



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 072 • 1^{re} SESSION • 42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 9 novembre 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 9 novembre 2017

• (1535)

[Traduction]

Le président (M. Bryan May (Cambridge, Lib.)): Bonjour tout le monde.

J'ai utilisé le maillet doucement, Mona, pour éviter de vous faire sursauter.

[Français]

Mme Mona Fortier (Ottawa—Vanier, Lib.): Merci. C'est vraiment gentil.

[Traduction]

Le président: Avant d'entendre nos témoins, nous devons rencontrer Benjamin Fulton sur la pelouse il y a quelques instants, mais il est malheureusement en retard. Il sera ici, et nous pouvons donc avancer un peu d'ici là. Je vais le reconnaître lorsqu'il arrivera, et nous pourrons alors lui donner la parole — nous allons tout simplement interrompre les témoins — ou attendre à la fin de la séance. Nous allons faire une séance de photos avec M. Fulton à 17 h 40. Nous pouvons discuter de l'endroit où aura lieu la séance. Il fera très noir à l'extérieur. Nous pourrions donc prendre les photos quelque part à l'intérieur. Nous pouvons en discuter plus tard. Je voulais juste vous informer que nous nous attendons encore à ce qu'il soit présent.

Conformément à l'ordre de renvoi 108(2) et à la motion adoptée par le Comité le jeudi 4 mai 2017, le Comité reprend son étude de la promotion de l'intégration et de la qualité de vie des aînés canadiens.

Nous allons entendre aujourd'hui le dernier des trois groupes de témoins sur le logement et le vieillir chez soi. Je veux juste rappeler rapidement à tout le monde que l'échéance pour déposer un mémoire en vue de la production de ce rapport est demain soir, à minuit.

Je vais présenter nos formidables témoins.

Nous avons Donald Shiner, qui est professeur à l'Atlantic Seniors Housing Research Alliance de l'Université Mount Saint Vincent. Il témoigne à titre personnel.

De l'Association canadienne des ergothérapeutes, nous avons Nicola MacNaughton, la présidente, ainsi que Janet Craik, la directrice générale.

Nous accueillons également la directrice générale de La Maison de soins palliatifs d'Ottawa, Lisa Sullivan.

De Revera inc., nous avons Ron Pike. Est-ce bien Ron Pike qui est avec nous aujourd'hui?

M. John Beaney (vice-président des opérations, Revera inc.): Non, je m'appelle John Beaney.

Le président: C'est John Beaney. Je suis désolé. Il est écrit Ron Pike ici. Au moins, je savais que je me trompais.

Nous accueillons également Olufemi Adegun, qui est président du Senior Empowerment Assistance Centre, à Peel, en Ontario.

Bienvenue à tous.

Pour ceux qui n'ont jamais participé à ce genre de forum, vous aurez chacun sept minutes pour faire une déclaration liminaire. Je vous ferai signe lorsqu'il ne vous restera qu'une minute, ce qui représente beaucoup de temps; vous n'avez donc pas à trop vous presser. J'accorde habituellement quelques secondes supplémentaires au besoin.

Nous allons commencer sans tarder. Comme je l'ai dit, nous serons interrompus. Nous allons alors décider si nous voulons faire une pause de mi-séance pour entendre M. Fulton.

M. Donald Shiner donnera le coup d'envoi en prenant la parole pendant les sept prochaines minutes.

M. Donald Shiner (professeur, Atlantic Seniors Housing Research Alliance, Mount Saint Vincent University, à titre personnel): Cela veut dire que je ne peux pas perdre de temps en remerciant le Comité de m'avoir invité à comparaître le jour où les anciens combattants sont sur la Colline du Parlement. En tant qu'ancien combattant blessé de la guerre du Kippour de 1973 entre Israël et l'Égypte, et bénéficiaire d'une pension militaire à vie, je ne peux que vous encourager d'accorder aux anciens combattants modernes le même privilège que j'ai obtenu.

Le président: Merci.

M. Donald Shiner: Merci. Je vais maintenant commencer ma déclaration.

Dans mes recherches sur les aînés, j'ai eu le privilège d'étudier comment les membres de la population vieillissante du Canada atlantique perçoivent leur maison ainsi que les difficultés auxquelles ils font face pour continuer à y vivre. Le concept d'une maison est complexe. Il comporte de nombreuses facettes. Pour beaucoup de monde, il renvoie à des rituels simples qui nous lient aux actions de la journée et à notre usage du temps. Ce sont les rituels liés à l'approvisionnement en aliments, à la cuisson, au lavage, aux repas, au sommeil et au nettoyage, des rituels que nous avons en commun avec pratiquement tout le reste de l'humanité.

Le concept de « maison », de « refuge protégé », est très souvent lié au confort, aux relations, à la famille, aux parents, aux amis et à toutes les traditions qui donnent un sens à nos vies. Nous faisons pourtant peu pour rendre hommage à ces rituels qui sont axés sur l'usage diversifié, mais collectif d'une maison, et qui nous y rattache. Cette réalité est corroborée par le traumatisme subi à la suite d'un cambriolage, de la perte d'une maison due à une rupture conjugale ou d'une catastrophe naturelle.

Les gens ressentent des émotions positives et négatives par rapport à leur maison. À titre d'exemple, un logement peut avoir une importance psychologique compte tenu de liens avec le passé, mais il peut également constituer un environnement physique déficient qui ne répond plus aux besoins physiques d'une personne. Ce sont les circonstances auxquelles font face de nombreux aînés du Canada atlantique. La situation la plus difficile a peut-être lieu lorsqu'un aîné ou un couple de personnes âgées est obligé de quitter sa maison parce qu'il ne peut plus gérer son milieu physique. Les recherches ont montré que les gens dans cette situation voient le changement d'environnement et de conditions de vie comme un obstacle majeur. En fait, seuls 12,6 % des aînés des provinces de l'Atlantique ont ne serait-ce qu'envisagé de prendre des mesures en prévision d'un déménagement, et ils craignent tous ce changement.

En ce qui concerne le déménagement et le changement de logis, la peur est liée à l'attachement des aînés pour leur lieu d'origine et à l'effet qu'un déménagement pourrait avoir sur leur identité au chapitre de l'appartenance, de la permanence et de la sécurité. Ils ont l'impression qu'ils ne maîtriseront plus leur vie s'ils déménagent.

La très grande majorité de nos aînés veulent continuer de vivre chez eux le plus longtemps possible. S'ils doivent déménager, ils veulent demeurer dans la collectivité qu'ils connaissent et dans laquelle ils ont un réseau d'amis et de voisins pour éviter de perdre ces relations.

Pour de nombreux aînés canadiens, ce qui fait en sorte qu'il est improbable qu'ils puissent vieillir chez eux, c'est le fait qu'ils vivent dans de vieilles maisons qui n'ont pas été conçues pour favoriser la liberté de mouvement et la sécurité. Cette difficulté s'aggrave lorsque les maisons se trouvent dans des collectivités rurales où le nombre de petits logements mieux adaptés est plus limité. Nous savons également qu'une grande partie de notre parc de logements est âgée et non conçue pour être accessible aux gens de tous âges, surtout quand les marchettes et les fauteuils roulants font dorénavant partie de l'équation.

Nous savons qu'à mesure que notre population vieillit, il devient difficile de prodiguer des soins adéquats à la maison dans nos petites collectivités rurales. Nous savons également que les gens pourraient vivre plus longtemps chez eux si leurs maisons étaient plus accessibles, mais nous nous entêtons pourtant à nous prendre pour Peter Pan en construisant des maisons conçues pour des personnes qui ne vieilliront jamais et seront toujours en santé.

Il est maintenant important de permettre à nos personnes âgées de demeurer aussi longtemps que possible dans leurs maisons et leurs collectivités, et ce sera d'autant plus vrai à l'avenir. À mesure que le coût des soins actifs, qui est déjà de plus de 1 000 \$ par jour, augmente au Canada, et que le nombre de lits diminue proportionnellement à la demande croissante, notre société sera forcée de trouver d'autres solutions.

Un autre facteur contraignant est la pénurie imminente de personnel formé pour prendre soin de notre population croissante d'aînés. Malgré ces tendances, la solution évidente pour permettre aux Canadiens de vieillir chez eux n'est pas préconisée.

Le premier thème qui est ressorti de mes recherches sur le vieillir chez soi est la nécessité de mettre l'accent sur ce qui permet de bâtir un esprit communautaire, de réduire l'isolation et de permettre aux résidents d'être maîtres de leur vie quotidienne. Le sentiment ressenti entre amis et dans la communauté est ce qui distingue les solutions nouvellement adoptées dans d'autres pays, comme la cohabitation, des approches typiquement canadiennes en matière de logement pour aînés.

Le deuxième point à retenir, c'est que tous les projets ayant intégrés les 16 normes mises au point au Royaume-Uni par la Rowntree Foundation, dans le cadre du projet My Home Life, ont été jugés comme ayant une incidence considérable tant sur la vie des aînés au moment présent que sur le futur parc de logements à l'endroit où les projets sont mis en oeuvre.

• (1540)

Troisièmement, la plupart des aînés, c'est-à-dire neuf sur dix, ne pensent pas activement à la possibilité de quitter leur domicile et ne sont pas prêts à faire face à des changements inattendus dans leur vie. De plus, la plupart des aînés, huit sur dix, ne connaissent pas les programmes et les services à leur disposition. Ils passent à côté d'une aide précieuse pour réhabiliter ou réparer leurs logements. En outre, mes recherches indiquent qu'un aîné sur cinq au Canada atlantique consacre environ 40 % de ses revenus à son logis et que près de la moitié des aînés de la région ont un revenu inférieur à 30 000 \$.

Une partie de notre réflexion pour l'avenir, qui tient de la pensée magique, fait en sorte que les aînés ne prévoient pas les changements de vie et leurs répercussions. La plupart d'entre eux sont déterminés à rester et à vieillir chez eux aussi longtemps que possible. Au Canada, c'est ainsi pour 93 % des aînés. À vrai dire, les couples acquièrent souvent des compétences et des aptitudes pour leur permettre de demeurer indépendants au moyen de l'interdépendance, mais lorsque l'un d'eux meurt ou est placé dans un établissement, il peut devenir de plus en plus difficile de demeurer autonome dans la collectivité.

Des solutions physiques, comme l'installation de barres d'appui, l'élargissement des portes et des changements d'habitude, comme dormir au rez-de-chaussée d'une maison de deux étages ou se laver à l'éponge plutôt que dans un bain, sont des modifications au rythme de vie que les aînés emploient couramment. Les modifications au domicile ont généralement un prix et nécessitent souvent une dépense ponctuelle que la plupart des aînés canadiens ne peuvent pas se permettre.

Il y a quatre solutions possibles. La première serait un programme de sensibilisation à l'intention des personnes âgées de plus de 70 ans, des personnes âgées de moins de 70 ans ainsi que des constructeurs d'habitation et des entrepreneurs pour les aider à se préparer à des modifications domiciliaires.

La deuxième mesure consisterait à lancer un programme national de crédits d'impôt visant les dépenses admissibles pour les travaux ou l'équipement d'accessibilité domiciliaire. Le crédit temporaire encouragerait immédiatement les Canadiens à entreprendre de nouvelles rénovations ou à accélérer la réalisation de projets prévus.

La troisième mesure serait de soutenir un projet pilote de la SCHL afin de démontrer la viabilité de la technologie moderne pour ce qui est d'encourager les gens à vieillir chez eux en toute sécurité.

En plus de ces trois importantes mesures, j'aimerais qu'un programme d'audit de l'accessibilité domiciliaire permette de certifier les maisons construites selon un modèle de maisons adaptables tout au long de la vie. J'aimerais que les codes du bâtiment du Canada soient modifiés de manière à ce que les 16 normes de Lifetime Homes soient obligatoires pour l'ensemble des nouvelles constructions résidentielles au pays. Les maisons pourraient être certifiées par des inspecteurs provenant de la population aînée.

Pour conclure, je signale que les aînés veulent vieillir dans leur maison et leur collectivité, mais c'est improbable. À défaut de prendre des mesures aujourd'hui, notre parc de logements ne fera que continuer d'être moins adaptés au vieillir chez soi, et les générations futures devront composer avec les mêmes difficultés que nous. À mesure que la population vieillit, le coût des solutions actuelles ne fera qu'augmenter à moins que nous intervenions maintenant en apportant des changements qui encourageront les gens à rester le plus longtemps possible chez eux en toute sécurité. Merci.

• (1545)

Le président: Merci, monsieur.

De l'Association canadienne des ergothérapeutes, nous avons Nicola MacNaughton, la présidente, et Janet Craik, la directrice générale. Les sept prochaines minutes sont à votre disposition.

Mme Nicola MacNaughton (présidente, Association canadienne des ergothérapeutes): Bonjour, et merci aux membres du Comité permanent des ressources humaines, du développement des compétences, du développement social et de la condition des personnes handicapées de nous avoir invitées à comparaître. Nous vous félicitons des efforts que vous déployez en entreprenant cette étude sur la promotion de l'intégration et de la qualité de vie des aînés canadiens.

Nos observations porteront surtout sur le premier thème, à savoir la façon d'améliorer l'accès des aînés au logement, notamment le soutien offert pour leur permettre de vieillir chez eux.

Je m'appelle Nicola MacNaughton. Je suis ergothérapeute et présidente de l'Association canadienne des ergothérapeutes, l'ACE.

Mme Janet Craik (directrice générale, Association canadienne des ergothérapeutes): Je m'appelle Janet Craik. Je suis directrice générale de l'ACE. Je suis également ergothérapeute.

L'ACE est l'organisation nationale qui représente plus de 16 000 ergothérapeutes d'un bout à l'autre du Canada. Sa mission est de promouvoir l'excellence en ergothérapie, et notre vision est que l'ergothérapie soit reconnue et accessible partout au pays.

Pour ceux qui ne le savent pas, les ergothérapeutes sont des professionnels de la santé réglementés qui travaillent avec des gens qui ne sont pas capables de se livrer à des activités importantes de la vie quotidienne compte tenu de toutes sortes de difficultés ou de troubles. Pour nos aînés, ces troubles sont souvent associés à une mobilité réduite, à la démence ou à une perte de la vue, et ils créent des obstacles à la vie de tous les jours. Les ergothérapeutes sont là pour trouver des solutions.

Aujourd'hui, nous tenons vraiment à vous parler des problèmes auxquels les aînés font face ainsi que de solutions peu coûteuses et très efficaces qui leur permettront de vivre chez eux, de minimiser le risque de blessures, notamment les chutes, et d'économiser en évitant des hospitalisations et des placements en établissement qui coûtent cher. Nous voulons mettre l'accent sur des solutions pour aider les aînés à vivre chez eux, pour améliorer leur qualité de vie et pour économiser de l'argent dans le système de santé.

Nous voulons également parler des difficultés associées à la mise en oeuvre de ces solutions dans des logements et des collectivités de partout au Canada. Nous avons un objectif commun, c'est-à-dire garder les aînés dans leur maison, et les maintenir actifs et engagés et en mesure d'apporter une contribution dans leur famille, leur collectivité et notre société. Nous pouvons recommander des améliorations et des innovations dans le système de santé.

À l'heure actuelle, notre système de santé est axé sur l'aide offerte aux aînés une fois que leur santé s'est détériorée et qu'ils se retrouvent dans un hôpital ou au bureau d'un médecin. Nous pouvons faire mieux. Des mesures préventives peuvent être prises, comme les modifications domiciliaires et la formation visant les activités de la vie quotidienne, afin de prévenir les blessures et les chutes, ce qui permet aux aînés de demeurer chez eux, près de leur famille et de leur collectivité, à l'extérieur des hôpitaux.

Mme Nicola MacNaughton: Parlons de Karen. Karen est une femme de 81 ans qui vit seule et qui est tombée à maintes reprises dans sa salle de bain. Compte tenu de sa crainte des chutes, elle a cessé de prendre des bains et évite de sortir de chez elle. Elle est déprimée et socialement isolée.

Un ergothérapeute qui travaille avec Karen a recommandé d'adapter sa baignoire pour l'aider à accroître son indépendance et la rendre confiante au moment de prendre un bain. Il a entre autres recommandé l'installation de barres d'appui, d'un fauteuil releveur de bain et d'une barre de transfert pour aider Karen à se soutenir pendant sa routine quotidienne d'hygiène, ce qui lui permet ensuite de réduire sa dépendance aux travailleurs de soutien et au personnel de soins infirmiers à domicile.

Comme le souligne le cas de Karen, les interventions ergothérapeutiques peuvent réduire la nécessité des soins à domicile, ce qui permet d'économiser 50 000 \$ par année. Les ergothérapeutes peuvent également recommander des modifications domiciliaires et collaborer avec des professionnels de la rénovation pour améliorer l'accessibilité et la sécurité des maisons.

Le Royal College of Occupational Therapists a récemment donné l'exemple d'un ergothérapeute qui a recommandé une douche de plain-pied à un client. Le coût total du temps de l'ergothérapeute et de la rénovation de la douche était de 11 000 \$, comparativement aux 35 000 \$ qu'auraient coûté annuellement les services d'un préposé aux soins à domicile si la douche n'avait pas été installée.

Nous savons qu'une recommandation et une formation adéquates en matière d'équipement adapté et de modifications domiciliaires appropriées peuvent réduire les coûts d'hospitalisation. Dans le cas des aînés canadiens, les investissements et les résultats initiaux se traduiraient par d'importantes économies en soins de santé, car les personnes âgées de 65 ans et plus présentent le taux d'hospitalisation le plus élevé: sur 100 000 aînés, 20 sont hospitalisés.

• (1550)

Mme Janet Craik: Parlons maintenant de Pierre et Marie. Pierre a 89 ans et Marie, 87. Pierre a reçu un diagnostic de démence. Leurs enfants ont de grandes inquiétudes quant à la façon dont leurs parents pourront rester chez eux en toute sécurité, et ils se demandent comment ils pourront gérer la détérioration de l'état de santé de Pierre.

Une fois de plus, un ergothérapeute peut travailler avec Pierre et Marie pour leur recommander des adaptations environnementales et leur proposer des aide-mémoire et des stratégies visant à les aider dans leurs activités quotidiennes, par exemple pour prendre leurs médicaments. Ces interventions peuvent retarder leur prise en charge par un établissement de soins, ce qui permettra d'économiser annuellement jusqu'à 48 000 \$ par personne.

Mme Nicola MacNaughton: Elizabeth a 82 ans; elle perd la vue. Sa santé générale se détériore. Elle a été admise plusieurs fois à l'hôpital. Lors de sa dernière visite, elle a rencontré un ergothérapeute, qui a évalué ses besoins en matière d'aide à domicile et l'a aiguillée vers un ergothérapeute de sa collectivité.

Une étude récente de l'Université Johns Hopkins a révélé que l'ergothérapie était la seule dépense en soins de santé hospitaliers qui entraînait une diminution du nombre de réadmissions à l'hôpital. L'ergothérapie vise à déterminer si un client peut obtenir son congé de l'hôpital de façon sécuritaire et à cibler les obstacles potentiels à la maison et dans la collectivité.

Le Royal College of Occupational Therapists estime que les services offerts par les ergothérapeutes permettent d'éviter les admissions non nécessaires ou de réduire la durée des séjours à l'hôpital, ce qui permet des économies moyennes de 15 millions de dollars par année.

Mme Janet Craik: Je serai brève.

Bien que l'ergothérapie permette d'aider les aînés dans toutes les collectivités du Canada et réduise le taux d'hospitalisation et d'institutionnalisation, l'accès à ces services est, au mieux, éparpillé. Les systèmes publics et notre assurance-maladie complémentaire ne permettent pas la couverture universelle des services d'ergothérapie. Sans cette couverture, les aînés, surtout ceux qui ont un revenu fixe, ne sollicitent pas nos services. Les médecins et autres professionnels de la santé ne les renvoient pas vers les ergothérapeutes, malgré les avantages connus de l'ergothérapie.

Il faut investir maintenant dans des solutions communautaires rentables et efficaces sur le plan clinique pour permettre à nos aînés de vieillir chez eux. Je pense notamment à l'évaluation de la sécurité, à l'adaptation du domicile, à l'équipement adapté et à la formation aux activités de la vie quotidienne pour les soignants et les aînés. Tout cela est possible par l'entremise de solutions de haut calibre, à faible coût.

Notre recommandation est simple: une partie des 5 milliards de dollars de transferts du fédéral vers les provinces pour les soins à domicile devrait servir à intégrer les ergothérapeutes aux équipes de soins de santé qui offrent des services aux aînés pour leur permettre de vieillir à la maison et dans leur collectivité.

Nous ne demandons pas d'argent. Nous demandons simplement une meilleure utilisation des ressources actuelles.

Merci.

Le président: Merci à vous deux.

La parole est maintenant à Lisa Sullivan, qui est la directrice générale de la Maison de soins palliatifs d'Ottawa. Allez-y, madame.

Mme Lisa Sullivan (directrice générale, La Maison de soins palliatifs d'Ottawa): Je vous remercie de nous donner l'occasion de témoigner devant vous aujourd'hui.

Je suis ici aujourd'hui pour vous sensibiliser — je l'espère — aux soins palliatifs et pour vous demander de traiter du besoin croissant d'aider et de financer les services de soins palliatifs dans notre collectivité, qu'ils soient offerts à la maison ou dans un autre milieu.

Les soins palliatifs représentent une philosophie de soins qui vise à alléger la souffrance et à améliorer la qualité de vie et de mort. On peut offrir les soins dans divers milieux, y compris à la maison, dans un centre de soins palliatifs, dans un établissement de soins de longue durée, une maison de retraite ou d'autres établissements.

Notre définition et notre compréhension des soins palliatifs s'inspirent du « Modèle de guide des soins palliatifs » de l'Association canadienne des soins palliatifs. Il définit les soins palliatifs comme étant des soins « destinés aux gens atteints d'une maladie pouvant compromettre leur survie, ou qui risquent d'être atteints d'une telle maladie, ainsi qu'à leurs proches. Quels que soient le diagnostic posé, le pronostic ou l'âge, ces soins sont fournis aux personnes qui ont des attentes ou des besoins non comblés et qui sont prêtes à accepter les soins. » Il s'agit d'une approche axée sur la personne et sur la famille qui respecte les pratiques sociales, spirituelles et culturelles. Les soins palliatifs comprennent les soins de fin de vie, mais ne s'y limitent pas, et ne se limitent pas non plus au moment précédant immédiatement la mort. Ils comprennent donc aussi la préparation et le soutien au deuil.

Une citation de Cicely Saunders, l'instigatrice du mouvement des centres de soins palliatifs modernes de Londres, résume le mieux cette philosophie. Elle dit ceci: « Vous êtes important parce que vous êtes vous, et vous êtes important jusqu'à la fin de votre vie. Nous allons faire tout ce que nous pouvons pour vous aider à mourir en paix, mais aussi pour vous aider à vivre jusqu'à ce que vous mourriez. »

Qu'est-ce que la Maison de soins palliatifs d'Ottawa? La Maison a été fondée en 2013 par la fusion de deux plus petits centres de la ville. Nous sommes une petite organisation à but non lucratif et nous offrons des soins palliatifs à domicile, des visites de bénévoles, un centre de soins de jour, du soutien aux personnes endeuillées et du soutien aux aidants. Notre mission est d'accompagner et d'aider les personnes et leur famille dans ce voyage vers la fin de la vie en offrant des soins de compassion d'une grande qualité. Notre objectif est d'améliorer la qualité de vie des clients qui reçoivent des soins palliatifs et celle de leurs soignants, et d'alléger le fardeau du système de santé en réduisant le taux d'hospitalisation.

Tous nos programmes et services sont offerts gratuitement aux patients et à leur famille, et nous travaillons en étroite collaboration avec les organismes de soins à domicile et en milieu communautaire affiliés aux hôpitaux locaux, afin d'offrir et de coordonner les soins.

À l'heure actuelle, nous offrons des lits dans deux centres de soins palliatifs résidentiels de la ville, mais la plupart de nos programmes sont des programmes communautaires. L'année dernière, nous avons aidé plus de 360 personnes en centre et plus de 1 500 clients dans la collectivité. Nous offrons les services de professionnels, mais nous bénéficions surtout de l'aide de plus de 1 000 bénévoles qui, l'an dernier, ont consacré 50 000 heures à l'offre de services et de soutien communautaire.

En Ontario comme dans la plupart des provinces, les services de soins palliatifs ne sont pas entièrement financés. Moins de 60 % des services offerts par la Maison de soins palliatifs d'Ottawa sont financés par le Réseau local d'intégration des services de santé. Cela signifie que nous devons amasser 2 millions de dollars par année pour continuer d'offrir nos services. C'est beaucoup pour une petite organisation communautaire. De plus, nous devons recueillir la totalité des fonds nécessaires pour les nouvelles constructions ou pour payer les coûts d'immobilisations.

L'année dernière, la Maison de soins palliatifs d'Ottawa a consacré la majorité de son budget — soit 76 % — à des programmes et services directs plutôt qu'à l'administration. La collecte de fonds est de plus en plus difficile pour tous les organismes de bienfaisance, ce qui entraîne une augmentation des coûts administratifs. Si nous ne pouvons pas recueillir suffisamment de fonds par l'entremise des dons privés, nos services seront compromis. Si nous ne pouvons pas accroître le financement privé, nous ne pourrions pas offrir les services supplémentaires dont ont besoin certaines communautés, comme les collectivités francophones de notre région. C'est inconcevable que la capacité de la Maison de soins palliatifs d'Ottawa d'offrir des soins palliatifs — qui font partie intégrante de notre système de soins de santé — dans notre collectivité soit ainsi compromise.

La Maison de soins palliatifs d'Ottawa offre divers services de fin de vie alternatifs, mais, comme je l'ai dit, toutes ces options sont sous-financées. Selon une étude récente, le Canada occupe le neuvième rang mondial en ce qui a trait à l'indice de la qualité de la mort. Il est renversant de constater que seulement 16 à 30 % des Canadiens qui meurent ont accès à des soins palliatifs ou à des soins de fin de vie ou les reçoivent. Malgré d'importants progrès en vue de faire avancer les soins palliatifs à l'échelle locale et provinciale, l'accès aux soins complets demeure inadéquat ou inégal. On estime que dans notre collectivité, on aurait besoin de lits pour soigner six personnes par tranche de 100 000 personnes. À Ottawa, on ne dispose que de 19 lits pour servir une population de près de un million de personnes. Même si nous travaillons en étroite collaboration avec nos partenaires pour veiller à offrir des soins palliatifs dans la collectivité, la situation demeure difficile.

● (1555)

De plus, nous savons tous que notre population est vieillissante — cela fait partie du travail du Comité —, et le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus doublera au cours des 20 prochaines années. L'augmentation du nombre d'ainés donne lieu à un recours accru aux hôpitaux et aux salles d'urgence, ce qui, bien sûr, augmente le coût des systèmes et le temps d'attente. Les personnes plus âgées souffriront plus de maladies chroniques et de maladies limitant leur qualité de vie.

Les soins palliatifs communautaires coûtent beaucoup moins cher que les soins hospitaliers. La vérificatrice générale de l'Ontario a souligné qu'en 2014, les lits des centres de soins palliatifs coûtaient 460 \$ par jour, tandis que les lits dans les hôpitaux de soins actifs coûtaient 1 100 \$ par jour. Les soins palliatifs permettent de libérer des lits de soins actifs et des services dans les hôpitaux, ce dont on a grandement besoin. À Ottawa, les services que nous offrons permettent une économie d'environ 4 millions de dollars par année dans le système de soins de santé. Imaginez ce qu'on pourrait faire si l'on offrait plus de services.

Dans le cadre des soins palliatifs, certaines sous-populations ont des préoccupations particulières ou des besoins non comblés. Par exemple, à cause d'un manque de financement, nous avons beaucoup de difficulté à rejoindre certaines populations comme les francophones, les collectivités multiculturelles et les Autochtones.

En ce qui a trait aux besoins en matière de soins palliatifs, nous savons qu'environ 10 % de tous les décès sont subits et attribuables à une cause imprévue, comme un accident ou un homicide. Ensuite, 30 % des gens mourront à la suite d'une détérioration constante de leur état de santé en raison d'une maladie prévisible ou progressive comme le cancer. Les 60 % restants — et je crois qu'il s'agit d'une grande partie de notre population d'ainés — sont des gens qui souffrent d'une maladie chronique à un stade avancé et dont les

besoins en matière de soins palliatifs ne sont pas comblés. La grande majorité des décès sont attribuables aux maladies chroniques à un stade avancé comme les maladies du cœur, les AVC, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, l'insuffisance rénale et l'Alzheimer. Ce sont souvent des personnes âgées dont la santé générale se détériore et qui présentent également des problèmes physiques ou cognitifs connexes. Elles sont frêles et instables et ont besoin de soins de qualité, et parfois de soins actifs. C'est le cas d'une grande partie de la population d'ainés.

Ce sont ces patients qui occupent les lits de soins actifs. Ils n'ont pas besoin de l'expertise offerte par les soins actifs, mais ils ont des problèmes fonctionnels ou des symptômes qui sont trop difficiles à gérer dans des établissements de soins de longue durée. Lorsqu'ils sont stabilisés, ils retournent dans ces établissements, mais dès qu'il y a un problème, on les embarque dans une ambulance et on les renvoie en salle d'urgence. On a grandement besoin d'offrir des services aux gens qui doivent recevoir des soins palliatifs « chroniques », c'est-à-dire la majorité des personnes âgées, à mon avis.

Ces patients ont besoin de soins personnels: d'être lavés, habillés et nourris ou d'avoir de l'aide pour aller à la toilette, parce qu'ils présentent certains symptômes. Les services de santé existants ne sont pas réceptifs à cela.

Il ne me reste probablement plus de temps, n'est-ce pas?

● (1600)

Le président: Si vous voulez conclure, il n'y a pas de problème, mais...

Mme Lisa Sullivan: Non, il m'en restait encore beaucoup à dire.

Le président: Nous y reviendrons à la période de questions.

Nous allons maintenant entendre John Beaney, qui est vice-président des opérations de Revera Inc. Vous disposez de sept minutes, monsieur.

M. John Beaney: Monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du Comité permanent, bonjour.

Je vous remercie de m'avoir invité aujourd'hui. C'est un grand honneur pour moi d'être parmi vous aujourd'hui au nom de Revera. Je travaille depuis 2005 dans le secteur du logement pour les aînés, et je reconnais l'importance du partenariat entre le gouvernement et l'industrie dans le but d'atteindre un but commun: offrir aux aînés les meilleures options possible en matière de logement.

J'aimerais d'abord vous parler brièvement de Revera. Nous sommes une entreprise canadienne de premier plan, forte d'un peu plus de 55 années d'expérience en tant que propriétaire, exploitant et investisseur dans le secteur du logement pour les aînés. Nous détenons ou exploitons plus de 500 établissements un peu partout au Canada, aux États-Unis et au Royaume-Uni, soit directement ou par l'entremise de partenariats. Nous offrons des services à plus de 55 000 aînés et comptons plus de 50 000 employés dévoués à la prestation de soins et de services d'une qualité exceptionnelle.

En matière de solutions de logement pour les aînés, nous proposons deux modèles de base. Il y a d'abord nos résidences, qui fonctionnent selon un modèle social privé. La vie en résidence offre aux aînés un endroit sûr où ils ont accès à des soins, des repas et une variété d'activités sociales et de loisirs. Si certains de nos résidents sont autonomes, bien d'autres nécessitent de l'aide pour accomplir leurs tâches quotidiennes et prendre leurs médicaments. Nous accueillons d'ailleurs de plus en plus d'aînés souffrant de diverses formes de démence, comme la maladie d'Alzheimer, et qui doivent évoluer dans une unité sécuritaire de soins de la mémoire. Au Canada, nous possédons 97 résidences dans six provinces, qui abritent 10 000 personnes servies par plus de 7 000 employés.

Il y a ensuite nos établissements de soins de longue durée, qui fonctionnent selon un modèle médical public où les résidents, dont la plupart sont des aînés, ont un besoin considérable de soins. En fait, environ 80 à 90 % d'entre eux présentent un certain degré de démence. Selon les provinces, tous les paliers du gouvernement évaluent et placent des résidents dans nos établissements, gèrent les listes d'attente et financent les soins que nous prodiguons.

Quelque 12 000 employés de Revera fournissent des soins à plus de 10 000 résidents dans 76 établissements de soins de longue durée se retrouvant dans quatre provinces. Si nous soutenons activement les aînés dynamiques d'aujourd'hui, qui vivent pleinement leur vie jour après jour, nous nous soucions également des aînés vulnérables, ceux qui nécessitent de l'aide pour manger, prendre un bain, s'habiller, utiliser les toilettes et prendre leurs médicaments.

Ainsi, Revera apporte une perspective unique quant à la manière d'améliorer l'expérience de vieillissement des Canadiens. C'est animé de ce point de vue que nous envisageons notre participation à votre étude sur la promotion de l'intégration et de la qualité de vie des aînés canadiens.

Nous souhaitons aujourd'hui soumettre quatre pistes de réflexion au Comité.

Premièrement, nous croyons que le choix et la souplesse sont essentiels à tout débat axé sur les options de logement pour les aînés. Le logement est un choix très personnel, et l'âge n'y change rien. Les aînés veulent pouvoir choisir la solution de logement qui leur convient, que ce soit de rester dans la demeure familiale, de troquer celle-ci pour une copropriété ou un appartement loué, de vivre dans un appartement pour les aînés ou une résidence, ou enfin de déménager dans un établissement de soins de longue durée. Seuls les aînés connaissent directement l'importance de la souplesse d'un système centré sur leur logement. Nous devons trouver un moyen de combler leurs besoins individuels et de puiser dans leur sagesse. Notre personnel a trop souvent la déchirante tâche d'annoncer aux aînés dont la santé se détériore que nous ne pouvons plus subvenir à leurs besoins particuliers. Et trop souvent encore, des couples mariés depuis 50 ou 60 ans se voient séparés, puisque l'un nécessite des soins de longue durée qui lui seront prodigués dans un établissement ne pouvant pas accueillir l'autre.

Deuxièmement, le Comité doit impérativement comprendre que la prestation de soins, surtout les soins médicaux, représente la pierre d'assise de toute discussion axée sur le logement des aînés. Les gens considèrent souvent l'accès aux soins comme l'un des plus importants enjeux pour les aînés qui choisissent de s'installer en résidence, et il est évident qu'il s'agit de l'unique facteur en amenant certains à vivre dans un établissement de soins de longue durée. La santé mentale constitue un autre enjeu de taille, surtout pour les aînés qui vivent seuls et se retrouvent alors exposés à l'isolement social et à la dépression qui en résulte souvent. En règle générale, cette

situation touche les personnes à mobilité réduite en raison de limitations physiques ou financières, et qui malgré cela vivent encore dans une maison unifamiliale.

Troisièmement, nous estimons que le secteur privé canadien jouera un rôle crucial dans l'avenir du logement pour les aînés. Des entreprises comme Revera occupent une place de choix dans l'avancement de l'innovation nécessaire pour combler la demande croissante pour diverses options de logement pour les aînés. Le secteur privé fait partie intégrante de la solution, car l'idée d'innover stimule ses membres à prendre des risques et à adopter de nouvelles approches en matière de logement et de prestation de soins, tout cela en investissant leurs propres fonds.

● (1605)

Enfin, et comme je l'ai mentionné plus tôt, nous pensons que les aînés doivent se trouver au cœur des échanges portant sur les options de logement. D'ordinaire, le logement pour les aînés nécessitant des soins est lié à des cadres réglementaires et à des politiques gouvernementales complexes qui nuisent à la compréhension des options disponibles. Les services d'hébergement, de soutien et de soins sont plus souvent axés sur les exigences gouvernementales, réglementaires et organisationnelles que sur les besoins et désirs des aînés et de leur famille.

Nous incitons vivement le Comité à discuter avec des aînés qui ont récemment pris une décision à l'égard de leur logement ou qui s'apprentent à le faire. Revera se fera un plaisir d'organiser une rencontre avec ses résidents, afin que le Comité soit témoin des défis associés à de tels choix en vertu du processus de vieillissement. En tant que chef de file du secteur, Revera est heureuse de prendre part, aujourd'hui et dans l'avenir, aux discussions axées sur le façonnement d'une stratégie nationale centrée sur les options de logement pour les aînés.

Comme vous le savez peut-être, notre entreprise se place au premier plan de la lutte contre l'âgisme, la forme de discrimination la plus socialement acceptée au pays. Nous réclamons activement la reconnaissance des aînés comme des membres pertinents, dynamiques et précieux de notre société. Nous réservons des sommes importantes à un fonds axé sur les innovations en matière de vieillissement, par lequel nous investissons dans de nouveaux produits et services conçus pour faciliter le processus du vieillissement. Nous avons assigné des ressources considérables à la sensibilisation et à la recherche de mesures à entreprendre par la société, et en particulier le milieu canadien des affaires, pour mener la lutte contre l'âgisme.

Permettez-moi de conclure en affirmant que Revera partage les convictions fondamentales à l'origine des efforts du Comité pour promouvoir l'intégration et la qualité de vie des aînés canadiens. Nous remercions le Comité d'entreprendre ces travaux essentiels.

Le président: Merci beaucoup, monsieur.

Du Senior Empowerment Assistance Centre, de Peel, en Ontario, nous accueillons Olufemi Adegun, président.

Bienvenue, monsieur.

M. Olufemi Adegun: Merci beaucoup, monsieur le président, de me donner l'occasion de prendre part à cette conversation. J'aimerais également remercier les membres du Comité de m'avoir invité à cette tribune cet après-midi.

Ces conversations tombent à point puisque 25 % des membres de la population active actuelle prendra leur retraite dans les 7 à 10 prochaines années. Je vais m'adresser à vous en tant que président du Senior Empowerment Assistance Centre de la région de Peel, qui est composée de Mississauga, de Brampton et de Caledon.

Je suis ici cet après-midi pour vous expliquer comment nous pouvons nous y prendre pour nous attaquer au problème de l'exclusion des aînés et pour améliorer leur qualité de vie au Canada. Je discuterai des conséquences de l'isolement social et des avantages de l'inclusion sociale. J'aborderai également la façon dont notre Senior Empowerment Assistance Centre a élaboré une stratégie en cinq points, que nous utilisons dans la région de Peel, pour nous attaquer à ce problème auquel sont confrontés les aînés dans notre société. Je vais également discuter de la façon dont des organismes comme le nôtre, composés d'ONG, du secteur privé et du gouvernement — car le gouvernement ne peut pas régler le problème seul — peuvent collaborer pour régler ce problème qui vise les aînés. C'est très important, car ce que nous constatons à l'heure actuelle est ce que nous appelons la sagesse de cet âge. Il y a un certain fossé intergénérationnel où les aînés de plus de 60 ou 65 ans qui prennent leur retraite ne peuvent pas transmettre cette sagesse aux plus jeunes générations, si bien qu'il y a une dérive.

Dans la région de Peel que je représente, cet écart existe à l'heure actuelle. Cette sagesse ne peut pas être transmise aux plus jeunes générations. Les aînés doivent raconter leurs histoires à d'autres qu'à leurs enfants. Bon nombre d'entre eux ont travaillé pendant 25 à 35 ans, et de nombreux jeunes ont dû mal à faire leur entrée dans le système. Il faut combler cet écart entre les aînés et les plus jeunes générations. C'est en partie ce que notre organisme fait pour régler le problème.

L'inclusion sociale est définie comme étant le processus pour améliorer les chances de participer à la société, plus particulièrement pour les personnes qui sont désavantagées, accroître les occasions, offrir un accès aux ressources et leur permettre de faire valoir leurs droits. Par ailleurs, l'exclusion sociale se définit comme étant un état où les gens ne sont pas en mesure de participer pleinement à la vie économique, sociale, politique et culturelle, de même que le processus qui mène à un statut social.

Si nous examinons les conséquences de l'exclusion sociale ou de l'isolement, elles vont d'une mauvaise santé physique et mentale, jusqu'à un sentiment de solitude et de la détresse émotionnelle. Dans la région de Peel que je représente, les aînés se réveillent le matin et se rendent au Tim Hortons ou au McDonald, où ils lisent les journaux. Nous les appelons le club des garçons et filles. De nombreuses mesures sont prises pour régler ces problèmes, mais je crois que le gouvernement peut faire plus en collaborant avec le secteur privé et les utilisateurs finaux comme nous. Lorsque des aînés qui peuvent encore contribuer de façon positive à la société finissent au Tim Hortons ou au McDonald pendant près de huit heures par jour à gaspiller leur vie et la sagesse qu'ils pourraient transmettre à la plus jeune génération, quelque chose ne tourne pas rond dans la société.

Cela les amène à s'isoler et à ne pas contribuer à la société. Si on n'éduque pas les gens sur le gouvernement, les services sociaux et le soutien, il est impossible que la mission du gouvernement puisse réussir si ces aînés ne participent pas à des programmes et à des politiques qui amélioreraient leur vie. La participation des aînés est essentielle pour tous les programmes et toutes les politiques que le gouvernement met en oeuvre.

De plus, il y a un désintérêt à l'égard des réseaux sociaux. Ce désintérêt réduit la participation sociale, entraîne la pauvreté et la dépression et réduit la qualité de vie. Je vais vous fournir des statistiques des années passées dans la région de Peel. À l'heure actuelle, après impôt, le revenu moyen des ménages dans la région de Peel est d'environ 84 000 \$, et 47 % des familles dont les membres sont âgés de 55 à 64 ans, selon une recherche qui a été menée il y a trois ans, n'ont accumulé aucune pension d'employés.

• (1610)

Nous avons de nombreux immigrants qui entrent dans le système. Nous sommes si fortunés dans cette région, car lorsque des gens migrent, de l'Inde, de l'Asie, par exemple, ils arrivent avec leur famille élargie. Ils sont parrainés, et lorsque ce groupe n'arrive pas à subvenir à ses besoins, n'a pas hâte à la retraite, c'est alors problématique. Nous avons aussi, même au sein de cette structure familiale, des aidants naturels, des aidants naturels familiaux, qui offrent une aide importante pour gérer et aider ces aînés.

Permettez-moi d'aborder brièvement la stratégie en cinq points que nous appliquons. Nous utilisons l'éducation, les connaissances, la responsabilisation, la participation et l'entrepreneuriat. Ce sont les cinq principaux points de la stratégie que nous utilisons pour régler les problèmes des aînés dans la région de Peel.

Je vais en discuter plus longuement plus tard. Merci beaucoup.

• (1615)

Le président: Merci beaucoup.

Nous allons poursuivre. Nous avons apparemment une mise à jour. M. Fulton est ici. Cependant, son chien-guide n'a pas fait ses besoins de toute la journée, alors M. Fulton est allé se promener. Je tenais à vous le signaler. Je veux simplement vous le faire savoir, au cas où vous êtes inquiets. Il est en retard de plus d'une heure.

Le premier intervenant est M. Warawa, s'il vous plaît.

M. Mark Warawa (Langley—Aldergrove, PCC): Merci beaucoup de cette déclaration.

Je veux remercier les témoins de leur présence ici, de leur grand coeur, de leur dévouement envers la population vieillissante canadienne et de l'incroyable travail qu'ils font.

Le défi auquel nous sommes confrontés au Comité est de savoir comment nous pouvons aider au fédéral, et j'aimerais entendre votre point de vue sur la façon dont nous pouvons le faire. À quel point est-il important que nous offrions une aide maintenant, ou pourrions-nous prendre des mesures au cours des 10 prochaines années?

Nous avons entendu le témoignage de Mme Sullivan, et j'ai vu le reportage à l'émission *The National*. C'est bouleversant, mais cela fait partie de la vie, de voir un décès dans la famille et une femme courageuse, son époux et sa fille. Cela nous donne un aperçu de la réalité en fin de vie. À regarder cette émission et penser aux soins palliatifs qui sont prodigués ici à Ottawa... si vous n'étiez pas là, quelles seraient les options pour cette famille?

Que Dieu vous bénisse. Merci énormément du travail que vous accomplissez.

Nous avons entendu le témoignage d'un bénévole dans un établissement de soins de Langley la semaine dernière. Elle nous a fait part des défis en matière de financement auxquels ils sont confrontés. Des ergothérapeutes nous ont également fait part des défis liés au financement auxquels ils sont confrontés.

Les modèles de financement sont difficiles à changer, alors comment pouvons-nous le faire? Vous en avez tous les deux souligné l'importance.

Monsieur Shiner, merci d'avoir parlé de l'importance du logement. Comment pouvons-nous changer les modèles que nous avons? Dans quelle mesure est-il nécessaire de le faire maintenant, ou pouvons-nous attendre 10 ans? Quel type de leadership le gouvernement fédéral doit-il exercer?

J'aimerais entendre ce que vous avez à dire, madame Sullivan, madame MacNaughton et madame Craik.

Mme Janet Craik: Pouvons-nous attendre? Nous ne pouvons pas attendre. Si nous voulons des solutions durables en matière de soins de santé, nous devons nous débarrasser du statu quo. Je pense que le gouvernement fédéral a la possibilité de mettre ces sujets importants sur la table lorsque les ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux se retrouvent dans une même salle.

Comme je l'ai dit, le système de soins de santé à l'heure actuelle se concentre à aider les gens dont la santé se détériore, même si nous savons que des données probantes montrent que des mesures de prévention peuvent permettre de réaliser des économies et améliorer la qualité de vie. Je pense qu'il faut inscrire ces sujets à l'ordre du jour maintenant et examiner comment optimiser l'utilisation des fonds. Nous pouvons certainement utiliser cet argent plus efficacement.

Mme Lisa Sullivan: Bien que je sois d'accord — j'appuie ce que vous dites, Janet —, je pense à ceux qui sont en fin de vie... La réalité, bien franchement, c'est que plus vous vieillissez, plus vous risquez de mourir. Je suis certain que vous le savez tous. Nous ne pouvons pas prétendre que la mort n'arrivera pas. Je pense que la prévention est très claire, mais nous avons une population qui vit beaucoup plus longtemps avec des maladies chroniques. Ces gens auront besoin de plus de soutien en fin de vie.

Je crois que c'est un changement de paradigme à tous les niveaux de penser à la façon dont nous appuyons les gens qui souffrent de maladies chroniques en vieillissant et les sortir des hôpitaux de soins actifs. Les hôpitaux de soins actifs sont merveilleux lorsque vous souffrez d'une maladie grave, mais ce n'est pas un endroit pour des gens qui souffrent d'une maladie chronique ou qui sont en fin de vie.

Nous savons que 75 % des gens préféreraient mourir à la maison, et par « maison », ce pourrait être une maison de retraite, un établissement de soins de longue durée ou leur domicile. Nous devons songer à utiliser les fonds versés aux hôpitaux de soins actifs pour plutôt soutenir les gens qui veulent vivre et mourir dans leur maison.

• (1620)

M. Mark Warawa: Nous devons absolument régler cette question maintenant.

Mme Lisa Sullivan: Tout à fait.

M. Mark Warawa: D'accord.

Monsieur Shiner, merci énormément. Nous saluons votre service en tant qu'ancien combattant canadien. À votre droite, vous avez ma directrice de cabinet. Elle a fait partie de l'armée israélienne. Merci de votre service.

Il ne me reste probablement plus de temps.

Le président: Vous avez encore une minute.

M. Mark Warawa: D'accord.

Les économies sont énormes si nous sortons les gens des hôpitaux de soins actifs et les plaçons dans des établissements de soins palliatifs. Avons-nous suffisamment d'ergothérapeutes? Vous nous ferez économiser de l'argent. Avons-nous des ressources suffisantes pour effectuer l'évaluation et nous assurer que les gens puissent

vieillir chez eux? Vous êtes indispensables. Avons-nous suffisamment d'ergothérapeutes?

Mme Janet Craik: À l'heure actuelle, nous avons un effectif d'environ 16 000 ergothérapeutes au Canada. Le taux d'emploi est élevé, à 93 %. Nous avons quelques pénuries de main-d'oeuvre. Heureusement, la Colombie-Britannique, votre province, ne connaît pas de pénurie. L'effectif d'ergothérapeutes de la Colombie-Britannique doit faire appel à des gens qui ont été formés en dehors de la province. Elle compte le pourcentage le plus élevé de thérapeutes formés à l'extérieur de la province. L'Ontario est une autre province qui compte sur une importante affluence d'ergothérapeutes. La Saskatchewan est une autre province où le pourcentage d'ergothérapeutes qui desservent la communauté est très faible. On exerce des pressions sur le gouvernement depuis 1996 pour qu'une école d'ergothérapie soit créée à Regina.

Il y a donc des problèmes de main-d'oeuvre. De façon générale, nous avons une main-d'oeuvre solide. Nous pouvons compter sur des ergothérapeutes formés à l'étranger.

Vous avez mentionné les soins actifs. Nous laissons tomber les aînés s'ils aboutissent dans un hôpital de soins actifs. Je pense que nous devons examiner les modèles des hospices et les programmes communautaires. Lorsque les gens se retrouvent dans un hôpital de soins actifs... Ce n'est pas l'endroit pour eux.

Le président: Merci beaucoup.

Monsieur Ruimy, s'il vous plaît.

M. Dan Ruimy (Pitt Meadows—Maple Ridge, Lib.): Merci beaucoup. Je vais partager mon temps de parole avec le secrétaire parlementaire, Adam Vaughan.

Les mêmes thèmes sont abordés par tous les témoins: isolement, solitude, communauté, logement, etc.

Monsieur Shiner, encore une fois, merci de votre service. La guerre du Yom Kippour a été tout un événement.

Vous avez fourni une statistique que je n'avais pas encore entendue, que 93 % des aînés ne planifient pas vieillir à la maison. Est-ce exact?

M. Donald Shiner: Ils ne prévoient jamais quitter leur domicile. Ils n'ont aucun plan. Ils sont dans le déni.

M. Dan Ruimy: Ils ne prévoient pas quitter leur maison. D'accord. Donc, comment peut-on, en tant que gouvernement, changer cette mentalité?

M. Donald Shiner: Oui. Nous avons besoin d'un programme d'éducation.

M. Dan Ruimy: Donnez-moi deux ou trois mesures, par exemple, un changement stratégique, que le gouvernement fédéral pourrait prendre pour favoriser l'éducation, d'après vous. Soyons réalistes. Si nous ne planifions pas notre retraite, si nous ne planifions rien, vous n'irez nulle part.

M. Donald Shiner: C'est la pensée magique. Nous vivons dans un monde qui est adepte de la pensée magique. Nous pensons que nous ne vieillirons pas et ne tomberons pas malades; nous ne nous préparons pas pour cet avenir.

Nous devons faire de l'éducation. Les gens qui ont moins de 70 ans doivent construire leur maison en tenant compte de normes relatives aux maisons de toute une vie. À 60 ou 70 ans, vous arrêtez de construire des maisons. Après 60 ou 70 ans, vous rénovez. Nous devons nous assurer que ces rénovations sont effectuées correctement, de façon économique et efficace.

Le troisième groupe que nous devons éduquer, c'est les constructeurs d'habitations canadiens. Ils doivent comprendre que nous avons des éléments de preuve de l'Angleterre et de la Nouvelle-Zélande, où les normes de toute une vie sont bien établies. Il en coûte environ 1 400 \$ pour incorporer les modifications à la conception au moment de bâtir la maison — 1 400 \$ pour avoir une maison pour toute une vie.

Pensez à l'enfant qui se brise une jambe au hockey ou au soccer et retourne à la maison dans un fauteuil roulant. Il faut le transporter dans les marches d'entrée. Il faut le transporter jusqu'à sa chambre. Il a besoin d'aide pour aller à la salle de bain. Si votre grand-mère fait une chute en sortant du bain, et que la porte s'ouvre vers l'intérieur, il faudrait l'équipe d'intervention d'urgence pour la démanteler pendant que votre grand-mère est étendue, nue, sur le sol. Pourquoi la porte a-t-elle été installée pour s'ouvrir vers l'intérieur? Ce n'est pas dans le code du bâtiment.

Nous faisons certaines choses sans réfléchir. Nous devons éduquer les gens pour qu'ils songent à ces éléments et se préparent à prendre ces responsabilités eux-mêmes.

• (1625)

M. Dan Ruimy: Merci.

Je vais céder mon temps de parole à M. Vaughan.

M. Adam Vaughan (Spadina—Fort York, Lib.): Merci. J'ai quelques questions.

Vous dites qu'il y a un marché émergent, un besoin clair, des économies claires et, donc, des profits. Pourquoi le marché privé n'a-t-il pas réagi alors? Pourquoi certains suggèrent que nous devrions nous en remettre au marché privé pour offrir ces logements, si le marché privé ne fait rien?

M. Donald Shiner: Certains constructeurs essaient de réagir. Il y a un préjugé associé au vieillissement, et on considère qu'une maison pour toute une vie ressemble à une habitation où l'on prend sa retraite, avec des barres d'appui notamment. J'ai un très bon ami qui dirige HomesRenewed, un programme américain sur le vieillissement chez soi. Il est menuisier et il dit que la meilleure solution pour vieillir chez soi, c'est un deux-par-quatre, un marteau et quelques clous au moment de construire la salle de bain. Ça ne coûte trois fois rien.

C'est tout simplement le genre de raisonnement que nous n'avons pas.

M. Adam Vaughan: La conception universelle... Si le gouvernement décide d'intervenir et de commencer à construire des logements sociaux pour la première fois depuis plus d'une décennie, seriez-vous favorable à l'adoption de seuils pour la conception universelle afin de prendre en compte les besoins d'une population vieillissante et ceux des personnes handicapées?

M. Donald Shiner: Il le faut, sur les plans de la visibilité, comme nous l'appelons, des normes de Lifetime Homes et de l'accessibilité. Tout cela entre dans la même catégorie. Évidemment, ces normes devraient s'appliquer à tous les bâtiments publics.

M. Adam Vaughan: Vous avez indiqué que 93 % des Canadiens croient qu'ils pourront vieillir chez eux, dans le confort de leur maison, mais cela pose problème parce que ces gens n'habitent pas dans des logements fonctionnels. Donc, en soi, cela ne suffit pas, et l'adaptabilité du logement est un des aspects essentiels.

M. Donald Shiner: Lorsque je dis 93 % des Canadiens... Le vieillissement à domicile ne préoccupe pas les gens qui avancent en âge, car ils croient pouvoir rester suffisamment en santé et en forme,

de sorte qu'ils ne s'y préparent pas. Ils y pensent seulement lorsqu'une urgence survient, par exemple une fracture de la hanche ou un accident. Nous devons contribuer à les sensibiliser à se préparer.

M. Adam Vaughan: Lisa Sullivan, vous avez parlé des soins palliatifs, mais souvent, les sans-abri et les personnes qui ont des besoins psychiatriques ou des problèmes de toxicomanie n'y ont tout simplement pas accès. Votre organisme offre-t-il des soins palliatifs à ce segment de la population? Si oui, quelles mesures d'aide vous sont offertes?

Mme Lisa Sullivan: À Ottawa, nous sommes très chanceux. La Maison de soins palliatifs d'Ottawa n'offre pas de services à la population de la rue, mais nous avons un autre partenaire dans la communauté, l'organisme Ottawa Mission, dont les activités sont entièrement axées sur la population de sans-abri. On observe, par rapport aux services de fin de vie offerts à la population de la rue et aux sans-abri, un retour à l'offre de services axés sur le traitement des maladies chroniques et non seulement de soins palliatifs pendant les deux ou trois dernières semaines de vie. Les gens de la rue qui ont une maladie chronique ont beaucoup plus de complications. La mission dispose de plusieurs lits, mais offre également des services aux gens dans la rue.

M. Adam Vaughan: Seriez-vous favorable, pour la gestion des soins palliatifs, à une transition vers des services qui ne seraient pas nécessairement uniquement destinés aux personnes âgées, mais plutôt vers l'offre de logements avec services de soutien pour les personnes atteintes de maladie chronique?

Mme Lisa Sullivan: Oui. Je ne dis pas que cela existe, mais que c'est cela qu'il nous faut, à mon avis, parce que nous ferons tous un jour partie de la population des gens atteints de maladie chronique. Nous avons tous une plus longue espérance de vie et il faudra essentiellement aider les aînés où qu'ils soient, que ce soit à domicile ou....

M. Adam Vaughan: À cela s'ajoute l'enjeu de la transformation de l'attitude de la population à l'égard des lesbiennes, des gais et des personnes bisexuelles, transsexuelles ou bispituelles. Ces gens font partie de la communauté, ils ont une famille, et on assiste au phénomène de gens qui retournent dans le placard pour avoir accès à des programmes pour personnes âgées parce qu'ils se retrouvent soudainement au sein d'une génération qui n'a pas connu cette transformation.

• (1630)

Le président: Vous devrez y revenir plus tard.

M. Adam Vaughan: J'aimerais savoir quelles politiques vous avez mises en place et quelles seraient vos recommandations à cet égard.

Le président: Très brièvement, s'il vous plaît.

Mme Lisa Sullivan: C'est très intéressant. Nous offrons beaucoup de formation au personnel et aux bénévoles sur les termes à employer lors de l'admission pour qu'ils évitent, par exemple, de demander le sexe d'une personne ou d'utiliser des termes comme « mari » et « femme ». L'idée est notamment de nous présenter comme un organisme inclusif, et j'espère que cela contribuera à faire tomber ces obstacles.

M. Adam Vaughan: Si les fonds publics sont là, cela devrait être...

Le président: Je suis désolé, Adam, je dois vous interrompre.

Rachel.

Mme Rachel Blaney (North Island—Powell River, NDP): Merci, monsieur le président. Merci beaucoup à tous les témoins d'être ici.

J'aimerais, avant de commencer ma série de questions, vous demander à tous de répondre à une brève question, par oui ou par non; vous pouvez aussi vous abstenir. Croyez-vous que le gouvernement devrait mettre en oeuvre une stratégie nationale pour les personnes âgées?

M. Donald Shiner: Oui.

Mme Nicola MacNaughton: Oui.

Mme Janet Craik: Oui.

Mme Rachel Blaney: Tout le monde est d'accord. Je vous remercie.

Madame Sullivan, je vous remercie d'être ici aujourd'hui. J'ai été bénévole en soins palliatifs. Je vous suis donc extrêmement reconnaissante du travail que vous faites, et je sais à quel point il peut être important pour les familles de se retrouver dans un endroit si agréable, mais aussi de pouvoir soudainement avoir un certain confort lorsqu'un être cher est en fin de vie. Merci beaucoup de votre travail.

Dans votre plan stratégique de 2016 à 2019, vous indiquez que le financement est un défi majeur pour votre organisme. Comment obtenez-vous votre financement? Vous avez mentionné que vous devez recueillir deux millions de dollars par année. Recevez-vous du financement provincial ou fédéral? Y a-t-il un financement varié? Comment cela fonctionne-t-il?

Mme Lisa Sullivan: Notre financement nous vient de la province, par l'intermédiaire du RLISS, notre Réseau local d'intégration des services de santé qui, comme vous le savez, est l'organisme qui assure la distribution du financement du ministère de la Santé. Nous recevons un financement distinct pour nos programmes communautaires et nos programmes de soins en établissement, mais au total, cela représente moins de 60 % de nos coûts. Donc, le reste provient de campagnes de financement. C'est d'ailleurs une des raisons pour lesquelles les bénévoles jouent un rôle essentiel dans la prestation de nos services.

Mme Rachel Blaney: J'ai dirigé un organisme sans but lucratif pendant huit ans. Je comprends donc très bien des difficultés associées au paiement de coûts associés au personnel administratif, des personnes qui jouent un rôle essentiel lors de campagnes de financement. Il importe de comprendre que les bénévoles offrent des services inestimables, mais sans les ressources nécessaires pour l'embauche de gens compétents pour les diriger et offrir un appui administratif aux activités de financement, cela peut être extrêmement difficile.

Mme Lisa Sullivan: Oui, exactement. J'ajouterais même que la plupart de nos bénévoles sont des personnes âgées, selon l'âge qu'on utilise pour les définir les aînés. Il s'agit d'un travail très gratifiant pour les personnes âgées; il va sans dire que les aînés jouent vraiment un rôle clé dans nos activités.

Mme Rachel Blaney: Parfait.

En 2009, le gouvernement conservateur a mis fin au financement accordé aux Instituts de recherche en santé du Canada pour des études sur les soins palliatifs. Il a ensuite démantelé le Secrétariat des soins palliatifs et des soins de fin de vie et a cessé de travailler à une stratégie nationale sur les soins palliatifs et de fin de vie. C'est un aspect important, car nous connaissons le rôle essentiel des soins de fin de vie et d'une stratégie à cet égard.

Pensez-vous qu'une stratégie sur les soins palliatifs et de fin de vie devrait faire partie intégrante d'une stratégie nationale pour les personnes âgées? Quelle serait l'utilité de recherches supplémentaires dans le domaine des soins palliatifs?

Mme Lisa Sullivan: Comme je l'ai indiqué plus tôt, je considère qu'une stratégie en matière de soins palliatifs et de fin de vie doit faire partie intégrante d'une stratégie sur le vieillissement et sur les personnes âgées. Cessons de nous leurrer: nous mourrons tous un jour. Nous n'aurons pas seulement besoin de plus de mesures de soutien. Mourir à l'hôpital est très coûteux, et personne ne souhaite mourir là. Il convient donc d'intégrer les soins de fin de vie à cela.

J'ajouterais brièvement un autre aspect, que je n'ai pas mentionné précédemment, mais qui est un enjeu incontournable: l'aide médicale à mourir. Une des choses que nous faisons valoir avec insistance, c'est que même s'il s'agit d'un droit de la personne et d'une procédure légale, cela ne cadre pas avec la philosophie des soins palliatifs. Donc, si cette solution est offerte aux gens, nous devons aussi leur offrir des soins palliatifs de qualité. Il ne s'agit pas de choisir l'une ou l'autre solution, et c'est une préoccupation constante lorsqu'il est question de financement et de stratégies concernant l'aide médicale à mourir.

Mme Rachel Blaney: Merci beaucoup.

Nous savons notamment que cela représente aussi des économies substantielles pour les contribuables. Je pense que la différence est de 640 \$ par jour, ce qui est un montant important. Comment cela fonctionne-t-il? Comment coordonnez-vous ce type d'approche? Le système de soins de fin de vie n'est pas coordonné, malgré les besoins croissants. Comment cela pourrait-il être mis en place, si possible?

Mme Lisa Sullivan: Je peux seulement vous dire ce qu'il en est de l'Ontario. Je pense que nous avons fait d'importants progrès dans cette province pour la coordination des soins palliatifs. Tous les RLISS sont tenus d'avoir un programme régional coordonné en matière de soins palliatifs. Ce n'est pas parfait, mais au moins, tout le monde se parle. À Ottawa, en particulier, nous avons un système de recommandations et de triage centralisé. Grâce à ce système, les personnes qui ont besoin de soins palliatifs n'ont pas à s'adresser à six personnes différentes pour obtenir six services distincts. Nous travaillons en collaboration avec notre partenaire de soins à domicile et notre RLISS. Je pense que c'est un bon modèle. Il convient de l'appuyer davantage, encore une fois, car je pense que le financement doit être ciblé sur la collectivité.

Je tiens aussi à préciser que lorsque je parle de soins palliatifs, ces soins peuvent aussi être offerts à domicile, même si nous avons des lits réservés aux soins palliatifs en établissement. Les services à domicile devraient être offerts souvent, mais le financement fait vraiment défaut. Nous n'avons pas les ressources nécessaires pour assurer la coordination de ces soins et de l'aide à domicile à long terme.

• (1635)

Mme Rachel Blaney: Merci beaucoup.

Je vais maintenant m'adresser à M. Shiner.

Il me reste seulement quelques secondes; je reviendrai à vous au prochain tour.

Je pense que vous avez fait un excellent travail dans votre rapport pour cerner les difficultés liées au vieillissement en milieu rural au Canada. Quelles seraient vos recommandations sur le rôle positif que le gouvernement fédéral pourrait jouer pour atténuer certains de ces obstacles?

M. Donald Shiner: Dans toutes mes recherches, la mesure la plus importante que j'ai vue était la nécessité de favoriser la construction de maisons adaptables tout au long de la vie. J'aimerais que cela soit intégré dans les codes du bâtiment au Canada. Je suis conscient que cela représente un défi de taille, mais nous devons construire les maisons en fonction de l'avenir pour que les gens puissent y vivre toute leur vie, avec pleine accessibilité. Si nous ne commençons jamais à le faire, cela signifie que nous construirons continuellement des maisons qui ne sont pas très accessibles.

Mme Rachel Blaney: Merci.

Le président: Merci beaucoup.

Nous passons maintenant au député Sangha.

M. Ramesh Sangha (Brampton-Centre, Lib.): Merci, monsieur le président. Je remercie tous les témoins de participer à la réunion et de nous fournir des renseignements fort utiles.

Tout le monde a parlé des soins offerts aux aînés, parfois des soins à long terme ou des soins à domicile. Nous avons aussi parlé d'isolement et d'exclusion. Monsieur Adegun a parlé de solitude et d'autonomisation des personnes âgées, entre autres choses.

Ma question s'adresse aux représentantes de l'Association canadienne des ergothérapeutes.

Quelles seraient vos recommandations pour le Comité concernant les personnes âgées qui ne sont pas atteintes d'une maladie grave, mais qui habitent toujours leur maison? Pourriez-vous nous présenter quatre ou cinq points de réflexion pour améliorer leurs conditions de vie à domicile?

Mme Nicola MacNaughton: Certainement. Si vous le permettez, je vais vous donner un aperçu, en 10 secondes, de ce qui se passerait.

J'arriverais au domicile de la cliente. Dans un premier temps, je remarquerais qu'il faut monter quatre marches pour arriver à la porte. J'aurais donc cerné le premier risque, avant même de la rencontrer. Je cognerais à la porte et je verrais une dame âgée s'avancer dans le couloir avec de grosses pantoufles en peluche aux pieds. Je sais qu'elle est peut-être confortable et qu'elle a les pieds bien au chaud, mais comme elle n'est pas chaussée adéquatement, je lui conseillerais d'utiliser des chaussures adéquates afin d'éviter les chutes.

Elle m'offrirait une tasse de thé. J'accepterais, bien sûr, parce qu'elle aime pouvoir socialiser chez elle. Je sais que pour elle, il est important d'avoir la possibilité de faire des sorties, mais il lui est aussi important d'accueillir des invités. Elle va ensuite se faire une tasse de thé; elle porte un chandail ample et lorsqu'elle se penche au-dessus du poêle, je crains que le chandail prenne feu. Pour 10 \$, je peux lui procurer une pince à long manche, ce qui permet d'éliminer ce risque. Tout cela se passe dans les 10 premières minutes après l'arrivée d'une ergothérapeute à son domicile. Une carpe est placée près de l'entrée de la salle de bain, ce qui représente encore une fois un risque de chute. Nous retirons la carpe ou nous veillons à ce qu'elle soit fixée adéquatement.

Il existe une multitude de solutions simples pour permettre aux personnes âgées d'habiter dans un lieu sécuritaire.

M. Ramesh Sangha: Merci.

Monsieur Adegun, vous avez évoqué l'autonomisation sociale et le réseautage social comme moyens d'améliorer le niveau de vie des aînés. Que pourriez-vous dire à ce sujet, si vous n'aviez qu'une minute?

M. Olufemi Adegun: En fait, j'aimerais ce genre de situation, car nous avons, comme je l'ai indiqué, une stratégie en cinq points

concernant l'éducation, les connaissances, la responsabilisation et la participation, qui est absolument essentielle.

Si vous tentez de régler les problèmes d'un groupe donné, vous devez mobiliser ces gens. Vous ne pouvez pas les isoler. Vous devez les inciter à participer dans la communauté. Voilà pourquoi notre association organise des séminaires communautaires en collaboration avec les villes de Brampton et de Mississauga; le but est d'informer les gens de la communauté.

À Brampton, comme je l'ai indiqué dans mon exposé, les fournisseurs de soins à domicile jouent divers rôles très importants. Le gouvernement doit mobiliser ces groupes et les intégrer à la stratégie nationale qu'il prépare. Les fournisseurs de soins à domicile sont la pierre angulaire. Ils sont nombreux; nous n'avons même pas de chiffres précis.

Le gouvernement doit favoriser l'intégration, car comme je l'ai indiqué plus tôt, nous avons besoin du gouvernement, du secteur privé et des ONG. Il faut que tout le monde puisse agir, car il s'agit d'un problème d'une importance capitale dans la société.

• (1640)

M. Ramesh Sangha: Merci.

M. Olufemi Adegun: Je dirais que les fournisseurs de soins à domicile, les membres de la famille... Nous devrions essayer de mettre sur pied des séminaires communautaires, et toutes ces choses.

M. Ramesh Sangha: Merci, monsieur.

Je cède le reste de mon temps de parole à M. Vaughan.

Le président: Vous avez environ une minute et demie.

M. Adam Vaughan: J'aimerais aussi revenir à M. Shiner et poser deux ou trois brèves questions. Ensuite, les autres pourraient commenter.

Beaucoup d'aspects que vous avez mentionnés... Les codes du bâtiment sont pour la plupart des codes provinciaux, même si nous avons le Code national du bâtiment, mais il constitue davantage un idéal qu'une obligation. Ce sont les codes du bâtiment des provinces et non le Code national du bâtiment qui régissent la construction, mais cela est aussi lié à certains autres enjeux relatifs aux logements subventionnés et aux subventions de la rénovation domiciliaire.

Lorsque des normes nationales claires s'appliquent, seriez-vous favorable à une intervention fédérale dans un secteur de compétence provinciale en vue de régler les problèmes que vous avez ciblés?

M. Donald Shiner: Le code du bâtiment est un enjeu complexe, comme vous l'avez mentionné, mais ce sont les provinces qui adoptent en réalité le Code national du bâtiment du Canada. Elles le modifient à certains égards, mais elles adoptent les normes pratiquement telles quelles.

Pour revenir à votre exemple, vous avez oublié de mentionner que la porte que vous avez franchie après avoir monté les quatre escaliers...

Mme Nicola MacNaughton: Oui. C'était seulement 32...

M. Donald Shiner: ... c'est seulement 32 pouces de largeur. Selon l'article 91.5 du code du bâtiment, une ouverture de 32 pouces... Si la dame était en fauteuil roulant, son fauteuil ne pourrait pas passer, parce que l'ouverture de la porte doit être de 39 pouces pour laisser passer un fauteuil roulant électrique, au cas où personne ne vous ait dit la largeur.

Bref, le code du bâtiment est extrêmement difficile à modifier. Cela touche beaucoup de groupes d'intérêts. En Angleterre, certains ont essayé au Parlement d'imposer des modifications nationales, mais la tentative s'est soldée par un échec.

M. Adam Vaughan: Seriez-vous favorable à une intervention fédérale, même si cela relève des provinces, en vue d'atteindre les objectifs que vous avez fixés?

M. Donald Shiner: Absolument. Nous avons besoin de maisons accessibles.

M. Adam Vaughan: Soyez assuré que le gouvernement s'occupe du code du bâtiment et de la stratégie nationale pour les aînés.

Le président: Merci beaucoup.

Passons maintenant à la députée Fortier. Vous avez six minutes.

[Français]

Mme Mona Fortier: Merci beaucoup, monsieur le président.

Je suis vraiment heureuse que nous vous recevions aujourd'hui pour entendre vos témoignages. Je suis heureuse également de voir que mes collègues, entre autres ceux d'en face, sont d'accord sur le fait qu'il faut passer à l'action et fournir des efforts dans ce domaine. Il va peut-être falloir investir dans le logement. Nous devons vraiment passer à l'action aujourd'hui, et non pas rester assis sur nos lauriers en ne faisant qu'étudier la question. Il faut passer à l'action; c'est ce que j'entends.

Madame Sullivan, je suis très heureuse que notre comité vous reçoive aujourd'hui. En tant que députée dans la région d'Ottawa, je voudrais vous remercier et vous féliciter du travail remarquable que vous faites pour la communauté. Je voudrais aussi souligner le fait que vous travaillez auprès de personnes qui ont des besoins précis, que ce soit des francophones, des anglophones, des membres des Premières Nations, des Métis, des Inuits ou même des immigrants. Vous avez l'occasion de répondre à ces besoins.

Comme on le sait, vous recevez du financement du palier provincial, car une part importante de vos services est offerte à l'échelle de la province. Cependant, si le fédéral pouvait faire quelque chose, quelles seraient les deux priorités que vous nous suggèreriez de choisir ici, au Comité?

• (1645)

[Traduction]

Mme Lisa Sullivan: Je ne suis pas certaine si cela répond vraiment à votre question, mais la priorité est que toute la population ait accès à des soins palliatifs en établissement. Ce n'est pas le cas actuellement. Nous n'avons pas suffisamment de ressources. Nous n'avons certainement pas suffisamment de lits, et nous n'avons pas suffisamment de ressources pour aider les gens à la maison. Cette priorité vise également à répondre aux besoins de certaines sous-populations. Cela peut varier d'un endroit à l'autre, mais nous essayons en particulier de mettre l'accent à Ottawa sur notre communauté francophone et de renforcer la diversité avec certains de nos groupes multiculturels.

Le deuxième élément est ce dont je parlais plus tôt. C'est un sujet bien compris, et les gens se montrent assez réceptifs lorsque nous parlons des soins de fin de vie et de la mort. Ils considèrent cela comme un rôle très important que nous jouons, et je suis très fière d'y participer. Cependant, il ne faut pas oublier la période beaucoup plus longue que vivent les gens qui ont une maladie incurable. Leur état de santé ne s'améliorera pas, mais peu de soutien est offert.

[Français]

Mme Mona Fortier: Merci.

Monsieur Beaney, cela me fait plaisir de vous rencontrer.

Tout d'abord, je veux que vous sachiez que j'ai eu le privilège d'oeuvrer au Centre de soins de longue durée Montfort, qui fait partie des résidences avec lesquelles votre entreprise collabore pour offrir des services.

Est-ce que vous avez des centres qui offrent des services mixtes? Je sais que, par exemple, au Centre de soins de longue durée Montfort, on accueillait seulement les personnes qui avaient besoin de services de longue durée. Comme vous l'avez mentionné au cours de votre témoignage, certains couples ne peuvent pas vivre ensemble, parce que l'un des conjoints a besoin d'un service particulier en soins de longue durée, mais pas l'autre nécessairement. Au sein de votre entreprise, y a-t-il des centres mixtes, par hasard?

[Traduction]

M. John Beaney: C'est une excellente question. Revera exploite un certain nombre de résidences qui offrent des soins pour les retraités et des soins de longue durée aux mêmes endroits et même sous le même toit. Cette solution est complexe, étant donné que les soins pour les retraités et les soins de longue durée sont régis par des lois complètement différentes. Même si nous offrons ces soins et ce soutien dans le même environnement, chaque endroit doit respecter des lois entièrement différentes et est inspecté par une équipe entièrement différente.

La gestion de cet aspect complique considérablement la tâche et entraîne par conséquent des coûts, mais nous offrons cette option. Cela se veut une réponse et une solution excellente pour les couples mariés, pour reprendre votre exemple, qui peuvent au moins demeurer dans le même établissement et passer du temps ensemble tous les jours, même s'ils ont besoin de soins et de soutien différents.

[Français]

Mme Mona Fortier: Pour terminer, j'aimerais que vous nous expliquiez comment les personnes vulnérables et qui vivent sous le seuil de la pauvreté peuvent avoir accès à un logement abordable dans vos résidences. Y a-t-il une façon de les accommoder?

[Traduction]

M. John Beaney: C'est différent qu'il soit question de soins pour les retraités ou de soins de longue durée. Nos résidences pour personnes âgées se fondent sur un modèle privé, comme je l'ai mentionné plus tôt. Nous ne voyons généralement pas de personnes qui ont des restrictions financières dans une résidence pour personnes âgées. C'est une solution pour un certain pan de nos aînés.

Pour ce qui est des soins de longue durée, c'est différent. C'est financé par le gouvernement, et les aînés qui ont des difficultés financières ou un revenu limité peuvent présenter une demande en vue d'obtenir du soutien du gouvernement; cela nous permet de nous assurer que tout le monde a accès à des soins de longue durée. Nous avons beaucoup de personnes dans cette situation dans nos établissements.

Le président: Merci.

Passons maintenant à la députée Wong.

L'hon. Alice Wong (Richmond-Centre, PCC): J'aimerais tout d'abord remercier les gens qui sont venus témoigner devant notre comité et qui nous ont présenté de précieux renseignements sur le bon travail qu'ils accomplissent et certains défis qu'ils vivent. Je remercie tous les témoins.

J'ai plusieurs questions. Je vous prierais donc de donner des réponses courtes.

Ma première question a trait au financement. Si nous regardons les mises à jour financières et les travaux des voies et moyens, l'argent promis à l'origine par l'ancienne ministre libérale de la Santé pour les soins en établissement n'est plus offert ou a été inclus ailleurs, mais nous n'arrivons pas à trouver à quel endroit. Croyez-vous qu'il devrait y avoir un montant précis destiné uniquement au financement des établissements?

Madame Sullivan, allez-y.

• (1650)

Mme Lisa Sullivan: Je crois que cela devrait faire partie de l'enveloppe pour les soins communautaires. Par exemple, en Ontario, nous avons actuellement l'ancienne Direction du centre d'accès aux soins communautaires, qui s'appelle maintenant la Direction des soins à domicile et en milieu communautaire, qui est lié à nos réseaux locaux d'intégration des services de santé. Je considère que les soins de fin de vie font partie de cet ensemble. Il devrait y avoir une enveloppe spéciale, mais il ne devrait pas y avoir un service distinct, si je décris le tout correctement. Je ne crois pas que nous devrions avoir une entité distincte pour offrir seulement des soins palliatifs en établissement; au contraire, cela doit faire partie de l'ensemble des soins que nous offrons aux gens dans la collectivité. Des organismes comme le nôtre font partie de ce système, mais ils ne forment pas un groupe distinct de ce que nous avons déjà...

L'hon. Alice Wong: Je comprends, mais vous devriez avoir accès à ce financement.

Mme Lisa Sullivan: Tout à fait.

L'hon. Alice Wong: Ensuite, je remercie encore une fois les ergothérapeutes de leur bon travail et surtout de leur travail concernant la liste de vérification pour déterminer si une personne âgée est victime de maltraitance, parce que vous pouvez dire, dès que vous mettez les pieds chez quelqu'un, si cette personne a été victime de maltraitance physique ou mentale; une liste de vérification est nécessaire.

En ce qui concerne le financement, sous l'ancien gouvernement, vous avez eu le programme Nouveaux horizons pour les aînés qui ne vise pas seulement une année, mais bien plus d'un an.

Croyez-vous que du financement à long terme est nécessaire, par exemple, pour le programme Nouveaux horizons pour les aînés? Je sais que la majorité de vos organismes ont reçu des fonds par l'entremise de ce programme. Croyez-vous que nous devrions avoir une stratégie à plus long terme pour être en mesure de savoir ce que nous réservent les trois prochaines années, par exemple?

Mme Janet Craik: Oui. Tout le financement qui est investi dans la recherche et les études longitudinales pour nous aider à comprendre et à vraiment affecter nos ressources là où elles auront le plus d'effets est crucial.

L'hon. Alice Wong: Ma troisième question concerne les aidants naturels. J'entends sans cesse parler de soutien pour les aidants naturels qui ne sont pas rémunérés pour ce faire. Certains d'entre eux peuvent recevoir des prestations de l'assurance-emploi. D'autres doivent abandonner leur emploi pour prendre soin de membres de leur famille. Ces personnes sont stressées et ont besoin d'une aide spéciale.

Croyez-vous qu'il est nécessaire de nous pencher plus sérieusement sur cet élément pour offrir le bon genre d'aide au lieu de seulement donner des crédits d'impôt?

M. Olufemi Adegun: C'est très important d'examiner cet aspect. Notre politique se veut vraiment une stratégie que le gouvernement fédéral devrait inclure dans la stratégie nationale pour les aînés,

parce que même actuellement nous ne savons même pas... Il y a beaucoup d'aidants naturels, et nous n'avons même pas de statistiques à leur sujet. Leur contribution est énorme. Les aidants naturels offrent une aide incroyable en vue d'assurer la stabilité de leur famille et de soutenir ces personnes âgées. Je dirais que nous devons absolument réaliser d'autres recherches.

Ce que notre organisme fait dans la région de Peel, c'est de mobiliser ce groupe de personnes pour les faire participer, les éclairer, les éduquer et même leur donner des moyens. En fait, nous tiendrons des collectes de fonds la semaine prochaine à Mississauga et à Brampton en vue de pouvoir réaliser plus de projets et offrir plus de programmes pour ce groupe.

La stratégie pour les aidants naturels a une importance extrême par rapport à ce dont nous discutons. Je suis donc vraiment d'accord avec vous pour dire que le gouvernement devrait se pencher sérieusement sur la situation de ces personnes, parce qu'elles ne sont actuellement admissibles à aucune prestation. Le gouvernement devrait les aider en leur offrant des réductions d'impôt pour en encourager d'autres à le faire en vue d'avoir les ressources pour soutenir les personnes âgées dans la société.

L'hon. Alice Wong: Merci.

L'Association canadienne des ergothérapeutes a fait un bon travail lorsqu'elle a récemment fait le point concernant la perte de productivité et le nombre d'heures que des amis ou des membres de la famille consacrent à prodiguer des soins. Comme je le mentionne sans cesse, l'Angleterre a un très bon modèle, et je crois qu'il est temps de l'examiner.

Par ailleurs, nous avons grandement insisté sur la nécessité de la coopération entre le gouvernement fédéral et les provinces. Croyez-vous qu'il est nécessaire de maintenir un forum fédéral, provincial et territorial qui permet aux ministres responsables des aînés de collaborer? Ma question s'adresse à tous les témoins.

• (1655)

M. Olufemi Adegun: Oui. Je considère cela comme très important, en particulier avec les territoires. Cela fonctionne en très étroite collaboration avec les organismes communautaires qui savent ce qui se passe sur le terrain. C'est très important au gouvernement fédéral, dans les provinces et même dans les municipalités d'être en mesure de travailler de concert pour former cette stratégie nationale.

Comme je l'ai mentionné, il devrait également vraiment y avoir une collaboration concernant une certaine éducation par l'entremise d'organismes privés ou d'organismes non gouvernementaux. Laissez-nous former un bloc en vue de formuler cette stratégie nationale. Vous ne pouvez en aucun temps exclure les aînés de cette stratégie nationale, parce qu'ils doivent être pleinement consultés pour être en mesure d'appuyer quelque chose qui influe sur leur vie. Tout le monde doit collaborer compte tenu de l'importance de ce problème que vivent les aînés.

Le président: Merci beaucoup.

La parole est au député Morrissey.

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

M. Beaney ou M. Shiner ont mentionné que la SCHL devrait peut-être mener un projet pour faire la démonstration des technologies de soutien au vieillissement. Était-ce M. Shiner? Pouvez-vous en quelques mots nous dire les technologies que vous examineriez?

M. Donald Shiner: Le défi actuellement est qu'une vaste gamme de technologies très dispendieuses font leur apparition, comme des détecteurs de mouvements et des systèmes d'alarme, mais nous n'avons pas suffisamment de données probantes pour dire que ces technologies sont rentables et qu'elles aident vraiment les gens à vieillir à la maison.

M. Robert Morrissey: Nous n'avons pas d'endroits pour faire la démonstration que nous...

M. Donald Shiner: Nous avons certains petits projets. Le projet à l'Université de Toronto est très intéressant, mais la SCHL devrait saisir l'occasion de faire la preuve que ces approches sont vraiment utiles, parce que c'est extrêmement dispendieux d'installer ces technologies dans une maison. Nous devons prouver que ces technologies aident les personnes âgées.

M. Robert Morrissey: C'est bien. Merci.

Nous avons entendu divers témoins qui offrent divers niveaux de soins aux aînés. Si vous aviez le choix entre un médecin, une infirmière ou un ergothérapeute et la capacité de demeurer à la maison, parce que tous les professionnels de la santé tiennent compte de ce qui s'est déjà passé... Nous prenons bonne note de vos points.

Pour ce qui est du vieillissement à la maison, quelle serait votre priorité?

Mme Janet Craik: Je crois que la réponse consiste à avoir les bonnes personnes qui offrent les bons soins. Cela dépend si...

M. Robert Morrissey: Vous esquivez la question.

Mme Nicola MacNaughton: Laissez-moi répondre.

C'est l'ergothérapeute.

Mme Lisa Sullivan: Je suis d'accord avec Janet. Cela doit vraiment se fonder sur une équipe. Si j'ai appris quelque chose...

M. Robert Morrissey: Cependant, au sein de l'équipe, quel membre offre la possibilité de demeurer le plus longtemps à la maison?

Mme Janet Craik: Il y a un éventail d'éléments. Sur le plan de la prévention, dans le cas d'une personne âgée dont la santé ne se détériore pas, je peux dire, à titre d'ergothérapeute, que nous pouvons anticiper ses besoins futurs.

M. Robert Morrissey: Madame Craik, en ce qui a trait au transfert d'argent aux provinces pour les soins à domicile, à titre d'ancien politicien provincial, je sais que les soins de santé sont normalement au premier plan de la prestation. Vous avez mentionné que le gouvernement fédéral devrait imposer certaines conditions quant à ce transfert pour s'assurer que cela servira aux soins à domicile. Le gouvernement a mis énormément... et a conclu des ententes avec chaque province concernant précisément les soins à domicile, parce que les provinces ont tendance à faire ce qu'elles veulent avec les transferts.

Pouvez-vous nous expliquer un peu plus la façon dont vous aimeriez que ce soit précisé aux provinces?

Mme Janet Craik: Ces 5 millions de dollars destinés aux soins à domicile sont entre les mains des provinces. Cette discussion peut-elle avoir lieu lors de la rencontre des ministres fédérale, provinciaux et territoriaux de la Santé pour nous assurer que l'argent est investi adéquatement dans les services et les soins à domicile pour que les aînés n'aient pas besoin d'aller dans les hôpitaux? Je sais qu'il arrive parfois que le gouvernement fédéral cherche à définir le résultat voulu. Nous savons que les taux de réadmission à l'hôpital devraient être examinés étroitement.

● (1700)

M. Robert Morrissey: Si vous deviez hiérarchiser les éléments de cette enveloppe, quelle serait votre priorité?

Mme Janet Craik: En ce qui concerne ce montant pour les soins à domicile?

M. Robert Morrissey: Oui.

Mme Janet Craik: Ce serait l'ergothérapie.

Des voix: Ah, ah!

M. Robert Morrissey: Je ne suis pas en désaccord avec vous.

Mme Janet Craik: Je ne dis pas cela à la blague. Je crois que nous sommes sous-estimés.

M. Robert Morrissey: Existe-t-il une certification commune partout au pays?

Mme Janet Craik: Au Canada, nous avons 14 programmes d'études. Ce sont des maîtrises. Toutes les universités sont agréées.

M. Robert Morrissey: Quelle est la différence entre un ergothérapeute et une infirmière en ce qui concerne le coût de la prestation des services?

Mme Janet Craik: Parlez-vous du coût des études?

M. Robert Morrissey: Non. Le coût des services.

Mme Janet Craik: Je vais devoir vous revenir plus tard avec les taux horaires exacts.

M. Robert Morrissey: Quelle est la durée de la formation pour devenir ergothérapeute?

Mme Janet Craik: Il s'agit majoritairement d'une maîtrise de deux ans, qui inclut 1 000 heures de travail sur le terrain.

M. Robert Morrissey: Ce programme de maîtrise met-il l'accent sur tous les domaines?

Mme Janet Craik: Cela vise tous les domaines; c'est donc multidisciplinaire.

M. Robert Morrissey: D'accord. C'est intéressant.

Ma dernière question fait suite à un commentaire de mon collègue, M. Warawa, qui avait posé une question intéressante.

Comment le gouvernement fédéral devrait-il faire preuve de leadership dans sa panoplie de programmes? Vous passez de la santé au logement et tout ce qui se trouve entre les deux. Que nous conseilleriez-vous alors que nous nous apprêtons à rédiger notre rapport en vue de recommander au gouvernement fédéral de faire preuve de leadership? Vous nous dites que nous en sommes encore qu'au tout début du tsunami et que la taille du tsunami à venir dépendra des témoins que nous entendrons au Comité.

Mme Janet Craik: L'un des éléments que j'entends de tous les témoins, c'est qu'il faut adopter un modèle biopsychosocial par rapport à la santé et non seulement un modèle axé sur la maladie et les soins médicaux. À mon avis, si nous utilisons cette approche pour nous aider à comprendre les besoins sociaux des aînés qui vieillissent à la maison et leurs besoins psychologiques et physiques et y répondre, cela nous permettra de réaliser des économies à long terme.

M. Robert Morrissey: Monsieur Shiner, vous avez mentionné qu'au Canada Atlantique une personne âgée dépense environ 40 % de son revenu pour se loger. Qu'en est-il ailleurs au pays? Ce pourcentage, ce 40 %, est-il le même ailleurs au pays?

M. Donald Shiner: Le pourcentage atteint son sommet au Canada atlantique et il diminue au fur et à mesure qu'on se dirige vers l'Ouest et que la courbe des âges baisse. Autrement dit, plus on va vers l'Ouest, plus la population est jeune, si bien qu'il y a plus de personnes âgées à faible revenu au Canada atlantique, ce qui occasionne des pressions au niveau du logement.

Le président: Merci.

La parole est maintenant à Steven Blaney.

[Français]

L'hon. Steven Blaney (Bellechasse—Les Etchemins—Lévis, PCC): Merci, monsieur le président.

J'aimerais d'abord vous remercier de vos témoignages.

En fait, il s'agit de la dernière réunion au cours de laquelle nous accueillons des témoins dans le cadre de notre étude. Grâce à la qualité de vos témoignages et de ceux des autres personnes que nous avons entendues, je crois que nous allons produire un de nos meilleurs rapports depuis un bon moment. C'est ce que j'ai mentionné aux membres du Comité. Il s'agit d'un enjeu extrêmement critique. Comme le disait plus tôt M. Morrissey, on parle d'un tsunami.

[Traduction]

Monsieur Shiner, vous avez dit que nous ne vieillirons jamais et que nous ne serons jamais malades, alors je suppose que nous ne mourrons jamais non plus.

J'aimerais maintenant parler de la fin et vous demander votre point de vue, car nous n'avons pas encore abordé cette question. Si vous savez que votre départ sera un fardeau pour ceux qui restent, c'est clair que cela aura une incidence sur votre qualité de vie.

J'aimerais que vous parliez d'une situation où une personne mourante doit faire face à ce que nous appelons les services de « soins post mortem ». Est-ce problématique pour certains? J'aimerais savoir ce que vous en pensez et me tourner ensuite vers Mme Sullivan.

Mme Lisa Sullivan: Bien sûr.

Si je comprends bien, vous parlez des services offerts après le décès de quelqu'un.

L'hon. Steven Blaney: Les services funéraires et d'inhumation, oui.

Mme Lisa Sullivan: D'accord.

Dans le domaine des soins palliatifs, nous savons qu'il est, entre autres, vraiment important de discuter de planification préalable des soins. Comme mon collègue l'a mentionné, les gens n'y pensent pas, ils ne s'y préparent pas, et ils ne se préparent certainement pas à mourir.

Il arrive que les gens croient qu'il suffit de faire un testament, mais il y a bien plus à faire. Je pense qu'il est vraiment important de s'occuper de la préparation préalable des soins et de discuter avec ses proches de ce que vous voulez et de ce dont vous ne voulez pas.

Pour ce qui est de coûts des funérailles — je crois que c'est là que vous voulez en venir — je ne les connais pas bien. Je sais que nous travaillons beaucoup avec les personnes endeuillées et que certaines d'entre elles finissent par se retrouver dans des situations financières stressantes parce qu'elles n'ont pas les moyens de se payer les types de services qu'elles souhaitent offrir à leurs êtres chers.

• (1705)

L'hon. Steven Blaney: Merci.

Quelqu'un d'autre veut-il commenter la question?

Monsieur Beaney.

M. John Beaney: Merci beaucoup. C'est une question vraiment importante.

Pour enchaîner sur les commentaires de Mme Sullivan, je pense qu'il est vraiment important non seulement de planifier sur le plan des finances et des ressources mais, a fortiori, de se préparer à ce qu'on voit assez souvent dans nos centres de soins de longue durée: la mort imprévue d'un être cher. Les familles n'y sont pas préparées. Elles ne sont pas prêtes au plan émotionnel.

Comme Mme Sullivan l'a fait remarquer, il est très nécessaire de tenir cette discussion, de préparer les gens sur le plan émotionnel, de les aider à comprendre les maladies dont souffrent leurs êtres chers. Elles sont souvent complexes et ne peuvent être guéries; nous ne pouvons pas les aider à se rétablir. Il arrive souvent que nous gérons le cas de personnes dont les maladies sont complexes et que nous les aidions à accepter que cela fait partie du vieillissement, ce qui est, en fait, un des éléments les plus importants des soins palliatifs et de la planification en fin de vie.

L'hon. Steven Blaney: Lorsque nous travaillons, nous avons droit à ce qu'on appelle une prestation de décès au titre du RPC. Je viens juste d'apprendre que le montant est gelé à 2 500 \$ depuis 1998 et qu'il n'est pas indexé. Je crois comprendre que ce n'est vraiment pas suffisant.

Pensez-vous que le gouvernement fédéral puisse jouer un rôle, sur le plan financier ou autre, comme vous venez de le mentionner, pour aider les Canadiens à se préparer à ce qui est inéluctable? Si d'autres personnes aimeraient se prononcer, elles sont libres de le faire.

M. John Beaney: C'est une question très importante pour faciliter la planification. J'envisagerais certainement différents programmes et idées de planification financière pour gérer les processus en cas de décès d'un être cher et aussi, peut-être, pour aider les membres de la famille à s'en sortir par la suite. Il arrive qu'ils ne soient pas en mesure de travailler.

Cela s'inscrit dans la discussion entourant la planification du décès et les événements de fin de vie, mais aussi les soins éventuels dont ils pourraient avoir besoin en préparation au décès ou à la période de fin de vie. Les gens ont besoin de s'y prendre plus tôt pour commencer à planifier. En fait, nous devons commencer à parler de notre génération plus jeune, à planifier plus tôt qu'avant afin d'avoir les moyens de payer les soins dont ces personnes pourraient aussi avoir besoin et de se préparer à leur décès.

L'hon. Steven Blaney: Merci.

Monsieur Adegun, aimeriez-vous vous prononcer sur ce point? Les services de soins post mortem posent-ils problème dans votre collectivité?

Il me reste 20 secondes.

Le président: Peut-être 15 secondes.

L'hon. Steven Blaney: Dix secondes.

M. Olufemi Adegun: Il est clair que cela pose problème. Il est ici question de ... taux élevés à la grandeur du Canada. Il est très important de planifier à l'avance. C'est là que l'aide gouvernementale entre en jeu.

Vous avez soulevé la question des prestations gelées depuis 1998, alors il est temps d'y revenir. Je crois certainement que le Comité fera quelque chose pour raviver le programme et pour appuyer la planification du décès de nos aînés.

Le président: Merci beaucoup.

La parole est à la députée Rachel Blaney pour trois minutes.

Mme Rachel Blaney: Monsieur Shiner, je vous reviens.

J'ai aimé le rapport « Seniors' Housing in Atlantic Canada ». Malheureusement, nos témoins à la grandeur du Canada nous ont aussi parlé d'expériences semblables à celles dont il est question dans ce document. Merci beaucoup d'avoir fait en sorte que nous entendions ce témoignage.

Dans le rapport, vous avez parlé du besoin d'adapter les maisons, et vous en avez relativement beaucoup parlé aujourd'hui. La SCHL gérait autrefois le Programme d'aide à la remise en état des logements, le PAREL. Malheureusement, une bonne partie des responsabilités s'y rapportant ont été confiées aux provinces et aux municipalités. Pensez-vous que le gouvernement fédéral doit investir à nouveau dans pareil programme?

M. Donald Shiner: Je milite en faveur d'un programme de crédit d'impôt pour remise en état des logements, semblable au programme de rénovation pour les rendre moins énergivores. La remise de la TVH sur les rénovations qui permettent aux gens de vivre plus longtemps dans leur maison en toute sécurité n'aurait aucune incidence sur les recettes du gouvernement fédéral. Elle encouragerait les gens à faire des choses.

Je ferais aussi remarquer que les négociations actuelles concernant la réforme fiscale aux États-Unis comprend un projet de déduction de 30 000 \$ dans ce pays exactement à cette fin.

• (1710)

Mme Rachel Blaney: Lorsque vous en parlez, je comprends ce que vous dites, mais qu'en est-il des personnes à très faible revenu qui ont du mal à joindre les deux bouts et qui essaient d'adapter leurs maisons? À votre avis, quels types de programmes leur viendraient en aide?

M. Donald Shiner: Chaque province a un type de programme de subventions pour personnes à faible revenu.

Le problème est que les seuils de faible revenu et la demande ne sont pas en phase. Autrement dit, la demande dépasse de beaucoup le financement dont on dispose pour aider les aînés à faible revenu à adapter leurs maisons.

Il est clair que toute mesure qui accroîtrait la capacité d'adapter la maison aiderait les gens à rester chez eux plus longtemps.

Mme Rachel Blaney: Une autre des recommandations qui, selon moi, méritent vraiment qu'on en tienne compte est celle de hausser le montant d'argent accordé aux aînés par l'intermédiaire de programmes comme la SV et le SRG, de programmes pour les personnes handicapées et de programmes pour les aînés autochtones. Pouvez-vous nous dire un peu pourquoi c'est essentiel pour répondre aux questions qui concernent les aînés?

M. Donald Shiner: Je ne suis pas certain d'être la personne la mieux placée pour répondre à cette question.

Je m'intéresse à la maison et aux programmes qui permettent aux gens de vieillir chez eux pendant qu'ils sont en santé.

Mme Rachel Blaney: Il faut aussi s'assurer que les gens disent vraiment la vérité.

Lorsque j'ai acheté ma maison, il y avait une rampe vers la porte d'entrée. On m'a dit que c'était une maison accessible en fauteuil roulant. Il y avait des escaliers à l'intérieur et il était impossible d'entrer dans une des salles de bains.

Il est aussi important de s'assurer qu'il y ait des normes dans le secteur immobilier sur lesquelles se fonder pour affirmer qu'une maison est adaptée.

Quoi qu'il en soit, mon temps est écoulé. Merci.

Le président: Merci beaucoup.

Merci à toutes les personnes présentes. C'était la dernière séance dans le cadre de cette étude. Je peux dire que les témoins que nous avons entendus et les contributions que nous avons reçues ont été absolument extraordinaires. J'aimerais vous rappeler que si vous souhaitez présenter un mémoire écrit — je sais que le temps passe très rapidement et que vous avez sûrement des choses à ajouter — je crois que vous avez jusqu'à minuit demain. Si vous avez quelque chose à ajouter, je vous prierais de le faire.

Nous allons faire les choses de façon peu orthodoxe, alors je vous demanderais d'être patients.

Nous aimerions accueillir M. Fulton, récipiendaire de la Bourse de recherches de la flamme du centenaire, édition 2017.

Des voix: Bravo!

Le président: La recherche de M. Fulton portera sur les contributions de David Lepofsky, distingué procureur de la Couronne, professeur de droit et défenseur des droits des handicapés. Le Comité accorde chaque année la bourse à un Canadien handicapé pour lui permettre de mener des travaux de recherche et de rédiger un rapport sur les contributions d'une ou de plusieurs personnes handicapées à la vie publique au Canada ou aux activités du Parlement.

Nous allons prendre une photo que nous accompagnerons d'un communiqué. Ils seront affichés sur le site Web du Comité sous peu.

Bienvenue. Je crois savoir que vous avez eu quelques difficultés à vous rendre ici aujourd'hui, alors je suis ravi que vous ayez réussi à le faire. Je me demande si vous désirez vous adresser au Comité.

M. Benjamin Kane Fulton (récipiendaire, Édition 2017 de la Bourse de recherches de la flamme du centenaire, à titre personnel): Bonjour. Je m'appelle Ben Fulton. Je suis un étudiant de troisième année en droit à la Osgoode Hall Law School. Pendant mes études, j'ai eu la chance de rencontrer une personne du nom de David Lepofsky. Certains d'entre vous en aviez peut-être entendu parler avant de lire ma proposition. C'est un avocat qui est lui-même aveugle. Il a obtenu son diplôme d'Osgoode en 1979 et a beaucoup travaillé à la Loi sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario. Il oeuvre maintenant au sein de la Accessibility for Ontarians with Disabilities Act Alliance.

Il a personnellement intenté une action en justice contre la Commission de transport de Toronto, car elle refusait d'installer un signal sonore dans les autobus ou le métro pour indiquer les arrêts. Il a commencé par militer en douceur en leur écrivant des lettres et en leur demandant d'apporter les changements. Il a dû prendre des mesures plus musclées et intenter une action en justice. Il s'agit vraiment d'un précédent, car non seulement il a gagné, mais sa cause a aussi encouragé d'autres commissions de transport à apporter ces changements par anticipation, ce qui est plus rentable, dans les faits, que les poursuites judiciaires.

J'ai mené quelques entretiens avec lui et j'ai en mains une bonne partie de ses publications sur les efforts de défense des droits qu'il a déployés. J'en passerai une bonne partie en revue et étudierai de plus près son travail au sein de l'autre organisme dans lequel il a travaillé pendant sa longue carrière d'avocat. Il ne pratique plus le droit. Il est professeur adjoint à la Osgoode Hall Law School. C'est un homme charmant. Il est vraiment génial.

Je suis très honoré d'être le récipiendaire de cette bourse et de pouvoir mener ces travaux de recherche. Merci aux membres du Comité.

• (1715)

Le président: Je vous en prie.

Des voix: Bravo!

Le président: Nous avons reçu un très grand nombre de candidatures cette année, probablement le plus élevé depuis fort longtemps, alors votre demande a été en très bonne compagnie.

Nous sommes vraiment ravis de vous voir ici. Un photographe viendra à 17 h 30 pour que nous puissions prendre une photo avec vous dans le hall.

Nous devons nous occuper d'affaires du Comité, alors je vais suspendre brièvement nos travaux. Nous vous rejoindrons dans le hall au moment opportun. Avant de le faire, quelqu'un a-t-il une question à poser à M. Fulton?

Manifestement, nous attendrons l'étude.

Alice Wong.

L'hon. Alice Wong: Je tiens vraiment à vous féliciter pour les efforts remarquables que vous déployez.

Les membres du Comité savent peut-être que mon conjoint a complètement perdu la vue. Avant sa cécité, nous étions tous les deux bénévoles pour l'INCA. Il a terminé sa maîtrise malgré les difficultés auxquelles il a fait face. Je suis très fière du fait que vous soyez avocat ou que vous le serez et que vous vous battiez pour défendre les droits des personnes malvoyantes, surtout dans un contexte culturel où certaines personnes ne souhaiteraient pas en parler ouvertement. La stigmatisation est très présente, surtout dans nombre de communautés culturelles. Je suis très fière du fait que vous vous soyez rendu aussi loin.

Je tiens à souligner les contributions de mon conjoint pour m'aider dans mon travail parlementaire. Je voulais les reconnaître publiquement.

Le président: Nous allons suspendre brièvement nos travaux. Je demanderais aux personnes qui ne peuvent pas rester de bien vouloir partir. Merci beaucoup.

[La séance se poursuit à huis clos.]

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>