



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la condition féminine

FEWO



NUMÉRO 140



1^{re} SESSION



42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 2 mai 2019



Présidente

Mme Karen Vecchio

Comité permanent de la condition féminine

Le jeudi 2 mai 2019

• (0850)

[Traduction]

La présidente (Mme Karen Vecchio (Elgin—Middlesex—London, PCC)): Bonjour et bienvenue à la 140^e séance du Comité permanent de la condition féminine. La séance d'aujourd'hui se tient en public, alors que nous poursuivons notre étude sur les défis auxquels les femmes âgées font face, en portant une attention particulière aux facteurs qui contribuent à la pauvreté et à la vulnérabilité de ces femmes.

Dans le cadre de cette étude, j'ai le plaisir de souhaiter la bienvenue à Kathy Majowski, qui représente le Réseau canadien pour la prévention du mauvais traitement des aînés. Elle est juste là, comme vous pouvez le voir sur votre écran.

Nous recevons également Bonnie Brayton, directrice générale nationale du Réseau d'action des femmes handicapées du Canada; et Helen Kennedy, directrice exécutive d'Égale Canada, qui témoigne par vidéoconférence. Nous entendrons également Chaneesa Ryan, directrice de la santé, et Roseann Martin, aînée, de l'Association des femmes autochtones du Canada.

Je vous remercie de comparaître aujourd'hui.

J'accorderai maintenant la parole à Mme Majowski.

Madame Majowski, vous disposez de sept minutes pour faire votre exposé.

Mme Kathy Majowski (présidente du conseil d'administration, Réseau canadien pour la prévention du mauvais traitement des aînés): Merci beaucoup. Bonjour, madame la présidente et distingués membres du Comité permanent de la condition féminine. Je m'appelle Kathy Majowski, et j'ai l'honneur de témoigner à titre de représentante et de présidente du Réseau canadien pour la prévention du mauvais traitement des aînés, ou RCPMTA.

Le RCPMTA est un réseau pancanadien appuyé par des chefs de file des domaines du vieillissement, de la recherche, des soins de santé, et de la prévention et de l'intervention en matière de maltraitance des aînés. Nous établissons des liens entre les gens et les organisations, favorisons l'échange de renseignements fiables, et faisons avancer l'élaboration de programmes et de politiques sur des questions liées à la prévention de la maltraitance des aînés. Nous nous employons principalement à recueillir et à diffuser des ressources acceptables, des pratiques exemplaires et des recherches récentes sur les politiques élaborées par des experts canadiens afin d'accroître notre capacité collective de lutte et de prévention en matière de maltraitance des aînés.

Nous avons pour vision une société canadienne où les aînés, estimés et respectés, vivent à l'abri de la maltraitance. L'exposé que je vais vous présenter s'appuie sur le travail récent de ces organisations.

Dans notre exposé, nous voudrions mettre l'accent sur la violence commise par le partenaire intime de la femme aînée, sur l'isolement social et sur les obstacles à la sécurité. Nous voudrions aussi formuler des recommandations afin de relever ces défis et proposer des moyens de mieux appuyer les femmes âgées afin d'améliorer leur bien-être et leur sécurité.

La vie des femmes âgées est souvent influencée par les effets combinés du sexisme et de l'âgisme. Ces obstacles peuvent être amplifiés dans le cas d'une femme autochtone, immigrante ou appartenant à d'autres groupes linguistique, sexuel ou ethnoculturel en situation minoritaire. Ces facteurs rendent les femmes âgées plus vulnérables à la pauvreté, à l'itinérance, à la maladie, à l'isolement social et à diverses formes de maltraitance. Ces problèmes qui se superposent ne peuvent être résolus qu'avec des politiques et des approches qui éliminent le cloisonnement qui sépare habituellement les secteurs. Il faut également avoir une bonne compréhension et tenir compte de la diversité des antécédents et des expériences de vie des femmes âgées les plus vulnérables.

En ce qui concerne la violence d'un partenaire intime, la sécurité et la maltraitance sont d'importantes préoccupations pour les filles et les femmes de tous âges, et ces enjeux ne s'améliorent pas ou ne disparaissent pas plus tard au cours de leur vie. Certaines connaissent la violence et la maltraitance pendant toute leur vie, soit de façon systémique ou au sein de leur famille ou de leurs relations. D'autres sont victimes de maltraitance plus tard dans leur vie, à la maison ou dans un établissement de soins de longue durée. Dans l'ensemble, une Canadienne sur trois sera victime de maltraitance ou d'agression sexuelle au cours de sa vie. Les taux de violence des femmes âgées sont supérieurs à ceux de leurs équivalents masculins. Les impacts de la violence peuvent s'accumuler, faisant ainsi en sorte que la violence subie au cours de la vie a des effets combinés.

Il importe d'admettre que les femmes âgées ne forment pas un groupe homogène. Les femmes âgées qui sont victimes de violence viennent de diverses communautés, ont des besoins et des origines variés, et vivent diverses expériences d'oppression. Le terme « aîné » tend à être utilisé pour parler de plusieurs groupes d'âge, qui s'étendent sur 40 ans. Or, ces divers groupes bénéficieraient d'une plus grande précision. L'expérience de vie, le niveau socioéconomique, la race et la situation personnelle d'une femme la définissent mieux que son âge ne le fera jamais. On n'acquiert pas tout à coup un nouvel ensemble de traits de personnalité à 60, 70 ou 80 ans. L'âge n'est qu'une caractéristique de plus qui s'ajoute à l'expérience de vie.

Il existe des obstacles connus à la sécurité, comme le fait de fournir ou de recevoir des soins, quand une femme âgée victime de violence pourrait recevoir des soins ou en prodiguer à un membre de sa famille, y compris à son agresseur. Il existe un mythe du stress du proche aidant, selon lequel une femme âgée pourrait être victime de violence de la part de son soignant, lequel pourrait être un membre de la famille, ainsi que le mythe du proche aidant aux prises avec un sentiment d'impuissance, de rage et de frustration en raison de l'ampleur du travail et de la responsabilité. Ces mythes sont souvent utilisés pour rationaliser la violence et la maltraitance à l'endroit des femmes âgées.

Certaines femmes vivent avec l'insécurité financière. Elles doivent gérer les pensions, les prestations et l'assurance-maladie, ce qui exige des ressources et du temps. Certaines n'ont pas occupé d'emplois rémunérés, ont une faible employabilité ou n'ont plus l'âge de travailler. Elles craignent de perdre leur maison ou leur communauté, particulièrement si elles demeurent en région rurale ou éloignée. Le fait d'avoir appartenu toute sa vie à une communauté ou de craindre de perdre sa maison peut faire en sorte qu'il soit particulièrement difficile de décider de quitter une situation de maltraitance.

En outre, les femmes vivant dans des communautés éloignées ou rurales sont peut-être isolées géographiquement si leur plus proche voisin se trouve à des kilomètres. Dans une situation de maltraitance, l'isolement fait en sorte qu'on ne peut pas fuir rapidement. La situation est pire si les femmes n'ont pas accès au téléphone ou à des ressources financières. La perte d'une maison ou d'une communauté peut être terrifiante pour les femmes autochtones ou immigrantes, particulièrement si elles utilisent une autre langue que l'anglais ou le français.

• (0855)

En raison des croyances générationnelles, il peut sembler inacceptable de discuter de problèmes personnels ou familiaux pour une femme âgée qui a peut-être des attitudes plus traditionnelles au sujet du mariage, de la famille, des rôles des genres, de la protection de la vie privée ou de la loyauté familiale. Compte tenu des dynamiques familiales, les membres de la famille pourraient ne pas soutenir leur mère ou leur grand-mère s'ils n'ont pas l'impression que la maltraitance est grave ou s'ils ne veulent pas agir à titre d'aidant familial. Une femme âgée pourrait être confrontée au choc et à l'incrédulité de ses amis et de sa famille, incapables d'accepter le récit de sa maltraitance.

Le RCPMTA a formulé les recommandations suivantes afin d'améliorer la sécurité.

Il faut appuyer les campagnes de sensibilisation pour aider les gens à comprendre les différentes formes de maltraitance des aînés et la nature de la violence familiale chez les aînés afin de chasser l'idée profondément enracinée qu'il s'agit d'affaires privées. Il faut appuyer l'élaboration de programmes de formation en intervention pour les témoins et de programmes de formation pour les formateurs. Il faut appuyer l'élaboration de services de soutien multilingues, appropriés et adaptés aux particularités culturelles des femmes âgées. Il faut appuyer l'élaboration de programmes d'orientation pour aider les femmes âgées et les êtres qui leur sont chers à se retrouver dans les dédales du système de justice, du système d'immigration et du système de soins de santé. Il faut encourager l'élaboration de programmes de soutien accessibles à partir de la maison. Il faut améliorer l'accès à des moyens de transport réguliers et abordables dans les régions rurales. Il faut enfin offrir un accès aux prestations pour aidants familiaux à temps plein et accorder un meilleur soutien financier aux femmes âgées qui prennent soin de leurs enfants.

J'aimerais également traiter brièvement de l'isolement social des femmes âgées. Ces dernières peuvent devenir plus vulnérables en raison du rétrécissement de leurs réseaux sociaux au fil du temps. La solitude et l'érosion des liens avec la communauté à cause de problèmes de santé ou de mobilité, par exemple, peuvent restreindre l'utilisation et l'accessibilité des services et accroître la vulnérabilité des femmes âgées à la maltraitance et à la négligence, ce qui peut avoir des répercussions négatives sur leur santé mentale et physique et créer un cercle vicieux de maladie, d'aliénation et de vulnérabilité à la victimisation.

Le RCPMTA voudrait présenter les recommandations suivantes afin de réduire l'isolement. Il faut soutenir et renforcer les programmes et les groupes communautaires qui jouent un rôle important en permettant aux femmes âgées d'adopter des comportements positifs de recherche d'aide. Il faut en outre encourager les approches et les programmes intergénérationnels, comme les options en matière de logements intergénérationnels qui peuvent contribuer à atténuer les pénuries de logements.

La présidente: Madame Majowski, il faut mettre fin à l'exposé. Nous avons déjà dépassé votre temps de 40 secondes.

Mme Kathy Majowski: Merci.

La présidente: De rien. Merci beaucoup.

J'accorderai maintenant la parole à Bonnie Brayton pour sept minutes.

Mme Bonnie Brayton (directrice générale nationale, Réseau d'action des femmes handicapées du Canada): Merci, madame la présidente.

J'ai remis un mémoire écrit et j'espère que tout le monde a eu l'occasion de le lire. Il est rare que le Réseau d'action des femmes handicapées, ou RAFH, prépare un mémoire à l'avance, mais je l'ai fait cette fois-ci. J'espère que les membres du Comité ont eu l'occasion d'en prendre connaissance.

Aujourd'hui, je veux passer rapidement en revue les points qu'il comprend et ajouter certaines informations qui figurent dans mes notes d'allocation. Je veux notamment faire un rappel concernant les obligations de l'État, parler de l'analyse intersectionnelle — bien que je pense que nous obtiendrons une bonne analyse intersectionnelle de la part des autres témoins, comme nous en avons déjà eu une du premier témoin — et, à titre de mot de la fin, faire un ajout concernant les normes relatives aux personnes vulnérables dans le domaine de l'aide médicale à mourir.

Je tiens à rappeler au Comité et au gouvernement fédéral que l'État a des obligations en vertu de la Convention relative aux droits des personnes handicapées et de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, particulièrement des femmes et des filles ayant des handicaps. Je vous rappelle qu'il faut faire enquête sur les actes de violence afin d'entamer des poursuites et de punir ces actes, et ne laisser aucune place à la maltraitance ou à l'exploitation potentielles des personnes handicapées.

Ce n'est qu'un aperçu de ce qui se trouve dans mes notes d'allocation.

En ce qui concerne l'analyse intersectionnelle, je tiens à indiquer que je suis sensible à la remarque que le premier témoin a faite sur le fait que l'étiquette d'« aîné » est une manière problématique de voir les femmes handicapées. Ces dernières ne forment pas un groupe homogène. Un large éventail de considérations entrent en ligne de compte. Ici encore, l'analyse intersectionnelle joue un rôle crucial.

Dans le peu de recherches que nous avons pu trouver sur les femmes noires ayant un handicap, par exemple, figurait une étude réalisée en Ontario en avril 2011. Ici encore, plutôt que d'entrer dans les détails, étant donné que je sais que le temps m'est compté et que je veux mettre l'accent sur d'autres points, je voudrais rappeler à tous que les femmes âgées noires ayant un handicap sont confrontées à de nombreux obstacles propres à cette intersection.

Je voulais notamment rappeler que nous sommes en une ère de vérité et de réconciliation, et qu'il est très important que nous portions une attention particulière aux manières dont nous pouvons améliorer notre présence sur cette terre aujourd'hui. En cette ère de vérité et de réconciliation, nous devons aussi prendre en compte les besoins des sœurs autochtones âgées aujourd'hui, et voir comment nous pouvons offrir une réparation et améliorer leur vie pour les générations futures.

Pour en venir aux détails sur le mémoire du RAFH sur l'accès aux transports, les recherches indiquent que les femmes handicapées sont plus susceptibles d'être la cible d'agressions sexuelles dans le transport en commun. En ce qui concerne l'utilisation du transport en commun accessible ou spécialisé chez les femmes handicapées, le risque augmente avec la gravité du handicap. Le manque d'accès à l'information sur les transports et les déplacements, combiné avec l'aide financière limitée, empêche les femmes handicapées à participer pleinement à la vie sociale. Des femmes ayant déclaré un handicap grave ou très grave, 46 % disent éprouver de la difficulté à utiliser le transport public ou spécialisé. C'est particulièrement vrai chez celles qui vivent dans le Nord, bien entendu.

Au chapitre de l'accès aux soins de santé, je tiens à mettre en lumière le problème émergent de l'incompatibilité entre la Convention relative aux droits des personnes handicapées et la loi canadienne sur l'aide médicale à mourir, puisqu'il s'agit du point de mire du RAFH. Nombreux sont ceux qui ont fait valoir que la loi elle-même est une violation des obligations du Canada en matière de handicap et de droit à la vie.

Les défenseurs des droits de la personne craignent que la loi puisse faire fi des motifs pour lesquels de nombreuses femmes handicapées pourraient réclamer l'aide médicale à mourir, notamment le sous-financement des programmes de soins palliatifs et de soutien aux personnes handicapées, l'isolement social, le manque d'accès aux services et aux soutiens nécessaires — comme la prévention du suicide, la lutte contre la dépendance et les services tenant compte des traumatismes —, et le fait que le handicap demeure encore stigmatisé et déconsidéré.

Dans le domaine du logement et de l'institutionnalisation, permettez-moi de rappeler qu'un grand nombre de femmes handicapées sont sans abri, et même si les femmes sont plus susceptibles de souffrir de la pauvreté que les hommes, les femmes autochtones handicapées, âgées, de couleur, immigrantes et réfugiées sont particulièrement touchées par les problèmes de logement.

En raison d'un manque de logements adéquatement soutenus dans la communauté, les femmes handicapées risquent davantage de faire l'objet de diverses formes d'institutionnalisation dans des foyers de groupes, des hôpitaux et des établissements de soins de longue durée. Qui plus est, l'incarcération demeure une réalité pour bien des femmes handicapées qui n'ont pas reçu de diagnostic et qui ne sont donc pas traitées. Par exemple, on estime que 40 % de la population carcérale féminine de l'Ontario avaient subi une lésion cérébrale avant de commettre leur premier crime.

● (0900)

L'accès à la justice et les taux élevés de victimisation des femmes handicapées montrent qu'il existe des lacunes importantes sur les plans de la sécurité et de l'accès à la justice pour ces femmes. Après avoir examiné 120 dossiers, on a constaté que les organismes d'exécution de la loi avaient été avisés dans 96 % des cas, mais que des accusations avaient été portées dans seulement 55 % des cas et qu'à peine 25 % des procès s'étaient conclus sur une déclaration de culpabilité de l'assaillant. Selon une autre étude sur les agressions sexuelles dans les centres de soins, à peine 5 % des cas donnaient lieu à des poursuites. Ici encore, pour mettre les choses en contexte, nous parlons de faibles taux de poursuites et de taux élevés d'agressions sexuelles dans les établissements.

Je conclurai en présentant des recommandations, soulignant ici encore que le premier témoin en a formulé d'excellentes que j'ai beaucoup aimées et que j'ai omises, notamment celle sur les aidants familiaux. Je suis très sensible à la question, car bien des femmes âgées handicapées prennent soin d'un proche sans être rémunérées. C'est un fait amplement prouvé que ceux qui prennent soin des autres sont surchargés de travail.

Ce mémoire présente des recherches qui concernent les femmes handicapées et qui ont des implications stratégiques pour les femmes âgées. Pour que les femmes âgées ayant un handicap, sans égard à la race, à l'ethnicité, à l'appartenance autochtone, à l'identité sexuelle, à la classe et au lieu géographique, soient pleinement incluses dans les politiques et les programmes sociaux, le RAFH recommande ce qui suit.

Nous recommandons que le Canada respecte les engagements pris au titre de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, de la Convention relative aux droits des personnes handicapées et d'autres traités relatifs aux femmes âgées au Canada; que les recommandations de l'étude portent sur les aînés les plus marginalisés en s'appuyant sur une analyse comparative entre les sexes plus intersectionnelle; que des mécanismes de surveillance soient instaurés dans les foyers de groupe et les établissements pour faire en sorte que les femmes soient en sécurité et puissent signaler les cas d'agression sexuelle tout en étant soutenues dans leurs démarches. Je ne saurais trop insister sur le fait qu'il est très problématique qu'il n'y ait pas de surveillance dans les établissements et qu'il y ait tant de résistance à cet égard au Canada. Les femmes âgées doivent être soutenues à toutes les étapes du signalement d'une agression sexuelle ou de maltraitance. Nous recommandons aussi d'accorder du financement pour améliorer l'accès aux transports adaptés et publics.

Soyons très clairs: dans les communautés rurales et du Nord, il n'y a tout simplement pas de transports. L'isolement des aînés dans ces communautés est un problème grave et profond qui devrait préoccuper tous les Canadiens.

En outre, nous recommandons d'éduquer les fournisseurs de services de soins de santé, de services sociaux et de services aux victimes au sujet des besoins pour toutes les intersections de femmes âgées ayant un handicap; que la recherche et les politiques relatives aux femmes âgées tiennent compte des handicaps et, surtout, de l'intersectionnalité; et que la mise en oeuvre de la loi sur l'aide médicale à mourir soit surveillée en fonction des normes relatives aux personnes vulnérables afin de veiller à ce que les femmes âgées, et particulièrement celles qui ont un handicap, ne fassent l'objet d'aucune contrainte.

•(0905)

La présidente: Merci beaucoup, madame Brayton. Quel excellent exposé.

Nous allons maintenant revenir à la vidéoconférence et parler avec Helen Kennedy, qui représente Égale. Vous disposez de sept minutes.

Mme Helen Kennedy (directrice exécutive, Égale Canada): Merci beaucoup pour l'invitation.

Égale a été fondé en 1986. Il s'agit du seul organisme de bienfaisance national au Canada qui a pour but d'améliorer la vie des personnes LGBTQI2S en contribuant à l'élaboration de politiques d'intérêt public, en inspirant un changement de culture et en faisant la promotion de l'égalité des droits et de l'inclusion au moyen de la recherche, de la sensibilisation et de la mobilisation communautaire.

Un de nos objectifs est de faire avancer l'égalité entre les sexes pour les femmes LGBTQI2S — c'est-à-dire les femmes lesbiennes, bisexuelles, transgenres, allosexuelles, intersexuées et bispirituelles —, car nous reconnaissons qu'elles font souvent l'objet d'inégalités exacerbées par leurs identités intersectionnelles et qu'elles sont victimes d'une plus grande discrimination fondée à la fois sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre.

Étant donné que nous avons peu de temps — j'ai seulement droit à sept minutes —, je vais passer tout de suite à nos recommandations. Je reviendrai ensuite au corps de mon exposé. Égale fait les recommandations suivantes pour répondre à ses préoccupations.

D'abord, nous recommandons la mise sur pied d'un centre de recherche et de connaissance sur l'égalité entre les sexes, qui facilitera l'intégration des femmes LGBTQI2S dans les politiques nationales d'intérêt public. Nous recommandons aussi que ce centre inclue un comité de direction national centré sur les droits des femmes LGBTQI2S.

Le comité de direction sera dirigé et organisé par un organisme national voué à la communauté LGBTQI2S, tel que le nôtre. Il cernera les besoins en matière de recherche et de programmes axés sur les femmes LGBTQI2S qui correspondent aux trois secteurs prioritaires de Condition féminine Canada. Il donnera également des conseils pour veiller à la mise en œuvre de l'analyse comparative entre les sexes plus dans les projets de recherche.

Nous fournirons des commentaires sur la création et l'amélioration de programmes et d'initiatives fondés sur les résultats de recherche. Nous établirons des partenariats avec des organisations locales et communautaires afin de mener des initiatives et des programmes de recherche et de mettre en place une gestion axée sur les résultats dans le but d'évaluer l'efficacité de ces programmes et de ces initiatives. De plus, nous discuterons d'enjeux actuels et de faits nouveaux sur le plan des politiques ayant des répercussions sur l'égalité entre les sexes pour les femmes LGBTQI2S au Canada.

Ensuite, nous recommandons la mise en place d'une stratégie nationale en matière de soins de santé liés à l'affirmation du genre modelée sur le travail et l'approche de Trans Care BC. Cette stratégie visera à faire en sorte que les femmes transgenres âgées et vieillissantes, ainsi que les personnes non binaires et de diverses identités de genre ont accès à des soins de santé complets, à ce que ces soins soient physiquement et économiquement accessibles, et à ce qu'ils répondent à leur vaste gamme de besoins en matière de soins de santé.

De plus, nous recommandons d'intégrer dans le nouvel accord sur la santé des mesures qui aideront à évaluer et à inclure les besoins en matière de soins de santé des femmes LGBTQI2S et de l'ensemble

de la communauté. Ces mesures doivent comprendre l'allocation de fonds à des services qui répondent précisément aux besoins en santé mentale des divers membres de notre communauté.

Aussi, nous recommandons de veiller à ce que le projet de loi C-81, la loi sur l'accessibilité au Canada, comprenne des mesures relatives aux obstacles qui ont une incidence disproportionnée sur les membres de notre communauté vivant avec un handicap. Cela comprend la présence de lieux sûrs dans les établissements de soins de santé, l'obligation pour les écoles offrant des programmes de soins de santé — par exemple, pour les infirmières et les travailleurs sociaux — de mettre en place des cadres de protection pour les membres de la communauté LGBTQI2S qui utilisent les services, ainsi que de la formation obligatoire sur les compétences liées aux enjeux touchant les personnes LGBTQI2S.

En outre, nous recommandons la création de formulaires d'accueil et d'inscription non discriminatoires, ainsi que la mise en place de processus qui reconnaissent tous les membres de notre communauté et qui leur permettent de se sentir bien accueillis. Aussi, tous les fournisseurs de service devraient recevoir plus de formation obligatoire sur l'inclusion et sur les compétences liées aux enjeux touchant les personnes LGBTQI2S, surtout dans le secteur des soins à long terme.

Je reviens maintenant aux raisons pour lesquelles nous faisons ces recommandations. Malgré les progrès qui ont été réalisés dans le domaine de la santé des femmes au Canada, des écarts importants sur le plan de l'égalité continuent à avoir une incidence sur les femmes âgées et vieillissantes lesbiennes, bisexuelles, transgenres, allosexuelles, intersexuées et bispirituelles. C'est particulièrement vrai en ce qui concerne l'accès aux ressources sociales et les conséquences du manque d'accès.

Il faut aussi absolument que les recherches intersectionnelles qui incluent actuellement les femmes intègrent immédiatement les femmes LGBTQI2S âgées et vieillissantes. La reconnaissance de l'intersectionnalité et de la diversité des situations sociales est essentielle à la création d'expériences de vieillissement positives et de soins de fin de vie de qualité.

•(0910)

Il y a beaucoup d'hétérogénéité au sein de la population vieillissante du Canada, non seulement sur le plan de l'âge, mais aussi d'autres déterminants sociaux et d'autres facteurs liés à la situation sociale. L'orientation sexuelle et l'identité de genre constituent des déterminants clés de la santé, particulièrement en ce qui touche la discrimination et l'inclusion sociale. La conjonction de l'âge, de l'identité de genre et de l'orientation sexuelle est un élément important à considérer, étant donné le risque que l'âgisme vienne s'ajouter aux autres motifs de discrimination. Au Canada, on reconnaît qu'il est nécessaire de mener des recherches ciblées auprès et au sujet de groupes divers.

Malgré les efforts déployés pour les rendre inclusives, les recherches menées au Canada sur la santé des femmes tiennent pour acquis que toutes les femmes, peu importe leur âge, leurs antécédents culturels, leur emplacement géographique, leur situation socioéconomique, leur religion, leur orientation sexuelle, leur identité de genre et leurs autres différences, ont exactement les mêmes expériences, les mêmes opinions et les mêmes priorités. Nous savons que c'est faux. L'absence notable de données ventilées et de recherche sur les répercussions expérientielles et structurelles de la discrimination a des effets sur les femmes LGBTQI2S, et ce, tant au Canada qu'à l'échelle mondiale.

C'est aussi une préoccupation particulière par rapport aux recherches qui incluent les femmes LBTQI2S. Les femmes, les aînés, ainsi que les minorités d'orientation sexuelle et d'identité de genre continuent à ressentir les effets d'un manque de recherche intersectionnelle au Canada. Il faut adopter une approche intersectionnelle afin que l'ensemble des points vulnérables, des expériences et des difficultés de femmes diverses soient mis au jour. Normalement, les difficultés et les priorités de nombre de femmes vulnérables, y compris des membres d'autres groupes, sont exclues de la recherche générale sur la santé des femmes.

Les femmes aînées LBTQI2S sont plus à risque d'être touchées par l'exclusion sociale. Des liens ont été établis entre l'exclusion sociale et une vaste gamme de difficultés, y compris la pauvreté, les problèmes de santé mentale et physique, un faible niveau de scolarité et une absence de participation politique. Il n'y a pas de...

La présidente: Madame Kennedy, votre temps de parole est écoulé. Merci beaucoup. Vous avez fait du très bon travail avec les recommandations.

Nous passons maintenant à l'Association des femmes autochtones du Canada.

Vous avez sept minutes.

Mme Chaneesa Ryan (directrice de la santé, Association des femmes autochtones du Canada): *Ullaakut*. Bonjour. Merci de nous avoir invitées ici aujourd'hui pour vous parler des défis auxquels les femmes aînées autochtones font face au Canada.

Avant de poursuivre, j'aimerais prendre le temps de souligner que nous sommes réunis sur le territoire traditionnel non cédé du peuple algonquin.

Depuis 1974, l'Association des femmes autochtones du Canada est le porte-parole des femmes, des filles et des personnes de divers genres des Premières Nations, à l'intérieur et à l'extérieur des réserves, ainsi que des Métis et des Inuits privés de leurs droits.

Nous sommes ici aujourd'hui pour parler des défis qu'affrontent les femmes aînées autochtones et des facteurs qui contribuent à leur vulnérabilité. Il est important de souligner que la vulnérabilité s'accroît tout au long de la vie d'une personne. Le bien-être des personnes vieillissantes dépend en grande partie des différents défis qu'elles ont surmontés et des diverses expériences qu'elles ont vécues tout au long de leur vie. Les expériences négatives vécues pendant l'enfance — prenez l'exemple des pensionnats indiens et des traumatismes intergénérationnels qu'ils ont causés —, combinées aux situations difficiles connues plus tard, contribuent aux mauvais résultats en matière de santé et à la hausse du taux de mortalité.

Il est important de souligner que bien que les aînés autochtones ne forment pas un groupe homogène, l'oppression coloniale et l'exploitation ont créé des expériences communes qui ont eu une incidence sur la santé et le bien-être d'un grand nombre d'aînés autochtones. Étant donné les effets durables de la colonisation, les séquelles laissées par les pensionnats indiens, les répercussions de la rafle des années 1960, les politiques discriminatoires et les inégalités persistantes dans le système de soins de santé, il est évident que les aînés autochtones sont vulnérables. D'ailleurs, les écarts entre l'espérance de vie des Autochtones et des non-Autochtones sont grands. En 2017, l'espérance de vie des femmes des Premières Nations était de 78 ans. Celle des femmes métisses était de 80 ans, et celle des femmes inuites, de 73 ans, comparativement à 84 ans chez les femmes non autochtones. L'écart considérable entre l'espérance de vie des femmes autochtones et celle des femmes non autochtones — le plus grand étant l'écart de 11 ans entre les femmes inuites et les femmes non autochtones — reflète leur vulnérabilité générale.

● (0915)

De façon générale, toutes les populations de femmes aînées sont plus à risque d'être vulnérables que les hommes, car elles ont des sources de revenus différentes, souvent interrompues. Par conséquent, elles ont moins d'occasions d'épargner de l'argent ou de cotiser à un régime de pensions. Les femmes gagnent habituellement beaucoup moins d'argent que les hommes. Les femmes autochtones sont encore plus loin derrière pour ce qui est de l'écart salarial.

La génération actuelle, de femmes aînées sont plus susceptibles d'avoir été des femmes au foyer plutôt que des membres rémunérés de la population active. Ces facteurs, qui sont tous pire pour les femmes autochtones, contribuent à un niveau de revenu inférieur et à une vulnérabilité accrue. Par conséquent, il est important de régler le problème des salaires et de l'égalité et de mettre en place des réformes qui abolissent l'écart salarial entre les sexes au pays.

En raison de l'espérance de vie accrue et des taux de fertilité relativement élevés, la population autochtone canadienne augmente près de deux fois plus rapidement que la population non autochtone. Par conséquent, la population d'aînés autochtones augmente également. Selon les projections démographiques, au cours des deux prochaines décennies, le nombre d'aînés autochtones âgés de 65 ans et plus fera plus que doubler. Donc, la complaisance face à leur vulnérabilité et les défis auront non seulement une incidence sur la génération actuelle, mais feront également augmenter le nombre de personnes vulnérables.

Les aînés métis, inuits et des Premières Nations connaissent de plus mauvais résultats globaux en matière de santé que leurs homologues non autochtones. Les populations autochtones sont plus susceptibles de souffrir de nombreuses maladies chroniques comme l'hypertension, les maladies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux et le diabète, et ce, à un plus jeune âge que les membres de la population canadienne générale. La prévalence accrue des conditions chroniques, en plus des taux de tabagisme et d'obésité élevés chez certaines populations autochtones, augmente le risque de démenche. Cette multimorbidité complexe à un plus jeune âge peut avoir une incidence considérable sur la qualité de vie et la capacité de bien vieillir dans les collectivités.

Des lacunes en matière d'information existent, ce qui fait qu'il est difficile de comprendre l'ampleur de la prévalence problématique des handicaps dans les collectivités autochtones. Cependant, en raison de facteurs sociaux, culturels et historiques complexes et de la prévalence accrue des maladies chroniques, des problèmes de santé mentale, de dépression, de toxicomanie et de violence, on peut conclure sans crainte de se tromper que les Autochtones sont plus à risque que leurs homologues non autochtones de souffrir d'une incapacité.

En raison de l'intersectionnalité entre les peuples autochtones et les incapacités, les Autochtones atteints d'une incapacité au Canada représentent un groupe marginalisé au sein d'une population marginalisée. Le plus grand défi pour les aînés atteints d'une incapacité est l'insécurité économique, et plus particulièrement pour ceux dont les incapacités ont nui à leur emploi et à leur capacité d'accumuler des économies pour leur retraite.

Les mauvais résultats sur le plan de la santé et les taux d'incapacité parmi cette population peuvent être attribuables en partie à la probabilité accrue de faible niveau de scolarité, de taux d'emploi peu élevés, de faibles revenus et de pauvreté disproportionnée et chronique qui ont une incidence sur les peuples autochtones au cours de leur vie. Des recherches ont révélé que les aînés autochtones connaissent des taux de pauvreté considérablement plus élevés que la moyenne nationale, compte tenu qu'environ 25 % des aînés autochtones vivent dans la pauvreté comparativement à 13 % chez les aînés non autochtones.

Malgré la demande croissante à des soutiens et services communautaires culturellement sécuritaires pour les populations d'aînés autochtones au Canada, les infrastructures et les services actuels sont insuffisants et inadéquats. Par exemple, 44 % des membres des Premières Nations âgés de 55 ans et plus ont besoin d'un service de soins continus ou de plusieurs de ces services. Cependant, moins de 1 % d'entre eux ont accès à des établissements de soins de longue durée dans les réserves. Par conséquent, certains problèmes de santé peuvent passer inaperçus jusqu'à ce qu'ils s'aggravent et se compliquent et qu'une visite aux services d'urgence ou une admission à l'hôpital soient nécessaires.

Lorsque des Autochtones ont inévitablement besoin de plus de soutien et de services, ils sont forcés de quitter leur collectivité pour avoir accès à des soins de longue durée qui sont souvent offerts à des centaines, voire à des milliers de kilomètres. Ces individus sont non seulement contraints de quitter leur foyer, mais ils doivent aussi laisser derrière leur famille, leur langue, leur culture et leur nourriture traditionnelle. Le fait de devoir quitter leur collectivité pour accéder à des services peut être une expérience très traumatisante et peut ramener à la surface des expériences de leur enfance telles que les réinstallations forcées, les pensionnats indiens et la rafle des années 1960.

Les défis entourant les soins continus au sein des collectivités autochtones sont attribuables en partie à la nature complexe et du chevauchement des responsabilités, des politiques et des compétences des différents ordres de gouvernement. La responsabilité de la prestation des soins de santé relève actuellement des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Étant donné que le cadre est compliqué et ambigu, de nombreux aînés autochtones ont du mal à s'y retrouver dans le système et à accéder à des services et à des soins adéquats.

• (0920)

La présidente: Excellent. Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer à notre série d'interventions de sept minutes, en commençant avec Eva Nassif.

Eva, la parole est à vous pour sept minutes.

[Français]

Mme Eva Nassif (Vimy, Lib.): Merci, madame la présidente.

Merci à nos quatre témoins de leurs présentations.

Je crois que Mme Majowski était en train de nous présenter ses recommandations.

Madame Majowski, que recommandez-vous afin qu'on puisse aider les aînés à réduire leur isolement social?

[Traduction]

Mme Kathy Majowski: Je vais revenir sur la question en disant que nous devons soutenir et renforcer les groupes et programmes communautaires, qui jouent un rôle important pour encourager les femmes aînées à aller chercher de l'aide et promouvoir des

programmes intergénérationnels. Des options de logements intergénérationnels peuvent contribuer à réduire les préoccupations relatives à la pénurie de logements, à la sécurité et à la solitude.

Je crois que ces deux recommandations sont déjà mises en œuvre. Il y a quelques différents modèles au Canada dans le cadre desquels on mène des recherches et examine comment ces projets peuvent fonctionner. L'Initiative nationale pour le soin des personnes âgées travaille avec la Ville de Toronto à l'élaboration d'un programme de logements intergénérationnels, et j'ai bien hâte d'en voir les résultats.

Mme Eva Nassif: Merci.

[Français]

Madame Brayton, bonjour à nouveau. Nous nous sommes vues en 2017 quand j'ai fait une annonce devant votre organisme.

Vous a-t-on informée du fait que vous alliez recevoir 830 959 \$ pour l'année 2019-2020.

Mme Bonnie Brayton: Oui. Nous en sommes très contents.

Mme Eva Nassif: Vous savez aussi que nous avons déjà commencé à donner des fonds au programme Nouveaux Horizons pour les aînés, et que nous continuons à le faire. Nous avons même augmenté nos investissements. Nous avons créé la Stratégie nationale sur le logement en 2017. Cette stratégie nationale aidera beaucoup de femmes qui vivent dans la pauvreté.

Vous avez dit avoir soumis un mémoire, mais je n'ai pas eu accès à ce document. Ce que j'aimerais savoir, c'est en quoi consistent vos recommandations. Malgré tout ce qu'on a investi, il reste beaucoup de travail à faire. Par contre, la Stratégie nationale sur le logement et les investissements que nous avons engagés sont un bon début pour briser l'isolement chez nos aînés.

Quelles sont donc vos recommandations visant les femmes aînées handicapées?

Mme Bonnie Brayton: Je vais vérifier auprès de la greffière.

[Traduction]

Elle a dit qu'elle n'a pas reçu le mémoire.

Mme Eva Nassif: Je ne l'ai pas reçu.

L'avons-nous reçu?

La greffière du comité (Mme Kenza Gamassi): Oui. Il y a quelque temps de cela.

Mme Eva Nassif: D'accord, nous l'avons reçu il y a de cela un certain temps, car il n'était pas là hier.

[Français]

À part cela, il y a le projet de loi C-81 sur l'accessibilité.

Pouvez-vous nous parler de ce que vous voulez que nous fassions de plus?

Mme Bonnie Brayton: Je peux répéter nos préoccupations visant les femmes en situation de handicap qui sont plus âgées. Si vous me le permettez, je vais continuer en anglais, parce que mes recommandations sont en anglais.

[Traduction]

Nous demandons au Comité de ne pas oublier que le Canada a des obligations en vertu de ses engagements envers la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, la CEDEF, la Convention relative aux droits des personnes handicapées, la CDPH, la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, la DNUDPA et d'autres traités des Nations Unies. La surveillance est l'un des éléments qui, d'après nous, sont très importants pour essayer de réduire les taux élevés de mauvais traitements dans les résidences et les établissements pour personnes âgées.

Nous rappelons à tout le monde qu'il y a un enjeu très important et des préoccupations entourant les agressions et les abus sexuels chez les femmes âgées, et plus particulièrement les femmes handicapées plus âgées. De nombreux renseignements à ce sujet ont été fournis par l'autre témoin.

Un point très important que tous les témoins ont très bien fait valoir, c'est qu'il faut tenir compte de toutes ces recommandations d'un point de vue intersectionnel pour comprendre que nous avons besoin de réformes politiques importantes qui se penchent sur ces enjeux.

Le Réseau d'action des femmes handicapées du Canada, le RAFH Canada, veut rappeler au Canada un projet que nous avons lancé dans le cadre duquel nous avons créé une plateforme de médias sociaux intitulée « Plus qu'une note de bas de page ». La raison pour laquelle nous avons véhiculé ce message était pour que nous puissions comprendre que, trop souvent, bien des sujets dont nous discutons aujourd'hui sont indiqués en bas de page plutôt que d'être considérés comme étant importants dans l'élaboration de recommandations stratégiques.

Je dirais à nouveau que la norme relative aux personnes vulnérables est, de l'avis de RAFH Canada et de nombreux autres organismes nationaux œuvrant pour les personnes handicapées, essentielle pour comprendre les risques que la nouvelle mesure législative — eh bien, elle n'est plus aussi nouvelle maintenant — pose pour l'aide médicale à mourir, plus particulièrement chez les femmes handicapées plus âgées. Bien que nous sachions que c'est la loi, il est important que les législateurs comprennent que l'aide médicale à mourir peut rendre vulnérables certaines collectivités, que nous devons élaborer des normes et que la communauté des personnes handicapées doit participer à ce processus de surveillance.

• (0925)

[Français]

Mme Eva Nassif: Merci beaucoup.

Ma prochaine question s'adresse à Mme Ryan et à son association. Vous avez dû vous dépêcher tantôt pour faire votre présentation.

Depuis notre arrivée au pouvoir, vous savez que nous avons travaillé fort afin de faire ce qu'il nous était possible de faire. Notre travail vise toujours à améliorer la relation avec les Autochtones ainsi que la situation en ce qui concerne la réconciliation avec les Autochtones. Ma question pour vous est vraiment très précise. J'aimerais en savoir davantage à propos du système des pensionnats qui ciblait nos jeunes femmes autochtones. Ces dernières sont maintenant devenues des âgées, des femmes âgées autochtones.

Quelles seraient vos recommandations à leur sujet? On sait que le pourcentage lié à la pauvreté chez les âgées autochtones est le double de celui des femmes canadiennes non autochtones. Quels sont les effets des pensionnats, où ont jadis vécu les jeunes femmes

autochtones, sur l'isolement et la pauvreté des femmes âgées autochtones qu'elles sont devenues?

[Traduction]

Mme Roseann Martin (âinée, Association des femmes autochtones du Canada): Je suis Roseann Martin, et je suis de Listuguj, au Québec. Je suis une survivante des pensionnats indiens. Je suis aussi une survivante de la rafle des années 1960. Dans ma collectivité, nous avons 35 membres qui, à partir de 1929, ont fréquenté ces pensionnats indiens. La majorité de nos familles qui ont fini par retourner dans la collectivité ont été très affectées par ce qu'on leur a fait subir. Au fil des ans, cela a entraîné de nombreux graves problèmes de toxicomanie et de santé mentale.

J'ai vécu près de 26 années d'enfer à mener une vie très malsaine. Ma collectivité a été affectée. Ma famille a été affectée. Mes enfants ont surtout été affectés. Maintenant, j'ai des petits-enfants, et je vois ce que ce qui m'est arrivé a une incidence sur eux.

Nous avons 39 familles dans la collectivité. Vous pouvez être certains que bon nombre d'entre elles sont affectées, et le taux de suicide est élevé. Les taux de toxicomanie, d'itinérance et de pauvreté — et j'en passe — sont élevés. Il n'y a pas d'emplois. Aucune ressource n'est disponible pour ces familles. Vers quoi ces gens se tourment-ils? Ils prennent des médicaments, entre autres choses.

Je vois de nombreux problèmes associés aux opiacés. Les membres de nos collectivités meurent comme des mouches, car il n'y a pas d'aide pour eux. Où peuvent-ils aller? Les centres de désintoxication sont pleins. Les pavillons de ressourcement sont pleins. Les gens doivent quitter leur communauté. Lorsqu'ils sont malades et mourants, on les envoie loin de leur région. Il n'y a aucun endroit pour eux. Je suis allée rendre visite à ma mère lorsqu'elle était à l'hôpital en train de mourir d'un cancer. J'ai eu de la chance à l'époque, car lorsque je suis allée la voir, elle était à la salle de bain dans un fauteuil roulant. Son fauteuil avait renversé. Elle était là depuis quelques heures, et personne n'avait vérifié si elle allait bien. Nous avons sorti notre mère de là et l'avons placée dans un endroit plus près de notre région.

Ce sont là certains des problèmes avec lesquels nous sommes aux prises dans nos collectivités à l'heure actuelle. Il y a beaucoup d'itinérance et beaucoup... La toxicomanie est le principal problème.

La présidente: Roseann, merci beaucoup.

Nous avons légèrement dépassé le temps prévu, mais votre enthousiasme est formidable. Vous avez fait passer votre message.

Merci beaucoup du temps que vous nous consacrez.

Nous devons faire une courte pause. Hier, j'ai eu l'occasion de déposer, au nom du Comité, notre 15^e rapport intitulé « Survivre à la violence et renforcer la résilience — Étude sur le réseau canadien de refuges et de maisons de transition qui desservent les femmes et leurs enfants affectés par la violence ».

Par conséquent, j'aimerais porter à l'attention de tous les membres la présence de certaines des fondatrices des premiers refuges pour femmes au Canada et de l'auteure qui a fait connaître leur histoire.

Les fondatrices des premiers refuges pour femmes au Canada que j'aimerais vous présenter sont les suivantes: Ardis Beaudry, Janet Currie, Therese d'Allaire-Laplane, Nicole Thauvette, Lorraine Penashuk, Natalie McBride et Lynn Zimmer. Nous accueillons également parmi nous aujourd'hui Margo Goodhand, auteure du livre « Runaway Wives and Rogue Feminists: The Origins of the Women's Shelter Movement in Canada ».

Nous tenons à vous remercier d'être venues.

Des voix: Bravo!

La présidente: Tout va bien? J'ai dit tout ce qu'il fallait?

● (0930)

M. Terry Duguid (Winnipeg-Sud, Lib.): Madame la présidente, je ne savais si vous alliez souligner que Margo Goodhand est originaire de Winnipeg. Son père était mon médecin de famille également, mais je tiens simplement à la féliciter pour son livre. Il est très émouvant. Il raconte l'histoire de ces femmes courageuses et inspirantes et la façon dont elles ont lancé le mouvement des refuges au début des années 1970.

Merci.

La présidente: Je vous en prie.

J'aimerais vous remercier de tout le travail que vous avez fait.

Nous allons maintenant revenir à notre excellent groupe de témoins d'aujourd'hui. Rachael, je vous cède la parole pour sept minutes.

Mme Rachael Harder (Lethbridge, PCC): Madame Brayton, je vais commencer avec vous. Vous avez mentionné l'aide médicale à mourir et exprimé vos préoccupations concernant le manque de soins palliatifs disponibles à ceux qui souhaitent recevoir ces soins plutôt que d'opter pour l'aide médicale à mourir. Vous avez également évoqué vos inquiétudes selon lesquelles l'aide médicale à mourir est et pourrait devenir de plus en plus disponible aux personnes qui ont un handicap, et c'est une décision qui pourrait même être prise par un membre de la famille au nom d'une personne. Vous avez signalé que cela se rapporte à la valeur de ces personnes qui ont un handicap et au fait que la société n'accorde pas l'importance qu'elle devrait à ces personnes.

J'espère que vous pourrez nous en dire un peu plus sur les femmes qui ont un handicap, plus particulièrement lorsqu'elles avancent en âge, et sur vos préoccupations à la lumière de vos expériences sur le terrain.

Mme Bonnie Brayton: Merci beaucoup de soulever l'enjeu à nouveau. J'estime vraiment que c'est important et je vous suis très reconnaissante de cette occasion. Je sais que c'est une discussion importante pour les législateurs, car c'est une loi qui, je sais, a été adoptée malgré le fait qu'on avait des préoccupations sur la façon dont elle prendrait forme. Maintenant qu'elle a été adoptée depuis quelques années, nous, en tant que communauté des personnes handicapées, sommes au courant de certains cas inquiétants et commençons à en entendre parler. Je ne vais pas vous les citer aujourd'hui, car je ne suis pas vraiment préparée à le faire et, encore une fois, je veux soulever cet enjeu.

En réponse à ce que vous dites concernant les préjugés, je dirais que la dévaluation, essentiellement l'isolement, des femmes handicapées, et surtout des femmes âgées, les rendent particulièrement vulnérables. J'ai parlé de la prévention du suicide, de son importance et du fait que nous y réfléchissons rarement par opposition à un processus de fin de vie. Je pense que la question des soins palliatifs est un facteur, et je sais que Dre Leitch est également ici et qu'elle est bien consciente que nous avons du travail à faire dans notre système médical pour améliorer les soins aux aînés, et plus particulièrement en fin de vie. C'est l'une des principales façons dont nous pouvons réduire le risque qu'une personne se fasse offrir l'aide médicale à mourir plutôt que des soins palliatifs ou l'occasion de réfléchir aux diverses options plutôt que de croire que l'aide médicale à mourir est la seule option.

Je pense que l'une des choses que nous devons nous assurer de faire, et j'en ai parlé, c'est d'élaborer une norme relative aux personnes vulnérables. C'est une mesure que la communauté nationale des personnes handicapées et les Canadiens handicapés appuient massivement et jugent important de mettre en place. J'ai fourni un lien dans mon mémoire et j'inviterais la présidente à faire parvenir ce lien et des renseignements additionnels au comité sur la norme relative aux personnes vulnérables. Je pense que l'examen sera effectué l'an prochain, en 2020, et je pense que ce serait un bon point à examiner pour déterminer si la norme relative aux personnes vulnérables peut être mise en place.

Je peux vous donner, non pas un exemple concernant une personne âgée, mais un exemple de la vulnérabilité des femmes handicapées. Dans ce cas-ci, je pense que c'est encore plus flagrant, car la femme avait 24 ans. C'était une jeune femme de Terre-Neuve qui s'est présentée à l'hôpital avec sa mère parce qu'elle avait besoin de soins médicaux d'urgence, mais...

Désolée, je veux seulement me ressaisir et bien raconter l'histoire. Elle s'est présentée à l'hôpital avec sa mère; comme elle ne parle pas, sa mère était avec elle. Le médecin qui les a reçues a dit à la mère, « Il y a quelque chose que nous pouvons faire pour l'aider », en laissant entendre que l'aide médicale à mourir était une option qu'il pourrait offrir à sa fille. Je suis heureuse de dire que l'instinct et la réaction de cette mère a été de lui répondre qu'elle voulait voir immédiatement un autre médecin, ce qui a été fait. Ce médecin a fait l'objet d'une enquête subséquemment. Je tiens à raconter l'histoire de cette jeune femme et expliquer pourquoi la question de l'aide médicale à mourir est si importante. Un an plus tard, la jeune femme a été placée dans un milieu où elle reçoit du soutien, où elle vit encore aujourd'hui et où elle s'épanouit.

L'ancienne présidente de mon organisme a été plongée dans un coma artificiel à la suite d'une pneumonie. Elle est, elle aussi, une femme handicapée, et lorsqu'elle est sortie du coma — et certains d'entre vous ont peut-être rencontré Mme Hutchison lorsqu'elle était notre présidente —, l'infirmière lui a dit à l'oreille qu'elle devrait peut-être envisager l'aide médicale à mourir.

Ce que j'essaie de dire, c'est que ce n'est pas un système parfait et qu'il est très important de comprendre que l'une des choses que nous devons accepter, c'est qu'il y aura des risques et que nous avons le devoir de réduire ces risques, car la loi est en place.

Merci beaucoup de m'avoir donné l'occasion de soulever ces points. Je vous en suis très reconnaissante.

● (0935)

Mme Rachael Harder: Pouvez-vous aller un peu plus loin? Après avoir exprimé vos préoccupations au sujet de l'aide médicale à mourir, l'alternative serait alors d'offrir un système de soins palliatifs adéquat ou...

Mme Bonnie Brayton: Une qualité de vie.

Mme Rachael Harder: Une qualité de vie, exactement.

Pouvez-vous nous parler de ce qui pourrait être fait, particulièrement à l'échelon fédéral, pour assurer une plus grande accessibilité pour ces femmes? Et, bien sûr, cela s'accompagne d'une qualité de vie globale et d'un niveau de vie plus élevé.

À quoi cela ressemblerait-il si, en tant que société, nous souscrivions davantage à cette idée?

Mme Bonnie Brayton: Je pense que les autres témoins ont beaucoup parlé de l'enjeu de la pauvreté. La situation économique des femmes âgées, en particulier les femmes âgées handicapées, est une question qu'il faut aborder à l'échelle nationale, provinciale, territoriale et locale. En tant que société, nous devons nous attaquer à l'inégalité des revenus, en général. C'est probablement l'une des premières choses que je dirais.

Je pense que nous devons comprendre qu'il faut commencer à nous attaquer à la question de la prestation de soins au pays. C'est une question cruciale, tant du point de vue de ceux qui en assurent la prestation que des bénéficiaires de soins. Il est essentiel de comprendre que le degré de stress des familles qui prodiguent des soins n'est pas pris en compte.

Toutefois, pour ce qui est de la question générale, je pense que j'aurais probablement besoin d'une heure supplémentaire pour aborder nos diverses préoccupations concernant l'inégalité sociale des femmes et des filles handicapées. Mais fondamentalement, les déterminants sociaux de la santé sont une chose à laquelle tous les Canadiens ont droit et ce n'est malheureusement pas le cas pour de nombreux Canadiens, y compris les femmes handicapées.

Je rappelle au Comité que selon les nouvelles statistiques de novembre 2018, le pourcentage de femmes handicapées au Canada s'élève à 24 %. Donc, 24 % des femmes au Canada vivent avec un handicap. L'idée que nous n'avons pas intégré les personnes handicapées dans toutes les politiques sociales et économiques montre que l'égalité pour tous les Canadiens n'est pas encore une réalité.

Mme Rachael Harder: J'ai terminé.

La présidente: J'aimerais ajouter une chose. Nous avons montré que le 11 avril, nous avons fait distribuer le document que vous avez remis. Nous voulions simplement vous en informer.

Nous passons maintenant à M. Wayne Stetski.

Wayne, vous avez sept minutes.

M. Wayne Stetski (Kootenay—Columbia, NPD): Je tiens à vous remercier d'être ici aujourd'hui pour parler de cet enjeu très important.

À l'instar de mon parti, je suis d'avis qu'il nous faut une stratégie nationale pour les aînés qui intégrera bon nombre des aspects dont nous parlons aujourd'hui. Je pense vraiment que c'est la voie à suivre.

J'aimerais commencer par Mme Majowski et parler de la prévention des mauvais traitements à l'égard des personnes âgées, ce qui est lié à une stratégie nationale pour les aînés.

Il y a quelques mois, j'ai assisté à une séance de formation à Cranbrook sur la reconnaissance et le traitement de la maltraitance faite aux aînés. Je viens de Kootenay-Columbia, au sud-est de la Colombie-Britannique. À la fin de la séance, j'ai posé une question au groupe. Au pays, nous avons des mesures législatives pour assurer une protection à plusieurs égards, ce qui comprend les enfants et les animaux de compagnie. Donc, la question qui se pose est de savoir s'il conviendrait d'avoir une loi pour protéger les aînés.

J'aimerais savoir si vous y avez réfléchi et quelle est votre opinion à ce sujet.

Mme Kathy Majowski: Absolument. Merci beaucoup.

Il est très difficile d'aborder la question de façon aussi tranchée. Je suis infirmière de soins de première ligne en santé communautaire.

J'ai souvent été confrontée à des cas où nous soupçonnions une situation de violence; nous en étions presque certaines. Cependant, la personne qui est victime de violence ou qui risque d'être victime de violence demeure inchangée et autonome sur le plan cognitif. Donc, nous sommes limités.

Lorsqu'on parle d'une possible stratégie de prévention ou de signalement des cas de violence envers les aînés, nous devons être très prudents, parce que l'équilibre entre l'autonomie et l'intervention d'une autre personne pour la prise de décisions est très délicat.

C'est un peu plus évident dans le cas de personnes plus vulnérables, celles qui ont des problèmes cognitifs ou des déficiences cognitives. En outre, c'est plus facile lorsque des lois connexes à la Loi sur la protection des personnes recevant des soins sont en place, notamment au Manitoba.

Lorsque je soupçonne un cas de mauvais traitements dans un établissement, j'ai le devoir — le devoir absolu —, en tant que professionnelle de la santé, de faire un rapport. En milieu communautaire, toutefois, les zones grises sont plus nombreuses et les choses deviennent beaucoup moins claires.

Je serais favorable à une norme ou à des directives uniformisées quant au rôle des intervenants qui sont témoins de ces situations. Que pouvez-vous faire? Cela fait partie des activités de notre organisme. Nous fournissons des ressources sur notre site Web pour les organismes locaux, provinciaux et territoriaux et par rapport à leurs activités, car il n'y a pas de norme uniforme au pays, malheureusement. Les interventions, les recommandations et les ressources varient légèrement selon les provinces et les territoires.

À mon avis — je parle au nom du Réseau canadien pour la prévention du mauvais traitement des aînés —, nous aimerions un nombre accru de normes partout au Canada afin que les gens qui vivent en Nouvelle-Écosse aient accès aux mêmes services et mesures de soutien que les habitants de la Colombie-Britannique.

● (0940)

M. Wayne Stetski: Une mesure législative serait-elle utile, à votre avis?

Mme Kathy Majowski: Je l'espère bien. Je crois que la normalisation doit venir de l'échelon supérieur. Les provinces et les territoires sont tout à fait libres de faire ce qu'ils jugent bon et de financer les programmes qu'ils jugent importants, mais une certaine orientation du gouvernement fédéral contribuerait grandement, je crois, à normaliser les programmes, ressources et services de ce genre, qui doivent être considérés comme obligatoires pour nos aînés.

M. Wayne Stetski: Je vais m'adresser à Mme Ryan pour une minute, mais je tiens d'abord à souligner que je viens du territoire non cédé des Premières Nations Ktunaxa, Shuswap, Okanagan et Sinixt dans le Sud-Est de la Colombie-Britannique.

Nous entendons souvent parler des différences pour les Autochtones entre la vie en réserve et hors réserve. Pourriez-vous nous dire s'il y a aussi une différence pour les aînés?

Mme Chaneesa Ryan: Tout à fait.

Avant de répondre à toute autre question, j'aimerais saisir l'occasion pour attirer votre attention sur un point que je n'ai pas abordé dans mon exposé. Il y a un manque flagrant de données sur les aînés autochtones et le vieillissement et, souvent, les données existantes ne sont pas ventilées. Je vais donc tenter de répondre à votre question, mais elle sera en grande partie fondée sur des données non scientifiques.

En même temps, je sais que 52 % des aînés autochtones vivent hors réserve. Il est également important d'en tenir compte lorsque nous parlons des besoins en services dans les réserves. Bien que ces besoins soient bien réels, il faut aussi des mesures adaptées à la culture — des mesures de soutien fondées sur le sexe et adaptées aux traumatismes — dans les villes, puisque nous savons maintenant que plus de la moitié des aînés autochtones vivent hors réserve.

Roseann, je ne sais pas si vous voulez ajouter quelque chose.

Mme Roseann Martin: Non.

Mme Chaneesa Ryan: Pourriez-vous répéter la question?

M. Wayne Stetski: Je me demande s'il y a une différence quant aux mesures de soutien offertes aux personnes âgées autochtones vivant dans les réserves et celles vivant à l'extérieur des réserves. Vous avez mentionné, par exemple, qu'il y a très peu de foyers pour personnes âgées dans les réserves, ce qui vous oblige essentiellement à vivre hors réserve. Je me demande s'il y a d'autres différences et d'autres enjeux.

Mme Chaneesa Ryan: Oui. Bien que l'accès à des services de soins à domicile ou à des services de soins de longue durée à l'extérieur des réserves ait été amélioré, il y a toujours un manque d'accès à des services d'aide adaptés à la culture. Nous avons récemment tenu une séance de participation avec des personnes âgées vivant à Ottawa. Elles nous ont parlé du racisme dont elles ont été victimes dans le système de soins de santé, dans des établissements de soins de longue durée. Elles ont parlé du malaise qu'elles ressentaient, notamment l'impossibilité de tenir des cérémonies de purification par la fumée dans les hôpitaux et établissement de soins de longue durée, par exemple. Même si elles ont accès aux services, ce manque d'adaptation culturelle des services demeure un véritable problème. Malgré l'amélioration de l'accès à l'extérieur des réserves, d'un point de vue holistique, les services ne satisfont toujours pas nécessairement aux besoins des aînées autochtones.

• (0945)

M. Wayne Stetski: Le 29 avril, vous avez publié un communiqué pour annoncer la mise à pied de...

La présidente: Wayne, il vous reste 20 secondes.

M. Wayne Stetski: ... certains employés en raison d'un manque de financement de base. Qu'aimeriez-vous que le gouvernement fédéral fasse pour assurer votre avenir?

Mme Chaneesa Ryan: Actuellement, nous n'avons aucun financement pour les aînées. Nous avons présenté une demande au programme Nouveaux Horizons d'EDSC et aussi, récemment, au Fonds d'investissement en matière de démence dans les communautés de l'Agence de la santé publique du Canada. Toutefois, j'aimerais vraiment qu'on investisse dans la population autochtone vieillissante, avec un accent sur l'égalité des sexes, étant donné que les femmes autochtones vivent plus longtemps que les hommes et qu'il existe des besoins propres à chaque sexe. J'aimerais vraiment qu'un effort particulier soit fait à cet égard. De plus, j'aimerais que les organisations autochtones participent à la prise de décisions concernant les fonds disponibles et leur utilisation.

La présidente: Excellent. Merci.

Les sept dernières minutes sont à Mme Rachel Bendayan.

Mme Rachel Bendayan (Outremont, Lib.): Permettez-moi tout d'abord de revenir en arrière. Pour le reste du temps, j'aimerais entrer dans les détails, mais j'aimerais d'abord avoir l'avis de chacune de nos invitées sur la terminologie. Tout le monde a parlé des étiquettes données aux femmes âgées dans diverses collectivités. J'ai entendu

certaines personnes employer « personnes âgées » et j'ai entendu des mots qui, selon moi, seraient intéressants pour le gouvernement fédéral si on veut adopter un langage moins discriminatoire et moins stigmatisant.

Madame Majowski, vous aimeriez peut-être commencer.

Mme Kathy Majowski: Certainement.

La langue est très importante. Les mots que nous utilisons peuvent être discriminatoires bien malgré nous. L'âgisme est en quelque sorte enraciné dans le langage et les mots que nous choisissons. Malheureusement, le terme « aîné » peut en effet être considéré comme péjoratif ou peut-être moins respectueux qu'on pourrait le croire.

Personnellement, je préfère utiliser le terme « personne âgée ». Quand je parle d'une personne autochtone, je dis « aîné ». J'ai l'impression que ces termes traduisent un peu plus de respect.

Cela ne veut pas dire que le terme « aîné » n'est pas adéquat. C'est un terme largement utilisé que les gens comprennent et reconnaissent, mais puisqu'il est utilisé depuis un certain temps, il a acquis une connotation peut-être moins respectueuse, dans certains cas.

Mme Rachel Bendayan: Madame Brayton, aimeriez-vous faire un commentaire?

Mme Bonnie Brayton: J'en serais ravie. Merci.

C'est un très bon point. Je ne me concentrerai pas sur le mot « aîné ». Je vais plutôt me concentrer sur un autre terme qu'on emploie par rapport aux personnes âgées: le mot « vulnérable ». Il est vraiment important de comprendre le concept de vulnérabilisation. On parle de la vulnérabilisation d'une personne par le langage et par la façon dont la personne est traitée et perçue.

Nous avons le même problème dans la communauté des personnes handicapées. J'aime aider les gens à passer de la vulnérabilité à la résilience. Lorsqu'on pense aux personnes âgées ou aux personnes marginalisées, surtout, cela signifie qu'elles sont confrontées à plus d'obstacles et qu'elles sont probablement plus résilientes. Certains des termes que nous devons utiliser sont plus positifs.

Réfléchir à ces questions ne va pas nécessairement de soi, mais dans un contexte de développement, on dit qu'il existe un continuum entre la vulnérabilité et la résilience. Je dirais qu'il faut aller au-delà de ces concepts et tendre vers l'autonomisation, et ce, pour toute population.

Je sais que cela ne répond pas vraiment à la question. L'intervenante précédente a vraiment bien traité de l'autre enjeu lorsqu'elle a dit que l'emploi des termes « personne âgée » ou « aîné » est une façon importante de démontrer du respect à l'égard des personnes âgées.

Je vous remercie de la question. Je pense que la notion de vulnérabilité nous amène aussi à réfléchir à l'importance d'abandonner un langage qui tend à déshumaniser les gens.

Mme Rachel Bendayan: Madame Kennedy, la parole est à vous.

Mme Helen Kennedy: Je suis d'accord avec Kathy et Bonnie sur l'utilisation du mot « aîné ». Le terme « personne âgée » est probablement le plus courant. Cependant, je pense aussi que lorsqu'un groupe ne fait pas partie de la discussion de toute façon, il est très important de traiter de certains autres enjeux liés à l'intersectionnalité afin d'être plus inclusifs. Je pense que la plupart des aînés ou personnes âgées LGBTQ2S aimeraient simplement être inclus dans la discussion de façon plus positive et stimulante.

Si vous cherchez à aborder la question de manière plus normalisée, je suggère d'utiliser « personne âgée » et « aînée », mais je vous prie de nous inclure.

• (0950)

Mme Chaneesa Ryan: C'est une très bonne question et je suis heureuse que vous l'ayez posée.

Je fais écho aux propos des autres témoins, mais il est aussi très important de faire la distinction, au moins dans le contexte autochtone, entre les aînés et les personnes âgées.

Roseann serait beaucoup mieux placée que moi pour en parler.

Mme Roseann Martin: D'où je viens, nous appelons nos anciens des « personnes traditionnelles » — ces personnes sont les gardiennes de la langue, de la culture, de la spiritualité — et nous appelons les personnes âgées des « aînés ». Partout où je vais, on a tendance à mélanger les termes « anciens », « aînés » et « personnes âgées ».

D'où je viens, on nous considère comme des « anciens ». C'est nous qui transmettons la langue. C'est nous qui transmettons la spiritualité. C'est nous qui enseignons aux sept prochaines générations. C'est là le rôle des anciens.

Hier, j'ai eu l'occasion de m'asseoir à une autre table. Dans notre culture, quand vient l'heure du souper, ce sont d'abord les aînés qui vont chercher leur repas. J'étais la dernière dans la file. Je me suis sentie humiliée, car cette norme n'est pas encore vraiment connue dans la société.

C'est tout ce que j'ai à ajouter. Merci.

Mme Chaneesa Ryan: Je pourrais aussi ajouter quelque chose à cela, brièvement.

C'est une question très importante, étant donné que 2019 est l'année des langues autochtones et que nous sommes aussi à l'ère de la vérité et de la réconciliation, car il est temps de commencer à laisser les peuples autochtones utiliser les termes de leur choix pour se décrire et de ne pas leur en attribuer.

Encore une fois, je n'ai pas la réponse à la question. Nous représentons les peuples autochtones d'un bout à l'autre du pays, et la réponse varie selon le groupe auquel on s'adresse, qu'il s'agisse des Premières Nations, des Inuits ou des Métis. Il y a même des différences au sein des groupes. Toutefois, donner simplement aux gens la possibilité de déterminer comment ils souhaitent être désignés est un enjeu très important qu'il faut prendre en considération.

Mme Rachel Bendayan: Dans cette veine, votre organisme pourrait-il nous aider à cet égard?

Mme Chaneesa Ryan: Certainement. Cela a déjà fait l'objet de discussions.

Mme Rachel Bendayan: Très bien; formidable. Merci.

La présidente: Rachel, votre temps est écoulé. Vous avez utilisé vos sept minutes.

Nous allons entamer la deuxième série de questions, mais je crains que nous devions réduire le temps de chaque intervenant à trois minutes, afin que tout le monde ait la chance de participer.

Sonia et Kellie, vous avez chacune trois minutes pour poser vos questions.

L'hon. K. Kellie Leitch (Simcoe—Grey, PCC): J'aimerais remercier les témoins d'avoir pris le temps de comparaître aujourd'hui.

Je suis médecin praticienne, et mes questions concernent donc les services de santé. Dans mon cas, l'un des enjeux qui ont été soulevés à de nombreuses reprises est lié à la responsabilité du système de soins de santé à l'égard des patients, et en particulier à l'égard des personnes âgées. Je suis chirurgienne orthopédiste. Un nombre ridiculement élevé de patients doivent attendre pendant des mois pour recevoir un remplacement de la hanche.

Bonnie et Roseann, vous pourriez peut-être formuler des commentaires sur cette question — Bonnie, vous pouvez parler des soins palliatifs. Je vous demanderais d'être concises, car j'ai seulement trois minutes.

Roseann, j'ai grandi dans le Nord de l'Alberta, entourée de trois réserves criées où il y avait des problèmes d'infections, qu'il s'agisse de la tuberculose ou d'autres problèmes. Votre commentaire sur les opiacés était très pertinent. Vous pourriez peut-être nous parler un peu du rôle plus important que pourrait jouer le gouvernement fédéral pour veiller à ce que votre peuple soit en santé — pas seulement les personnes âgées, mais aussi tous les autres.

Mme Bonnie Brayton: Merci beaucoup. J'irai droit au but et je répondrai simplement que c'est vrai. La question des soins palliatifs, pour de nombreuses raisons, n'a pas été réglée, selon moi. Je crois que le gouvernement fédéral doit se concentrer sur les soins palliatifs...

L'hon. K. Kellie Leitch: Et rendre des comptes.

Mme Bonnie Brayton: ... et rendre des comptes en ce qui concerne la nécessité d'établir une norme liée aux types de services qui doivent être offerts, encore une fois, dans chaque province et territoire. Comme nous le savons, notre système de soins de santé a un problème lié à la prestation inégale des services. Comme vous l'avez indiqué, on peut certainement attendre pendant très longtemps à certains endroits, et à titre de chirurgienne, je sais que vous le savez. Cela dépend de l'endroit où l'on se trouve. Ce sont donc les types de problèmes qui se posent.

Évidemment, les soins palliatifs ne sont pas offerts dans certaines collectivités. C'est notre plus grande préoccupation, car c'est la réalité.

• (0955)

L'hon. K. Kellie Leitch: Roseann, pourriez-vous formuler des commentaires sur la reddition de comptes envers votre peuple?

Mme Roseann Martin: Notre peuple a besoin d'un pavillon de ressourcement dans ses collectivités, et il doit être dirigé par des Autochtones plutôt que par des non-Autochtones, car ces derniers ne connaissent pas notre culture, notre spiritualité et nos besoins.

L'hon. K. Kellie Leitch: Il s'agit donc de la responsabilité directe de fournir des soins au niveau approprié au patient ou à la personne visée.

Mme Roseann Martin: Oui.

L'hon. K. Kellie Leitch: D'accord.

La présidente: Il vous reste une minute.

L'hon. K. Kellie Leitch: Oh mon Dieu! Nous sommes très efficaces, mesdames!

L'autre point sur lequel j'aimerais poser des questions est lié au rôle que le gouvernement peut jouer dans le secteur des soins de santé. Souvent, en ce qui concerne les patients, je constate que les intervenants à l'échelon fédéral affirment que c'est une responsabilité provinciale ou que c'est la responsabilité d'un groupe précis. Observez-vous la même chose, Roseann, dans votre collectivité, qu'il s'agisse des soins palliatifs ou des personnes avec qui vous traitez? Faites-vous souvent face à cette résistance, c'est-à-dire que personne n'assume cette responsabilité ou prend les choses en main et tout le monde se contente de refiler cette tâche au suivant?

Je présume que c'est presque une question à laquelle on peut répondre par oui ou par non. Observez-vous cette situation?

Mme Bonnie Brayton: J'observe certainement cette situation, docteur Leitch. C'est exactement ce qui se passe. Encore une fois, c'est à cause de la taille et de l'immensité du Canada. L'un des problèmes qui se posent, c'est que nous n'avons pas de programme national d'assurance-médicaments, par exemple. Nous faisons donc face à tous ces problèmes.

Une personne âgée, selon l'endroit où elle se trouve, pourrait avoir accès ou non à certains services. Elle pourrait aussi avoir accès ou non à des soins palliatifs ou à la prestation de soins si un membre de sa famille souffre de la maladie d'Alzheimer. Ce sont donc les problèmes qui se posent.

Encore une fois, des intervenants tentent de formuler des recommandations et d'élaborer des politiques, et c'est une tâche très complexe. Je comparais devant votre comité depuis longtemps. À mes premières comparutions, je ne savais même pas comment préparer un mémoire parlementaire. Je pense qu'il est très important que nous réfléchissions à ces enjeux.

La présidente: Désolée.

Sonia, vous avez les trois dernières minutes.

Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.): J'aimerais remercier les témoins d'être ici.

Les personnes âgées méritent de meilleures conditions de vie. La solitude chez les adultes représente un problème important, et il mène à l'isolement. Même avec le Programme Nouveaux Horizons pour les aînés, les différences de langue et de culture sont les obstacles principaux qui empêchent les personnes âgées de participer à la communauté et d'avoir accès aux services.

Comment le gouvernement fédéral peut-il aider davantage les personnes âgées avec le type d'infrastructure approprié qui permet de veiller au bonheur des adultes plus âgés? Je sais que l'accès aux services de santé ne relève pas de la compétence fédérale, mais même le climat social évolue, comme le disait Roseann Martin.

Autrefois, nous aidions les personnes âgées et nous prenions soin d'elles. Je sais que c'est toujours le cas dans certaines cultures, mais comment pouvons-nous aider à bâtir l'infrastructure nécessaire pour fournir plus de services aux personnes âgées?

Je veux donner à tous les témoins la chance de répondre.

Mme Chaneesa Ryan: En ce qui concerne ce que vous venez tout juste de dire, j'aimerais préciser que le gouvernement fédéral est responsable de fournir des services de soins de santé à tous les Autochtones qui vivent dans les réserves, mais aussi aux personnes âgées. Il est très important de déployer des efforts continus pour investir dans les soutiens aux soins prolongés, aux soins à domicile et aux soins de longue durée, afin que les gens n'aient pas à quitter leur collectivité, à devenir vulnérables à un manque d'accès à leur culture et à leur langue et à faire face à un grand isolement social.

Aussi, à l'extérieur des réserves...

Souhaitiez-vous ajouter quelque chose?

Je suis désolée, mais pour être honnête, j'ai perdu le fil de mes idées. Je vais donc donner mon temps à quelqu'un d'autre.

Mme Bonnie Brayton: Allez-y, ma chère.

Elle avait levé la main.

Mme Kathy Majowski: Merci.

Comme je l'ai mentionné dans ma déclaration, il est très important d'éliminer le cloisonnement entre les secteurs, d'encourager la communication entre les provinces, d'envisager la création d'un répertoire des pratiques exemplaires et des programmes qui fonctionnent bien dans certaines régions du Canada et de veiller à ce que les lignes directrices des programmes soient facilement accessibles.

En fait, notre programme a le mandat d'agir à titre de centre de diffusion des connaissances. Nous examinons différents types de programmes, de rapports et de recherches pour aider les intervenants experts dans ce secteur à concevoir des programmes fondés sur des données probantes plutôt que de tenter de réinventer la roue en créant un nouveau programme à chaque fois.

La présidente: Il reste environ cinq minutes.

Mme Helen Kennedy: Disons seulement qu'au Canada, nous ne respectons pas du tout nos aînés. Nous n'accordons pas la priorité aux soins et aux besoins des aînés, et je trouve cela fascinant, car personne ne rajeunit: nous allons tous dans la même direction.

Je crois que l'adoption d'une stratégie nationale sur les aînés qui mènerait à l'une de mes recommandations, c'est-à-dire la formation d'un comité directeur national, serait très utile pour faire des aînés, des soins et des enjeux liés aux aînés une priorité pour tous les gouvernements. Malheureusement, le Canada a du retard sur d'autres pays à cet égard.

• (1000)

La présidente: C'est excellent.

Je sais que nous n'avons pas pu donner la parole à tous les intervenants, mais il est 10 heures.

Au nom du Comité, j'aimerais beaucoup remercier le Réseau canadien pour la prévention du mauvais traitement des aînés, le Réseau d'action des femmes handicapées du Canada, Égale Canada et l'Association des femmes autochtones du Canada.

On semble dire qu'un vote pourrait bientôt avoir lieu, et nous allons donc immédiatement procéder au changement des témoins. Nous prendrons une pause d'environ une minute pour effectuer le changement et accueillir les nouveaux témoins.

La séance est suspendue pendant une minute.

• (1000)

_____ (Pause) _____

• (1000)

La présidente: Bienvenue à la 140^e réunion du Comité permanent de la condition féminine.

Pour la deuxième partie de la réunion, je suis heureuse d'accueillir Shirley Allan et Arline Wickersham, qui comparaissent à titre personnel.

Nous verrons combien de temps nous aurons. Nous entendrons d'abord vos déclarations, et nous verrons ensuite si nous avons le temps de poser des questions.

Je vais donc donner la parole à Shirley.

Shirley, vous avez sept minutes.

Mme Shirley Allan (à titre personnel): Bonjour.

Je vous remercie de me donner l'occasion de vous parler aujourd'hui et de vous raconter mon histoire dans le cadre de votre étude sur les défis auxquels les femmes âgées font face.

Mon histoire illustre le parcours qui a modelé la femme que je suis aujourd'hui. Les choix que j'ai faits et les expériences que j'ai vécues au cours des 62 dernières années ont façonné ce que je suis et ce qui est important pour moi.

Lorsque je me suis mariée, j'ai choisi de quitter la main-d'œuvre rémunérée à temps plein pour rester à la maison avec mes enfants. Même si la société ne semble pas valoriser mon choix, je pense que c'était une très bonne décision pour moi, ma famille et la société en général.

Je suis née en Écosse, et j'ai immigré au Canada avec mes parents. J'ai aussi vécu aux États-Unis pendant sept ans et je suis revenue au Canada à l'âge de 17 ans. En 1980, j'ai obtenu un baccalauréat en commerce de la Queen's University. Pendant mes études, j'ai rencontré un élève-officier du Collège militaire royal du Canada. Nous nous sommes mariés en 1981.

Nous savions que nous voulions avoir des enfants et nous étions sincèrement d'avis qu'en raison du mode de vie militaire, il serait sage qu'un parent reste à la maison. Ma décision était aussi en partie fondée sur le fait que je comprenais qu'il serait difficile d'occuper un emploi raisonnablement rémunérateur et continu tout en ayant un mode de vie militaire. Ensemble...

• (1005)

La présidente: Je dois vous interrompre pendant un moment. Je suis désolée. Un vote aura lieu. Étant donné l'heure — nous sommes dans le même édifice, le vote sera à 10 h 35, donc dans 20 minutes —, je vous demanderais de terminer votre déclaration, et chaque parti vous posera ensuite une question.

Je dois obtenir le consentement unanime pour poursuivre.

Des députés: D'accord.

La présidente: Veuillez poursuivre votre déclaration, Shirley.

Mme Shirley Allan: Merci.

Ensemble, nous avons décidé que je resterais à la maison avec nos enfants. J'aimerais insister sur le fait que cette décision a été prise conjointement. Mon mari est la personne qui me soutient le plus.

Lorsque je me suis mariée, je suis devenue une épouse à charge aux yeux des forces armées. En 1981, il n'y avait aucun soutien pour les familles. Il n'y avait pas de centres de ressources pour les familles des militaires, pas de régime d'assurance-maladie complémentaire et pas d'assurance dentaire. Lorsque nous avons été affectés à Calgary, en 1986, les enfants à charge n'étaient pas autorisés à accompagner leurs parents pendant le voyage de recherche d'un logement. Nous avons dû confier notre enfant de deux ans à des membres de la famille. Notre bébé de quatre mois était autorisé à nous accompagner, car je l'allaitais toujours.

Mon mari était absent pour suivre un cours de six mois lorsque nous avons été affectés à Halifax. J'ai dû me rendre seule dans cette ville où je n'étais jamais allée et trouver, en cinq jours, un logement pour notre famille. Encore une fois, nos enfants n'étaient pas autorisés à m'accompagner, et j'ai dû les confier aux soins d'autres personnes.

Pendant les 22 premières années de notre mariage, nous avons été affectés à 10 endroits différents. Nous avons habité dans l'Ouest et dans l'Est. Nous avons habité deux fois à l'extérieur du Canada. Nous

avons la chance d'avoir deux enfants. À leur naissance, nous n'avions aucun membre de la famille à proximité. Pendant les cinq premières années de notre mariage, mon mari s'est absenté de la maison pour suivre des cours ou participer à des exercices plus de la moitié du temps.

Avant la naissance de notre premier enfant, je travaillais à temps plein. J'ai été absente de la main-d'œuvre rémunérée de 1983 à 1997. En 1997, je suis revenue sur le marché du travail à temps partiel. Je me suis remise à travailler à temps plein en 2005, avec une pause de 2011 à 2015, pendant une affectation. J'ai occupé des postes administratifs dans des églises, dans une école privée et dans une organisation sportive communautaire. J'ai pris ma retraite du travail rémunéré en 2018.

Lorsqu'on ne travaille pas à temps plein, on n'est moins bien considéré aux yeux de la société. En effet, lorsqu'une personne rencontre une autre personne, elle lui demande immédiatement où elle travaille. Je répondais aux gens que j'avais le privilège de rester à la maison avec mes enfants. Je voyais cela comme un privilège — et je le vois toujours de cette façon. Un grand nombre de mes collègues de classe de l'université prennent maintenant leur retraite d'emplois importants et bien payés dans le secteur public et privé. J'ai renoncé à cette possibilité lorsque j'ai choisi de rester à la maison.

Il y a aussi des pertes sur le plan financier. Notre revenu familial était moins élevé qu'il aurait pu l'être. Nous n'avions qu'une voiture, sauf pendant les quelques années où nos enfants ont appris à conduire. Nous n'allions pas en voyage pendant les vacances. Nous possédions une petite maison à Ottawa, et nous la louions lorsque nous étions en affectation ailleurs. À de nombreuses reprises, nous avons attendu le jour de la paye avec impatience.

Je n'ai pas de pension du secteur privé. Je reçois seulement un plus de 375 \$ par mois du RPC. Si mon mari décède avant moi, je recevrai environ la moitié de ses prestations de retraite du gouvernement.

Aux yeux de la société, je suis peut-être une ratée ou j'ai fait des choix absurdes. Toutefois, je crois que le choix que j'ai fait a été d'une grande utilité. Étant donné que je suis restée à la maison, j'ai été en mesure de faire beaucoup de bénévolat. J'ai fait du bénévolat dans les écoles de mes enfants, dans ma communauté religieuse et dans les refuges pour sans-abri, et j'ai fait partie des conseils d'administration de plusieurs organismes à but non lucratif. J'ai aidé à mobiliser deux églises pour appuyer des réfugiés qui arrivaient au Canada. J'ai pu donner de nombreuses heures de mon temps et mon expertise à des organismes dans lesquels je sais que j'ai apporté une aide concrète. J'encadre actuellement quatre jeunes femmes, et je sais que mes expériences fournissent un soutien particulièrement pertinent à deux d'entre elles, car elles sont des mères au foyer. Je fais toujours du bénévolat dans ma communauté religieuse et dans un centre de santé pour les personnes âgées.

Je crois que le fait que je sois restée à la maison tout en étant un roc solide pour ma famille a contribué au fait que nous avons toujours un mariage harmonieux après 38 ans. Mais ce qui est encore plus important, c'est que mon choix m'a permis d'être une influence déterminante dans l'éducation de mes enfants. J'étais le parent qui était toujours présent lorsque leur père était absent pour suivre un cours ou pour participer à un exercice ou à un déploiement en Afghanistan.

Mes enfants sont des adultes équilibrés qui contribuent à la société. Ils ont tous les deux réussi le programme du Baccalauréat international de leur école secondaire, un programme très exigeant. Ma fille est titulaire d'une maîtrise et elle a enseigné à des enfants dans cinq pays différents dans le cadre de son rôle d'enseignante de mathématiques dans la communauté des écoles internationales. Mon fils est ingénieur, pilote et major au sein des Forces armées canadiennes. Il revient d'un déploiement à l'étranger.

Je crois que la famille est un fondement important de la société. Je pense qu'il est important qu'un parent ait le choix de rester à la maison avec ses enfants et qu'il soit appuyé dans ce choix.

Le gouvernement pourrait appuyer les familles en permettant le fractionnement du revenu aux fins de l'impôt, en accordant des avantages fiscaux aux parents qui restent à la maison, en offrant du soutien financier aux femmes âgées n'ont jamais occupé un emploi rémunéré et en modifiant les lois sur la pension qui s'appliquent au conjoint survivant qui n'a pas de pension de retraite du secteur privé.

•(1010)

Si j'avais la chance de revenir en arrière et de décider de ne pas rester au foyer, le ferais-je? Non. Est-ce que je considère ma vie comme un échec en raison du choix que j'ai fait? Non.

Je vous remercie encore une fois de me donner l'occasion de raconter mon histoire.

La présidente: Merci beaucoup, Shirley.

C'est maintenant au tour de Mme Arline Wickersham.

Vous disposez de sept minutes.

Mme Arline Wickersham (à titre personnel): Bonjour.

C'est un honneur pour moi d'être ici, mais je suis surprise que vous pensiez que mon histoire vaut la peine d'être racontée. Tout ce que j'ai fait, c'est réaliser mon parcours de vie et je n'ai pas abandonné. On m'a demandé de raconter mon histoire dans le cadre de votre étude sur les défis auxquels font face les femmes aînées au Canada.

Pour vous donner un véritable aperçu de ma vie, je dois parler du chemin que j'ai parcouru pour en arriver où j'en suis aujourd'hui. On ne devient pas un aîné du jour au lendemain; il y a toute une vie à prendre en considération.

J'avais huit ans lorsque mon père est décédé, et je n'ai jamais hésité à faire des travaux que certaines personnes qualifieraient de travaux d'homme. Si je voyais qu'il y avait une tâche à faire sur la ferme, je la faisais. S'il fallait ramener les vaches du champ, je le faisais, même si j'avais peur. La peur et l'incapacité n'étaient pas des obstacles pour moi.

À l'âge de 17 ans, je me suis mariée. Cela a été une période difficile. Notre foi en Dieu et le fait que nous cherchions à comprendre notre but dans la vie nous ont aidés à surmonter les difficultés. Au départ, je croyais que lorsque je me marierais, ma vie serait un conte de fées avec mon beau chevalier. Or, j'ai vite compris que lorsque le conte de fées prend fin, la vraie vie commence.

En tant que jeune mariée, je n'aurais jamais pu imaginer la voie que j'allais suivre; dans ma tête, j'allais être une mère au foyer et, un jour, je me trouverais un emploi conventionnel. À mesure que mes enfants grandissaient, je constatais qu'être mère au foyer me donnait des possibilités uniques. J'avais trouvé ma place.

Être à la maison avait un sens pour moi, et je savais que ce que je faisais était utile. J'ai aimé élever mes enfants, et lorsque j'ai eu 24 ans, nous avions déjà quatre enfants. J'étais là pour participer à toutes les étapes de leur développement, de l'enfance à l'âge adulte.

Les enfants ne sont pas toujours conscients des sacrifices que font leurs parents, et des années ont été plus difficiles que d'autres. Souvent, une mère se retrouve à nettoyer les dégâts et à préparer les repas pendant que les autres membres de la famille explorent le monde qui les entoure. Parfois, je n'étais même pas consciente des sacrifices que je faisais. Lorsque je m'en suis rendu compte, cela m'a paru un travail difficile pour lequel on reçoit peu de remerciements.

J'étais heureuse d'être une mère au foyer. Cela m'a permis d'envoyer mes enfants à l'école tous les jours et d'être là pour eux à leur arrivée à la maison. J'étais présente non seulement dans la vie de mes enfants, mais aussi dans celle de leurs amis. Souvent, autour d'une assiette de biscuits, je voyais des adolescents parler de leur vie. Une fille d'une vingtaine d'années est venue me voir pour me remercier d'avoir été à l'écoute. Elle m'a dit que je lui ai sauvé la vie à un moment où elle sentait qu'elle ne pouvait parler à personne d'autre. Notre porte était toujours ouverte. Certains restaient le jour, d'autres, la nuit. Pour bon nombre d'entre eux, notre maison était un second foyer. Il y a d'innombrables histoires que je pourrais raconter sur les gens qui sont venus chez moi. Chaque personne et chaque histoire ont une place spéciale dans mon cœur.

Quand mes enfants étaient dans leur adolescence, j'ai pensé essayer de travailler à l'extérieur de chez moi. J'ai occupé quelques emplois à temps partiel, mais je trouvais qu'ils nuisaient aux priorités de notre famille et qu'ils n'étaient pas aussi satisfaisants que je le pensais — mais j'avais de l'argent de plus. À la maison, je me suis retrouvée occupée à coudre, à cuisiner, à nettoyer, à mettre en conserve, à jardiner. Aucune tâche n'était trop grande pour moi, et lorsque mon mari et moi avons décidé de construire des maisons, je participais activement au processus. J'ai travaillé comme un homme et j'ai adoré ça. L'activité physique a été gratifiante pour moi.

En 1991, nous avons acheté un élevage de volaille de chair. Nous élevions jusqu'à 30 000 poulets à la fois. Cela signifiait que j'étais agricultrice à temps plein, à m'assurer que l'équipement fonctionnait correctement, et je suis devenue la principale responsable de la résolution des problèmes. Je m'occupais des poulets et je faisais une grande partie de notre travail dans la cour. J'accomplissais une grande partie du travail, car mon mari travaillait à plein temps en ville. Nous sommes restés à la ferme pendant 10 ans.

Pendant 20 ans, ma mère a eu de graves problèmes de santé, et j'ai beaucoup pris soin d'elle à son domicile, dans la maison et, finalement, lorsqu'elle était en soins palliatifs. Quelques années plus tard, nous avons fait la même chose pour mes beaux-parents et, ces dernières années, nous avons aidé notre fils et notre belle-fille. Il était important pour moi que les gens que j'aime puissent mourir dans la dignité.

Je voulais être là pour mes enfants pendant qu'ils élevaient leurs enfants. Je n'étais pas du genre à élever mes petits-enfants, mais je voulais les soutenir et les aider à se sentir aimés. Nous avons toujours été là pour nos petits-enfants, leur offrant amour et soutien dans les bons moments, comme dans les mauvais. Même aujourd'hui, nous aidons nos petits-enfants, qui élèvent leurs enfants.

Tout au long de la carrière de mon mari, j'ai eu de nombreuses occasions de faire du bénévolat dans notre communauté. Nous avons tenu et soutenu une variété d'événements. Même après le départ à la retraite de mon mari, nous avons continué à nous impliquer. Tout au long de ma vie, j'ai accompli beaucoup de choses, mais pas toute seule. Mon mari de 57 ans m'a toujours soutenue. Il reconnaissait ma contribution à notre famille et m'encourageait. Nous avons travaillé côte à côte pour réaliser de grandes choses ensemble. À travers les nombreux moments compliqués et difficiles, nous avons travaillé sans relâche pour surmonter de nombreux obstacles.

Ce que nous voulions inculquer à nos enfants, entre autres, c'est qu'il est important d'être déterminé à surmonter les obstacles, qu'il ne faut pas abandonner. Nous voulions enseigner à nos enfants à être des libres penseurs, à être des gens qui cherchent la vérité et qui, ce faisant, ont une base morale et un système de valeurs solides. Pour ma part, j'ai eu quatre enfants, et c'était ma responsabilité, plus qu'il n'importe qui d'autre, de les élever. C'était mon choix.

Il est important de respecter ce choix que font certaines femmes. Le fractionnement du revenu familial est important. Il est important de permettre aux femmes de conserver une plus grande part de leur argent en réduisant leurs impôts, et il est important d'offrir un soutien financier aux personnes âgées qui n'ont pas cotisé au RPC.

En repensant à ma vie, je peux constater l'impact considérable que j'ai eu dans la vie de ma famille, des amis et de ma communauté. On m'a déjà demandé une fois si, si j'avais la chance de tout recommencer, je ferais la même chose. Oui.

●(1015)

La présidente: Excellent. Merci beaucoup.

Comme je l'ai dit, chaque parti n'aura qu'une intervention. Essayez d'être brefs dans votre entrée en matière, car vous ne disposerez que d'environ une minute.

La parole est à vous, monsieur Bratina.

M. Bob Bratina (Hamilton-Est—Stoney Creek, Lib.): C'est dommage, car les deux témoins ont raconté de merveilleuses histoires et nous pourrions obtenir tellement de bons renseignements, mais je m'en tiendrai à une seule question.

Que dites-vous à votre fille au sujet des choix qu'elle pourrait devoir prendre dans sa vie, ou lui en avez-vous parlé? Est-elle mariée?

Madame Allan.

Mme Shirley Allan: Ma fille n'est pas mariée. À ce moment-ci dans sa vie, elle n'a certainement pas encore à prendre la décision que j'ai prise, mais elle sait — j'en ai discuté avec elle — comment mon mari et moi en sommes venus à faire le choix que nous avons fait. Toutefois, elle sait qu'elle est libre de faire ses propres choix si ce moment arrive un jour.

M. Bob Bratina: Ce que je veux dire, c'est que de jeunes femmes à qui j'ai parlé disent qu'elles veulent vraiment tout faire, et je ne sais pas... Ma femme ne pouvait pas tout faire.

Mme Shirley Allan: Non, je ne crois pas qu'on puisse tout faire. Je ne le crois pas; il faut sacrifier quelque chose. Si l'on choisit de se consacrer à sa carrière, alors la vie personnelle doit en souffrir un peu, et vice versa. Si l'on décide de rester à la maison, comme je l'ai fait, la vie professionnelle en souffre. Je ne crois pas qu'on puisse tout faire.

La présidente: Excellent. Merci beaucoup.

C'est maintenant au tour de Rachael, qui dispose d'une minute et quelques secondes.

Mme Rachael Harder: Mesdames, je vous remercie beaucoup de comparaître et de nous raconter votre expérience personnelle.

Après de nombreuses données et théories, il est vraiment important de se pencher sur des expériences personnelles. C'est assurément ce que vous nous avez permis de faire dans le cadre de notre étude et je vous remercie beaucoup d'avoir accepté.

L'un des points communs qui ressort de vos récits, c'est qu'il est important de respecter le choix que font les femmes, qu'il s'agisse d'entrer sur le marché du travail — et vous avez toutes les deux eu cette expérience — ou d'investir temps et énergie à la maison. Je constate que l'un des avantages d'avoir investi dans votre famille et d'en avoir fait votre priorité, c'est que maintenant, vos enfants vous rendent la pareille et sont en mesure d'investir dans votre vie d'années, ce qui réduit les risques que vous vous retrouviez isolées ou seules.

Je m'adresse d'abord à Mme Wickersham. Je me demande si vous pouvez nous parler un peu de l'intérêt d'élever ses enfants plutôt que de travailler à temps plein et de les envoyer à la garderie.

●(1020)

Mme Arline Wickersham: Eh bien, je voulais élever mes enfants. Je voulais être présente. J'ai vu beaucoup de situations où, si un enfant est malade, on se demande qui s'en occupera. Ce ne sera pas la garderie. Je voulais simplement être présente pour élever mes enfants.

La présidente: Excellent. Merci beaucoup.

C'est maintenant au tour de Wayne, qui dispose d'un peu plus d'une minute.

M. Wayne Stetski: Merci.

Ma mère était aussi une maman au foyer.

Je me demande seulement quelque chose. Dans quelle mesure aurait-il été avantageux de pouvoir cotiser au RPC en tant que mère au foyer, pour assurer une sécurité financière en tant que personne âgée? Pensez-vous que cela aurait été utile?

Mme Arline Wickersham: Oui.

La présidente: Wayne, il vous reste 40 secondes.

M. Wayne Stetski: Vous aimeriez donc que le gouvernement fédéral suive cette voie et qu'il accorde plus d'importance aux mères au foyer à l'avenir.

Mme Shirley Allan: Oui. Si les femmes ou les parents qui restent à la maison pouvaient cotiser au RPC même s'ils n'ont pas un emploi rémunéré, ce serait formidable.

M. Wayne Stetski: Je veux seulement que ce soit précisé.

Mme Shirley Allan: C'est utile à la fin de la vie.

M. Wayne Stetski: Sans aucun doute.

La présidente: Excellent.

Au nom des membres du Comité, je veux vraiment vous remercier, mesdames Allan et Wickersham. Je suis désolée que nous ayons eu aussi peu de temps, mais nous devons aller voter.

La séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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

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