. C'est une bonne suggestion.

L'hon. Steven Blaney: Je vais passer à mon amie de Grande Prairie. C'est un peu comme le développement durable. Nous avons dit que chaque direction générale devrait examiner la question. Qu'en est-il des personnes vivantes, nos aînés? Le gouvernement devrait-il examiner cela sous l'angle des aînés?

Mme Sherry Dennis: Je suis d'accord. Je pense qu'il le devrait.

Nous sommes un organisme sans but lucratif. Obtenir les renseignements de la part des travailleurs de première ligne, les aidants qui sont juste là auprès des aînés, qui les aident... Dans la collectivité, il y a une occasion très forte d'aider les aînés à prendre la parole. Nous sommes la première ligne. Nous sommes là avec eux.

Vous pouvez parfois obtenir plus avec moins avec les organismes sans but lucratif, parce que les aidants font des heures supplémentaires. Nous sommes là jour et nuit pour prendre leur appel.

L'hon. Steven Blaney: C'est vrai. En réalité, mon collègue Mark Warawa estime qu'il devrait y avoir un crédit. Ici, à Ottawa, y a-t-il du soutien pour que l'on adopte le point de vue des aînés? Êtes-vous en faveur de cela?

[Français]

Dr Laurent Marcoux: Nous sommes certainement favorables à cela. J'ai parlé de la culture de la personne âgée, qui veut qu'on ne fasse plus rien sans penser qu'une personne sur cinq — et bientôt une personne sur quatre — sera âgée.

L'hon. Steven Blaney: Dans ma circonscription, à Lévis, c'est déjà une personne sur cinq. C'est une population vieillissante.

Monsieur Marcoux, vous avez dit que le nombre d'aînés doublera d'ici 30 ans et qu'il faut les garder en forme. Nous avons instauré un crédit d'impôt pour les jeunes, mais il a été supprimé par le gouvernement libéral.

À la recommandation 9 de votre mémoire, il est notamment question d'activité physique. Un crédit d'impôt serait-il un bon incitatif pour garder actifs les jeunes et les aînés? Vous avez beaucoup parlé de prévention.

Dr Laurent Marcoux: La politique que nous proposons prévoit un crédit d'impôt pour les aidants naturels.

• (1700)

L'hon. Steven Blaney: Oui.

Dr Laurent Marcoux: Les aidants naturels sont en train de crouler sous le fardeau de leur tâche. Ils doivent s'absenter du travail et ils mettent leur santé en péril.

Tout le monde peut faire cela pendant quelques semaines, mais c'est souvent impossible de donner des soins à une personnes âgée en perte d'autonomie qui doit attendre longtemps avant d'être placée à un endroit.

L'hon. Steven Blaney: Il faudrait qu'il y ait un crédit d'impôt pour les proches aidants. Mme Dennis en a aussi parlé.

Monsieur Marcoux, vous êtes médecin. On sait maintenant que le gouvernement veut taxer les entrepreneurs, dont les médecins. Pensez-vous que la fameuse taxe Morneau aidera à garder les médecins en région? Pourra-t-elle avoir des effets négatifs sur les aînés?

Dr Laurent Marcoux: Nous en avons justement parlé hier au Comité sénatorial permanent des finances nationales. Je le répète ici aujourd'hui: changer un système qui existe depuis 45 ans aura des conséquences inattendues, imprévisibles et probablement négatives.

Certes, il faut revoir le système de taxation. Tout système, notamment le système de santé qui existe depuis 50 ans, doit être revu et adapté aux temps modernes. Toutefois, il faut prendre le temps de vérifier si la marche est solide avant d'y poser le pied.

L'hon. Steven Blaney: Cela ne doit donc pas se faire aux dépens des aînés. Or c'est ce qui se passe présentement.

Dr Laurent Marcoux: Cela ne doit se faire aux dépens de personne.

L'hon. Steven Blaney: Je vous remercie beaucoup.

[Traduction]

Le président: Merci beaucoup.

Madame Blaney, vous avez trois minutes.

Mme Rachel Blaney: Merci.

Catherine, j'aimerais m'adresser à vous.

Dans le projet de recherche mesurant les différences entre les coopératives, vous avez démontré les avantages du troisième secteur, ou des organisations sans but lucratif et des coopératives pour la population âgée. Pouvez-vous rapidement dire au Comité quels sont ces avantages et comment le gouvernement fédéral peut élargir ce secteur de l'économie?

Mme Catherine Leviten-Reid: Un des avantages, c'est qu'il y a un mécanisme intégré pour la participation des résidents, particulièrement dans le modèle de coopérative, soit par l'intermédiaire d'une coopérative régie par des locataires soit par une coopérative de multiples intervenants, où vous avez des locataires qui siègent au conseil, mais où un représentant de la clinique de soins de santé locale pourrait aussi siéger au conseil. Quoi qu'il en soit, cela fait partie de l'ADN d'une coopérative. Dans le cas d'un organisme sans but lucratif, on pourrait ou non prévoir la participation de locataires, selon la façon dont son conseil est structuré. C'est un avantage.

Le deuxième avantage, c'est l'orientation communautaire du fournisseur de logements. C'est un projet de recherche différent, fondé sur les mêmes données, où nous avons examiné les promoteurs en fonction de l'état de leur constitution en société. C'est le promoteur qui était constitué en société à but lucratif qui mettait le plus l'accent sur les coûts et ne prévoyait pas d'espace commun dans le projet immobilier. Bien sûr, si quelque chose devait arriver à ces projets de logements locatifs, les actifs de la coopérative et de l'organisme sans but lucratif appartiendraient à la collectivité. Ils n'appartiennent pas à un propriétaire privé.

Je dirais que ce sont là les avantages.

Que pouvez-vous faire? Je sais que, dans le passé, vous avez eu des partenariats privilégiés avec les secteurs des coopératives et des organismes sans but lucratif. Je ne suis pas certaine que je suis prête à dire que cela devrait être refait, parce qu'une très grande partie de nos logements locatifs sont fournis par l'intermédiaire de locations du marché privé. Celui-ci est vraiment un intervenant important. L'enjeu, toutefois, consiste encore à renforcer la capacité des secteurs des organismes sans but lucratif et des coopératives. De nouveau, c'était une première pour les promoteurs. Les promoteurs apprenaient à mesure qu'ils faisaient les choses, appelant d'autres organisations qu'ils connaissaient pour apprendre des choses au sujet des logements. Donc, le fait de fournir cette aide technique à ces groupes est vraiment un rôle important que vous pouvez jouer.

Mme Rachel Blaney: Madame Wright, rapidement, je sais qu'il est pour vos aînés de plus en plus difficile d'accéder à vos services. Je sais que l'on confond souvent les problèmes d'élocution et d'audition avec de la démence, et des gens reçoivent souvent un mauvais diagnostic. Pourriez-vous nous parler un peu des conséquences de cette situation?

Mme Meredith Wright: Chantal, aimeriez-vous d'abord une réponse au sujet des problèmes d'audition?

Mme Chantal Kealey: En ce qui concerne la perte d'audition et la démence, comme l'a dit plus tôt Meredith, les gens qui ont une perte d'audition présentent un plus grand risque de démence. Il y a beaucoup de données probantes qui montrent cette corrélation. À l'heure actuelle, nous ne pouvons pas déterminer de lien causal. C'est très important que nous comprenions qu'il n'y a en ce moment aucun lien de cause à effet, juste une corrélation forte.

À cet égard, ce qui se passe en réalité, c'est que les gens qui ont une perte d'audition consacrent beaucoup de leurs efforts et de leurs énergies à écouter, et à écouter de façon attentive, particulièrement dans des environnements bruyants. Elles accomplissent ces tâches qui exigent une grande charge cognitive au détriment d'autres tâches, comme le travail de la mémoire. Essentiellement, elles se concentrent constamment sur le fait d'écouter, d'écouter de façon laborieuse, et cela montre qu'il pourrait y avoir quelques changements dans la connectivité cérébrale où ces autres voies d'accès sont affaiblies. Il y a cette association.

• (1705)

Mme Meredith Wright: Puis-je ajouter quelque chose sur le discours?

Le président: Soyez brève, s'il vous plaît.

Mme Meredith Wright: Il y a également un certain nombre de troubles de communication liés à la maladie de parkinson et aux accidents vasculaires cérébraux. Lorsqu'un patient est atteint de troubles de communication associés à ces maladies, son intelligence n'est habituellement pas touchée, mais les personnes soignantes ou

les fournisseurs de services peuvent penser qu'il est moins intelligent qu'il ne l'est en réalité.

Le président: Merci.

Cela met fin aux deux séries de questions. Jusqu'à maintenant dans notre étude, c'est le Comité qui décide si nous allons tenir une troisième série de questions ou une troisième série modifiée de questions. Nous pourrions très facilement accorder à chaque parti le même nombre de minutes — même six minutes — pour poser une question, si c'est ce que les gens veulent.

L'hon. Steven Blaney: Nous accepterions certainement cette proposition. Nous avons une grande députée ici avec nous.

Le président: À cet égard, je vais commencer par vous, monsieur Blaney, seulement à des fins de protocole; si vous voulez partager votre temps, vous pouvez le faire.

L'hon. Steven Blaney: J'aimerais partager mon temps avec votre ancienne collègue, si c'est possible.

Le président: Parfait.

Allons-nous faire cela? Je vois des gens qui hochent la tête.

Madame Vecchio, bon retour au sein du Comité. Vous nous avez manqué.

Mme Karen Vecchio (Elgin—Middlesex—London, PCC): Merci beaucoup. Je suis très heureuse d'être ici. Je travaille au sein de nos collectivités comme porte-parole de l'opposition pour ce qui est de la famille, des enfants et du développement social. C'est une partie tellement importante de ces discussions à mesure que nous allons de l'avant avec la stratégie sur le logement.

Chantal, je vous ai vue à l'oeuvre. Je vous ai vue parler à mon père pour trouver cette connectivité cérébrale. Comme vous le savez, quand il s'agit d'une perte auditive, nous devons très bien connaître ces choses-là et ce qui peut être mis de l'avant.

Existe-t-il des programmes fédéraux ou des choses du genre avec lesquelles nous pourrions faire plus, en réalité, pour sensibiliser les personnes âgées relativement à leur santé générale lorsqu'il s'agit d'audition, de pathologie de la parole et de démence? Pouvons-nous faire quelque chose à l'échelon fédéral que nous pouvons promouvoir par l'entremise de la santé publique?

Mme Chantal Kealey: Je crois que la sensibilisation du grand public est un facteur important. Lorsque nous pensons à la détection et à l'intervention précoces, nous pensons souvent aux enfants ou aux nourrissons, mais nous devons également examiner les adultes en santé et nous assurer qu'ils comprennent l'importance de la détection et de l'intervention précoces en ce qui concerne la perte auditive.

Actuellement, les gens prennent de 7 à 10 ans avant de demander de l'aide à partir du moment où ils ont remarqué pour la première fois une déficience auditive, et beaucoup de dommages peuvent survenir pendant cette période. Ce qui est important lorsqu'on soupçonne une perte auditive, c'est de demander de l'aide immédiatement; nous devons sensibiliser le public à cet égard. Quant à la perte auditive chez les personnes âgées, l'intervention habituelle serait des prothèses auditives, mais ce n'est pas la seule option. Pour ce qui est de porter des prothèses auditives, plus tôt vous les portez, plus rapidement vous vous y habituez, et votre cerveau apprend à nouveau à entendre tous les sons que vous n'entendiez plus.

Nous avons constaté que les personnes âgées acceptent beaucoup moins de porter une prothèse auditive lorsqu'elles ne peuvent pas manipuler leurs prothèses. Lorsque vous commencez à les porter un peu plus tôt, vous avez plus de facilité à vous y habituer. Cela ne signifie pas que vous n'éprouverez pas des problèmes de dextérité lorsque vous serez un peu plus âgé, mais lorsque la dextérité et la vision commencent à diminuer, cela devient encore plus difficile. Si une personne de 80 ans commence à porter de prothèses auditives pour la première fois, c'est beaucoup plus difficile. Elle a perdu beaucoup de temps d'exposition à des sons, et cette privation pousse également les gens à se retirer et à s'isoler. Il a été établi que les prothèses auditives permettent de diminuer le sentiment de solitude, mais elles contribuent également à des taux plus bas sur les échelles d'évaluation de la dépression.

Je crois que la sensibilisation du public est très importante.

Mme Karen Vecchio: Absolument.

Meredith, avez-vous quelque chose à ajouter à cela?

Mme Meredith Wright: Également, je crois que le gouvernement fédéral peut être un chef de file pour assurer un accès fonctionnel aux personnes ayant des troubles d'audition et de communication grâce aux nouvelles dispositions législatives concernant l'accessibilité; il peut également être un chef de file au sein de Service Canada et des autres ministères pour permettre aux personnes ayant des troubles d'audition et de communication d'accéder à ces services.

De même, le gouvernement fédéral prévoit un nouveau financement pour les soins à domicile et les soins communautaires. Des indicateurs de rendement, y compris les sommes d'argent dépensées en services d'orthophonie et d'audiologie, nous donneraient une idée, province par province, des montants dépensés — comme un bulletin scolaire — afin que nous puissions savoir où est octroyé le financement et s'il se rend potentiellement aux personnes qui éprouvent des problèmes de communication et d'audition.

• (1710)

Mme Karen Vecchio: Merci beaucoup.

Je suis désolée d'avoir manqué la première heure, mais je sais que nous parlons du temps de traitement du Supplément de revenu garanti, du Régime de pensions du Canada et de la Sécurité de la vieillesse. La raison pour laquelle je veux parler de cela, c'est que j'ai travaillé pendant 11 ans dans un bureau de circonscription qui concentrait ses efforts sur les besoins des personnes âgées.

Mon personnel a porté à mon attention certaines modifications, et vous pouvez peut-être me dire si vous constatez dans votre province la même chose que ce que je vois dans le Sud-Ouest de l'Ontario. Nous savons que le temps de traitement du Régime de pensions du Canada a augmenté jusqu'à 20 semaines. Avant, jusqu'à environ 2015, c'était de six à huit semaines. Le temps de traitement des prestations de survivant du RPC va jusqu'à 24 semaines, nous parlons donc d'environ six mois. Pour ce qui est des prestations consécutives au décès du RPC, il y a également jusqu'à 24 semaines d'attente. Les salons funéraires s'attendent à recevoir leur argent. Auparavant, il s'agissait d'une période d'environ deux mois; nous parlons maintenant de six mois. Pour ce qui est du Programme de prestations d'invalidité du RPC, c'est de quatre à six mois, ce qui est généralement la moyenne compte tenu des contretemps.

Une des choses les plus importantes que je constate concerne le Supplément de revenu garanti. Les personnes âgées les plus vulnérables courent un risque énorme. Ce sont les personnes qui dépendent du Supplément de revenu garanti pour acheter leur nourriture, payer leur logement et tout ce dont elles ont besoin.

Avez-vous constaté les mêmes augmentations du temps d'attente que moi?

Mme Anne Repetowski: Nous croyons que la période de traitement du RPC est plus courte en réalité que celle que vous avez constatée. En général, c'est 20 semaines, non pas 24. Si vous êtes chanceux, vous attendrez huit mois et trois quarts pour la Sécurité de la vieillesse, le Supplément de revenu garanti et quand il s'agit de la Sécurité de la vieillesse qui est retardée, d'une demande complexe de la Sécurité de la vieillesse parce que vous ne vivez pas au Canada à temps plein, de l'allocation aux survivants et d'un départ involontaire lorsqu'une personne vit dans un milieu de soutien désigné et que l'autre demeure à la maison...

C'est vraiment stressant. C'est la raison pour laquelle nous observons beaucoup plus de stress et d'anxiété chez les personnes âgées. Il y a 2 semaines, j'ai rendu visite à quelqu'un qui était à l'hôpital depuis 12 jours. Il a ressenti une anxiété tellement grande parce qu'il craignait de ne pas pouvoir payer son loyer de novembre lorsque... Il n'avait pas encore 65 ans. Il a eu 65 ans aujourd'hui. Il était inquiet de ne pas pouvoir payer son loyer parce qu'il bénéficie du programme de revenu assuré et qu'il sera maintenant... Nous avons le RPC en place. Nous avons en réalité présenté une demande de Sécurité de la vieillesse pour « besoin criant » et avons appris hier qu'elle a été approuvée. Il recevra l'argent en novembre.

Mme Karen Vecchio: C'est excellent. Je suis heureuse pour lui.

Mme Anne Repetowski: Mais il a passé 11 jours à l'hôpital en raison de l'importance de son anxiété.

Mme Karen Vecchio: Nous travaillons également tout le temps sur les évaluations de ces besoins criants. Une personne ne devrait pas devoir se rendre dans le bureau de son député pour obtenir sa Sécurité de la vieillesse. C'est un problème tellement courant. Je me suis occupée de ce problème pendant des années, mais je le vois.

Mon assistante, Cathy Hayward, travaille sur des dossiers de Service Canada depuis neuf ans, alors je suis allée la voir pour obtenir des données historiques. Nous recueillions toutes les données et les examinions, alors c'est très, très important.

Le président: Merci.

Mme Karen Vecchio: Me dites-vous d'arrêter?

Le président: Je vous ai donné 25 secondes de plus.

Mme Karen Vecchio: Oh, mon Dieu. Vous savez que je peux parler pendant des heures.

Le président: Je sais que vous pouvez le faire, et c'est la raison pour laquelle je dois vous arrêter.

Nous avons maintenant Mary Ng, pour six minutes et six minutes seulement. Bienvenue à notre comité.

Mme Mary Ng (Markham—Thornhill, Lib.): Merci beaucoup.

Je suis une invitée ici aujourd'hui. Je remplace ma collègue, Mona Fortier. Je suis très heureuse d'être ici. J'ai beaucoup apprécié entendre tous les témoins, aujourd'hui.

Je dois profiter de l'occasion, rapidement en quelques secondes, de parler de l'importance des personnes âgées pour notre gouvernement. Je regarde certaines des initiatives qu'il a mises en oeuvre. Notre amie a parlé du besoin de soutenir les proches aidants. Nous avons prolongé l'assurance-emploi pour les personnes qui s'occupent de leur famille. Nous avons également accordé du financement supplémentaire pour les soins à domicile. Quant au logement abordable, notre priorité sera certainement les personnes âgées, y compris nos anciens combattants. C'est vraiment important. Et il y a aussi l'augmentation du SRG.

Je n'utiliserai pas mon temps de parole pour parler des initiatives gouvernementales parce que les gens peuvent les examiner, mais c'est certainement quelque chose qui est important pour notre gouvernement. C'est encourageant d'entendre tous les intervenants parler de la culture relative aux types de services intégrés qui doivent être mis en place en vue de s'occuper de nos personnes âgées dans l'avenir.

Je veux me concentrer sur deux ou trois aspects. Il s'agit de jeter un regard sur l'avenir. Nous avons certainement beaucoup de pain sur la planche. J'ai adoré ce que j'ai entendu de la représentante de Langley Lodge. Il me semble qu'il s'agit d'un programme de sensibilisation dans le cadre duquel des bénévoles, qui sont des personnes âgées, aident d'autres personnes âgées.

J'aimerais qu'on fasse un tour de table, si vous voulez bien, pour parler des types d'innovations et d'initiatives communautaires qui sont déjà en cours et qui aident nos personnes âgées. Je crois que nous devrions examiner les innovations ou les collaborations communautaires qui sont déjà en place.

Je vais commencer par la représentante de Langley et j'aimerais également entendre les représentants de Grande Prairie. Vous êtes sur le terrain, alors vous voyez peut-être des choses dont la communauté s'occupe déjà.

Je vais commencer par la représentante de Langley.

• (1715)

Mme Debra Hauptman: Me parlez-vous à moi ou à notre député?

Mme Mary Ng: Je vous parle, allez-y s'il vous plaît.

Mme Debra Hauptman: Concernant certaines des autres initiatives qui sont en place à Langley?

Mme Mary Ng: Oui, ou à propos des meilleures pratiques que vous observez.

Mme Debra Hauptman: J'ai mentionné les communautés amies des aînés.

Le canton de Langley est officiellement devenu une communauté amie des aînés. Nous avons obtenu une désignation officielle à la suite d'un processus rigoureux. La désignation est inspirée de la définition de « communauté amie des aînés » de l'Organisation mondiale de la Santé et son obtention requiert un certain nombre d'étapes. C'est quelque chose qu'aucune communauté n'a fait au Canada, mais de plus en plus de communautés y pensent. Il existe des subventions et toutes sortes de soutiens à cet égard.

Mme Mary Ng: Excellent.

Mme Debra Hauptman: C'est très bien.

Nous avons un certain nombre de plans d'action à Langley. Certains d'entre eux sont menés par l'autorité sanitaire alors que d'autres, par des groupes d'intérêts locaux. Ils portent sur différentes choses comme le logement et le transport. Pour ce qui est du transport, Langley Lodge a collaboré avec deux autres organisations, Magnolia, qui est un fournisseur privé à but lucratif, et le Langley Senior Resources Centre, pour former une coopérative de transport par autobus à but lucratif.

Mme Mary Ng: Oh, c'est intéressant.

Mme Debra Hauptman: Nous partageons un autobus — quel-ques-uns, en fait — qui sont accessibles en fauteuil roulant. Nous nous sommes joints en tant que membres de la coopérative.

Cela a connu beaucoup de succès. Au lieu que chaque organisation ait son propre autobus, nous pouvons en louer un.

Nous avons nos propres chauffeurs. C'est l'autobus dont nous nous servons pour la sensibilisation liée au programme Nouveaux Horizons. Nous passons prendre les participants à leur porte pour les emmener au pavillon afin de leur servir un repas nourrissant et de les faire participer à un programme social.

Mme Mary Ng: Pour des raisons de temps, je dois vous dire merci.

Je m'attendrais à ce que, si nous avons entendu un exemple de votre part, il y en ait probablement de nombreux autres partout au pays. Nous avons hâte de les découvrir.

Je vais poser ma prochaine question au Dr Marcoux.

Vous avez parlé du besoin d'un changement de culture concernant notre perception des aînés. Au lieu de placer les aînés dans des endroits comme les hôpitaux ou les établissements de soins actifs, on peut en faire plus dans la collectivité. Je pense à la possibilité qu'a notre pays avec les jeunes et les nouvelles possibilités, les nouveaux emplois, les nouvelles compétences et les nouvelles formations qui leur sont offerts, les jeunes pourraient effectivement travailler au sein la collectivité.

Constatez-vous quelque chose de la sorte au pays? Je pense aux jeunes travailleurs sociaux, aux jeunes infirmières et infirmiers, des jeunes qui se préparent peut-être à une future carrière en soins de santé, si on veut, directement dans la collectivité et qui amélioreront la santé, le bien-être et le vieillissement de nos aînés.

[Français]

Dr Laurent Marcoux: Vous avez tout à fait raison de dire qu'il faut inciter la jeunesse à s'occuper des personnes plus âgées, car il manquera de jeunes pour s'occuper de ces personnes.

Cela dit, nous sommes chanceux de vivre au XXI^e siècle, alors qu'il y a beaucoup d'innovation dans les moyens de communication. Si on leur montre le fonctionnement de ces moyens de communication, les personnes âgées sont capables de s'en servir et se sentent ainsi moins isolées. Je reviens sur l'exemple que je vous ai donné tout à l'heure, où des gens communiquaient leur dossier de santé à une équipe à distance, laquelle leur rendait visite à l'occasion.

Le bien-être des personnes âgées ne passe pas seulement par les médicaments. C'est un ensemble de facteurs qui rendent leur vie agréable et qui font en sorte qu'elles se sentent encore faire partie de la société. Le milieu médical, le milieu récréatif, le secteur des transports, tout le monde doit penser à mettre l'accent là-dessus.

[Traduction]

Mme Mary Ng: Dans ma propre circonscription, c'est très diversifié, et il y a une possibilité d'établir des liens entre les jeunes et les diverses collectivités. Ils peuvent vraiment aider les aînés. Je pense à un programme qui a été financé par Nouveaux Horizons, dans le cadre duquel des jeunes montrent à des aînés comment interagir dans les réseaux sociaux afin qu'ils puissent participer à l'ensemble de leur collectivité.

Je vous remercie de votre témoignage aujourd'hui.

Le président: Merci à tous.

Nous passons maintenant à la députée Rachel Blaney pour les six prochaines minutes.

Mme Rachel Blaney: Merci.

Je reviens à vous, madame Wright.

Orthophonie et Audiologie Canada faisait partie de l'alliance pour une stratégie nationale pour les aînés. Pouvez-vous préciser ce que votre organisation aimerait voir se produire dans cette stratégie et les prochaines étapes que devrait suivre le gouvernement?

● (1720)

Mme Meredith Wright: Mes observations seront presque toujours liées aux services d'orthophonie et d'audiologie.

Comme l'a mentionné Dr Marcoux, c'est dans les hôpitaux de soins actifs que les soins ont principalement été fournis. Toutefois, étant donné que nous connaissons des changements au sein du système de soins de santé, que des postes et des places sont supprimés dans les hôpitaux, nous devons renforcer les services dans la collectivité. Notre organisation est très axée sur l'examen des services qui peuvent être offerts à nos patients et aux aînés dans la collectivité et au moyen des soins à domicile.

Nous avons besoin de services en place qui gardent à la maison les personnes qui sont relativement fonctionnelles, mais qui commencent, par exemple, à avoir une perte d'audition. Ces personnes doivent pouvoir accéder à des services abordables. Les services privés d'orthophonie et d'audiologie ne sont pas donnés. Ce ne sont pas tous les aînés, plus particulièrement ceux qui ont un faible revenu ou un revenu fixe, qui peuvent se les payer, donc ce groupe en particulier aurait besoin d'avoir accès à des services publics.

Dans le cadre de la stratégie pour les aînés, il faut aussi s'assurer qu'il y a des soins de santé et des soins offerts dans la collectivité adéquats pour les personnes âgées malades et fragiles ainsi que pour les gens qui ont des troubles neurologiques afin de les aider à fonctionner le mieux possible en société. Ces services doivent être en place, mais nous devons aussi nous assurer qu'ils sont liés aux autres services, à l'équipe de soins de santé en milieu familial et aux autres services sociaux.

Il y a des exemples d'excellence en matière de services offerts dans la collectivité. À l'échelle locale, je pense au Centre d'aphasie d'Ottawa, qui offre des services communautaires à des personnes qui ont eu un accident vasculaire cérébral et les suivent durant des années. Il s'agit d'une approche collaborative avec un travailleur social.

Ces services sont offerts en ville, mais pas nécessairement dans les collectivités rurales et éloignées ni dans toutes les provinces. J'aimerais que l'on se penche sur des exemples d'excellence, non seulement dans la pratique clinique, mais aussi dans la recherche actuelle liée à nos professions, en orthophonie et en audiologie. Il y a des chefs de file en matière de recherche qui élaborent divers types de stratégies d'intervention des soignants à l'égard de personnes atteintes de démence et d'autres maladies dégénératives. J'aimerais aussi constater que l'on met en pratique les programmes qui ont été élaborés.

Mme Rachel Blaney: Je sais aussi que votre organisation appuie la révision de la terminologie des définitions et des exigences liées au crédit d'impôt pour personnes handicapées. Pouvez-vous nous dire pourquoi l'interprétation actuelle ne fonctionne pas?

Mme Meredith Wright: Chantal, peux-tu répondre à cette question?

Mme Chantal Kealey: Pour ce qui est de la partie du crédit d'impôt pour personnes handicapées qui s'applique à l'audition, la formulation est très ambiguë, et les audiologistes se demandent souvent s'ils devraient autoriser une personne donnée. Essentiellement, dans la formulation, on demande si la personne est fortement limitée dans un environnement calme et en présence d'une personne

qu'elle connaît. Le problème, c'est qu'on ne vit pas dans un milieu calme et on ne parle pas qu'à des personnes que l'on connaît, donc la formulation a vraiment besoin d'être changée. Cela donnera un peu plus la certitude que l'audiologiste — ou le médecin ou le personnel infirmier qui peut fournir certaines attestations liées au crédit d'impôt pour personnes handicapées — fait la bonne chose et aide le patient lorsque c'est nécessaire.

Soit dit en passant, j'ai entendu un certain nombre de personnes dire que les patients magasinent un peu pour trouver qui pourra signer l'attestation, car beaucoup de gens ne sont pas à l'aise au moment d'utiliser ces critères.

Mme Rachel Blaney: Merci.

Je reviens à vous, docteur Marcoux.

J'ai organisé 11 séances de discussion ouverte dans ma circonscription concernant les questions liées aux aînés, car j'ai une très grande circonscription en région rurale qui comporte beaucoup de collectivités très éloignées. Je me demande si vous pouvez me dire quels sont les défis que vous constatez dans les collectivités éloignées et rurales et de quelle façon une stratégie nationale relative aux aînés peut les aider à progresser.

Dr Laurent Marcoux: Je crois qu'il s'agit de leur offrir des services et des logements. Il y a moins de services offerts dans les petites régions, et nous avons donc besoin d'une plus grande collectivité afin d'offrir des services aux gens. Ils sont plus isolés dans les régions éloignées. Les jeunes sont partis en ville, comme on le sait. Les aînés sont très isolés et ne peuvent pas se rendre à [Note de la rédaction: *inaudible*] plus près. C'est difficile d'être un aîné dans une région éloignée en raison de l'isolement et du manque de services.

● (1725)

Mme Rachel Blaney: De nombreux aînés avec qui je travaille parlent du fait qu'ils ont beaucoup d'infrastructures sociales dans leur petite collectivité. Lorsqu'une personne est malade, les gens vont passer la voir et l'aider. Ils ont cette organisation. S'ils s'éloignent, ils se retrouveront soudainement dans une nouvelle collectivité, sans cette infrastructure sociale. En ce qui concerne les soins de santé, quelle valeur donnons-nous à l'infrastructure sociale et à quel point est-elle importante?

Dr Laurent Marcoux: Pour les régions éloignées? Je crois que c'était le cas avant, mais maintenant, il n'y a plus ce type de soutien lorsqu'on est dans une petite région éloignée. Les gens connaissent leurs voisins. Ils connaissent la collectivité, et la collectivité les connaît, mais ils sont très isolés. Ils n'ont pas le temps. Ça fonctionne pendant une courte période, mais au fil du temps, après des années, ces personnes deviennent plus isolées.

Nous devons avoir recours à la communication moderne, comme l'Internet. Ils peuvent le faire. J'ai l'exemple d'une femme et de son fils unique. Son fils habite en Europe, en Allemagne, et elle lui parle tous les jours par Skype. Ce n'est pas difficile de faire cela, et elle ne se sent pas isolée. Elle est heureuse. Quand je la vois, elle dit: « J'ai parlé à mon fils, et il m'a parlé de mon petit-fils. » Elle n'est pas isolée. Être isolé, c'est ne pas communiquer avec les gens qui sont proches de nous.

Mme Rachel Blaney: Merci.

Le président: Merci beaucoup à vous tous.

Pour ce qui est du comité, j'ai seulement quelques remarques concernant les travaux à venir.

Le 31 octobre, il y aura un autre groupe de témoins sur l'inclusion en tant que facteur social déterminant en matière de santé et de bien-être. Le 2 novembre, il y aura un groupe de témoins sur le logement et le vieillissement.

Je vous remercie beaucoup de votre présence, d'avoir pris le temps de participer à la vidéoconférence. Tous vos commentaires vont

servir à rédiger notre rapport, et je vous remercie beaucoup d'avoir participé à cette étude.

Je remercie tous mes collègues et tous ceux qui ont rendu possible la réunion d'aujourd'hui et qui ont permis à chacun de s'exprimer.

Merci et à bientôt.

La séance est levée.

Publié en conformité de l'autorité
du Président de la Chambre des communes

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Les délibérations de la Chambre des communes et de ses comités sont mises à la disposition du public pour mieux le renseigner. La Chambre conserve néanmoins son privilège parlementaire de contrôler la publication et la diffusion des délibérations et elle possède tous les droits d'auteur sur celles-ci.

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la *Loi sur le droit d'auteur*. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la *Loi sur le droit d'auteur*.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

Aussi disponible sur le site Web de la Chambre des communes à l'adresse suivante : <http://www.noscommunes.ca>

Published under the authority of the Speaker of
the House of Commons

SPEAKER'S PERMISSION

The proceedings of the House of Commons and its Committees are hereby made available to provide greater public access. The parliamentary privilege of the House of Commons to control the publication and broadcast of the proceedings of the House of Commons and its Committees is nonetheless reserved. All copyrights therein are also reserved.

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its Committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the *Copyright Act*. Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a Committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the *Copyright Act*.

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its Committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

Also available on the House of Commons website at the following address: <http://www.ourcommons.ca>