

APPUYER LES
PERSONNES HANDICAPÉES

Vers l'intégration des personnes handicapées

Avec une section spéciale au sujet des aînés



SDDP-042-12-05F

Pour en savoir davantage sur les services du gouvernement du Canada :

- Composez le 1 800 O-Canada (1 800 622-6232), du lundi au vendredi de 8 h à 20 h, heure normale de l'Est. Si vous avez un trouble de la parole ou une déficience auditive, vous pouvez utiliser le numéro d'ATS : 1 800 465-7735.
- Consultez le site du gouvernement du Canada, au www.canada.gc.ca
Si vous n'avez pas accès à Internet chez vous, composez le 1 800 O-Canada pour savoir où il existe un service Internet sans frais dans votre localité.
- Visitez un centre d'accès de Service Canada. Pour savoir s'il y en a un dans votre région, faites le 1 800 O-Canada, ou encore consultez le www.servicecanada.gc.ca et cliquez sur « Services près de chez vous », puis sur votre province ou territoire sur la carte du Canada.

Pour obtenir ce document en médias substituts (gros caractères, cassette audio, braille et disquette) en anglais ou en français, composez le 1 800 O-Canada (1 800 622-6232). Le document demandé est automatiquement produit dans le média choisi et envoyé directement au demandeur.

This document is also available in English under the title "Advancing the inclusion of people with disabilities: a Government of Canada report with a special section on seniors (2005)"

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2005
N° de cat. : SD23-4/2005-1
ISBN: 0-662-69503-8

TABLE DES MATIÈRES

MESSAGE DU MINISTRE	4
CHAPITRE 1 INTRODUCTION	5
<hr/>	
PARTIE 1 UN PROFIL DES AÎNÉS HANDICAPÉS	
CHAPITRE 2 AÎNÉS, VIEILLISSEMENT ET INCAPACITÉ.....	9
CHAPITRE 3 PARTICIPATION À LA COLLECTIVITÉ ET EMPLOI.....	21
CHAPITRE 4 MESURES DE SOUTIEN.....	25
CHAPITRE 5 SANTÉ ET BIEN-ÊTRE	37
CHAPITRE 6 REVENU.....	47
CHAPITRE 7 AÎNÉS HANDICAPÉS DES PREMIÈRES NATIONS, MÉTIS ET INUITS.....	53
<hr/>	
PARTIE 2 MESURES GOUVERNEMENTALES À L'INTENTION DES PERSONNES HANDICAPÉES 2005	
CHAPITRE 8 ÉLABORATION DES POLITIQUES	66
CHAPITRE 9 DÉPENSES LIÉES AUX PERSONNES HANDICAPÉES	76
<hr/>	
PARTIE 3 RAPPORTS DES ENTENTES SUR LE MARCHÉ DU TRAVAIL VISANT LES PERSONNES HANDICAPÉES	
ANNEXE A PRINCIPAUX PROGRAMMES ET PRESTATIONS DU GOUVERNEMENT DU CANADA DESTINÉS AUX PERSONNES HANDICAPÉES 2004-2005	85
ANNEXE B PROJECTION DE LA POPULATION DE PERSONNES HANDICAPÉES AU CANADA 2001-2026.....	88
ANNEXE C PROGRAMMES CHOISIS DU GOUVERNEMENT DU CANADA POUR LES AÎNÉS AYANT DES INCAPACITÉS	92
ANNEXE D SOURCES DE DONNÉES AU SUJET DES AUTOCHTONES HANDICAPÉS.....	105
ANNEXE E ACRONYMES UTILISÉS DANS CE RAPPORT	106
ANNEXE F MINISTÈRES ET ORGANISMES PARTICIPANTS	107
NOTES EN FIN DE TEXTE.....	108

Message du ministre

Vers l'intégration des personnes handicapées 2005 est le troisième rapport du gouvernement du Canada faisant état de ses progrès sur les questions touchant les personnes handicapées. Préparé avec la collaboration de quelque 30 ministères et agences, ainsi que des intervenants, des chercheurs et des membres des organisations autochtones, il présente un aperçu des récents développements dans les politiques du gouvernement du Canada portant sur les personnes handicapées, ainsi qu'un profil des dépenses dans ce domaine. Le rapport de cette année accorde une attention spéciale aux personnes âgées handicapées. Comme le rapport l'indique, nous en apprenons d'avantage sur le lien entre le vieillissement et la prévalence des incapacités, de même que sur les répercussions possibles du vieillissement de la population sur les priorités dans les politiques relatives aux personnes handicapées.

Le Canada en est à une période stimulante de son histoire. Nous avons une économie forte et prospère, et notre qualité de vie est reconnue dans le monde entier. Pour les personnes handicapées, nous devons réaliser notre vision de créer un Canada vraiment accessible. Un pays où tous peuvent mener une vie bien remplie, grâce à un environnement adapté aux divers besoins, à la technologie et à diverses formes d'aide. Un pays dont les rues, les villes, les maisons, les milieux de travail et les établissements d'enseignement sont accessibles à toutes les étapes de la vie. Et, surtout, un pays où l'accessibilité fait partie de la mentalité des personnes handicapées et des personnes qui n'ont pas d'incapacité.

Je vous encourage à partager ce rapport, à en discuter avec les autres et à nous faire part de vos commentaires. Non seulement le Canada devrait être un pays accessible, mais il peut l'être. En travaillant ensemble, nous créerons un environnement et les conditions favorables à la réalisation de cet objectif.

Ken Dryden, C. P., député
Ministre du Développement social

PARTIE 1

UN PROFIL DES AÎNÉS HANDICAPÉS

CHAPITRE 1

INTRODUCTION

Les Canadiennes et Canadiens ont une espérance de vie sans cesse croissante; or, plus ils vieillissent, plus ils ont de chances d'avoir une incapacité. Personne n'est à l'abri, on peut tous vivre une situation de handicap. Une personne sur trois sera handicapée après l'âge de 65 ans, cette probabilité étant directement proportionnelle au vieillissement. Quelles sont les répercussions de vieillir avec un handicap?

Bon nombre de Canadiennes et Canadiens vivent leur première situation de handicap au sein de leur famille. Les grands-parents et les membres de la famille élargie qui vieillissent nous exposent souvent pour la première fois aux problèmes de mobilité, de vision, d'audition, de maladie mentale et émotifs liés à une déficience. Comme bon nombre d'entre vous le savent et comme les études le démontrent, la plupart des aînés handicapés vivent une vie épanouie; ils participent de manière active dans la vie de leurs familles et au sein de la collectivité. Un grand nombre d'aînés handicapés dispose de toutes les mesures de soutien nécessaires, mais d'autres en sont dépourvus; ces derniers doivent donc faire face à des obstacles qui les empêchent de participer pleinement à la société et qui nuisent à leur intégration.

Le présent document, intitulé *Vers l'intégration des personnes handicapées 2005*, est le troisième rapport exhaustif du gouvernement du Canada sur les personnes handicapées au Canada. Le rapport de 2005 repose sur la base établie des deux rapports précédents. Grâce à ces rapports, le gouvernement respecte son obligation de rendre des comptes aux Canadiennes et Canadiens au sujet des résultats de ses politiques et programmes visant les personnes handicapées.

Le présent rapport est le premier d'une série de rapports concernant les personnes handicapées durant les différentes étapes de leurs vies. Il met l'accent sur les aînés handicapés, Autochtones ou non, présente certains des défis auxquels ils sont confrontés et permet d'examiner les progrès des politiques et programmes qui visent à favoriser leur intégration dans la société canadienne. Les prochains rapports cibleront les enfants, les jeunes et les adultes en âge de travailler.

■ LE CADRE D'IMPUTABILITÉ

En 1999, à la suite d'un engagement envers le Sous-comité de la condition des personnes handicapées de la Chambre des communes, le gouvernement du Canada a commencé à présenter des rapports aux Canadiennes et Canadiens au sujet des progrès de la condition des personnes handicapées. Le premier rapport, publié en 2002, présentait un cadre d'imputabilité complet, conçu dans le but d'aider les Canadiennes et Canadiens à évaluer les succès du gouvernement en matière de promotion de l'intégration des personnes handicapées. Le cadre a permis de cerner des facettes importantes de l'intégration, de dégager des indicateurs de mesure des progrès et d'y lier les programmes, politiques et dépenses du gouvernement du Canada. À partir de ce cadre, on a diffusé un deuxième rapport en 2004. Il comprenait des améliorations fondées sur les suggestions apportées par les membres des organismes de personnes handicapées, des organismes autochtones, des experts universitaires et des chercheurs dans le domaine des incapacités.

Le cadre d'imputabilité présenté dans *Vers l'intégration* repose sur six types de résultats : les mesures de soutien, la santé et le bien-être, le revenu, le perfectionnement des compétences et l'apprentissage, l'emploi et la capacité de la collectivité des personnes handicapées. Ces types de résultats (illustrés à la figure 1.1) représentent les fondements de l'intégration.

FIGURE 1,1 LE CADRE D'IMPUTABILITÉ



Perfectionnement des compétences et apprentissage : les adultes et les aînés handicapés veulent apprendre et perfectionner des compétences, soit à des fins d'emploi, soit pour d'autres motifs. Les enfants et les jeunes handicapés, comme tous les enfants, ont besoin de recevoir une instruction formelle afin d'acquérir les connaissances et des compétences dont ils auront besoin plus tard dans leur vie.

Emploi : un emploi rémunéré représente souvent la clé vers l'autonomie financière et une pleine participation au sein de la collectivité. Toutefois, les questions comme le manque d'expérience ou de compétences appropriées, le transport inaccessible, les attitudes des employeurs et du public, ainsi que le manque

d'information au sujet d'occasions possibles peuvent toutes compliquer la recherche d'un emploi stable. L'objectif des programmes gouvernementaux consiste à faciliter la réduction de ces obstacles, de façon à permettre aux personnes handicapées d'obtenir et de conserver des emplois stables.

Capacité du milieu associatif des personnes handicapées : les personnes handicapées elles-mêmes, ainsi que les organismes qui sont à leur service ou qui les représentent, favorisent l'intégration des personnes handicapées. Non seulement le gouvernement apporte-t-il sa contribution en offrant du soutien et des ressources qui permettent d'aider les organismes bénévoles à bien exécuter les programmes pour personnes handicapées, mais il contribue également à l'élaboration de politiques et de programmes, et il encourage la participation des personnes handicapées à des activités civiques et bénévoles.

Mesures de soutien : les personnes handicapées ont besoin de biens et de services tels que du matériel spécialisé, de l'aide d'amis, de la famille et d'organismes, des soins de répit, des adaptations du domicile, du véhicule, du milieu de travail et des installations récréatives. Il est également possible d'offrir du soutien aux familles et aux aidants pour leur faciliter la tâche. Les mesures de soutien comprennent également des environnements et des systèmes faciles d'accès, comme le transport, les immeubles publics et de l'information accessible. Les mesures de soutien représentent le fondement essentiel qui permet aux personnes handicapées de participer de manière active à la maison, à l'école, au travail et au sein de la collectivité.

Santé et bien-être : une bonne santé représente également un fondement de la participation individuelle dans la collectivité. La santé va au-delà de la simple absence de maladie. L'Organisation mondiale de la santé définit la santé comme étant le bien-être total

physique, mental et social. Les facteurs environnementaux et sociaux, le comportement individuel, la violence et les blessures, ainsi que les problèmes de santé chroniques et de santé mentale sont tous des facteurs qui ont des répercussions sur le bien-être des personnes handicapées.

Revenu : le fait de disposer d'un revenu suffisant pour subvenir à leurs besoins et participer à la vie de leur collectivité est essentiel au bien-être et à l'intégration des personnes handicapées. Le revenu d'une personne handicapée dépend d'un bon nombre de facteurs, comme la capacité d'occuper un emploi, la pertinence du soutien du revenu, ainsi que le coût et la disponibilité des mesures de soutien.

Chacun de ces six types de résultats représente un aspect important de l'intégration; ils sont tous liés. Afin de mieux les présenter, on a dégagé et élaboré une série d'indicateurs de progrès dans les rapports de 2002 et 2004. Une analyse de ces indicateurs nous a permis de reconnaître les problèmes et les progrès que nous pouvons présenter aux citoyens.

■ DANS LE PRÉSENT RAPPORT

La partie 1 du rapport fédéral de cette année permettra de combler un important manque de données au sujet des aînés et des personnes handicapées. Elle aborde en premier lieu notre compréhension et certaines de nos idées au sujet des aînés, du vieillissement et des incapacités. Les chapitres suivants traitent de questions d'intégration et de la structure du cadre d'imputabilité.¹

Fondé sur des discussions regroupant des experts, des organismes de personnes handicapées et des organismes de personnes âgées, le présent rapport met l'accent sur les mesures de soutien, la santé, le bien-être et le revenu des personnes concernées. Au-delà des indicateurs présentés dans les types de résultats choisis, il y a également des questions particulièrement importantes aux yeux des aînés handicapés qui ne font pas partie du cadre

d'indicateurs original. La participation au sein de la collectivité, le logement, la consommation de

FIGURE 1,2 INDICATEURS DE PROGRÈS SOULIGNÉS DANS LE RAPPORT DE 2005

Emploi

- ▶ Taux d'emploi

Capacité de la communauté des personnes handicapées

Indicateur supplémentaire :

- ▶ Bénévolat et participation au sein de la collectivité

Mesures de soutien

- ▶ Aides, appareils et accessoires d'adaptation
- ▶ Aide nécessaire pour accomplir des activités quotidiennes
- ▶ Modifications au logement
- ▶ Soutien aux aidants naturels
- ▶ Transport
- ▶ Information présentée sur des médias adaptés

Indicateurs supplémentaires :

- ▶ Logement
- ▶ Soutien en matière de médicaments

Santé et bien-être

- ▶ État de santé
- ▶ Répercussions des maladies chroniques
- ▶ Répercussions des maladies mentales
- ▶ Répercussions des blessures
- ▶ Répercussions des facteurs de comportement individuel
- ▶ Répercussions des facteurs environnementaux

Indicateur supplémentaire :

- ▶ Qualité de vie liée à la santé

Revenu

- ▶ Revenu du ménage
- ▶ Personnes vivant dans un ménage à faible revenu
- ▶ Principale source de revenu personnel
- ▶ Sécurité alimentaire
- ▶ Valeur nette

médicaments et la qualité de vie représentent des sujets importants, mais mal représentés dans le présent cadre d'indicateurs. On a ajouté des *indicateurs supplémentaires* à ce rapport dans le but de présenter un portrait plus détaillé de certains de ces sujets, tandis que d'autres sont abordés ultérieurement dans le texte. La figure 1.2 présente un portrait plus détaillé des parties du cadre d'imputabilité exposé dans le rapport de 2005.

En plus de l'examen des indicateurs, chaque chapitre présente également des initiatives importantes du gouvernement du Canada, lesquelles répondent aux besoins des aînés handicapés. (L'annexe C en présente une brève description). La section se termine par un chapitre qui aborde des questions spécifiques liées aux Autochtones aînés handicapés.

La partie 2 du rapport *Vers l'intégration des personnes handicapées 2005* présente les Développements récents dans les politiques qui visent les personnes handicapées et au sujet de l'élaboration d'un programme à long terme pour les personnes handicapées. On y présente également une description des activités du gouvernement du Canada qui contribuent à l'évolution des connaissances liées aux questions qui touchent aux personnes handicapées, ainsi qu'une analyse actualisée du gouvernement fédéral sur les dépenses liées aux personnes handicapées.

À la partie 3, le rapport se termine par un court survol des changements liés aux Ententes sur le marché du travail visant les personnes handicapées (EMTPH).

RÉSUMÉ

En bref, le rapport de 2005 démontre l'imputabilité du gouvernement face à ses politiques et programmes pour les personnes handicapées de trois façons :

- a) La partie 1 se sert des résultats et des indicateurs élaborés dans les derniers rapports pour démontrer comment le gouvernement répond aux besoins des aînés handicapés.
- b) La partie 2 démontre comment le gouvernement œuvre à promouvoir le programme global de politiques pour les personnes handicapées et met en relief ses dépenses liées aux personnes handicapées.
- c) La partie 3 remplit l'engagement du gouvernement à présenter des rapports annuels sur les réussites, aux termes des Ententes sur le marché du travail visant les personnes handicapées.

CHAPITRE 2

AÎNÉS, VIEILLISSEMENT ET INCAPACITÉ

POINTS SAILLANTS

- ▶ Dans bon nombre de discussions au sujet de la santé et de la maladie, l'incapacité est traitée comme une condition qu'il faut retarder ou éviter le plus longtemps possible.
- ▶ Les aînés qui demeurent actifs et qui conservent un contact social ont plus de chances d'être heureux et de jouir d'une meilleure santé.
- ▶ Généralement, les problèmes de santé et de fonctionnement surviennent entre l'âge de 70 et 75 ans; dans le cas des personnes ayant une incapacité, ces problèmes pourraient survenir 20 ou 25 ans plus tôt.
- ▶ Lorsque les aînés atteignent l'âge de 75 et plus, plus de la moitié de ceux-ci ont au moins une limitation fonctionnelle.
- ▶ Les personnes âgées qui ont en plus une incapacité ont tendance à refuser la désignation «personnes handicapées»
- ▶ Les aînés interprètent souvent l'utilisation d'appareils et d'accessoires comme un signe de grande fragilité, tandis que la communauté des personnes handicapées les considère comme des outils vers une plus grande autonomie.
- ▶ Selon les personnes âgées interrogées, 'un vieillissement réussi' se caractérise entre autre par le maintien de relations affectueuses, l'acceptation du changement avec dignité, un train de vie modeste, avoir un but dans la vie et maintenir un sens d'humour.

En 2026, on prévoit qu'il y aura plus de 3 millions de personnes avec incapacité âgées de 65 ans et plus, contre seulement 1,6 million en 2001, ce qui représente une hausse d'environ le double en 25 ans.

LE VIEILLISSEMENT de la population canadienne est un sujet populaire auprès des experts en politiques, des universitaires et des médias. L'incapacité est souvent conçue comme un tabou, sinon un fardeau accru pour le système de soins de santé. En même temps, les travaux portant sur l'incapacité ont tendance à mettre l'emphase sur les défis à relever concernant l'intégration des enfants et les adultes en âge de travailler, mais n'accordent que peu d'attention aux personnes âgées. Dans ce contexte, on n'a pas encore effectué d'études systématiques des implications du vieillissement de la population pour les politiques concernant les personnes handicapées, ce qui explique les grandes lacunes en matière de connaissances sur ces questions. Le présent rapport constitue une première tentative de s'attaquer à ces lacunes et ce chapitre jette les assises de la question des aînés ayant une incapacité en examinant plusieurs questions connexes :

- ◆ Qui sont les aînés handicapés et dans quelle mesure le vieillissement de la population change-t-il la composition démographique de la population de personnes handicapées?
- ◆ Quelle est la relation entre le vieillissement et les handicaps? Est-ce qu'il y a une différence entre les personnes qui deviennent handicapées plus tôt durant leur vie et les personnes qui deviennent handicapées à l'âge d'or?
- ◆ Quelles pressions subiraient les politiques concernant les personnes avec incapacité compte tenu de la croissance la population des aînés ayant une incapacité.

■ DÉFINIR LA POPULATION D'AÎNÉS

Au Canada, on considère souvent les personnes aînées comme les personnes âgées

de 65 ans et plus. Toutefois, les notions de troisième âge, de personnes âgées et d'aînés ont changé : on considère que le groupe d'âge «aîné» commence à partir de 50 ans (p. ex., l'Association canadienne des individus retraités), de 55 ans (« Liberté 55 »), de 60 ans (la définition de personne âgée formulée par l'Organisation des Nations Unies), et de 65 ans (admissibilité à la Sécurité de la vieillesse et au Supplément de revenu garanti).

De plus en plus, on reconnaît que les personnes de 65 ans et plus ne représentent pas un groupe homogène. Les gérontologues parlent de groupes d'âge « 65 à 74 ans », « 75 à 84 ans » et « 85 ans et plus », en notant que ces groupes présentent des différences importantes en matière d'état fonctionnel, de besoins et d'intérêts. Un grand nombre de planificateurs de soins de santé mettent l'accent sur le groupe de 85 ans et plus, en reconnaissant que celui-ci exerce la plus grande demande sur le système de soins de santé et que c'est la partie de la population qui présente la croissance la plus rapide.



«Je ne sais pas comment définir le troisième âge. En nombre d'années, je dirais plus de 65 ans. Dans l'âme, l'âge n'a pas d'importance. Je ne me considère pas vieux, même si je suis âgé.»² (Mary, 75)

**« Si tous ce que vous appréciez dans la vie est une chose du passé et que vous ne profitez plus des années récentes de votre vie car vous vivez la solitude, vous pouvez dire que vous êtes âgé. A mon avis, le vieillissement est la fragilité physique et le ralentissement des capacités mentales, prenant en considération ces deux facteurs par rapport à l'expérience continue dans la vie en général ».³
(M. King, 70-80)**

Fondée uniquement sur l'âge chronologique, la définition « des aînés » n'offre pas un portrait fidèle de cette population très diversifiée. L'utilisation d'un seuil d'âge peut être utile à

certaines fins, mais une autre solution consiste à se concentrer sur le processus de vieillissement en soi — tout en reconnaissant que les personnes «vieillissent» à des rythmes différents. Le présent rapport utilise l'âge de 65 ans comme un seuil référentiel utilisé dans des recherches et des politiques déjà existants, tout en examinant les différences entre « le troisième âge » et « le quatrième âge ».

■ DÉFINIR LES AÎNÉS HANDICAPÉS

Historiquement, l'approche «biomédicale» dominait le champ d'étude sur l'incapacité, mais cette approche est de plus en plus nuancée à l'aide d'une perspective sociale mettant l'accent sur les obstacles incapacitants issus de l'environnement physique, social ou culturel. Les modèles sociaux et biomédicaux de l'incapacité se taillent une place importante dans le travail effectué par les administrateurs, les professionnels de la prestation de services et les responsables de l'élaboration des politiques. Récemment, le rôle de la culture et l'application du « bon sens » de ce qui est considéré comme « normal » sont aussi pris en considération dans l'étude de l'incapacité.

«Traditionnellement, on voyait la condition des personnes handicapées d'une perspective médicale et on la définissait comme un «problème de santé» ou une «anomalie» qu'il fallait soigner... La plupart des gens ne connaissent que ce «modèle médical» de la condition de handicap.

—ARCH : A Legal Resource Centre for Persons with Disabilities⁴

Les concepts et les attitudes concernant l'incapacité jouent un rôle fondamental dans le façonnement du rôle du public et des politiques concernant le processus du handicap. Le fait de définir une condition de handicap comme une question médicale, une conséquence des

obstacles sociaux ou un construit culturel, est d'une importance capitale.

Dans un grand nombre de discussions sur la santé et la maladie, l'incapacité est perçue comme une condition qu'il faut retarder ou éviter le plus longtemps possible.

Une grande partie de la littérature portant sur les aînés et le vieillissement touchent surtout aux questions de la maladie et des soins de santé. Le fait de développer une incapacité est souvent vu d'une façon négative comme un résultat du vieillissement — un développement normal du processus du vieillissement. La fragilité et certaines maladies sont liées au vieillissement; comme la maladie d'Alzheimer, la maladie de

HANDICAP ISSU DU VIEILLISSEMENT

Tom⁵ était un veuf très autonome jusqu'à ce qu'il soit atteint, à l'âge de 84 ans, d'une dégénérescence maculaire liée au vieillissement. En l'espace de quelques semaines, il a perdu l'usage de ses yeux et s'est subitement retrouvé pratiquement seul, sans famille immédiate pour le soutenir. Grâce à l'aide des Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada, des Services d'auxiliaires familiales et du service de repas à domicile, il a pu continuer à vivre dans son appartement. On l'a également dirigé vers l'INCA; après une période d'ajustement émotif et une séance de formation sur la manière de composer avec son handicap visuel, il a pu reprendre une vie active au sein d'un groupe de personnes âgées. Il a fait son premier voyage par avion à l'âge de 86 ans, en Floride. À l'âge de 89 ans, il a fait un voyage à Hawaii. Lorsqu'il est décédé, quelques mois après son 90e anniversaire, sa petite-fille a trouvé un formulaire qu'il avait rempli en vue de faire un voyage en Chine.⁶

Parkinson, l'arthrite, etc. Dans bon nombre de discussions sur la santé et la maladie, l'incapacité est présentée comme une condition qu'il faut retarder ou éviter le plus longtemps possible — un signe de déclin et un précurseur de la mort. Dans cette perspective, il n'est pas surprenant qu'un grand nombre d'aînés soit réticent à avouer qu'ils sont handicapés.

Toutefois, certains universitaires et plusieurs associations qui s'intéressent aux conditions des personnes handicapées ont déplacé l'emphase de la maladie pour la mettre sur «les limitations d'activités», définissant ainsi une situation de handicap comme le résultat des facteurs sociaux et environnementaux et comme une question de droits de la personne.

Au sein de la communauté des personnes handicapées, au Canada et ailleurs, il y a eu une remise en question du «modèle médical» de l'incapacité et une ouverture plus grande sur le «modèle social» comme cadre de réflexion sur les situation de handicap. Par exemple, lorsqu'un enfant ou un jeune adulte se trouvent dans une situation de handicap, celle-ci doit être corrigée pour que l'individu en question puisse suivre son chemin dans la vie. Le plus souvent, les obstacles se trouvent à même l'environnement. Dans telles circonstances, pour corriger la situation de handicap, il faut éliminer ces obstacles en changeant les attitudes envers les personnes handicapées ainsi que l'environnement physique et les systèmes. Ce modèle social de la condition des personnes handicapées s'est trouvé une place dans la législation canadienne (p. ex., la *Loi sur l'équité en matière d'emploi*), dans les politiques fédérales, provinciales et territoriales qui touchent aux personnes handicapées (p. ex., *À l'unisson*) et à la Cour suprême du Canada, qui a pris des décisions importantes en matière de droits de la personne en se fondant sur le «modèle social».⁷

Au-delà du modèle social, certaines personnes ont proposé que l'incapacité soit considérée comme «des différences naturelles et normales de l'être humain» — qui n'a à peu près rien à voir avec la santé ou le bien-être en soi. Les militants de la défense des droits

et de la culture des personnes handicapées considèrent « l'expérience du handicap » comme quelque chose qu'il faut « à célébrer ». Un des défis inhérents au rapprochement des univers de vieillissement respectifs des personnes handicapées et des aînés consistera à déterminer les possibles conséquences de l'intégration des diverses façons de considérer la condition des personnes handicapées à la perspective qui guide le mouvement des aînés et les politiques du gouvernement relatives au vieillissement et aux aînés.

■ ESTIMATION DE LA POPULATION ACTUELLE ET FUTURE DES AÎNÉS HANDICAPÉS

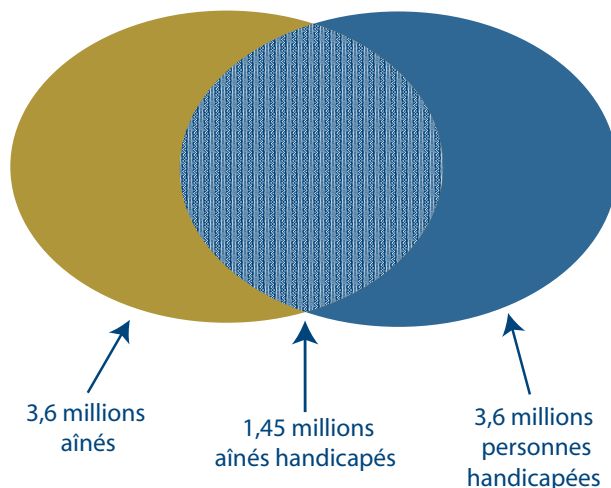
Les aînés constituent une grande partie de la population des personnes handicapées.

REMARQUE AU SUJET DES ANCIENS COMBATTANTS

En mars 2005, la population totale d'anciens combattants du Canada se chiffrait à environ 258 490. Voici quelques faits à leur sujet :

- ▶ Environ 6 % de tous les aînés sont des anciens combattants;
- ▶ Presque 13 % des hommes aînés canadiens sont des anciens combattants ;
- ▶ Les anciens combattants sont plus âgés que la population d'aînés du Canada (l'âge moyen est de 82 ans);
- ▶ Les anciens combattants constituent plus de 40 % des hommes de 80 ans et plus;
- ▶ Les anciens combattants sont très concentrés dans la tranche d'âge de 75 ans à 84 ans, puisque plus de 71 % des anciens combattants composent ce groupe d'âge comparativement à seulement 35 % des aînés du Canada;
- ▶ Environ 36 % (92 200) des anciens combattants sont des clients du Ministère des Anciens Combattants et 24 % (62 139) de ces derniers étaient prestataires de la pension d'invalidité des anciens combattants en 2005.

2,1 Aînés handicapés canadiens vivant dans la collectivité 2001



EPLA 2001

Le nombre d'aînés ayant une incapacité augmentera avec le vieillissement de la population générale et pourrait, d'ici 2026, dépasser 3 millions d'habitants, ce qui représente presque le double de leur nombre en 2001, laquelle se chiffrait à 1,62 million.

La grande majorité des aînés handicapés vit dans la communauté, tandis qu'une partie beaucoup moins nombreuse vit dans des institutions. L'Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA) représente la principale source d'information sur les aînés handicapés qui vivent dans la communauté. Dans l'EPLA, on demande aux personnes si un problème de santé physique ou mentale limite leur participation aux activités du loisir, au transport ou la quantité d'activités qu'elles peuvent accomplir à la maison, au travail, à l'école, ou dans tout autre domaine. L'incapacité est présentée en termes de « limitations d'activités ». Cette approche concentre l'attention des répondants sur leur environnement et sur la facilité avec laquelle ils peuvent y vivre.⁸

En 2001, l'EPLA fit état de 3 587 000 Canadiens aînés et de 3 601 000 personnes handicapées. Le total d'aînés handicapés s'élevait à 1 452 000, ce qui représente environ 40% des aînés et des personnes handicapées.⁹

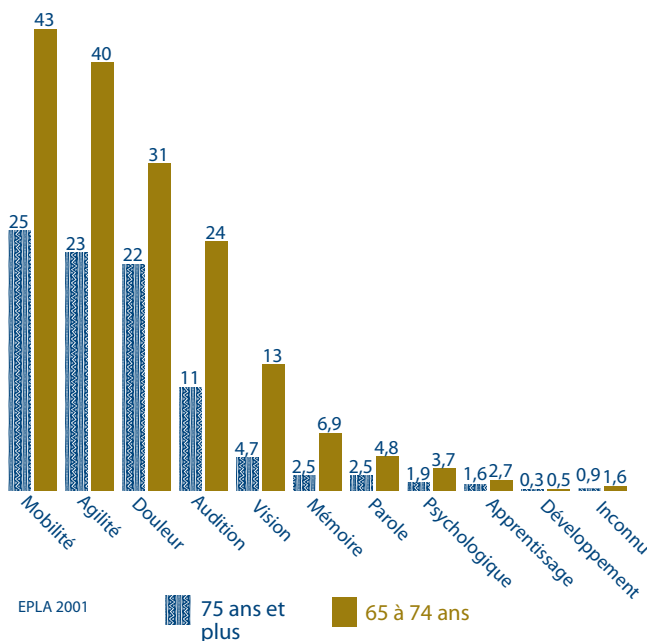
Les types d'incapacité les plus communs chez les aînés qui vivent au sein de la communauté comprennent les limitations d'activités liées à la

mobilité (43% des personnes âgées de 75 ans et plus; 25% des personnes âgées de 65 à 74 ans en 2001) et les limitations d'activités liées à l'agilité (40% des personnes de 75 ans et plus; 23% des personnes âgées de 65 à 74 ans). Ces types sont fréquemment accompagnés par des limitations d'activités liées à la douleur (31% des personnes âgées de 75 ans et plus; 22% des personnes âgées de 65 à 74 ans). Les problèmes d'audition, les déficiences visuelles et l'amnésie touchent également un nombre important d'aînés. La fréquence de ces handicaps correspond aux statistiques se rapportant aux principales causes de l'incapacité d'apparition tardive comme les blessures, les maladies chroniques non transmissibles et les affections dégénératives, notamment la démence et les pertes sensorielles. La figure 2.2 présente les taux d'incapacité les plus importants chez les aînés vivant dans la communauté. Les pourcentages totalisent plus de 100% parce que plus de 80% de tous les aînés handicapés ont plusieurs incapacités, selon l'EPLA.

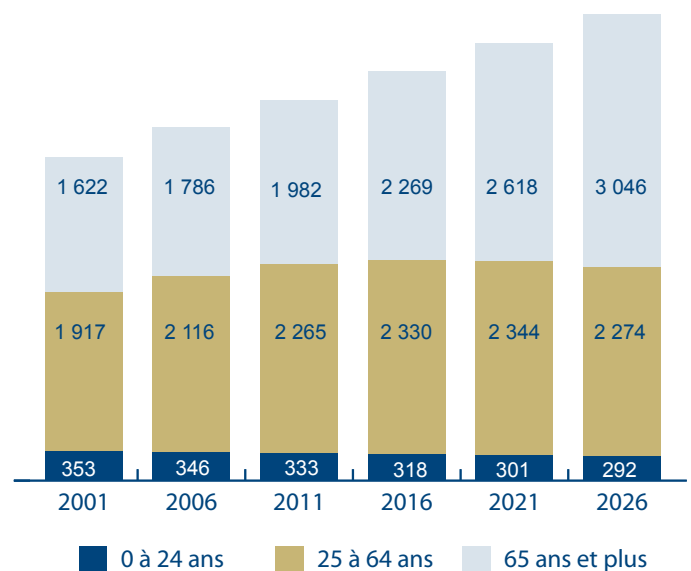
Quel effet le vieillissement de la population aura-t-il sur la taille et la composition de la population de personnes handicapées dans l'avenir? La figure 2.3 montre que la population de personnes handicapées pourrait passer de 3,9

millions en 2001 à 5,6 millions en 2026, soit une augmentation de 12,6% à 16,4% de la population totale du Canada. Cette estimation repose sur le vieillissement global de la population, à partir d'une projection établie par Statistique Canada¹⁰ qui prévoit une faible croissance de la population totale du Canada. D'autres hypothèses ou méthodes de prévision plus sophistiquées de la croissance de la population présentent des résultats différents, mais les tendances globales sont très semblables. (Voir l'annexe B pour plus de détails.)

2,2 Types d'incapacité chez les aînés handicapés canadiens (%)



2,3 Population de personnes handicapées par groupe d'âge, Canada 2001 à 2026
Faible projection de croissance



Projection du Bureau de la condition des personnes handicapées

La composition par âge de la population de personnes handicapées changera également. En 2026, environ 54% des personnes handicapées seront aînées, comparativement à 42% en 2001. Les personnes âgées de 25 à 64 ans composeront environ 40,5% de la population de personnes handicapées en 2026, contre 49,2% en 2001. Le pourcentage des enfants et des jeunes de 0 à 24 ans qui ont une incapacité baissera de 9,1% à 5,2%.

La prévision démontre que d'ici 2021, les aînés handicapés seront plus nombreux que les personnes handicapées de 25 à 64 ans et que d'ici 2026, la majorité des personnes handicapées,

soit environ 3,05 millions de personnes, aura 65 ans ou plus. Même s'il sera très important de continuer d'améliorer le soutien des personnes handicapées plus jeunes, la politique qui touche aux personnes handicapées devra également prendre en considération ce changement de composition de la population.

■ QUELLE EST LA RELATION ENTRE LE VIEILLISSEMENT ET LES HANDICAPS?

Le vieillissement est un processus multidimensionnel. L'Initiative canadienne sur la fragilité et le vieillissement définit un modèle de vieillissement comme un «processus dynamique complexe» et une «interaction de facteurs biologiques, psychologiques, cognitifs et sociaux»¹¹. Dans un modèle très semblable, le Victorian Accommodation & Ageing Committee (Australie) considère trois aspects du vieillissement: «les changements physiologiques, les changements psychologiques ou les attentes sociales».¹²

Les personnes âgées qui participent et qui demeurent actives dans la société ont beaucoup plus de chances d'être heureuses et de jouir d'une meilleure santé.

Les changements physiologiques ont lieu à différents rythmes pour différentes personnes. Toutefois, les changements tels que la diminution de l'endurance, les problèmes de la circulation sanguine, les déficiences visuelles et auditives, la croissance de la fragilité des os et l'augmentation des risques de contracter une maladie chronique et autres problèmes de santé augmentent de manière proportionnelle avec le vieillissement. Les changements psychologiques peuvent comprendre des problèmes de la motivation, cognitives et de la personnalité, suite à une perte personnelle, la démence, l'isolement social ou d'autres causes. Durant le processus de vieillissement d'une personne, ses décisions concernant la famille, le travail, la vie dans la communauté et les loisirs sont

fortement influencée par les attentes sociétales émanant du système culturel ambiant. Toutefois, les personnes âgées qui participent et qui demeurent actives dans la société ont beaucoup plus de chances d'être heureuses et de jouir d'une meilleure santé. Il y a de grandes variations entre les aînés et bon nombre de personnes qui conservent des capacités supérieures à celles de personnes beaucoup plus jeunes, et ce, jusqu'à la fin de leur vie.

VARIATIONS DU VIEILLISSEMENT

Louise a 95 ans. Avant 2003, elle vivait dans le même appartement qu'elle partageait avec son défunt mari depuis quelque 60 ans. Lorsque Bob est décédé, Louise a tenu le coup. Elle n'a jamais possédé de téléviseur et elle n'a jamais conduit de voiture. Elle se déplace à pied partout, faisant notamment ses courses toutes les semaines, même aujourd'hui, en décembre 2005. Sa résidence d'aide à la vie autonome peut être modifiée pour convenir à ses besoins à mesure qu'elle vieillit. Cependant, pour l'instant, elle sort tous les jours prendre une marche et elle profite d'une vie active.¹³

En s'appuyant sur la nature multidimensionnelle du vieillissement, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) encourage les pays de se concentrer sur le «vieillessement actif» pour relever les défis posés par le vieillissement de la population. «Le vieillissement actif est le processus d'optimisation des occasions de santé, de participation et de sécurité dans le but d'améliorer la qualité de vie des personnes vieillissantes¹⁴» Pour que le vieillissement soit une expérience positive; il doit s'accompagner du maintien de la bonne santé, de la sécurité et de la participation sociale, économique, culturelle et spirituelle. Ce cadre conceptuel de l'OMS reconnaît que les facteurs favorisant un «vieillessement réussi» sont importants dans toutes les étapes de la vie.

« ... les aînés sont toujours intéressés à la vie et ils veulent demeurer actifs. Les aînés ne font pas qu'observer la vie en retrait, ils y participent et ils sont encouragés à le faire. »¹⁵

L'utilisation de cette approche multidimensionnelle du vieillissement dégage au moins trois facettes connexes du vieillissement et de l'incapacité :

- ▶ La majorité des aînés handicapés « auront un handicap issu du vieillissement », c'est-à-dire qu'ils deviennent handicapés après l'âge de 65 ans;
- ▶ Les personnes handicapées peuvent vieillir plus rapidement;
- ▶ Malgré le « vieillissement » précoce de certaines personnes handicapées, l'espérance de vie est en croissance.

Une analyse de l'EPLA de 2001 présente des estimations du nombre d'aînés qui vieillissent avec des incapacités (entendu acquises avant ou en même temps que le déclenchement du processus du vieillissement) et du nombre d'aînés dont l'incapacité est engendrée par le processus du vieillissement lui-même¹⁶. Le tableau 2.1 démontre qu'environ 609 000 aînés, dont 198 000 de plus de 75 ans, ont acquis des incapacités avant l'âge de 65 ans et qu'ils vieillissent avec de telles incapacités. Parmi les personnes qui développées une incapacité avant l'âge de 65 ans, 43,8 % les ont développées avant l'âge de 55 ans; et un bon nombre d'entre elles ont eu des incapacités beaucoup plus jeunes (cette analyse ne figure pas dans le tableau). Par contre, environ 726 000 aînés ayant une incapacité, y compris 72,8 % des aînés de 75 ans et plus, ont acquis une telle incapacité après l'âge de 65 ans.

TABLEAU 2,1 Vieillir avec un handicap et handicap issu du vieillissement (EPLA 2001)

	Aînés plus jeunes (65 à 74 ans)	Aînés plus âgés (75 ans et plus)	Total
Vieillir avec une incapacité (avoir une incapacité avant l'âge de 65 ans)	411 200 (67,9 %)	198 290 (27,2 %)	609 490 (45,6 %)
Incapacité liée au vieillissement (incapacités acquises après l'âge de 65 ans)	194 720 (32,1 %)	531 340 (72,8 %)	726 060 (54,4 %)
Total	605 920 (100 %)	729 630 (100 %)	

Généralement, les problèmes de santé et fonctionnels apparaissent à l'âge de 70 à 75 ans; dans le cas des personnes handicapées, ces problèmes surviennent de 20 à 25 ans plus tôt.

La recherche montre que les changements physiologiques et psychologiques liés au vieillissement pourraient se produire plutôt chez les individus ayant une incapacité congénitale, précoce ou plus tard suite à des conditions comme par exemple les accidents cérébrovasculaires. Ceux qui risquent de voir une apparition précoce du vieillissement physiologique sont « les individus avec un problème de développement, y compris la paralysie cérébrale, la déficience mentale [sic], la polio et la dystrophie musculaire » et « les personnes qui vieillissent avec une condition apparue lorsqu'elles étaient jeunes adultes, comme une lésion de la moelle épinière, un traumatisme cérébral ou une arthrite rhumatoïde ».¹⁷

Généralement, le vieillissement n'est pas accompagné d'un taux élevé de problèmes de santé ou fonctionnels avant l'âge de 70 à 75 ans. Toutefois, les personnes handicapées peuvent avoir ce genre de problèmes de 20 à 25 plutôt. Les personnes handicapées ont de trois à quatre fois plus de problèmes de santé secondaires que les personnes non handicapées.¹⁸

Jusqu'à récemment, le vieillissement précoce, entre autres facteurs, entraînait souvent la mort des personnes qui vieillissent avec une incapacité, et ce, bien avant l'âge de 65 ans. Toutefois, au Canada et dans bon nombre de pays, les personnes ayant une incapacité de long terme ont une espérance de vie plus élevée en raison de l'amélioration des soins de santé, de l'alimentation, des mesures de soutien et des changements sociaux. Auparavant, l'espérance de vie moyenne d'une personne qui a le syndrome de Down était de 40 ans; elle s'élève maintenant à 55 ans¹⁹. Les personnes qui ont subi une lésion de la moelle épinière ou divers types de maladies chroniques qui entraînent habituellement une incapacité vivent de plus en plus au-delà de l'âge de 65 ans. L'EPLA estime qu'environ 11 000 personnes qui ont un trouble du développement ont 65 ans ou plus.

Plus de la moitié des aînés qui auront 75 ans ou plus auront au moins une incapacité.

Les taux croissants de personnes âgées ayant une incapacité reflètent la réalité des aînés qui deviennent handicapés. Plus de la moitié des aînés âgés de 75 ans ou plus auront au moins une incapacité par suite de chutes, de changements physiologiques ou d'autres causes.

Pour de nombreuses personnes, la première adaptation, et possiblement la plus difficile, consiste à reconnaître leur condition, ce qui leur permet de mener un «vieillissement réussi». Les attitudes sociales négatives envers les personnes handicapées font craindre à un bon nombre de ces dernières alors qu'elles vieillissent les répercussions de cet état sur leur vie. Ces personnes peuvent être gênées par l'idée d'utiliser des services destinés aux

personnes handicapées, des services de groupes d'intervention, etc. Associant la condition de handicap à une perte d'autonomie et une atteinte à la dignité, ces personnes préfèrent possiblement de ne pas s'identifier à d'autres aînés handicapés.

Le fait de vieillir et avoir une incapacité peut pousser les aînés à refuser de s'identifier aux personnes handicapées.

Craignant le double stigma associé au vieillissement et à l'incapacité, les aînés peuvent refuser la désignation de « personne handicapée », même lorsque les structures et les systèmes formels attestent de leurs incapacités et qu'une telle désignation est parfois une condition d'admissibilité aux mesures de soutien. Dans certains cas, les aînés peuvent refuser l'étiquette de « personne handicapée », tout en reconnaissant l'incapacité en soi (p. ex., reconnaître un déficit auditif, mais refuser d'être considérée « personne handicapée » : « Je ne fais que vieillir! »)²⁰. Les différences culturelles, la religion, la langue, le rôle familial, l'âge, le sexe et l'environnement social peuvent tous jouer un rôle dans l'acceptation ou le refus de s'identifier comme personne handicapée, et dans la manière qu'une personne s'identifiera ainsi, le cas échéant.

■ ORIENTATIONS DES POLITIQUES DES PERSONNES HANDICAPÉES ÂGÉES

Au cours des dernières décennies, la politique qui touche aux personnes handicapées n'est plus axée sur la réadaptation et la prévention, mais comprend désormais les mesures de soutien fondées sur les droits de ces personnes à une intégration totale. Les gouvernements ont établi des lois, règlements, programmes et politiques dans le but de faciliter la pleine participation des Canadiennes et Canadiens handicapés dans tous les aspects de la société; ces mesures ont permis d'élargir la politique qui touche aux personnes handicapées au-delà du domaine de

la politique en matière de santé vers les secteurs des politiques sociales, économiques et de droits de la personne. Même si on a souvent critiqué de tels efforts en soutenant qu'ils étaient trop limités ou qu'ils n'étaient pas dotés de ressources adéquates, les Canadiennes et Canadiens handicapés et leurs familles en approuvent l'orientation essentielle.



« **Lorsqu'il faut prendre des décisions sur ma santé, mes finances et sur la manière et l'endroit où je veux vivre ma vie et mourir, j'ai le plein contrôle sur moi-même et ma famille... Le fait qu'un homme vieillisse et soit un peu lent ne justifie pas que d'autres personnes se donnent le droit d'interférer dans sa vie et décider de ce qui est mieux pour son bien-être. Non monsieur... jamais.** »²¹ (Male, 72)

Les personnes handicapées, de même que les gouvernements, ont soulevé un grand nombre de questions concernant les politiques d'intégration et la participation sociale qui visent aussi bien les personnes handicapées que d'autres groupes sociaux. Voici certaines des priorités communes :

- ▶ l'accès à l'aide nécessaire dans le cadre des activités quotidiennes, y compris les soins spécialisés;
- ▶ le soutien technologique et d'autres types d'aides;
- ▶ le transport accessible;
- ▶ un logement abordable, approprié et accessible;
- ▶ la possibilité de mener une vie saine, et d'avoir des loisirs;
- ▶ la liberté et la protection contre les abus et la discrimination.

Les personnes handicapées de différents âges ont ces priorités en commun, mais elles ont également des besoins spécifiques à l'étape actuelle de leur cycle de vie. Le tableau 2.2 présente des exemples de préoccupations qui ont des répercussions plus importantes sur les

personnes handicapées à trois différentes étapes de la vie :

- ▶ **Enfants et jeunes** : des mesures de soutien et une intervention précoce pour garantir un bon départ dans la vie. Les autres préoccupations importantes comprennent les répercussions sur les familles, l'accès à l'éducation et la transition du milieu scolaire au monde du travail ou dans la vie communautaire.
- ▶ **Adultes de 25 à 64 ans** : permettre à ces personnes de disposer d'un revenu stable et adéquat, à l'aide de programmes d'emploi ou d'aide au revenu du gouvernement, représente une priorité essentielle.
- ▶ **Adultes de 65 ans et plus** : les aînés handicapés peuvent vivre une détérioration de la santé et dépendent souvent d'aidants naturels pour bien vivre à la maison et dans la communauté.

Les priorités en matière de politiques peuvent être identifiées sur la base d'une évaluation quant à la capacité des systèmes existants de résoudre les problèmes connus. Toutefois, le nombre de personnes qui feront l'expérience des diverses démarches qui permettent de traiter ces préoccupations et d'établir des plans constitue un autre facteur d'importance. Le tableau 2.2 illustre graphiquement que selon les données démographiques, les problèmes auxquels font face les aînés handicapés gagneront en importance au cours des deux prochaines décennies. On prévoit que le nombre d'aînés ayant une incapacité doublera pratiquement entre 2001 et 2026. Dans la même période, le nombre d'enfants et de jeunes ayant une incapacité diminuera et le nombre d'adultes de 25 à 64 ans ne changera pas. Toutefois, la forte croissance de la population totale des personnes ayant une incapacité et du taux de l'incapacité entre 2001 et 2026 suggèrent la nécessité de continuer de s'intéresser aux problèmes touchant les personnes handicapées.

Au cours des prochaines années, les politiques concernant les personnes handicapées devront relever le défi de conserver et améliorer les

TABLEAU 2,2 Besoins les plus importants liés aux politiques qui touchent les personnes handicapées, selon le groupe d'âge

Groupe d'âge	2001		2026		Priorités selon l'âge
	Handicapés (milliers)	% de la pop. Totale	Handicapés (milliers)	% de la pop. totale	
0 à 24 ans	353, 3	1,1	291, 1	0,9	Détection et intervention précoces Répercussions sur les familles Accès à l'éducation Transition vers l'emploi et la collectivité
25 à 64 ans	1 916, 6	6,2	2 273, 7	6,6	Faibles revenus Accès à l'emploi, y compris le retour au travail pour les personnes qui ont un nouveau handicap
65 ans et plus	1 621, 6	5,2	3 046, 0	8,9	Problèmes de santé en raison du vieillissement Mesures de soutien pour demeurer à la maison Répercussions sur les aidants naturels Faible revenu auprès des personnes qui vivent seules
TOTAL	3 891 6	12,6	5 611 8	16,4	

mesures de soutien nécessaires aux au plus jeunes de ce groupe, tout en prenant en considération l'augmentation rapide prévue du nombre de personnes handicapées plus âgées. Un autre défi consiste à reconnaître que les conditions et préoccupations de la population de personnes en âge de travailler auront des répercussions sur la vie des aînés handicapés de demain.

■ ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE ENVERS LES AÎNÉS

Puisque la perspective du vieillissement de la population est devenue une question urgente, les cadres de politiques du gouvernement ciblés sur le vieillissement ont été élargis. Les aînés se sont vus invités à participer au processus d'élaboration de politiques. On a établi aussi le Conseil consultatif national sur le troisième âge

(CCNTA) dans le but d'aider et de conseiller le ministre de la Santé sur toutes les questions liées au vieillissement de la population canadienne et à la qualité de vie des aînés²². Les ministres fédéraux, provinciaux et des Territoires chargés des aînés ont adopté le *Cadre national sur les aînés* en 1998; celui-ci souligne les principes de la dignité, de l'autonomie, de la participation, de l'équité et de la sécurité qui guident les politiques touchant au bien-être des aînés.²³

Selon les personnes âgées interrogées, « les relations affectueuses », « l'acceptation du changement avec grâce », « une vie modeste », « avoir un but dans la vie et le sens d'humour » constituent des éléments importants au « vieillissement réussi ».

Les aînés ont exprimé leurs préoccupations au sujet de l'objectif que constitue le « vieillissement

dans la sérénité ». Le CCNTA met en garde que les concepts comme le vieillissement dans la sérénité et le vieillissement actif peuvent donner l'impression que les personnes ayant vieilli dans la sérénité sont celles qui ont le moins vieilli. Quand on les interroge au sujet de ce qui, selon elles constituent les éléments clés d'un « vieillissement réussi », les personnes âgées soulignent « les bonnes relations avec autrui », « l'acceptation du changement avec grâce », « une vie modeste », « avoir un but dans la vie et le sens d'humour »²⁴. Ces préoccupations semblent refléter celles des personnes handicapées qui soutiennent toujours que les politiques donnent trop d'importance aux questions de l'emploi et de l'éducation, mais ne reconnaissent pas l'apport important de ce groupe à la société. Ces préoccupations ont été exprimées à l'endroit des personnes handicapées en âge de travailler, mais elles semblent s'appliquer davantage aux aînés ayant une incapacité.

Il y a d'autres exemples de chevauchement de concepts entre la politique envers les personnes handicapées et la politique envers les aînés. Un cadre récent qui vise à soutenir le vieillissement actif, élaboré de concert par le Canada et le Mexique pour l'Organisation panaméricaine de la santé, établit des principes en vue d'un système de soutien complet qui ressemble énormément aux principes de la politique qui touche aux personnes handicapées²⁵. Parmi les principes énoncés, mentionnons notamment la sécurité, le soutien social, l'équité, la dignité, l'autonomie et la participation. Les valeurs de vie autonome élaborées par le mouvement des personnes handicapées présentent des similitudes très évidentes comme le libre choix, le contrôle et le soutien par les pairs. La discussion présentée dans le document englobe l'éducation, le logement, le transport, la main-d'œuvre, le secteur social, le secteur de la santé et le secteur juridique et leurs rôles dans le cadre de l'élaboration et de la mise oeuvre d'un système de soutien complet pour les aînés handicapés et non handicapés.

Les principes de conception universelle s'inspirent d'une autre démarche qui permet de répondre aux besoins convergents des aînés et des personnes handicapées. La *conception universelle* se rapporte à la conception de produits, de services et de milieux effectuée dans le but de les rendre plus commodes pour toutes les personnes, sans égard à l'âge ou aux limitations. Les conceptions préconisées par les spécialistes de la conception universelle comprennent les portes coulissantes automatiques aux entrées principales des immeubles commerciaux et publics ainsi que les sous-titres codés à la télévision. L'Association canadienne de normalisation a récemment complété et publié sa dernière norme d'accès facile (CSA-B651 2004), qui s'adresse aux aînés et aux personnes handicapées, ainsi qu'aux autres citoyens et bénéficiaires.

RESTER À LA MAISON

Jessie a fêté son 95^e anniversaire en octobre 2005. Elle habite toujours dans le même appartement qu'elle occupe à Kingston depuis presque 40 ans, soit depuis le décès de son mari. Il y a quelques années, Jessie a contracté une infection grave et elle a perdu l'usage de sa jambe droite sous le genou. Jessie peut demeurer dans son appartement grâce à l'aide d'une jambe artificielle, d'un ambulateur et parfois d'un fauteuil roulant. Elle reçoit également de l'assistance quotidienne d'une aide à domicile et du soutien additionnel d'une jeune dame qui a la maladie de Crohn et qui lui rend visite à tous les jours pour lui tenir compagnie.²⁶

Les aînés interprètent souvent l'utilisation d'appareils et d'accessoires d'adaptation comme un signe de fragilité accrue, tandis que la communauté des personnes handicapées les voit comme des outils menant vers une plus grande autonomie.

Les efforts des politiques concernant les personnes handicapées et les aînés, visant à créer des solutions intégrées aux problèmes communs, doivent faire face à la réticence de certains aînés qui refusent de s'identifier comme personnes handicapées, et de certaines personnes handicapées qui refusent d'accepter le vieillissement. Les aînés ne considèrent pas souvent une limitation comme une incapacité. Les personnes handicapées plus jeunes veulent naturellement s'identifier aux personnes de leur propre groupe d'âge, tandis que les aînés qui ont vieilli avec une incapacité peuvent s'identifier aux groupes et systèmes de soutien se rapportant à l'incapacité plutôt qu'avec d'autres aînés.

Ces différences d'attitudes se résument en la façon dont les personnes voient les aides, appareils et accessoires d'adaptation, par exemple : les aînés interprètent souvent leur utilisation comme un signe de grande fragilité, tandis que la communauté des personnes handicapées les voient comme des outils menant vers une plus grande autonomie. Les situations peuvent également présenter des différences importantes entre les personnes qui vivent avec un handicap depuis longtemps et les personnes qui apprennent à vivre avec leur handicap à mesure qu'elles vieillissent. Les aînés qui, par exemple, ont un handicap à compter de l'âge de 70 ans, peuvent gagner un revenu semblable au revenu des autres aînés sans handicap, mais supérieur à celui des aînés qui ont eu un handicap à compter de l'âge de 40 ans.

Le document intitulé *Création d'un agenda national pour personnes âgées : un rapport du Groupe de travail du premier ministre sur la vie active et la dignité des personnes âgées* a été publié en mai 2004. Ce rapport a présenté une série de 17 recommandations au premier ministre à propos des étapes qui permettront

d'aborder le sujet des aînés²⁷. Le gouvernement du Canada a commencé l'élaboration d'un plan d'action national pour les aînés, lequel consistera à examiner une diversité de questions stratégiques qui ont une incidence sur la situation de la population d'aînés d'aujourd'hui et de demain. Le processus présentera une importante occasion de promouvoir l'intégration des aînés avec incapacité et, possiblement, des personnes handicapées en général.

CHAPITRE 3

PARTICIPATION À LA COLLECTIVITÉ ET EMPLOI

FAITS SAILLANTS

- ▶ En moyenne, les aînés plus âgés, y compris ceux ayant des incapacités, consacrent huit heures par jour à des activités de loisirs.
- ▶ 21 % des aînés ayant des incapacités sont des bénévoles actifs au sein de leur collectivité, comparativement à 18 % de tous les aînés bénévoles.
- ▶ En 2003, 11 % des aînés avec incapacités âgés de 65 à 69 ans travaillaient toute l'année, comparativement à 16 % de leurs pairs non handicapés.

LA CAPACITÉ des aînés handicapés de participer activement à la vie de leur collectivité et de leur famille est essentielle. Pour certains aînés, le fait de continuer à travailler répond également à des besoins importants. Le présent chapitre examine la participation des aînés handicapés dans la collectivité et dans le milieu de travail. Les mesures de soutien nécessaires à cette participation sont abordées de manière exhaustive dans le chapitre 4.

Tel qu'indiqué au chapitre 2, le « vieillissement actif » constitue une approche dont l'objectif consiste à maintenir et améliorer la capacité des aînés de participer de manière active. Grâce à l'établissement de systèmes de soutien convenables et complets qui permettent d'assurer la sécurité, le soutien social, la justice, la dignité et l'autonomie des personnes handicapées qui vieillissent, il est possible de satisfaire aux conditions de vie active. Ces mesures de soutien peuvent être constitués d'aidants, de réseau familial et d'amis, de services communautaires, ainsi que de politiques et programmes publics adéquats.²⁸

À l'aide de ces mesures de soutien, les aînés handicapés peuvent participer et contribuer à

leur manière. Bon nombre d'aînés participent à des activités religieuses, à des activités d'apprentissage continu et à des loisirs; ils participent également à la vie politique et assistent à des événements culturels, pour en nommer quelques-uns. Le maintien des choix et de l'autonomie en matière d'entretien personnel et de loisirs représente également un aspect essentiel de la participation active.

INDICATEURS

BOÎTE 3,1 INDICATEURS DE LA PARTICIPATION À LA COLLECTIVITÉ

CAPACITÉ DE LA COLLECTIVITÉ

Indicateur supplémentaire

- ◆ Bénévolat et participation à la collectivité

EMPLOI

- ◆ Taux d'emploi

En moyenne, les aînés plus âgés, y compris les aînés handicapés, consacrent huit heures par jour à des activités de loisirs.

Selon Statistique Canada, dans le cadre d'une journée normale, les personnes âgées de 70 ans et plus consacrent presque huit heures par jour à des activités de loisirs, notamment les relations sociales, les passe-temps, la lecture, l'exercice ou la télévision. Quatre autres heures par jour sont consacrées aux travaux non rémunérés comme la cuisson, les travaux ménagers, l'entretien et les réparations, le magasinage ou les soins prodigués à une conjointe ou un conjoint. Les autres 12 heures par jour sont affectées aux soins personnels, dont le sommeil, le bain, l'habillement, la toilette et l'alimentation.²⁹

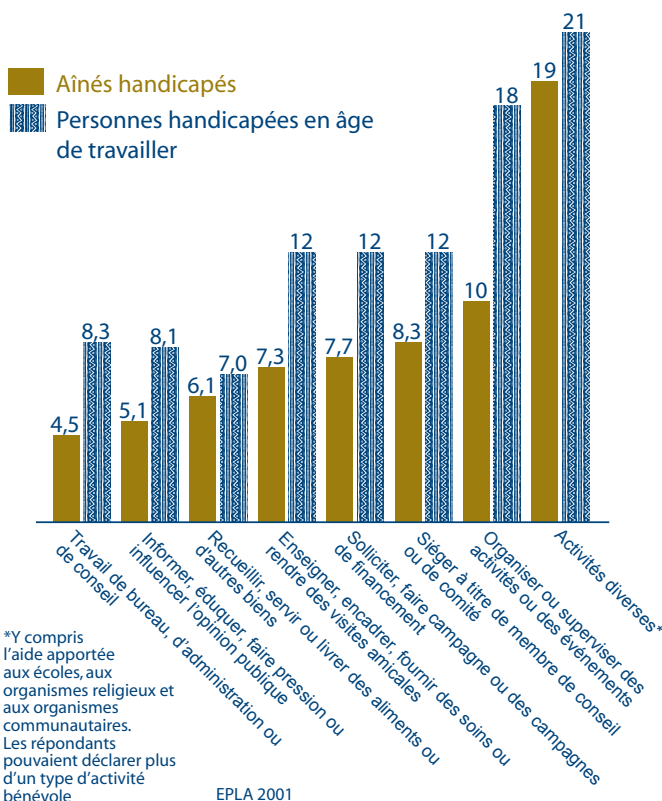
BÉNÉVOLAT ET PARTICIPATION À LA COLLECTIVITÉ

Les aînés handicapés jouent un rôle important dans la vie communautaire, et un grand nombre de ces aînés offrent de leur temps personnel, de leur expérience et de leur énergie à titre de bénévoles dans des organismes communautaires.

21 % des aînés handicapés sont des bénévoles actifs au sein de leur collectivité comparativement à 18 % de tous les aînés bénévoles.

Selon l'Enquête nationale sur le don, le bénévolat et la participation (ENDBP), environ 6,5 millions, ou 27 % de tous les Canadiens, participent à des activités de bénévolat, dont 18 % de l'ensemble des aînés³⁰. En comparaison, 21 % des aînés handicapés ont déclaré faire du bénévolat selon l'EPLA de 2001, y compris 27 % des aînés âgés de 65 à 74 ans et 17 % des aînés de 75 ans et plus.

3,1 Activités bénévoles par l'entremise d'organismes officiels (%)



Les différences entre les deux enquêtes compliquent la comparaison des types d'activités entre les aînés handicapés et non handicapés. Dans les trois types de bénévolat examinés par les deux enquêtes — siéger sur un conseil à titre bénévole; solliciter ou participer à une activité de financement; et recueillir, servir ou livrer de la nourriture ou d'autres biens — les taux de bénévolat des aînés handicapés et non handicapés sont semblables.

Tel qu'indiqué à la figure 3.1, les types d'activités bénévoles des aînés handicapés reflètent généralement ceux des jeunes adultes handicapés, bien qu'ils présentent des niveaux de participation inférieurs.

BÉNÉVOLAT

Thérèse, qui aura 87 ans à son prochain anniversaire, était une bénévole active à son hôpital depuis plus de 21 ans. Même si elle est « retraitée » de l'hôpital, elle est toujours active dans divers clubs de son église, malgré sa récente chirurgie liée au cancer et le besoin constant de gérer ses problèmes de santé issus du diabète.³¹

Les discussions au sujet de la participation des aînés handicapés aux activités bénévoles formelles ne tiennent pas compte de toutes leurs activités bénévoles. La majorité de celles-ci sont accomplies de façon informelle — sans passer par des organismes officiels — et il est difficile de les chiffrer. Par exemple, les aînés avec incapacités qui donnent des soins à leurs partenaires ou à des membres de leur famille sont probablement sous-déclarés. Les données de l'Enquête sociale générale de 2002 en présente un certain aperçu; indiquant que 10 % des personnes âgées de 65 à 74 ans, et 6,1 % des aînés de 75 ans et plus, donnent des soins informels à une personne de 65 ans et plus ayant des problèmes de santé à long terme.

BOX 3,2 LE PROGRAMME NOUVEAUX HORIZONS

Le Programme Nouveaux Horizons pour aînés a financé le projet d'embellissement des aînés de la ville de Rose Valley, en Saskatchewan; il s'agit d'un projet d'embellissement communautaire qui a suscité la participation de toutes les générations, notamment les jeunes, les étudiants, les aînés et les personnes handicapées. Le comité bénévole est présidé par des aînés qui participent à toutes les étapes du projet, du financement à la conception et au paysagement. Le projet célèbre les valeurs de la fierté civique et du bénévolat; il a donné à la collectivité un parc plaisant dont les aînés et les générations futures pourront profiter.

TAUX D'EMPLOI

En raison du vieillissement de la population, de l'amélioration de la santé des aînés et de l'annulation de la retraite obligatoire dans certaines administrations, les aînés, dont ceux ayant des incapacités, représentent une partie croissante de la population active³². Les changements apportés à la loi relative à la retraite obligatoire, comme il s'est passé en Ontario, signifient qu'un grand nombre d'aînés avec incapacités pourraient revoir leurs options de retraite traditionnelle.

Pour certains aînés, le travail permet de maintenir un contact social. Il aide à réduire l'isolement; il peut même combler un manque à gagner résultant de leur retrait de la population active durant l'âge de travail, ou peut simplement servir à payer les frais de la vie courante.³³

En 2003, 11 % des aînés avec incapacités âgés de 65 à 69 ans travaillaient toute l'année, comparativement à 16 % de leurs pairs non handicapés.

Les données présentées dans le rapport de 2004 de l'EPLA démontrent que les travailleurs

handicapés de 55 à 64 ans ont beaucoup moins de chances de demeurer dans la population active que les travailleurs plus jeunes. Néanmoins, l'Enquête sur la dynamique du travail et du revenu démontre qu'en 2003, 11 % des aînés handicapés âgés de 65 à 69 ans travaillaient toute l'année, comparativement à 16 % de leurs pairs du même groupe d'âge non handicapés.³⁴

Au lieu de travailler à plein temps, le travail à temps partiel peut permettre de prolonger la participation à la population active, constituer un ajustement aux besoins liés au processus de vieillissement et la condition de handicap. Il n'y a pas de données au sujet des aînés handicapés qui travaillent à plein temps ou à temps partiel. En 2003, toutefois, environ 7,1 % des aînés âgés de 65 à 69 ans travaillaient à plein temps durant toute l'année, tandis que 4,9 % des aînés du même groupe d'âge travaillaient à temps partiel durant toute l'année.³⁵

Le nombre important d'aînés handicapés occupant un emploi souligne l'importance de garantir que le milieu de travail et la nature du travail puissent être adaptés à leurs besoins. Un horaire de travail souple représente une des principales méthodes d'adaptation aux besoins des aînés handicapés, et ce, à peu ou pas de frais. Les travaux physiques ou les mouvements répétitifs peuvent avoir d'importantes répercussions sur le corps des travailleurs aînés; le maintien d'un milieu de travail sécuritaire et à l'épreuve des accidents exige un aménagement approprié. Ce principe s'applique à tous les travailleurs, mais davantage aux travailleurs aînés qui, lorsqu'ils se blessent, leurs blessures sont généralement plus graves.³⁶

CONCLUSION

Cet aperçu du bénévolat et de l'emploi démontre clairement que bon nombre d'aînés handicapés participent activement à leur collectivité. Les recherches laissent entendre que les aînés handicapés sont plus susceptibles de faire du bénévolat que leurs pairs non handicapés. Le nombre important d'aînés handicapés qui

oeuvrent dans les réseaux interpersonnels ou informels de bénévolat est une preuve que la vie active est un objectif réalisable.

Comme l'indique le prochain chapitre, toutefois, certains aînés handicapés seront limités dans leurs choix d'activités en raison d'un manque de mesures de soutien nécessaires.

MESURES DU GOUVERNEMENT À L'APPUI DE LA PARTICIPATION DES AÎNÉS HANDICAPÉS DANS LA COLLECTIVITÉ

AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA

- ▶ Programme de contribution à l'activité physique*
- ▶ Fonds pour la santé de la population

DÉVELOPPEMENT SOCIAL CANADA

- ▶ Programme Nouveaux Horizons pour aînés*

* Ces programmes visent seulement partiellement les personnes handicapées. Consulter la discussion du chapitre 9 au sujet des « mesures partiellement ciblées ».

CHAPITRE 4

MESURES DE SOUTIEN

FAITS SAILLANTS

- ▶ Sept aînés handicapés sur dix disposent de toute l'aide et des accessoires dont ils ont besoin.
- ▶ La majorité des aînés handicapés reçoivent de l'aide de membres de leur famille pour effectuer leurs activités quotidiennes.
- ▶ Cinq femmes âgées de 75 ans ou plus sur dix, avec ou sans incapacités, vivent seules.
- ▶ Il y a une demande croissante pour des aidants dans une période où l'offre d'aidants diminue.
- ▶ Certains aidants naturels d'aînés handicapés peuvent eux-mêmes avoir besoin de soutien en raison de leur propre vieillissement.
- ▶ De plus en plus de parents qui vieillissent représentent toujours les principaux aidants d'enfants adultes handicapés.
- ▶ Les personnes âgées qui vivent à la maison sont plus susceptibles d'avoir un besoin non satisfait relativement à l'adaptation de leur domicile.

LES MESURES de soutien constituent les biens et services nécessaires à la vie quotidienne des personnes handicapées. Elles sont importantes dans la mesure où elles favorisent le développement de l'autonomie personnelle, mais un grand nombre de personnes n'ont pas accès à toutes les mesures de soutien dont elles ont besoin.

Les obstacles à l'accès aux mesures de soutien nécessaires ne se limitent pas seulement à l'accessibilité et la capacité financière. Certains aînés handicapés en raison du vieillissement ne chercheront pas les « mesures de soutien » dont ils ont besoin, en raison du stigma qu'ils associent à la condition du handicap. Par exemple, certains aînés estiment que l'utilisation d'un fauteuil roulant représente un signe de fragilité,

mais de plus en plus d'aînés se servent de fauteuils roulants motorisés pour se déplacer en public. Il semble que la possession d'un fauteuil roulant motorisé n'est pas liée à l'incapacité, mais plutôt au vieillissement, ce qui fait que son utilisation est plus acceptable pour la collectivité —même si les deux appareils servent à faciliter la mobilité³⁷. Les personnes dont le processus de vieillissement engendre des incapacités sont possiblement moins en mesure d'exploiter les

BOÎTE 4,1 OUTILS VISANT À ACCROÎTRE LA PARTICIPATION : UN EXEMPLE

Peter est un ancien combattant de 75 ans qui a été gravement paralysé dans un accident de la route : « Au début, j'ai beaucoup hésité à utiliser des nouveaux dispositifs et appareils. J'avais l'impression qu'ils me donneraient un air vulnérable ». Après un certain temps, Peter a appris à piloter son fauteuil avec une adresse étonnante. Il a également appris à utiliser un ordinateur pour écrire en raison de la faiblesse de sa main droite, et il a fait l'acquisition d'un grand nombre d'accessoires d'adaptation pour la cuisine et la salle de bains qui facilitent ses activités quotidiennes. Il a commencé à faire appel au service de repas à domicile et s'est lié d'amitié avec l'aîné qui s'occupe des livraisons. Il a recommencé à faire du bénévolat auprès des étudiants de sa bibliothèque locale; à sa demande, on a aménagé les escaliers de l'entrée et la salle de toilettes pour lui. Il peut maintenant jouir de sa relation avec ses étudiants et reprendre sa place au sein de la collectivité.³⁸

réseaux de soutien et peuvent ignorer comment accéder aux mesures de soutien accordées par l'entremise d'organismes au service de la communauté des personnes handicapées.

Le présent chapitre présente une série d'indicateurs qui permettent de mesurer la satisfaction des besoins des aînés handicapés en matière de soutien. Il comprend de l'information au sujet du soutien personnel, notamment les aides, appareils et accessoires d'adaptation, l'aide nécessaire dans le cadre des activités quotidiennes et le réaménagement du domicile. Il aborde également les mesures de soutien destinées aux aidants naturels et l'accessibilité du milieu, y compris le transport et l'information. Ces indicateurs sont complétés pour présenter un portrait plus complet des besoins des aînés handicapés. Par exemple, en raison du besoin croissant d'un grand nombre d'aînés à l'égard des médicaments, une courte discussion au sujet des mesures de soutien relatives aux médicaments vient compléter les indicateurs de base en matière d'aides, d'appareils et d'accessoires d'adaptation. On a élargi l'indicateur de base *adaptation du domicile* dans le but d'examiner davantage les questions de logement qui touchent aux aînés handicapés.

INDICATEURS

AIDES, APPAREILS ET ACCESSOIRES D'ADAPTATION NÉCESSAIRES AUX ACTIVITÉS QUOTIDIENNES

Sept aînés handicapés sur dix disposent de toutes les aides, appareils et accessoires d'adaptation nécessaires.

Les appareils et accessoires d'adaptation comprennent toute sorte de matériel ou d'accessoire aidant les personnes handicapées dans le cadre de leurs activités et tâches quotidiennes. Mentionnons par exemple les fauteuils roulants motorisés, les appareils de correction auditive et les animaux d'assistance.

BOÎTE 4,2 INDICATEURS DES MESURES DE SOUTIEN

- ◆ Aides, appareils et accessoires d'adaptation nécessaires aux activités quotidiennes
- ◆ Aide nécessaire dans le cadre des activités quotidiennes
- ◆ Mesures de soutien pour les aidants naturels
- ◆ Modification du domicile
- ◆ Transport
- ◆ Information présentée dans des médias adaptés

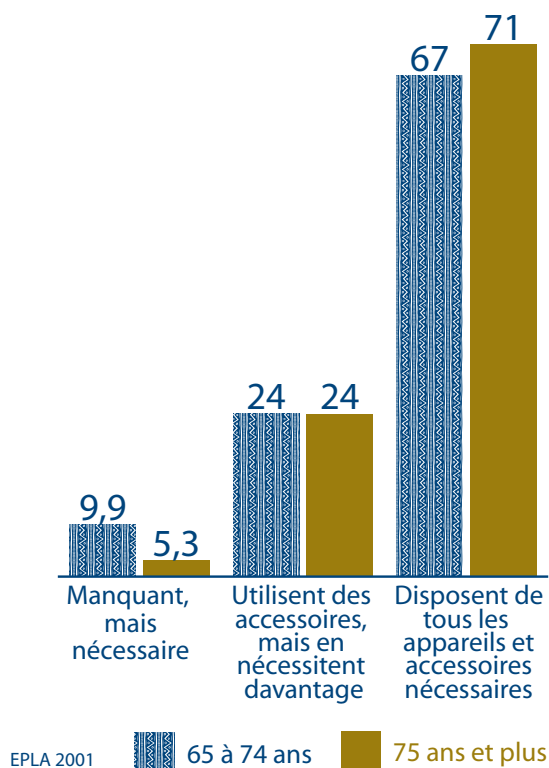
Indicateurs supplémentaires

- ◆ Mesures de soutien en matière de médicaments
- ◆ Logement

Au Canada, les appareils ou dispositifs techniques les plus en demande sont ceux conçus afin de pallier aux limitations habituellement liées au vieillissement, comme les problèmes de mobilité et d'audition.

En 2001, on estime qu'environ 2 008 000 adultes handicapés avaient besoin d'un type d'appareil ou d'accessoire d'adaptation. Or, les besoins de 657 000 d'entre eux, soit 33 % du total susmentionné, n'étaient pas comblés. Les aînés, surtout ceux âgés de plus de 75 ans, courent plus de risque d'avoir besoin d'aides, d'appareils et d'accessoires d'adaptation que les personnes plus jeunes; ces besoins représentent environ la moitié (48 %) des besoins globaux. De même, comparativement aux autres, les aînés sont plus susceptibles de voir ces besoins comblés. Au sein de la population d'aînés, les femmes ont plus tendance d'avoir besoin des aides, appareils et accessoires d'adaptation; mais d'avoir aussi beaucoup plus de ces besoins comblés. La figure 4.1 indique que les aînés plus jeunes (âgés de 65 à 74 ans) ont moins de chances de voir leurs besoins comblés. Plus particulièrement, les besoins d'environ 10 % de ceux-ci en matière d'aides, d'appareils et d'accessoires d'adaptation n'ont pas été comblés,

4,1 Besoin et utilisation d'appareils et d'accessoires aux fins des aînés handicapés (%)



comparativement à 5 % des aînés plus âgés. Toutefois, tel qu'indiqué en 2004, les aînés sont mieux servis que les personnes handicapées en âge de travailler; environ 25 % des personnes qui ont besoin d'aides, d'appareils et d'accessoires d'adaptation n'en disposent pas.³⁹

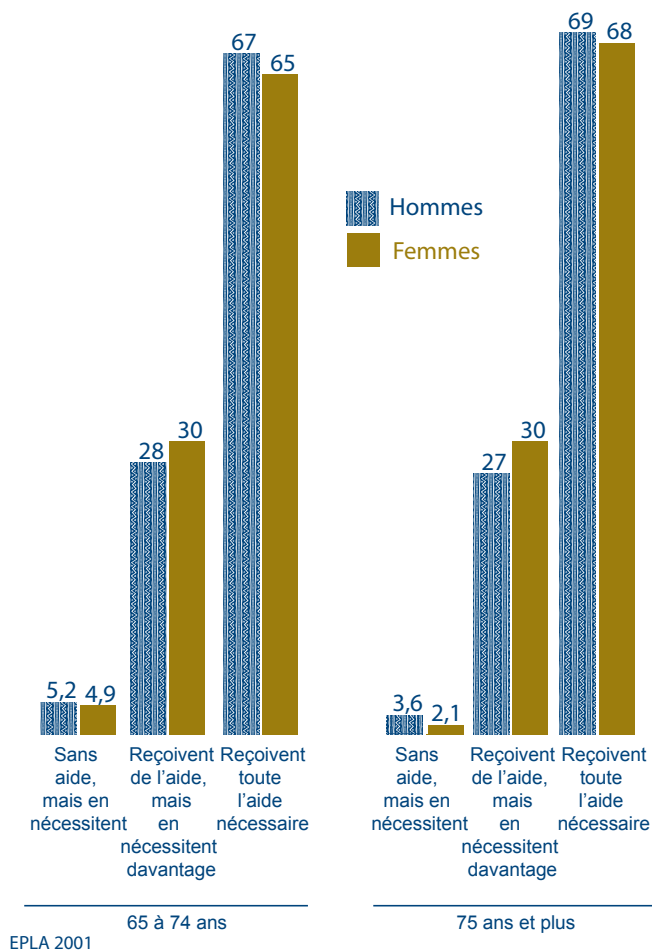
Les motifs qui expliquent pourquoi les besoins des aînés handicapés ne sont pas tous comblés sont complexes. Les principaux obstacles indiqués sont le coût et l'absence d'assurance couvrant le remboursement du coût; les autres motifs comprennent le manque d'information au sujet de l'endroit où se procurer ces accessoires, de même qu'une certaine réticence à obtenir ces accessoires de la part des aînés dont l'incapacité est liée au vieillissement. Un grand nombre d'aînés se sentent stigmatisés par l'utilisation de tels accessoires, puisqu'ils les voient comme un symbole de capacités réduites.

MESURES DE SOUTIEN EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS (INDICATEUR SUPPLÉMENTAIRE)

Les mesures de soutien en matière de médicaments sont particulièrement importantes pour ce groupe d'âge, puisque les femmes et les hommes aînés handicapés sont beaucoup plus susceptibles de consommer des médicaments régulièrement. Presque 85 % des hommes aînés qui ont un handicap léger ont signalé qu'ils consommaient des médicaments au moins une fois par semaine, comparativement à 90 % des femmes aînés qui ont un handicap léger. Parmi les personnes atteintes d'un handicap grave ou très grave, ces chiffres s'élèvent à 94 % chez les hommes et à 95 % chez les femmes⁴⁰. Environ 95 % des aînés handicapés sont en mesure d'obtenir les médicaments qu'ils doivent consommer. Toutefois, les autres 5 % ne peuvent se les procurer en raison du coût; les femmes représentent environ 70 % de ces aînés.⁴¹

La plupart des Canadiens disposent d'une assurance quelconque leur permettant de se procurer des médicaments d'ordonnance⁴². Ils sont assurés par des programmes offerts par les gouvernements ou les employeurs ou par des régimes privés individuels. Toutefois, il existe de grandes différences entre les régimes au chapitre des modalités, des critères d'admissibilité et des frais connexes. Les régimes gouvernementaux relèvent principalement des compétences provinciales et territoriales où il existe des différences régionales notables entre les régimes d'assurance médicaments, surtout au niveau des protections contre les dépenses catastrophiques liées aux médicaments. Le gouvernement du Canada finance, au moyen de divers programmes, le régime d'assurance médicaments d'environ un million de canadiens, y compris un grand nombre d'aînés handicapés dont ceux issus des Premières Nations, d'Inuits, des membres des forces armées, d'anciens combattants, des membres de la G.R.C., ainsi que des détenus de pénitenciers fédéraux. De plus, à

4,2 Besoins et utilisation de l'aide dans le cadre des activités quotidiennes des aînés handicapés (%)



tandis qu'environ 24 % en reçoivent seulement une partie. Tout comme dans le cas des aides, appareils et accessoires d'adaptation, les aînés plus jeunes ont moins de chances de voir leurs besoins pleinement comblés en ce qui concerne l'aide assurée dans le cadre des activités quotidiennes (voir la figure 4.2). Tel qu'indiqué dans le rapport de 2004, les adultes handicapés en âge de travailler ont encore moins de chances de voir leurs besoins comblés — 7,5 % de ces derniers ne reçoivent aucune aide dans le cadre de leurs activités quotidiennes.

Les données démontrent que les hommes et les femmes présentent des tendances très semblables relativement à leurs besoins en matière d'aide pour effectuer les activités quotidiennes. Toutefois, les hommes aînés handicapés sont plus susceptibles de recevoir de l'aide de leur épouse que l'inverse.

La majorité des aînés handicapés reçoivent de l'aide des membres de leur famille dans le cadre de leurs activités quotidiennes

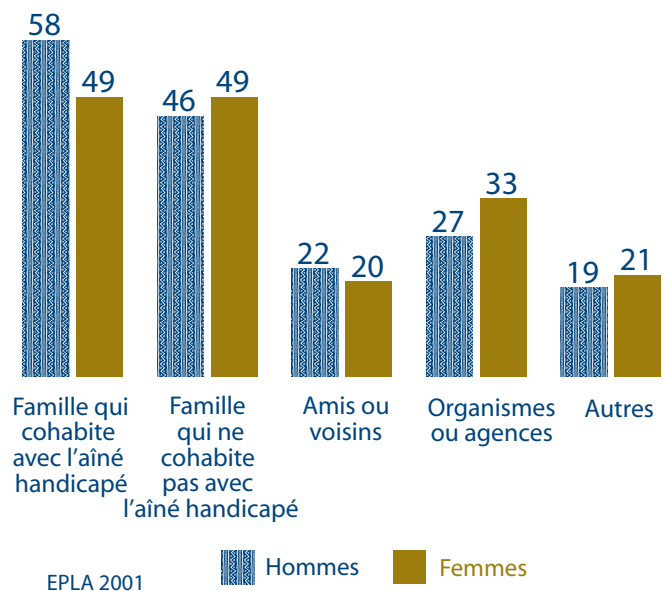
Tel que l'indique la figure 4.3, l'aide nécessaire dans le cadre des activités quotidiennes des aînés handicapés est généralement assurée par des membres de la famille habitant avec la

titre d'employeur, le gouvernement du Canada offre des régimes d'assurance médicaments aux fonctionnaires fédéraux actifs ou retraités.

AIDE NÉCESSAIRE POUR EFFECTUER LES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES

Tout comme les personnes handicapées plus jeunes, les aînés handicapés peuvent également avoir besoin d'aide pour leurs activités quotidiennes. La majeure partie de cette aide est offerte sous forme de préparation de repas, de courses, de transport à des rendez-vous, de travaux ménagers, de soins infirmiers ou de soins médicaux spécialisés, de soins personnels et d'aide à se déplacer dans le domicile. Environ 69 % des Canadiennes et Canadiens aînés handicapés reçoivent toute l'aide nécessaire,

4,3 Source d'aide pour accomplir les activités quotidiennes des aînés handicapés qui reçoivent de l'aide (%)



personne (58 % pour les hommes et 49 % pour les femmes) ou ailleurs (46 % pour les hommes et 49 % pour les femmes).

Environ 21 % des aînés handicapés de 65 à 74 ans, et 38 % des aînés handicapés de 75 ans et plus, reçoivent de l'aide de fournisseurs de services officiels comme des organismes et des agences. La plupart de cette aide est accordée sous forme de soins infirmiers et de soins médicaux spécialisés.

Le coût et l'absence de régimes d'assurance représentent les principaux obstacles des personnes qui n'obtiennent pas l'aide nécessaire. Un nombre important des personnes qui réussissent à obtenir l'aide nécessaire indique qu'ils éprouvent des ennuis avec les délais, les coûts et qu'ils ont de la difficulté à trouver de l'aide compétente (45 %, 43 % et 42 % respectivement).

Cinq femmes de 75 ans et plus sur dix, handicapées ou non, vivent seules

Parce qu'ils habitent souvent seuls, les aînés peuvent dépendre de l'aide des services officiels ou celle des membres de leur famille qui habitent ailleurs. Comme l'indique la **figure 4.4**, les femmes aînées, handicapées ou non, ont une plus grande probabilité de vivre seules que les hommes aînés. La plupart de ces femmes sont veuves, ce qui reflète une espérance de

vie plus élevée et une tendance à se marier plus jeune que leurs époux. Par conséquent, cinq femmes âgées de 75 ans ou plus sur dix (49 %), handicapées ou non, vivent seules.

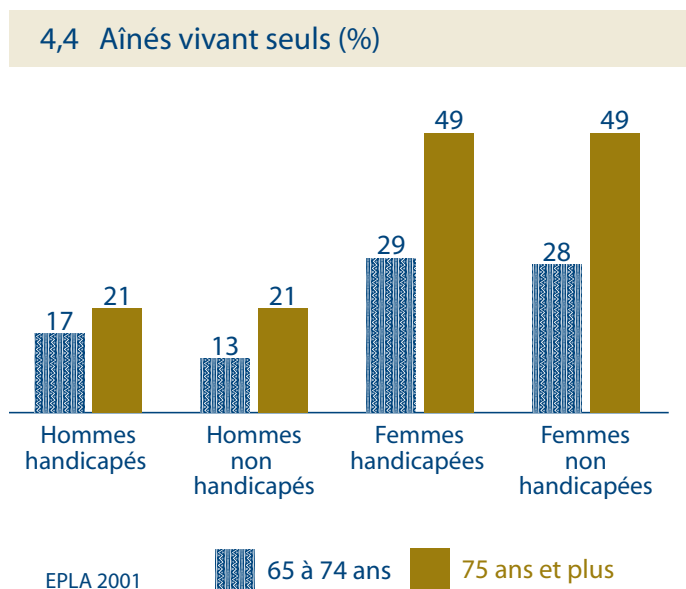
MESURES DE SOUTIEN POUR LES AIDANTS NATURELS

La famille et les autres aidants naturels non rémunérés fournissent des services essentiels au maintien de l'autonomie des aînés handicapés à la maison, ainsi que des personnes qui nécessitent des soins en raison d'un problème de santé aigu ou chronique ou qui ont besoin de soutien en raison de problèmes physiques, cognitifs ou de santé mentale. De plus en plus de Canadiennes et Canadiens aînés reçoivent des soins à domicile, souvent administrés par un membre de la famille, mais également par des amis et des voisins. L'Enquête sociale générale (2002), indique que presque 20 % des Canadiennes et Canadiens de plus de 45 ans prodiguaient des soins non constitués à au moins un membre de leur famille, ou à des amis de plus de 65 ans.

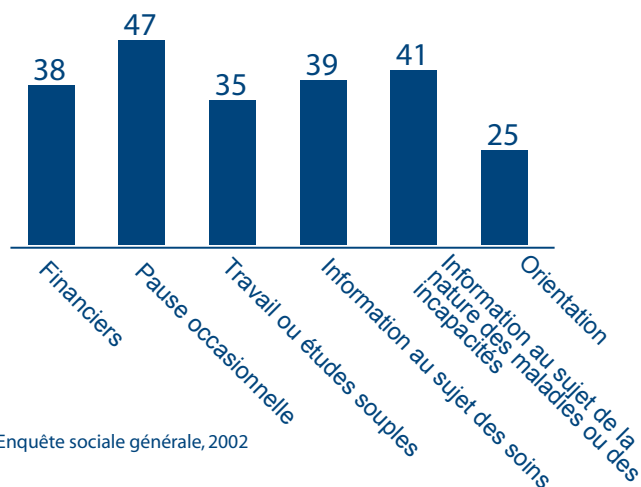
Les tâches des aidants se rapportent notamment aux activités quotidiennes, aux soins personnels, à la surveillance et au soutien émotif. Le temps consacré aux soins peut prendre une certaine ampleur, selon les types de soins. Par exemple, les aidants de 45 à 64 ans qui prodiguaient des soins à des aînés y consacraient environ 23 heures par mois⁴³. On estime que les aidants naturels prodiguent plus de 80 % de tous les soins à domicile aux personnes qui ont des problèmes de santé à long terme.⁴⁴

La demande croissante pour des soins dépasse la capacité des familles et amis d'y répondre.

Les soins par le biais des réseaux informels et les soins familiaux ne sont pas un nouveau phénomène. Seules les circonstances dans lesquelles les familles doivent prodiguer des soins ont changé. Les membres de famille et les amis sont incapables de répondre adéquatement aux besoins croissants pour des



4,5 Besoins des aidants familles de 45 à 64 ans (%)



Enquête sociale générale, 2002

soins à domicile. La croissance de demande pour ces soins est engendrée par un nombre de tendances sociodémographiques, y compris le vieillissement de la population, le développement rapide de la technologie facilitant ce genre de soins et une préférence marquée pour la vie au sein de la collectivité. En même temps, le nombre croissant de femmes sur le marché du travail, des familles plus petites, moins traditionnelles et géographiquement plus dispersées, les ont posé des limites à la capacité des familles de fournir des soins.

Les familles canadiennes font face à des défis importants pour réussir à trouver un équilibre dans l'exercice de rôles multiples, (p. ex., assurer un revenu adéquat, élever les enfants et assumer le rôle d'aidants naturels) et, il est probable que les pressions de ces défis vont aller en croissant. Les projections démographiques présentées dans ce rapport présentent l'estimation suivante : les aînés pourraient composer jusqu'à 54,3 % de la population de personnes handicapées d'ici 2026. Par ailleurs, la demande exercée sur les adultes en âge de travailler relativement au soutien de personnes « dépendantes » augmentera de manière considérable⁴⁵. Puisque le ratio entre les aînés handicapés et les adultes en âge de travailler passera de 18,5 % en 2001 à 34,0 % en 2026, ces derniers auront un important défi à relever en matière de responsabilités d'aidants.⁴⁶

Il peut être gratifiant de prodiguer des soins, mais de plus en plus d'indices laissent croire que cette activité engendre des coûts importants, et souvent dissimulés. Certains de ces coûts sont de nature économique, mais la grande majorité ne l'est pas. Par exemple, un nombre considérable d'aidants doit relever le défi de trouver un équilibre entre leur travail, leur propre santé et leurs responsabilités d'aidant. Une grande partie des aidants, surtout les femmes, doivent par la suite réduire le nombre d'heures au travail, ou tout simplement quitter leur emploi, pour être en mesure de fournir des soins. Cette condition entraîne des répercussions économiques immédiates et à long terme.

Un grand nombre d'aidants a également des enfants à la maison. En 2002, environ 712 000 Canadiennes et Canadiens de 45 à 64 ans avec des enfants à la maison (également nommée la génération « sandwich ») fournissaient un type de soin familial ou de soin non constitué à des aînés; de ce nombre, 589 000 (environ 83 %) travaillaient⁴⁷.

Tel qu'indiqué à la figure 4.5, environ cinq aidants naturels sur dix (47 %) de 45 à 64 ans demandent une aide occasionnelle. Les aidants ont également besoin d'information sur les soins et sur le handicap ou la maladie de la personne dont ils s'occupent. Un nombre important d'aidants a également demandé une compensation financière et un horaire de travail souple (38 % et 35 % respectivement). Un quart (25 %) de tous les aidants naturels exigent des consultations. Des groupes d'intervenants ont confirmé ces problèmes clés dans le cadre de diverses consultations portant sur des questions liées aux soins familiaux ou soins non constitués, menées par le ministre d'État (Famille et Aidants naturels) de janvier à juin 2005.

Certains aidants naturels d'aînés handicapés peuvent exiger du soutien en raison de leur propre vieillissement

Les personnes qui prennent soins d'un parent ou d'un partenaire handicapé peuvent éprouver des difficultés à fournir la quantité et la qualité de

soins nécessaires, en raison de la diminution de leur niveau d'énergie ou la détérioration de leur état de santé. Selon l'Enquête sociale générale de 2002, environ 185 000 ou 9 % de toutes des femmes âgées de 65 ans et plus, et 131 000 ou 8,1 % des hommes du même groupe d'âge, prennent soins d'un autre aîné aux prises avec un problème de santé. Environ 11 % de ces personnes ont indiqué que le fait d'assurer ces soins a affecté leur propre santé.

De plus en plus, les parents qui vieillissent représentent toujours les principaux aidants d'un enfant adulte handicapé.⁴⁸

Lorsque l'état de santé ou la condition de handicap des parents les empêchent de fournir des soins au domicile parental, il peut s'avérer nécessaire d'envisager le transfert de l'enfant adulte et ses parents à un logement avec services de soutien, ou un hébergement dans un établissement de soins prolongés. Dans des cas semblables, lorsqu'il faut tenir compte des besoins de tous, il importe également de traiter de manière intégrale les services de soutien pour aînés handicapés, le logement adéquat et les questions liées aux soins.⁴⁹

BOÎTE 4,3 LE DÉFI DES AIDANTS NATURELS VIEILLISSANTS : UN EXEMPLE

Durant plus de 50 ans, Jacques et Lucie ont porté assistance à leur fille Hélène, qui présentait des incapacités de plus en plus graves, notamment la cécité, l'ostéoporose et une maladie rénale. En raison de trois séances de dialyse par semaine, Hélène vivait avec ses parents et dépendait complètement de leur soutien dans le cadre de plusieurs activités quotidiennes. Toutefois, en 2003, Lucie, qui était la principale aidante, décéda des suites d'un cancer à l'âge de 82 ans. Hélène et Jacques ne pouvaient prendre soin d'eux-mêmes; ils ont donc déménagé dans un logement avec services de soutien.⁵⁰

LOGEMENTS ADAPTÉS

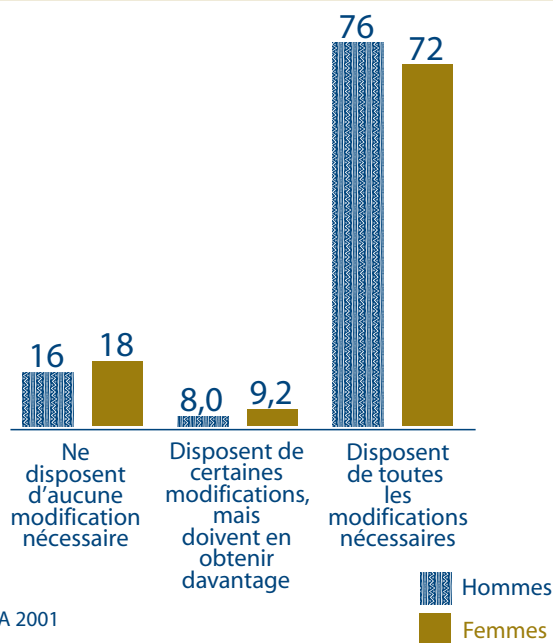
Les personnes âgées qui vivent à la maison ont plus de probabilité d'avoir un besoin non satisfait relativement à l'adaptation de leur logement.

L'adaptation d'un logement peut prendre toute forme de réaménagement de l'espace vital dans le but d'améliorer l'autonomie et la sécurité des personnes qui y vivent. Ces caractéristiques spéciales peuvent comprendre des comptoirs abaissés, des rampes, des barres d'appui, des couloirs plus larges et des armoires de cuisine étiquetées pour rappeler le contenu aux personnes. Environ la moitié de tous les adultes qui nécessitent une adaptation du domicile sont des aînés. Tel qu'indiqué à la figure 4.6, la majorité des aînés handicapés disposent des adaptations nécessaires (72 % des femmes et 76 % des hommes). En comparaison, tel qu'indiqué dans le rapport de 2004, seule la moitié des adultes handicapés en âge de travailler ont des besoins satisfaits en matière d'aménagement résidentiel.

BOÎTE 4,4 PRÉSENTATION DU PROGRAMME D'AIDE À LA REMISE EN ÉTAT DES LOGEMENTS — LOGEMENT ACCESSOIRE / PAVILLON-JARDIN

On a présenté le Programme d'aide à la remise en état des logements — Logement accessoire / Pavillon-jardin de la Société canadienne d'hypothèques et de logement en mai 2005 pour aider à créer des logements à prix abordable pour les aînés et adultes handicapés à faible revenu en fournissant une aide financière consacrée à l'adaptation ou la rénovation des immeubles résidentiels qui peuvent accommoder de manière raisonnable un logement secondaire complet.

4,6 Besoins et utilisation d'accessoires spécialisés à la maison des aînés handicapés (%)



Le coût représente pour les aînés le principal obstacle à l'adaptation de leur domicile. Les exigences les plus fréquentes liées à l'adaptation du domicile sont les barres d'appui, les lève-personne de baignoire, les rampes, les ascenseurs, portes et couloirs accessibles. Le pourcentage d'aînés handicapés qui ont besoin d'outils spécialisés à domicile est passé de 15 % à 23 % pour les personnes âgées de 65 et plus. Les personnes plus âgées qui vivent dans une maison dont elles sont propriétaires sont plus susceptibles d'avoir un besoin non satisfait en matière d'adaptation domiciliaire.

LOGEMENT (INDICATEUR SUPPLÉMENTAIRE)

Le fait de disposer d'un logement adéquat, avec services de soutien pour les aînés handicapés, va au-delà des caractéristiques spécialisées. D'autres facteurs jouent un rôle important dans le cadre de l'amélioration des conditions de logement. Avoir le sentiment d'être chez soi peut procurer une grande satisfaction émotionnelle et psychologique. Même si la sécurité et l'accessibilité dans un domicile sont des éléments clés, l'accessibilité des

services, les activités sociales et les activités récréatives contribuent également au bien-être et à la participation.



« La maison c'est la sécurité. Tant que Dieu m'accorde la santé, je sais que j'ai un endroit où habiter... Bien sûr que j'aime ma maison. Et vous, aimeriez-vous votre maison si vous aviez travaillé toute votre vie pour la payer? »⁵¹

Puisque tout le monde a des besoins, des préférences et des incapacités qui diffèrent quant à leurs degrés et leurs natures, il est essentiel de permettre une certaine souplesse en matière du choix du logement. Des mesures conçues dans ce domaine dans le but d'améliorer la disponibilité des services et mesures de soutien nécessaires peuvent faciliter la vie des aînés handicapés dans la collectivité.

Le marché du logement évolue et satisfait à la demande croissante de mesures résidentielles pour respecter les besoins des aînés handicapés en matière de logement. Les options de logement vont des options de soutien à la vie autonome (demandées par les personnes capables de gérer ou d'orienter les services de soutien dont elles pourraient avoir besoin) aux établissements de soins complets.

Si la vie autonome n'est plus possible, on peut répondre aux besoins en matière de soins de soutien officiels au moyen d'établissements de soins progressifs ou transitoires. Certains sont guidés par le principe du *logement avec services de soutien*. Ce type de logement permet d'offrir aux aînés une assistance dans la vie de tous les jours en combinant un environnement physique spécialement conçu pour être sécuritaire et habilitant et pour créer une ambiance d'une maison familiale, et ce, grâce à des services de soutien comme la préparation de repas, l'entretien ménager, des activités sociales et récréatives. Les résidents peuvent ainsi conserver leur autonomie, leur vie privée, leur dignité et leur capacité de prendre leurs propres décisions. Ce type de logement présente un caractère

BOÎTE 4,5 LOGEMENTS AVEC SERVICES DE SOUTIEN POUR LES ÂÎNÉS : UN EXEMPLE

Les concepts des maisons d'accueil *Abbeyfield House* présentent un environnement de soutien favorable pour les aînés vivant seuls dans leur collectivité d'origine. Chaque résident, qui vit dans une maison adaptée comme dans une grande famille, dispose d'une chambre à coucher privée, d'un petit salon privé et d'une salle de toilettes dans sa pièce privée. Cet espace privé est meublé avec les biens personnels du résident.

Les aires communautaires de la maison comprennent un salon pour regarder la télévision ou participer à d'autres activités sociales en compagnie d'amis ou de membres de leur famille, ainsi qu'une salle à manger où les résidents se recueillent deux fois par jour pour des repas communs. Certains foyers *Abbeyfield House* comprennent également une salle de jeu.

Contrairement à une maison de soins, les logements de type *Abbeyfield* sont conçus pour les personnes âgées en relativement bonne santé qui ne peuvent plus ou qui ne veulent plus vivre seules. Chaque société *Abbeyfield Society* locale est constituée d'un groupe de bénévoles qui établissent, soutiennent et orientent les opérations du foyer *Abbeyfield House* au moyen d'un conseil d'administration. Les sociétés de bienfaisance, les groupes confessionnels ou les Légions sont souvent les fondateurs des sociétés *Abbeyfield Societies* locales. Par exemple, au Royaume-Uni, les clubs « Rotary » ont fondé plus de 200 foyers *Abbeyfield House*.⁵³

résidentiel, un environnement physique de soutien, un accès aux services de soutien nécessaires, une philosophie de gestion évolutive ainsi qu'une abordabilité et un éventail de choix.

Les services peuvent être dispensés grâce à une combinaison de mesures sur place ou à

l'extérieur, et rendus accessibles aux résidents et à d'autres personnes âgées qui vivent dans le voisinage environnant. Un logement avec services de soutien qui dispose d'une grande diversité de services, comme les logements avec assistance, peut représenter une solution de rechange aux soins institutionnels.

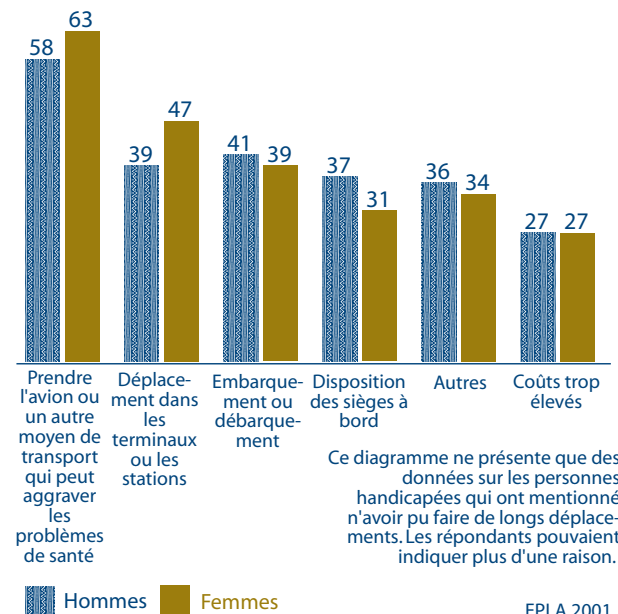
Lorsque la demande de soins nécessaire excède l'offre des soins formels et informels de la collectivité, il peut être nécessaire de faire appel à des soins gérés dans un hôpital ou une maison de soins infirmiers afin de répondre aux besoins de certains aînés handicapés.⁵²

TRANSPORT

Selon une récente étude de Transport Canada⁵⁵, des prévisions démographiques détaillées de la population canadienne de 2000 à 2026 indiquent d'importantes répercussions sur les services de transports accessibles à la population canadienne vieillissante. C'est parmi les groupes d'âge de 65 ans et plus, estime-t-on, que les taux de mobilité réduite seront les plus élevés.

L'EPLA a dégagé les principaux obstacles qui empêchent les aînés de voyager sur de longues distances. La figure 4.7 démontre que six aînés

4,7 Principaux obstacles aux déplacements de longue distance des aînés handicapés (%)



BOÎTE 4,6 COMOTRED 2007

Transport Canada présentera la 11e Conférence internationale pour la mobilité et le transport des personnes âgées ou à mobilité réduite (COMOTRED) intitulée « Analyse comparative, évaluation et vision pour l'avenir », qui se tiendra du 18 au 21 juin 2007, à Montréal. Cet événement, qui devrait attirer plus de 300 participants, permettra aux experts internationaux d'échanger des idées ainsi que des solutions novatrices et technologiques pour les besoins relatifs au transport des personnes âgées, handicapées ou ayant des besoins spéciaux.⁵⁴

handicapés sur dix (58 % des hommes et 63 % des femmes) ne peuvent voyager sur de longues distances, car le transport en avion ou en véhicule aggrave leur condition. Près de cinq femmes sur dix (46 %) et quatre hommes sur dix (38 %) qui ne peuvent voyager ont de la difficulté à se déplacer dans le terminal ou la station. L'embarquement ou le débarquement représentent un problème pour quatre aînés handicapés sur dix qui ne peuvent voyager sur de longues distances. La disposition et les coûts des sièges représentent également des obstacles au voyage. Les défenseurs des droits des personnes handicapées sont d'avis que les voyages sur de longues distances sont devenus plus difficiles durant les dernières années pour certaines personnes handicapées, notamment celles qui utilisent un fauteuil roulant.

Lorsqu'il s'agit de voyages locaux, environ un tiers des aînés handicapés doivent utiliser le transport en commun. Toutefois, environ 5 % de ces derniers ne peuvent voyager à l'aide du service de transport en commun, tandis que 10 % éprouvent des difficultés. Les principaux obstacles signalés sont les suivants : embarquer et débarquer des véhicules (48 %), atteindre ou trouver les arrêts d'autobus (32 %) et l'indisponibilité de ces services (26 %). Les femmes aînées handicapées sont plus susceptibles que les hommes d'avoir besoin

d'utiliser le transport en commun et d'éprouver des difficultés à le faire. Les aînés de 75 ans et plus ont plus tendance à avoir besoin du transport en commun et d'éprouver des difficultés à l'utiliser que les aînés plus jeunes.

Même si la majorité des aînés handicapés indiquent qu'ils doivent se déplacer localement en voiture, environ un aîné handicapé sur dix éprouve des difficultés à le faire ou en est incapable. Voici les motifs évoqués par les aînés handicapés qui les empêchent de voyager en voiture localement : le besoin d'un accompagnateur (32 %), l'insuffisance d'espace pour les fauteuils roulants ou tout autre équipement spécialisé (16 %) et le manque d'équipement approprié dans le véhicule (9,5 %).



« Nous vieillissons. Le transport est plus difficile. Certaines des personnes qui ne peuvent plus conduire n'aiment pas demander de l'aide et parfois, ils ne savent pas où s'adresser. Nous devons aider les gens à trouver les services disponibles ».⁵⁶

INFORMATION PRÉSENTÉE DANS DES MÉDIAS ADAPTÉS

Il y a un certain nombre de différents types de handicaps et de problèmes de santé qui peuvent limiter ou même empêcher l'accès à l'information imprimée de manière traditionnelle. Les environnements qui facilitent l'intégration complète exigent un accès facile et universel à l'information sur des médias adaptés. Les progrès technologiques des dernières années ont présenté aux personnes handicapées une diversité croissante de moyens de créer et d'échanger de l'information. Des logiciels spécialisés, le grossissement du contenu d'écrans, des systèmes de reconnaissance vocale et d'autres appareils électroniques font maintenant partie des vies d'un grand nombre de personnes handicapées. Toutefois, il pourrait se révéler inapproprié de communiquer de l'information en formats électroniques sur du matériel informatique dans le cas des aînés

handicapés. Seulement 11 % des aînés handicapés utilisent un ordinateur, tandis que 6,6 % utilisent Internet au moins une fois par année.⁵⁷

CONCLUSION

Les mesures de soutien à l'invalidité fournies directement aux personnes sous forme d'environnements accessibles jettent les assises de la pleine participation des aînés handicapés. Cette étude a permis de démontrer que la majorité des aînés disposent des mesures de soutien nécessaires; toutefois, il y a d'importantes lacunes, de même que plusieurs problèmes spécifiques.

Les données suggèrent que les aînés plus jeunes ont possiblement moins tendance à disposer des mesures de soutien dont ils ont besoin que les aînés plus âgés. Les aînés de tous les groupes d'âge, même s'ils sont plus susceptibles d'avoir besoin de mesures de soutien, ont plus tendance que les personnes handicapées en âge de travailler à voir leurs besoins comblés. Les obstacles financiers représentent le principal obstacle empêchant les aînés d'obtenir ce dont ils ont besoin, mais le refus de reconnaître une incapacité peut également en être un.

Il n'y a pas une grande différence entre les hommes et les femmes lorsqu'ils s'agit d'accéder à des mesures de soutien; toutefois, lorsqu'il s'agit d'aide personnelle, les hommes sont plus susceptibles que les femmes de dépendre de membres de leur famille, comme leurs épouses ou leurs enfants, pour obtenir de l'aide. Cette tendance est motivée par l'espérance de vie plus élevée des femmes, de même que par la perte graduelle de soutien informel, au fur et à mesure de leur vieillissement. Si on se penche sur l'avenir, la possible pénurie d'aidants naturels suscite d'importantes préoccupations, puisque les aînés handicapés verront leur nombre augmenter plus rapidement que les membres plus jeunes de leur famille.

MESURES GOUVERNEMENTALES AU SUJET DE L'ACCESSIBILITÉ DES MESURES DE SOUTIEN À L'INTENTION DES AÎNÉS HANDICAPÉS

SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUES ET DE LOGEMENT

- ▶ Logements adaptés : aînés autonomes
- ▶ Programme d'aide à la remise en état des logements pour les personnes handicapées
- ▶ Programme d'aide à la remise en état des logements — Logement accessoire / Pavillon-jardin
- ▶ Bâti-FlexMC
- ▶ Logements pour les personnes atteintes de démence (guide)
- ▶ Recherches pour encourager les innovations en matière de logements pour personnes âgées*

COMMISSION CANADIENNE DES DROITS DE LA PERSONNE

- ▶ Étude sur la disponibilité des services du gouvernement du Canada destinés aux personnes malentendantes

OFFICE DES TRANSPORTS DU CANADA

- ▶ Règlements relatifs à l'accessibilité des modes de transport relevant de la compétence du gouvernement fédéral
- ▶ Assistance aux voyageurs handicapés
- ▶ Élaboration d'un code de pratiques relatif aux terminaux de transport dans le système de transport réglementé par le gouvernement fédéral*

FINANCES CANADA/AGENCE DU REVENU DU CANADA

- ▶ Déduction pour produits et services de soutien aux personnes handicapées
- ▶ Crédit d'impôt pour frais médicaux *

AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA

- ▶ Division du vieillissement et des aînés — activités de sensibilisation du public et de promotion de la santé*

TRANSPORT CANADA

- ▶ Cadre stratégique Droit devant*
- ▶ Ateliers canadiens pour les spécialistes de la réadaptation à la conduite automobile *
- ▶ Recherches sur les Systèmes de transports intelligents (STI) embarqués*

MINISTÈRE DES ANCIENS COMBATTANTS

- ▶ Programme pour l'autonomie des anciens combattants
- ▶ Conseil consultatif de gérontologie*
- ▶ Projet de recherche sur les Soins continus (de concert avec le Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario)
- ▶ Info-*aînés Canada* et le Réseau du Portail commun des aînés (de concert avec le gouvernement de l'Ontario et quatre collectivités)*

* Ces programmes ne visent que partiellement les personnes handicapées. Voir la discussion au sujet des « mesures de soutien qui ciblent partiellement les personnes handicapées », au chapitre 9.

CHAPITRE 5

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

FAITS SAILLANTS

- ▶ Les personnes, qu'elles aient une incapacité ou non, qui mènent une vie active sont plus susceptibles de demeurer indépendantes et autonomes durant toute leur vie.
- ▶ Les aînés avec incapacité sont beaucoup plus susceptibles d'indiquer que leur santé est plutôt passable ou mauvaise.
- ▶ Les aînés avec incapacité qui ont en plus une maladie chronique sont particulièrement plus susceptibles d'avoir une moins bonne santé.
- ▶ Les aînés qui déclarent avoir des troubles cognitives ou émotionnels sont plus susceptibles d'avoir des restrictions à la participation qui nuisent à leur vie sociale.
- ▶ Le soutien social a un plus grand effet bénéfique sur la santé des aînés qui ont une incapacité que sur celle des aînés sans incapacité.
- ▶ Les chutes causent toujours les blessures les plus fréquentes chez les aînés qui ont une incapacité.
- ▶ Les aînés ayant une incapacité mais qui participent aux activités physiques, même d'une façon modérée, ont plus de chance d'avoir une meilleure santé.
- ▶ Le fait de ne pas recevoir les soins de santé nécessaires a un impact négatif sur l'état de santé des aînés ayant une incapacité que sur celui des aînés qui n'en ont pas.
- ▶ Le lien positif entre le revenu, l'éducation et la santé est plus fort chez les aînés ayant une incapacité que chez les aînés sans incapacité.
- ▶ À l'aide des mesures de soutien appropriées, les aînés qui ont une incapacité peuvent jouir d'une qualité de vie équivalente à celle du reste de la population d'aînés.

Grâce aux mesures de soutien appropriées, les aînés handicapés peuvent jouir d'une qualité de vie équivalente à celle des aînés non handicapés.

LES LIENS entre le vieillissement, l'incapacité et la santé sont complexes. Cependant, une différence essentielle doit être établie entre le vieillissement comme processus normal du cycle de la vie et le « vieillissement pathologiques » causé par des blessures ou des problèmes de santé incapacitants.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé non seulement en terme d'une absence de maladie, mais comme un processus qui comprend le bien-être mental, physique et social, de même que la capacité de participer pleinement à la société. La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) définit l'incapacité comme le résultat de l'interaction entre les facteurs contextuels (facteurs environnementaux et personnels) et la condition de santé, qui se traduit par des limitations d'activités et des restrictions de participation. Même si la mauvaise santé et le vieillissement peuvent parfois entraîner un handicap, le contraire n'est pas nécessairement vrai.

Les personnes, qu'elles aient ou non une incapacité, qui mènent une vie active sont plus susceptibles de demeurer indépendant et autonome durant toute leur vie

Selon l'OMS «en ce qui concerne les personnes âgées, la qualité de la vie est largement déterminée par la capacité à conserver son autonomie et son indépendance»⁵⁸. Avec l'âge, l'indépendance des personnes atteintes d'incapacité risque d'être compromise. Les maladies chroniques, certaines conditions

mentales, les traumatismes, les facteurs du comportement individuel et les facteurs environnementaux peuvent avoir un impact sur la santé des aînés ayant une incapacité. Néanmoins, certains choix, comportements et facteurs environnementaux peuvent favoriser le plein développement physique, mental et social des personnes vieillissantes. L'OMS emploie la notion de «vieillir en restant actif» pour désigner le processus selon lequel il serait possible d'éviter ou de retarder l'apparition ou le développement de maladies et de problèmes de santé chroniques.

Ce chapitre est consacré à l'identification de quelques facteurs qui, dans leur interaction, peuvent avoir un impact sur la santé et le bien-être des aînés ayant une incapacité. Il présente également une perspective sur ce qui détermine le « vieillissement réussi » et explore les divers effets des problèmes de santé entraînés par le vieillissement sur la qualité de vie.

INDICATEURS

BOÎTE 5.1 INDICATEURS DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE

- ◆ État de santé
- ◆ L'impact des maladies chroniques
- ◆ L'impact des conditions mentales
- ◆ L'impact de la violence et de la négligence
- ◆ L'impact des blessures
- ◆ L'impact des facteurs de comportement individuel
- ◆ L'impact des facteurs environnementaux

Indicateurs supplémentaire

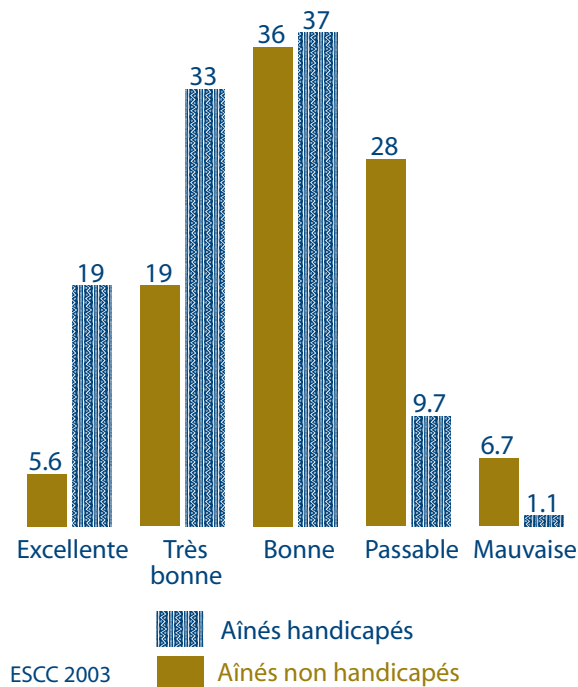
- ◆ Qualité de vie liée à la santé

L'ÉTAT DE SANTÉ

Les aînés handicapés sont beaucoup plus susceptibles d'indiquer que leur santé est passable ou mauvaise.

L'autoévaluation de la santé est l'un des moyens les plus répandus pour juger l'état de santé d'une population. Les personnes handicapées qui répondent à une enquête sont invitées à évaluer leur propre santé en fonction d'une échelle comportant les options suivantes : excellente, très bonne, bonne, passable, mauvaise. Comme l'indique la figure 5.1, parmi les personnes handicapées âgées de 65 ou plus, 35% déclarent que leur santé est passable ou mauvaise, comparativement à 11% des personnes non handicapées. Tel qu'indiqué en 2004, une tendance semblable se dégage pour toute la population d'adultes puisque les adultes handicapés plus jeunes sont également plus susceptibles de déclarer une santé passable ou mauvaise que les personnes non handicapées. Les aînés handicapés et non handicapés sont plus susceptibles de déclarer un état de santé inférieur à celui des personnes en âge de travailler.

5.1 Autoévaluation de la santé des aînés (%)



L'IMPACT DES MALADIES CHRONIQUES

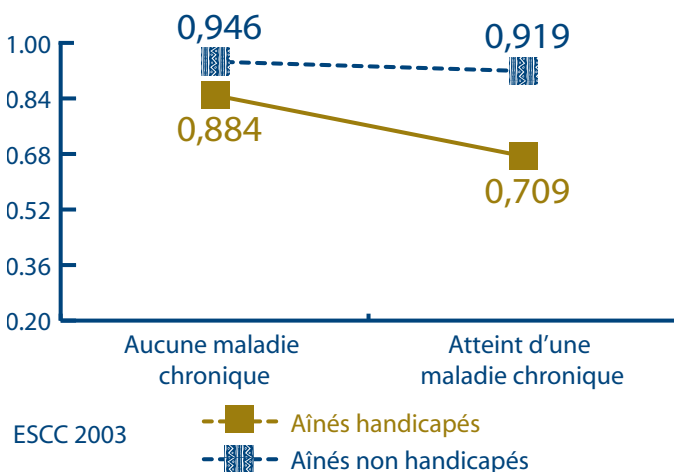
Les recherches démontrent que les facteurs tels que les maladies chroniques,⁵⁹ les problèmes de santé mentale et les problèmes psychologiques, les traumatismes, les facteurs de comportement individuel et les facteurs socioéconomiques ont tous une incidence sur la santé. Le rapport fédéral de 2004 sur les personnes handicapées a étudié les liens entre ces facteurs et l'état de santé des personnes handicapées âgées de 15 ans et plus⁶⁰. Le rapport de cette année examine en profondeur les mêmes liens à l'égard des aînés.

Afin d'examiner ces liens, la santé est mesurée à l'aide de l'Indice de l'état de santé (HUI) de l'Université McMaster, le même indice utilisé dans le rapport de 2004⁶². L'indice HUI qui permet de mesurer les aspects fonctionnels de la santé physique, mentale et émotionnelle. On considère que les valeurs de l'indice HUI de plus de 0,8 représentent une bonne ou une excellente santé.

Les aînés ayant une incapacité et qui ont une maladie chronique sont particulièrement plus susceptibles d'avoir une moins bonne santé.

De nombreuses maladies et états peuvent mener à des incapacités à long terme, c'est-à-

5,2 Maladies chroniques et l'indice de l'état de santé (IES)



dire à des limitations d'activités et des restrictions à la participation. Dans le rapport de 2004, les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC, cycle 2-1 2003) montrent que les états chroniques sont associés à 87 % des incapacités⁶³. Selon la même source, 96% des personnes handicapées âgées de 65 ou plus déclarent avoir des conditions chroniques. Mesuré par (IES), l'état de santé fonctionnel de ces personnes est significativement moins bon (IES= 0,707) comparativement à celui des personnes handicapées de même âge qui n'ont pas de conditions chronique (IES= 0,884). Les aînés non handicapés jouissent globalement d'une meilleure santé, toutefois, on a observé une certaine détérioration de la santé fonctionnelle chez les personnes atteintes d'une maladie chronique.



« J'avais de la difficulté à simplement me lever. La dame a mentionné quelque chose au sujet de l'arthrite et je lui ai dit : « Ce n'est pas l'arthrite vous savez, c'est mon vieil âge qui me dérange. » Elle m'a ensuite dit : « Oh, vous avez quel âge, environ 75 ou 76 ans? » Je lui ai répondu : « Mais non, j'ai plus de 90 ans! »⁶⁴(Hannah, 90 ans)

L'IMPACT DES CONDITIONS MENTALES

TROUBLES COGNITIFS ET AFFECTIFS

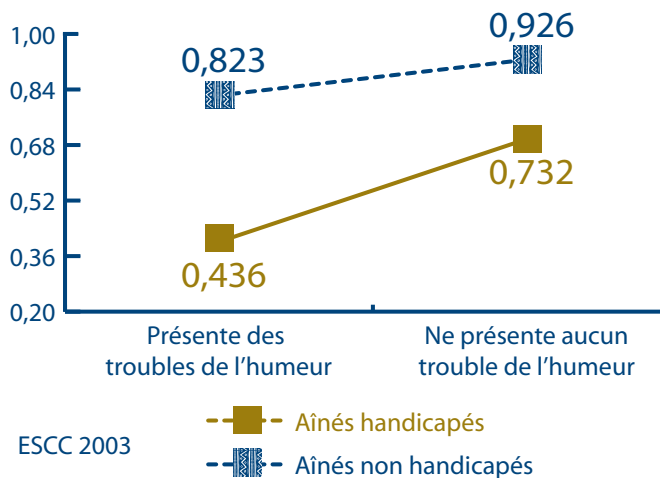
Les aînés qui déclarent avoir des troubles cognitifs ou émotionnels sont plus susceptibles d'avoir des restrictions à la participation qui nuisent à leur vie sociale.

Les conditions mentales peuvent toucher tout le monde, peu importe le niveau de revenu, la scolarité ou l'origine ethnoculturelle. De nombreux facteurs interdépendants peuvent entraîner des maladies mentales. Souvent, par exemple, les personnes atteintes de problèmes

chroniques de santé physique peuvent avoir des troubles d'anxiété ou de dépression.

On ne peut pas se fier aux résultats des enquêtes pour bien saisir l'impact de la maladie mentale, des troubles d'apprentissage, cognitifs ou de mémoires, car les personnes âgées ont tendance à ne pas révéler ces problèmes. Par exemple, selon les données de l'ESCC. Cycle 2.1, seulement 0,8% des personnes âgées de 65 et plus déclarent avoir ce genre de limitations fonctionnelles. Toutefois, l'analyse de ces mêmes données révèle que les personnes qui déclarent avoir des troubles d'ordre cognitif ou émotionnel sont respectivement 1,27 et 1,45 plus susceptibles de déclarer avoir des restrictions de participation dans la vie sociale. Selon les mêmes sources, l'état de santé des aînés qui déclarent avoir une incapacité et un trouble d'humeur est moins bon que celui des aînés qui n'ont aucun de ces problèmes (l'IES est respectivement de 0,436 et 0,732) (voir la figure 5.3).

5,3 Troubles de l'humeur et l'indice de l'état de santé (IES)



L'une des raisons principales d'étudier les problèmes de santé mentale chez les aînés est les liens possibles entre ces problèmes et la détérioration des capacités cognitives de ces gens. Selon l'OMS, « souvent, la détérioration des fonctions cognitives est le résultat d'un manque d'utilisation (manque de pratique), de la maladie (par exemple, la dépression), de facteurs comportementaux (tels que la

consommation d'alcool et de médicaments), de facteurs psychologiques (tels que le manque de motivation ou les faibles attentes), du manque de confiance et de facteurs sociaux (par exemple, la solitude et l'isolement), plutôt que le vieillissement en soi ».

La promotion de la santé mentale est un facteur clé pour améliorer ce type de santé chez les aînés handicapés. Cette promotion peut être conçue comme un processus de renforcer la capacité des individus et des collectivités de se prendre en main et d'améliorer leur santé mentale. L'augmentation de l'estime de soi, des habiletés d'adaptation et le soutien social peuvent faire partie de cette promotion de façon à permettre aux aînés handicapés d'interagir avec leurs environnements et d'améliorer leur vie sur le plan émotionnel et spirituel⁶⁵

SOUTIEN SOCIAL

Le soutien social a un plus grand effet bénéfique sur la santé des aînés ayant une incapacité que sur celle des aînés sans incapacité.

Le manque du soutien social chez les aînés est souvent associé à une moins bonne santé et à un bien-être amoindri. Par contre, les personnes qui sont moins isolées, qui ont des relations intimes satisfaisantes et qui profitent des réseaux de soutien des aidants familiaux ou professionnels existants peuvent jouir d'une bonne santé mentale et physique. La recherche montre que l'amélioration du soutien social a de fortes chances de favoriser un meilleur état de santé chez les aînés avec que eux sans incapacité.⁶⁶

L'impact de la violence et de la négligence

La violence peut avoir des effets graves sur la santé des personnes handicapées. Comme il n'existe pas de collecte régulière et complète des données, à l'échelle nationale, sur la violence concernant les personnes handicapées âgées et

que ce phénomène a été abordé dans le rapport de 2004, il est suggéré aux lecteurs intéressés de bien vouloir consulter ce rapport pour en savoir plus.⁶⁷

L'IMPACT DES BLESSURES

Les chutes causent toujours les blessures les plus fréquentes chez les aînés handicapés.

BOÎTE 5,2 LE RAPPORT SUR LES CHUTES CHEZ LES AÎNÉS AU CANADA

Le 7 novembre 2005, l'ASPC a diffusé le Rapport sur les chutes des aînés au Canada. Ce rapport présente une analyse détaillée des données nationales sur les blessures et les décès liés aux chutes des Canadiennes et Canadiens de 65 ans et plus; il souligne les facteurs de risque et les pratiques exemplaires concernant la prévention des blessures des aînés qui vivent dans la communauté et dans des institutions.⁶⁹

Les traumatismes et les blessures graves représentent une cause importante d'incapacité chez les aînés. Tel qu'indiqué à la figure 5.4, les blessures ont un effet dramatique sur la santé des aînés handicapés. Les aînés handicapés qui n'ont jamais eu de blessures graves ou de traumatismes importants ont un état de santé qui est meilleur que celui des aînés qui en ont eu. Les résultats présentés dans cette figure suggèrent que l'état de santé se détériore avec le nombre de blessures. Cette tendance est identique à celle présentée dans le rapport de 2004 pour toutes les personnes handicapées. Toutefois, les niveaux de santé correspondants des aînés sont considérablement inférieurs. Tel qu'indiqué à la figure 5.4, les blessures ne semblent pas avoir les mêmes effets sur l'état de santé des aînés non handicapés; probablement, en raison d'un rétablissement plus rapide, car les blessures n'ont entraîné aucune limitation au départ. Ce phénomène mérite de faire l'objet d'une étude plus approfondie.

BOÎTE 5,3 DIFFÉRENTES FORMES D'ABUS

La négligence est la mauvaise volonté d'un aidant ou d'un soignant de répondre aux besoins d'un aîné qui ne peut pas subvenir à ses propres besoins. Elle désigne des comportements qui consistent notamment à priver les aînés de la nourriture, la prise des médicaments, les soins médicaux, la thérapie, les soins infirmiers, l'utilisation des produits médicaux, l'aide à se vêtir ou de l'accès des visiteurs.

L'exploitation financière, également reconnue comme l'exploitation matérielle ou le mauvais traitement relatif aux biens, comprend le vol d'argent ou des biens, la contrefaçon d'une signature sur un chèque de pension ou sur des documents juridiques, l'utilisation de fausse procuration et l'utilisation de la force ou de l'escroquerie pour soutirer les biens d'un aîné.

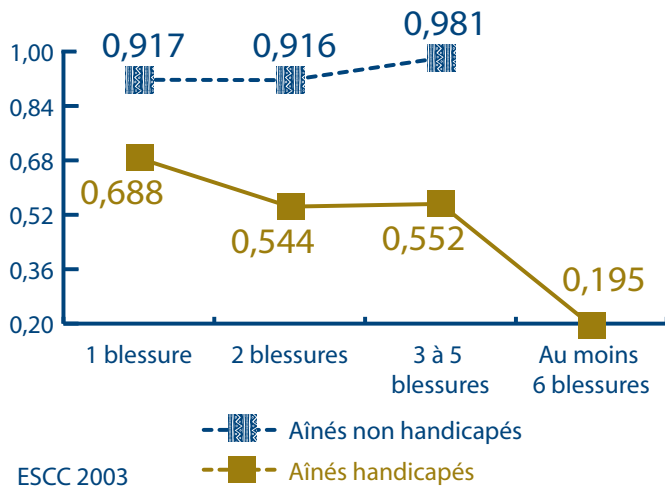
La violence psychologique peut affecter le sentiment d'identité, la dignité et l'estime de soi de l'aîné. Mentionnons par exemple, les insultes, les hurlements, les menaces, l'intimidation, les injures, l'indifférence, l'isolement, l'exclusion des événements importants et la privation des droits.

La violence physique consiste à infliger des blessures, de la douleur ou un inconfort physique. Elle comprend les comportements et les actions comme les claques, les coups, les coups de poing, battre, brûler, les agressions sexuelles et les traitements brutaux.

Les spécialistes du domaine des abus envers les aînés reconnaissent également d'autres formes d'abus, y compris l'abus dans le milieu médical, institutionnel, ainsi que les violations des droits civils et de la personne.⁶⁸

En 2003, les chutes involontaires représentaient la principale cause de blessures pour six aînés sur dix (62 %)⁷⁰. Les chutes étaient la cause d'environ neuf admissions à l'hôpital sur

5,4 Blessures et l'indice de l'état de santé (IES)



dix (85 %) chez les aînés.

Les blessures liées à des chutes représentent une sérieuse préoccupation en matière de santé pour les aînés; entraînant souvent des incapacités à long terme. La population d'anciens combattants du Canada est proportionnellement plus âgée et elle a une moins bonne santé que le reste de la population des aînés. On estime qu'environ un tiers de tous les aînés, y compris les anciens combattants, feront au moins une chute cette année⁷¹. En 2003, sept femmes aînées handicapées sur dix (66 %) attribuaient leurs blessures à des chutes, comparativement à cinq hommes aînés handicapés sur dix (53 %).



« Parfois, je suis assis sur le canapé et j'aimerais aller chercher un article dans la cuisine. Je dois décider si l'article que je veux vaut l'effort de me lever et d'utiliser ma « marchette ». C'est épuisant de déplacer cette « marchette ». Je ne me déplace pas, car je dois faire des efforts et je crains de faire une chute. »⁷²

L'IMPACT DES FACTEURS DE COMPORTEMENT INDIVIDUEL

BOÎTE 5,4 VIEILLIR EN RESTANT ACTIF : CADRE D'ORIENTATION

Il est important à tous les stades de l'existence d'adopter un mode de vie favorable à la santé et de participer activement à sa propre prise en charge. L'un des mythes de la vieillesse consiste à dire que c'est une période de la vie où il est trop tard pour adopter des modes de vie favorables à la santé. Au contraire, avoir une activité physique adéquate, manger sainement, ne pas fumer, user de l'alcool et des médicaments avec modération, peuvent éviter la maladie et le déclin fonctionnel, accroître la longévité et améliorer la qualité de la vie.— Vieillir en restant actif : cadre d'orientation Organisation mondiale de la santé. (2002)⁷³

Les déterminants de la santé sont maintenant bien documentés et bien étudiés. On sait que les facteurs personnels comme l'âge, le sexe et la génétique sont des facteurs de risque importants, mais les facteurs liés au comportement individuel (comme par exemple le tabagisme, la consommation d'alcool, le manque d'exercice physique et l'alimentation malsaine) peuvent aussi avoir un effet sur l'état de santé. On sait maintenant que l'activité physique a un effet considérable sur la plupart des autres facteurs de risque, dans ce rapport, il sera donc question seulement de ce facteur.



« On peut avoir une idée sur ce qui nous rend heureux. On peut avoir une vie intéressant ou pas. La participation n'est pas nécessairement physique. Malgré l'aggravation de ma vision, je dois continuer à faire face aux obstacles afin de pouvoir continuer à fonctionner et faire ce que j'aime faire. Toutefois, la plupart de mes activités

prennent la forme de réflexions, dans mon monde intérieur. Ces activités n'ont rien de physique. »⁷⁴ (Don, 83 ans)

Les aînés handicapés qui participent aux activités physiques, même d'une façon modérée, ont plus de chance d'avoir une meilleure santé.

Les aînés peuvent tirer profit de l'activité physique en améliorant leur flexibilité, leur force, leur équilibre et leur santé cardio-vasculaire. L'activité physique est également importante pour éviter ou retarder l'apparition d'états secondaires invalidants comme l'accident cérébrovasculaire, la coronaropathie ou le diabète. La figure 5.5 montre que l'activité physique a un effet positif sur la santé des aînés handicapés. La différence entre l'état de santé des personnes actives (IES3 = 0,819) et sédentaires (IES3 = 0,704) est statistiquement significative. En d'autres termes, les aînés handicapés qui sont physiquement actives sont généralement en meilleure santé⁷⁵. Tenant compte du fait que certains aînés handicapés ne peuvent pas faire des exercices, la figure 5.5 soutient l'importance de tenter de faire un minimum d'activité physique modérée. De plus, les liens entre la santé, l'activité physique et les niveaux de santé sont très

semblables à ceux examinés chez la population globale de personnes handicapées dans le rapport de 2004.

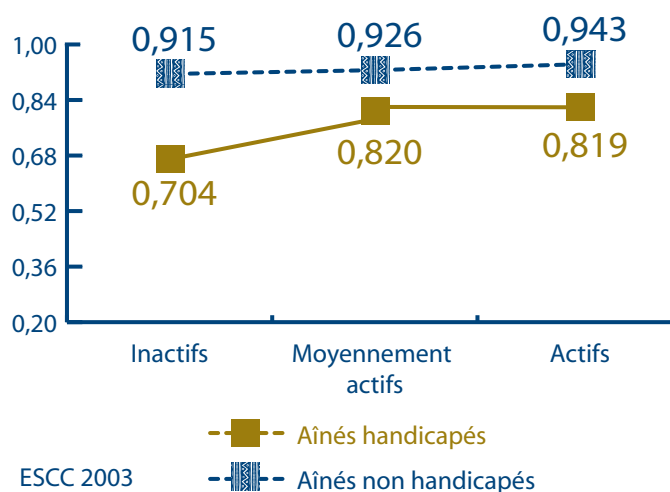
L'IMPACT DES FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

Dans le rapport 2004, il a été question de l'impact des facteurs environnementaux sur l'état de santé des personnes handicapées en général, y compris les aînés. En effet, les facteurs environnementaux peuvent être des « obstacles » qui nuisent à l'état de santé et au bien-être ou des « moyens » qui permettent l'accès à un mode de vie plus actif. La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) définit les obstacles comme des facteurs qui sont liés à l'environnement de la personne et qui limitent le fonctionnement de cette dernière et engendrent des conditions de handicap. Les facteurs comme le revenu l'éducation et l'accès aux services de santé peuvent constituer soit des « obstacles » empêchant ou des « moyens » favorisant le bien-être des personnes handicapées âgées.

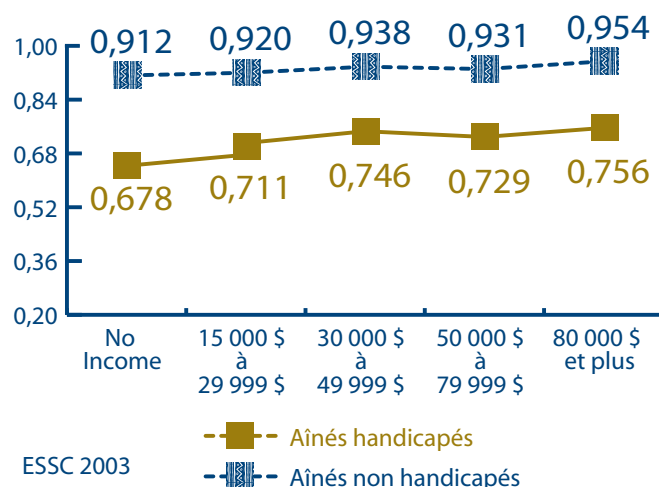
REVENU ET ÉDUCATION

Le lien positif entre le revenu, l'éducation et la santé est plus fort chez les aînés ayant une incapacité que chez les aînés sans incapacité.

5,5 Activité physique et l'indice de l'état de santé (IES)

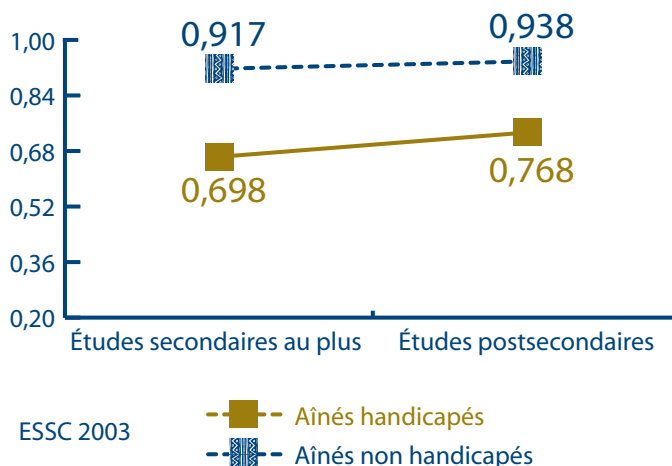


5,6 Revenus et l'indice de l'état de santé (IES)

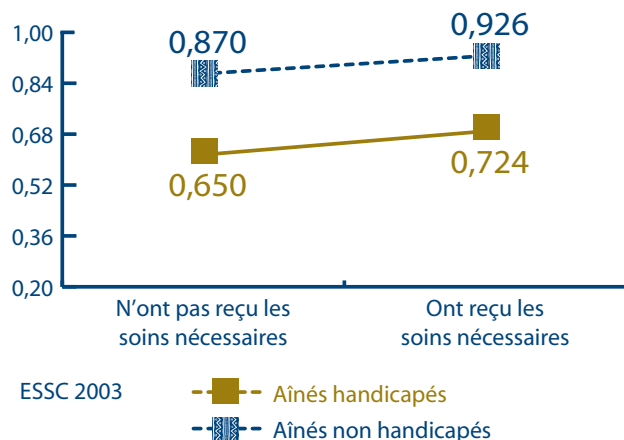


La recherche sur la population générale montre que les gens qui ont en moyenne un revenu et un niveau d'instruction élevés sont généralement en meilleure santé. La figure 5.6 montre un lien positif entre le revenu du ménage des aînés handicapés et leur santé: Par ailleurs cet effet est encore plus fort chez les personnes handicapées âgées de 15 et plus (voir le rapport fédéral de 2004). La figure 5.7 montre la même tendance mettant en évidence l'effet positif du niveau d'instruction sur l'état de santé. Cependant, il faut noter que malgré cet effet positif, l'IES ne dépasse pas le score de 0,8, au dessus duquel l'état de santé est considéré comme bon ou excellent.

5,7 Études et l'indice de l'état de santé (IES)



5,8 Accès aux soins de santé et l'indice de l'état de santé (IES)



liées au vieillissement. L'obtention des soins de santé nécessaires est primordiale pour le maintien des aînés handicapés en bonne santé.

La figure 5.8 montre que le fait de ne pas recevoir les soins de santé nécessaires a un impact négatif sur l'état de santé des aînés handicapés que sur celui des aînés non handicapés et que cet impact est beaucoup plus importante que celui observés auprès de la population générale de personnes handicapées (voir le rapport de 2004). Toutefois, l'indice HUI des personnes qui reçoivent les soins de santé nécessaires se trouve toujours sous la barre de 0.8, le niveau qui indique habituellement une très bonne une excellente santé.

ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

Le fait de ne pas recevoir les soins de santé nécessaires a un impact négatif sur l'état de santé des aînés ayant une incapacité que sur celui des aînés sans incapacité.

Les aînés sont plus susceptibles de consulter un médecin ou un autre professionnel de la santé que la plupart des autres adultes. Outre la consultation liée à des problèmes de santé pouvant toucher la majorité de la population, les aînés font souvent appel aux services de professionnels de la santé pour des conditions

QUALITÉ DE VIE LIÉE À LA SANTÉ

Il n'y a pas de consensus concernant le concept de la qualité de vie. Toutefois, le cadre de « vieillir en restant actif » de l'OMS indique que la qualité de vie est étroitement liée à la capacité de participer pleinement aux activités de la vie quotidienne. Il faut bien faire la différence entre le concept de la qualité de vie qui se situe dans un spectre plus large (englobant de multiples facteurs comme les facteurs socioéconomiques, environnementaux) et celui de la qualité de vie liée à la santé. « En général, le terme qualité de vie est utilisé pour désigner les retentissements physiques, psychologiques et sociaux d'une pathologie sur la vie d'un patient »⁷⁶

TABLEAU 5,1 : Dimensions du SF-36

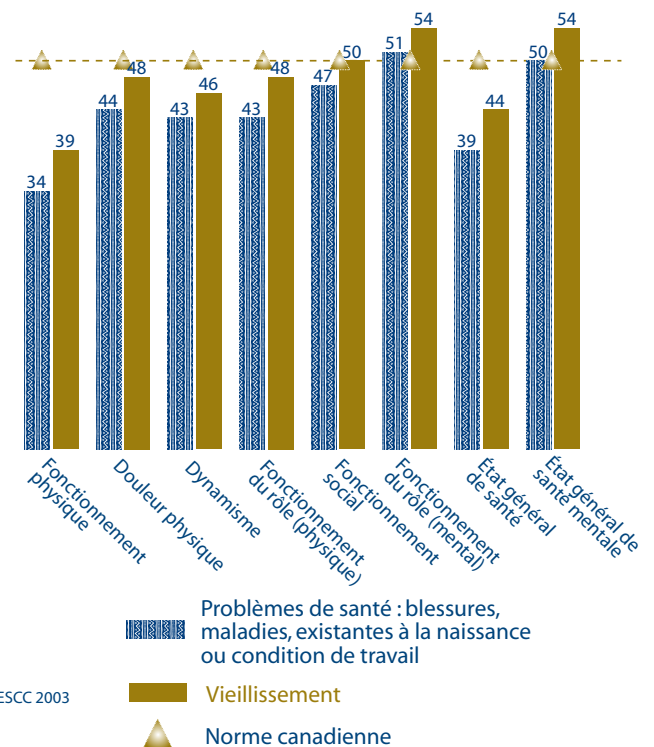
NOM DE L'ÉCHELLE	CONTENU
Fonctionnement physique	Mesure les limitations d'activités comme marcher, monter des escaliers, se pencher, soulever des objets et faire un effort physique
Limitations du rôle attribuées à des problèmes physiques	Mesure l'intensité de la difficulté et la gêne dans les activités de la vie quotidienne dues aux problèmes de santé physique
Douleurs physiques	Mesure l'intensité de la douleur.
Perception générale de la santé	Auto-évaluation de la santé générale et de la résistance à la maladie
Vitalité (énergie et fatigue)	Mesure la vitalité, l'énergie et la fatigue.
Fonctionnement social	Mesure les limitations face aux activités sociales en raison de problèmes de santé mentale et de problèmes physiques
Santé mentale générale	Mesure la santé mentale : anxiété, dépression, émotion
Limitations du rôle attribuées à des problèmes émotionnels	Mesure l'intensité de la difficulté et la gêne dans les activités de la vie quotidienne dues aux problèmes de santé mentale

Le SF-36 représente l'outil le plus utilisé au monde pour mesurer la qualité de vie liée à la santé. Le SF-36 comprend 36 questions et représente une version abrégée du questionnaire (Étude sur l'état de santé) *Medical Outcomes Study (MOS)*, conçu pour servir dans le cadre d'enquêtes auprès de la population et d'études sur l'évaluation des politiques en matière de santé⁷⁷. Le SF-36 comprend des échelles qui visent à évaluer les huit dimensions de l'état de santé, tel qu'indiqué dans le tableau 5.1 ci-dessous.

Pour les aînés, la qualité de vie liée à la santé est synonyme d'autonomie et indépendance. Un niveau élevé de la qualité de vie, mesuré par le SF-36 reflète la capacité de fonctionner de façon autonome, de maintenir un niveau élevé d'une santé physique et mentale et une meilleure participation dans la vie sociale.

La figure 5.9 présente les différentes échelles mesurant la qualité de la vie liée à la santé selon la cause de la condition de santé. Toutes les échelles ont été transformées en score T (moyenne de 50) pour permettre la comparaison entre les échelles et la norme de la population

5.9 Qualité de vie liée à la santé (SF-36) en raison des problèmes de santé des aînés handicapés



canadienne. Les scores de cette dernière sont comparés à ceux des personnes dont l'incapacité est causée par le vieillissement, des blessures, d'une maladie ou d'une complication à la naissance.

Cette figure montre qu'à part les échelles de l'état mental général et des limitations dues à l'état mental, toutes les échelles sont en moyenne en dessous de la norme canadienne. Toutefois, le résultat le plus intéressant est celui qui montre que le vieillissement normal - c'est-à-dire qui ne s'accompagne pas de condition pathologique incapacitante (maladie, condition congénitale) - ne semble pas trop affecter la qualité de vie liée à la santé des aînés (sauf le fonctionnement physique et la vitalité qui sont respectivement environ 10 et 5 point en dessous de la norme). C'est donc le vieillissement accompagné de conditions pathologiques incapacitantes qui affecte le plus le fonctionnement physique et social des personnes âgées de 65 ou plus.

CONCLUSION

À l'aide des mesures de soutien appropriées, les aînés ayant une incapacité peuvent jouir d'une qualité de vie équivalente à celle du reste de la population d'aînés.

Que le résultat soit fondé sur l'indice d'auto-évaluation de l'état de santé ou sur l'indice de l'état de santé plus sophistiqué de l'Université McMaster, les aînés qui ont une incapacité ont aussi un état de santé moins bon que celui des aînés sans incapacité. Cette tendance est semblable à celle présentée dans le rapport de 2004.

Ce chapitre a montré que plusieurs facteurs affectent aussi bien la santé des personnes handicapées que celle des personnes non handicapées; la promotion de la santé peut donc être profitable aux deux groupes. L'effet positif d'un revenu adéquat, de l'éducation et de l'accessibilité des soins de santé est aussi

important. Les facteurs comportementaux comme l'activité physique et une bonne hygiène de vie semblent aussi avoir un effet positif sur la santé des aînés ayant des incapacités. Cet effet est souvent plus important que chez les aînés non handicapés et chez les personnes handicapées plus jeunes (voir les résultats du rapport de 2004).

Même si globalement, la santé des aînés handicapés est moins bonne que celle des aînés du même âge qui ne sont pas handicapés, ces résultats montrent que les premiers peuvent profiter d'une bonne qualité de vie si l'impact des conditions incapacitantes est atténué par des mesures de soutien appropriées.

MESURES GOUVERNEMENTALES RELATIVES À LA PROMOTION DE LA SANTÉ DES AÎNÉS AYANT UNE INCAPACITÉ

SANTÉ CANADA ET L'AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA

- ▶ Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains *
- ▶ L'initiative de lutte contre la violence familiale y compris le Centre national d'information sur la violence dans la famille *
- ▶ L'Initiative de prévention des chutes (Anciens Combattants Canada)*
- ▶ Fonds pour la santé de la population*
- ▶ Programme des services de santé non assurés*

MINISTÈRE DES ANCIENS COMBATTANTS

- ▶ Programme des prestations de traitement pour anciens combattants*
- ▶ Programme pour l'autonomie des anciens combattants
- ▶ Sécu-Retour : registre d'errance Alzheimer
- ▶ Hôpital Sainte-Anne

* Ces programmes visent seulement partiellement les personnes handicapées. Voir la discussion au sujet des « mesures de soutien qui ciblent partiellement les personnes handicapées » au chapitre 9.

CHAPITRE 6

REVENU

FAITS SAILLANTS

- ▶ Les femmes âgées ayant une incapacité ont tendance à avoir un revenu de ménage moyen inférieur à celui des autres âgés ainsi que celui de tous les autres groupes d'âge.
- ▶ En 2003, les femmes âgées ayant une incapacité avaient un revenu moyen après impôt de 37 637 \$, ce qui est considérablement inférieur à celui des hommes âgés avec incapacité (43 524 \$) et de 3 000 \$ inférieur au revenu moyen des femmes âgées sans incapacité.
- ▶ Trois âgés ayant une incapacité sur dix qui vivent seuls dans des logements loués ont un faible revenu.
- ▶ Sept âgés sur dix doivent dépendre de transferts gouvernementaux comme le Régime de pensions du Canada à titre de principale source de revenu.
- ▶ Les âgés avec incapacité ont deux fois plus de probabilité de vivre une insécurité alimentaire que les âgés sans incapacité.
- ▶ La valeur nette médiane des âgés sans incapacité qui soutiennent une famille est presque deux fois et demi plus élevée que celle des personnes sans liens familiaux; et cette différence est encore plus importante dans le cas des âgés qui ont une incapacité.

NOUS AVONS tous besoin d'argent pour assumer nos frais de subsistance, participer à nos activités et réaliser notre plein potentiel. Les personnes handicapées doivent souvent relever des défis particuliers en matière d'emploi; elles présentent généralement un niveau d'éducation inférieur, et doivent payer des frais supplémentaires liés à leur incapacité. Les âgés qui ont une incapacité à long terme se butent à des difficultés constantes pour s'assurer un revenu convenable, surtout s'ils n'ont pu

accumuler une pension ou des économies de retraite durant leurs années de travail. Les incapacités qui apparaissent après la retraite n'influent pas nécessairement sur les niveaux de revenu, mais ils peuvent entraîner de nouvelles dépenses.

Ce chapitre présente cinq indicateurs qui permettent de mesurer comment les âgés qui ont une incapacité issue du vieillissement ou qui vieillissent avec une incapacité à long terme peuvent combler leurs besoins en matière de revenu.

INDICATEURS

BOÎTE 6.1 INDICATEURS DE REVENU

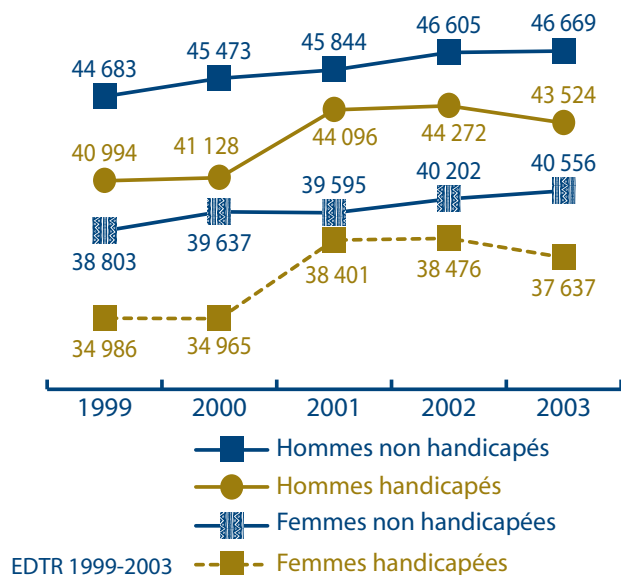
- ◆ Revenu du ménage
- ◆ Personnes qui vivent dans un ménage à faible revenu
- ◆ Principale source de revenu personnel
- ◆ Sécurité alimentaire
- ◆ Valeur nette

REVENU DU MÉNAGE

Les femmes âgées handicapées sont plus susceptibles d'avoir un revenu du ménage inférieur à celui des autres âgés et des autres groupes d'âges.

Les âgés, avec ou sans incapacité, ont un revenu du ménage moyen inférieur à celui des adultes des autres groupes d'âges. Toutefois, il est difficile de comparer le revenu familial des âgés de différentes catégories d'âge car les âgés — avec ou sans incapacité — n'ont généralement pas beaucoup de dépenses à

6,1 Revenus du ménage après impôts des aînés (\$)



faire : ils n'ont pas d'enfants à soutenir, n'ont pas de dépenses liées à l'emploi, ne contribuent pas à un régime de pension et paient moins d'impôts.⁷⁸

Toutefois, les aînés ayant une incapacité sont généralement plus susceptibles de vivre seuls, ce qui augmente le risque de vivre avec un revenu du ménage inférieur. Les femmes aînées handicapées en particulier, dont un grand nombre a une espérance de vie plus longue que celle de leur partenaire, sont encore plus susceptibles de vivre seules et d'avoir donc un faible revenu.

La figure 6.1 présente les différences en matière de revenu annuel moyen des aînés avec ou sans incapacité⁷⁹. Elle indique que les femmes, handicapées ou non, ont un revenu du ménage inférieur à celui des hommes parce qu'elles ont tendance à vivre seules et à ne pas avoir de revenu d'un régime de pension privé pour arrondir les prestations du gouvernement. Tous les chiffres liés aux revenus des ménages ont augmenté progressivement, mais les écarts observés dans les données de 1999 sont similaires à celles de 2003. En 2003, le revenu du ménage moyen des hommes aînés ayant des incapacités était de 43 524 \$, tandis que celui des femmes aînées handicapées n'était que de 37 637 \$. Les hommes et les femmes handicapés ont un revenu moyen qui est de d'environ 3 000 \$

inférieur à celui des les hommes et les femmes aînés qui n'ont pas d'incapacité.

En 2003, les femmes aînées handicapées disposaient d'un revenu après impôt considérablement inférieur (37 637 \$) à celui de leurs homologues masculins (43 524 \$) — et elles ont un revenu de 3 000 \$ inférieur à celui des femmes aînées n'ayant pas d'incapacité.

PERSONNES QUI VIVENT DANS UN MÉNAGE À FAIBLE REVENU

Trois aînés handicapés sur dix qui vivent seuls dans un logement loué ont un faible revenu.

Les taux de faible revenu chez les aînés sont demeurés relativement stables depuis les cinq dernières années; le taux de personnes qui vivent dans des ménages à faible revenu suit une tendance légèrement à la baisse. Les écarts liés au sexe et à la présence ou non d'une incapacité sont demeurés relativement stables entre 1999 et 2003.

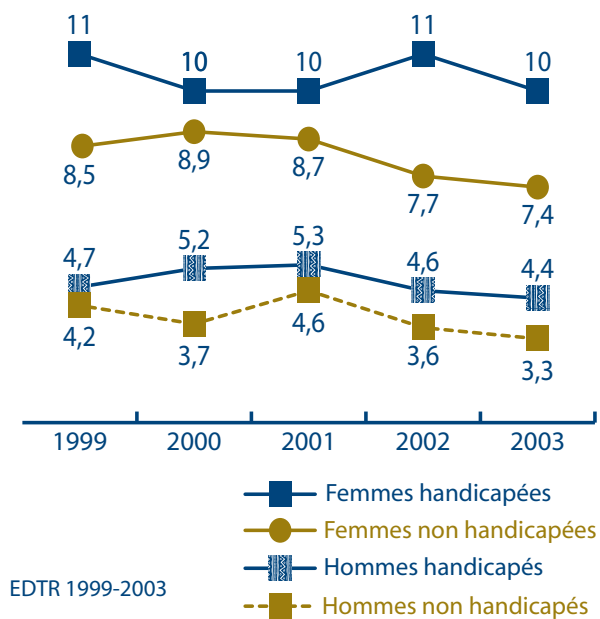
Le seuil de faible revenu (SFR) de Statistique Canada est une mesure relative établie en fonction du pourcentage de revenu dépensé pour satisfaire les besoins essentiels d'une famille moyenne. Le SFR après impôt est établi en fonction de la proportion de revenus annuels après impôt (revenu total comprenant les transferts gouvernementaux après la déduction de l'impôt sur le revenu) dépensé pour les besoins fondamentaux (nourriture, vêtements et logement). Un ménage qui consacre 20 % de plus qu'une famille moyenne à la satisfaction des besoins essentiels est considéré comme un ménage vivant sous le seuil de faible revenu. Le SFR est ajusté en fonction du lieu de résidence et de la taille du ménage.

La figure 6.2⁸⁰ montre que chez les aînés, en 2003, les femmes avec incapacité étaient plus susceptibles de vivre dans un ménage à faible revenu (10%) que les femmes sans incapacité

(7,4%), les hommes avec incapacité (4,4%) ou les hommes sans incapacité (3,3%). Tel que l'indique le rapport de 2004, les personnes handicapées en âge de travailler sont considérablement plus susceptibles de vivre dans un ménage à faible revenu. Cette situation est attribuable au fait que les aînés handicapés profitent du système de sécurité du revenu que le Canada a établi pour tous les aînés.

Les taux indiqués à la figure 6.2 sont des taux globaux qui s'appliquent aux aînés qui vivent seuls et aux aînés qui vivent avec un conjoint ou un membre de leur famille. Les femmes et les hommes qui vivent seuls sont toutefois beaucoup plus susceptibles d'avoir des faibles revenus. Par exemple, en 2002, 20 % des femmes aînées et 18 % des hommes aînés ayant des incapacités et qui vivaient seuls avaient des revenus inférieurs au SFR. Ces taux de faible revenu atteignent 27% parmi les hommes et les femmes aînés avec incapacité qui sont locataires plutôt que propriétaires. Le fait de vivre seul coïncide aussi avec les taux plus élevés de faible revenu chez les aînés sans incapacité (17 % chez les femmes et 15% chez les hommes).

6,2 Aînés vivant sous le seuil de faible revenu après impôts (%)

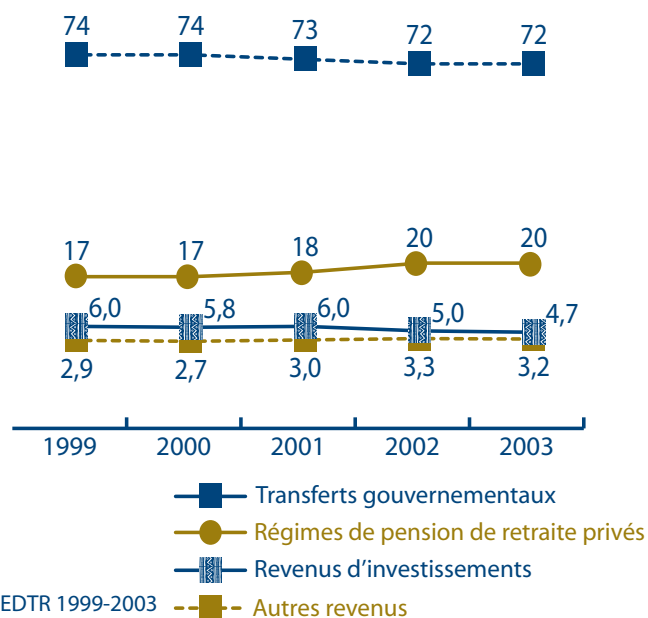


PRINCIPALE SOURCE DE REVENU PERSONNEL

Les transferts gouvernementaux comme le Régime de pensions du Canada constituent la principale source de revenu de sept aînés handicapés sur dix.

Le revenu peut provenir d'une diversité de sources, mais un historique d'employé rémunéré à plein temps représente le plus grand déterminant

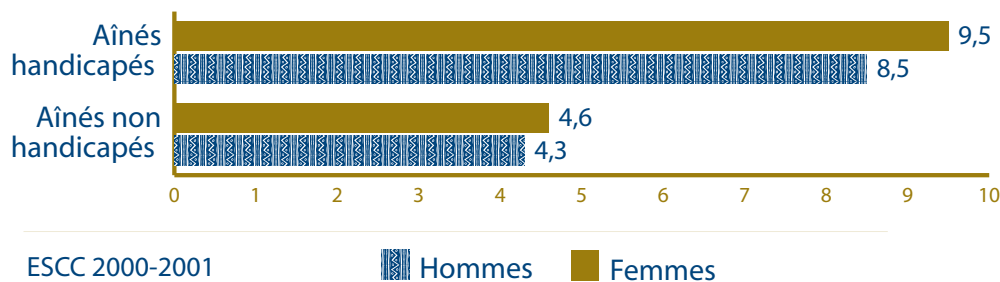
6,3 Principale source de revenu personnel des aînés handicapés (%)



de revenu personnel supérieur, et ce, même après la retraite. Durant leurs années de travail, les aînés sans incapacité sont plus susceptibles d'avoir été membres de la population active pour la majorité de leurs années en âge de travailler. Les aînés handicapés à long terme n'ont peut-être pas eu un parcours régulier sur le marché du travail, ce qui peut avoir des répercussions directes sur le revenu qu'ils touchent lorsqu'ils sont aînés.

Le revenu de la majorité des aînés avec incapacité provient de sources autres que la rémunération, notamment le Régime de pensions du Canada, ou les autres régimes de pension privée de retraite. La figure 6.3 démontre qu'en 2003, 72 % des aînés ayant une incapacité

6,4 Insécurité alimentaire au sein des aînés (%)



dépendaient de transferts gouvernementaux comme principale source de revenu et 20 % comptaient sur des pensions privées de retraite comme principale source de revenu. Ces chiffres se comparent à 63 % et 26 % des aînés non handicapés. Les revenus de placements constituent la principale source de revenu d'une minorité des aînés handicapés. La figure démontre également une légère baisse de la dépendance sur les transferts gouvernementaux au profit des épargnes privées de retraite entre 1999 et 2003.

SÉCURITÉ ALIMENTAIRE

Les aînés handicapés sont deux fois plus susceptibles d'éprouver une insécurité alimentaire que les aînés non handicapés

L'examen de la capacité des personnes de se payer ce qu'il faut pour combler le besoin le plus fondamental — une alimentation suffisante, saine et nutritive — fournit une importante mesure de la suffisance d'un revenu. L'ESCC présente une analyse permettant de déterminer si les répondants handicapés et non handicapés ont vécu une insécurité alimentaire au moins une fois dans une année. L'enquête définit l'insécurité alimentaire comme l'inquiétude liée au manque de nourriture, à l'incapacité de se procurer des aliments variés de qualité en raison d'une insuffisance monétaire. La figure 6.4 démontre que les aînés handicapés sont deux fois plus susceptibles d'éprouver ce type d'insécurité que les aînés non handicapés. Même si les femmes

aînés sont légèrement plus susceptibles d'éprouver une insécurité alimentaire, il y a peu de distinction possible entre les sexes.

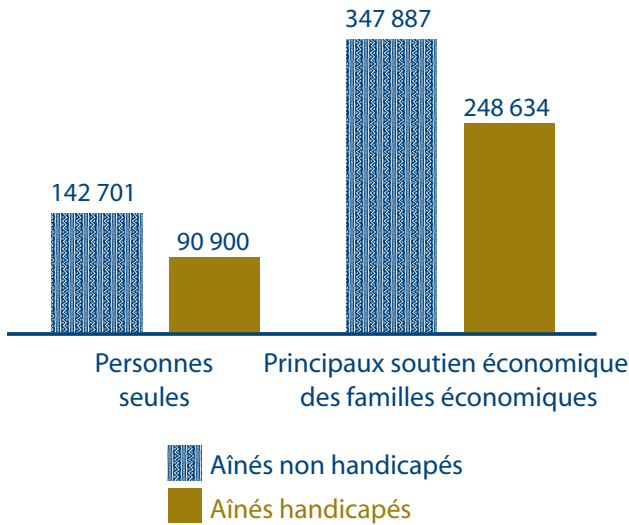
L'insécurité alimentaire est symptomatique de l'insécurité personnelle et ménagère; elle est liée de près à l'insécurité financière. Toutefois, l'insécurité alimentaire est une question complexe qui n'est pas uniquement liée au revenu. Certaines personnes peuvent éprouver cette insécurité, car elles ont besoin d'aide pour faire l'épicerie. Voici certains des principaux obstacles liés à l'achat de nourriture : des problèmes de mobilité ou d'agilité, la peur de sortir par mauvais temps, des limitations intellectuelles, le coût ou l'accessibilité du transport, le choix limité de lieux d'achat qui ne requièrent pas l'utilisation d'un moyen de transport, l'incapacité d'acheter des provisions emballées en grand format ou de stocker la nourriture. Certains de ces facteurs peuvent nécessiter plusieurs voyages au détaillant avec de plus petits paquets, ce qui pourrait entraîner des dépenses supplémentaires qui produiraient à leur tour une insécurité alimentaire.

L'insécurité alimentaire chez les aînés handicapés a également avec la préparation et la consommation de la nourriture disponible. Les conclusions de l'EPLA indiquent, par exemple, qu'environ 4 % des aînés handicapés ont des besoins non satisfaits relativement à l'aide pour la préparation de repas.

VALEUR NETTE

La valeur nette d'une personne est la différence entre son actif — la valeur de ce la personne possède (maison, voiture, biens de valeur, solde

6,5 Valeur nette médiane des aînés (\$)



Enquête sur la sécurité financière 1999

de vos comptes d'épargne et de chèques, obligations d'épargne, épargne-retraite, capital-actions, fonds commun de placement, assurance-vie, etc.) et ses dettes — la valeur de ce qu'elle doit (hypothèque, mensualités pour un véhicule, prêts et dettes). Une connaissance des actifs et des dettes est la clé de la compréhension de ce qu'est un revenu adéquat et du bien-être qui en découle.

Même si les aînés ont tendance à disposer d'un revenu inférieur à celui des personnes plus jeunes, ils ont également tendance à présenter une valeur nette supérieure. Lorsqu'ils sont plus âgés, les aînés ont accumulé un actif pendant un grand nombre d'années et ils ont généralement moins de dettes. Les aînés handicapés et non handicapés ont une valeur nette médiane beaucoup plus grande que celle des personnes plus jeunes.

La valeur nette médiane des aînés non handicapés qui soutiennent économiquement une famille est presque deux fois et demie plus élevée que celle des aînés qui vivent seuls; la différence est encore plus notable dans le cas des aînés handicapés.

Tel qu'indiqué à la figure 6.5, il y a de grandes différences entre la valeur nette médiane des aînés qui vivent seuls et celle des aînés qui

représentent la principale source de revenu d'un ménage, qu'ils soient handicapés ou non. La valeur nette médiane des aînés non handicapés qui soutiennent économiquement leur famille (347 887 \$) est presque deux fois et demie plus élevée que celle des aînés non handicapés qui vivent seuls (142 701 \$). Dans le cas des aînés handicapés, la différence est encore plus notable : les aînés handicapés qui vivent seuls ont une valeur nette médiane de 90 900 \$, comparativement à 248 634 \$ pour les aînés handicapés qui représentent la principale source de revenu d'une famille. Dans le cas des personnes engagées dans une relation à long terme, la différence est attribuable aux longues périodes passées à conjuguer les dépenses, les revenus et l'accumulation d'actifs.

La comparaison de ces résultats à ceux portant sur la population en général relatés dans le rapport de 2004 permet de constater que la valeur nette des aînés handicapés est considérablement supérieure à celle des personnes handicapées plus jeunes. Les personnes handicapées plus jeunes n'ont généralement pas eu l'occasion d'accumuler d'actifs, comparativement aux aînés, surtout ceux qui sont devenus handicapés à un âge avancé, qui ont eu des dizaines d'années pour en accumuler.

CONCLUSION

Le système de sécurité du revenu du Canada pour les aînés a considérablement réduit la proportion d'aînés à faible revenu au cours des dernières décennies. Puisque les aînés handicapés profitent de ce système, ils sont moins susceptibles de vivre dans des ménages à faible revenu que les personnes handicapées en âge de travailler. Toutefois, certains aînés sont préoccupés par un faible revenu, surtout ceux qui vivent seuls. Il s'agit encore des femmes handicapées plus âgées, qui vivent souvent plus longtemps que leur conjoint, et sont les plus susceptibles de vivre seules et de toucher un faible revenu.

Généralement, les aînés handicapés vivent

dans un ménage à revenu inférieur à celui des aînés non handicapés. Ils ont généralement moins d'actifs et sont également moins susceptibles de gagner un important revenu, tiré d'un régime privé de pension ou d'une épargne-retraite privée. Ces différences semblent être dérivées de l'expérience des personnes devenues handicapées bien avant l'âge de 65 ans. Toutefois, il faut approfondir les recherches pour bien comprendre cette tendance.

MESURES GOUVERNEMENTALES QUI RÉPONDENT AUX BESOINS DES AÎNÉS HANDICAPÉS

FINANCES CANADA ET L'AGENCE DU REVENU DU CANADA

- ▶ Mesures fiscales pour les personnes handicapées (p. ex., crédit d'impôt pour personne handicapée)

DÉVELOPPEMENT SOCIAL CANADA

- ▶ Régime de pensions du Canada*
- ▶ Sécurité de la vieillesse*
- ▶ Supplément de revenu garanti*

MINISTÈRE DES ANCIENS COMBATTANTS

- ▶ Pension d'invalidité des anciens combattants**
- ▶ Allocations aux anciens combattants

* Ces programmes visent seulement partiellement les personnes handicapées. Consulter la discussion du chapitre 9 au sujet des « mesures partiellement ciblées ».

** Les prestations d'invalidité aux anciens combattants offrent une compensation monétaire pour les incapacités résultant du service militaire et ne sont pas considérées comme un revenu imposable.

CHAPITRE 7

AÎNÉS HANDICAPÉS DES PREMIÈRES NATIONS, MÉTIS ET INUITS

POINTS SAILLANTS

- ▶ Plus de 976 000 personnes (3,3 % de la population canadienne totale) déclarent une identité autochtone.
- ▶ Même s'ils sont relativement peu nombreux, les aînés âgés de 65 ans et plus représentent le segment de la population autochtone qui affiche la croissance la plus rapide.
- ▶ Selon le recensement de 2001, environ 60 % des aînés des Premières nations, 64 % des aînés métis, 54 % des aînés inuits et 50 % des aînés non autochtones ont une incapacité.
- ▶ 42 % des aînés qui vivent dans une réserve indiquent que leur domicile nécessite d'importantes réparations.
- ▶ 17 % des aînés handicapés déclarent jouir d'une très bonne ou d'une excellente santé, comparativement à 25 % des aînés non autochtones.
- ▶ Une femme autochtone sur quatre âgée de 65 ans et plus est atteinte du diabète, comparativement à une femme sur dix non autochtone de 65 ans et plus.
- ▶ Les Autochtones aînés handicapés sont souvent obligés de quitter les collectivités rurales, éloignées ou isolées pour déménager dans un centre urbain afin d'obtenir des services.
- ▶ Les obstacles culturels et linguistiques, l'isolement géographique, les besoins de transport et l'emplacement du personnel de services peuvent nuire à la prestation de services aux aînés autochtones.
- ▶ Quatre aînés handicapés des Premières nations sur dix (38 %) âgés de 55 ans et plus qui vivent dans une réserve ont un revenu du ménage inférieur à 20 000 \$.

DÉFINITION DE LA POPULATION

Dans les chapitres précédents, on traitait des aînés handicapés canadiens ainsi que des répercussions du vieillissement de la population sur la politique qui touche aux personnes handicapées. Toutefois, le terme « aîné » ne reflète pas le rôle traditionnel et distinct que les personnes âgées — les aînés — jouent au sein des collectivités autochtones.

À travers l'histoire, les aînés ont joué un rôle important et respecté dans la vie culturelle et communautaire d'un grand nombre de collectivités autochtones. Cette réalité influence les rôles et l'acceptation des aînés handicapés autochtones. La diversité que l'on retrouve dans les collectivités autochtones ne permet pas de présenter une seule définition du terme « aîné ». Toutefois, le présent chapitre emploiera le terme aîné pour désigner les personnes autochtones âgées de 55 ans et plus.

Il est difficile de comprendre la situation des aînés handicapés autochtones, car il existe peu de données statistiques et de recherches. Les quatre principales sources de données statistiques, qui présentent toutes des données limitées sur la condition des personnes handicapées, ont servi à la préparation de ce chapitre : le recensement de 2001, l'Enquête auprès des peuples autochtones (EPA) de 2001, les deux enquêtes menées par Statistique Canada; l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits (ERSPNI) de 1996-1997 et l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERS) de 2002-2003. (Consulter l'annexe D pour plus d'information au sujet de ces enquêtes.) L'information présentée dans le présent chapitre permettra d'établir une base de connaissances

plus exhaustive pour les responsables de l'élaboration des politiques autochtones et non autochtones.

PROFIL DE LA POPULATION

Plus de 976 000 personnes (3,3 % de la population canadienne totale) déclarent une identité autochtone.

Un peu plus de 1,3 million de personnes (4,4 % de la population canadienne totale) ont déclaré une origine ancestrale ou une ascendance autochtone⁸¹, et plus de 976 000 personnes (3,3 % de la population canadienne) ont déclaré une identité autochtone liée à un groupe autochtone ou plus. Les Premières nations représentent le groupe autochtone le plus nombreux, suivies des Métis et des Inuits. En tout, les Autochtones du Canada comprennent plus de 50 groupes culturels distincts.⁸²

Les membres des Premières nations, les Métis et les Inuits vivent dans différents types de collectivités, ce qui a des répercussions directes sur l'état de santé, la prestation de services sociaux et de services de soins de santé, les besoins de soutien et la capacité de la collectivité. La concentration la plus élevée d'Autochtones se trouve au Nord et dans les Prairies. Par contraste, la plus grande population provinciale d'Autochtones (188 315) se trouve en Ontario, où elle compose moins de 2 % de la population totale.

Durant les 30 dernières années, il y a eu une croissance de l'urbanisation chez la population autochtone du Canada; en 2001, près de la moitié des Autochtones du Canada vivaient dans des zones urbaines. Cette urbanisation varie selon le groupe culturel : 68 % de la population de Métis vivait dans des zones urbaines tandis que 14 % des Inuits vivaient dans des zones urbaines au sud. Les Autochtones sont également plus mobiles que la population globale canadienne. Durant les 12 mois précédant le recensement, 22 % des Autochtones avaient déménagé, comparativement à 14 % de la population non

AÎNÉ

« Aîné » est un titre attribué aux personnes autochtones en guise de reconnaissance de leur savoir, sagesse, expérience ou expertise. Les aînés offrent de l'orientation et ils participent souvent à l'amélioration de la qualité de vie de la collectivité en donnant des conseils et en animant d'autres activités. Les aînés disposent souvent d'aptitudes et de compétences spéciales, notamment une connaissance des cérémonies et des traditions; souvent, ils ont également la capacité de raconter des contes et l'histoire de leur peuple.

Les aînés sont généralement, les membres les plus âgés de la collectivité. Ainsi, les termes « Aîné » et « personne âgée » n'ont pas toujours la même signification. . . « Aîné » porte la majuscule lorsqu'il s'agit d'un titre ou d'un honneur. Il ne porte pas la majuscule lorsqu'il indique une personne âgée.

Tendons la main : Guide pour bien communiquer avec les aînés autochtones.
Division du vieillissement et des aînés. Santé Canada (1998).

autochtone. Les zones rurales qui ne sont pas des réserves et les zones urbaines non métropolitaines présentaient une perte nette d'Autochtones, tandis que les centres urbains plus grands et les réserves présentaient un gain net.

Même si la population autochtone de 2001 était beaucoup plus jeune que la population non autochtone, les tendances démographiques indiquent que le nombre d'aînés autochtones est à la hausse, quoique l'augmentation soit plus lente que celle de la population canadienne totale. Cette augmentation du nombre d'aînés est largement attribuable à l'amélioration graduelle de l'espérance de vie et au déclin du taux de natalité des Autochtones. Entre 1975 et 2000, l'espérance de vie des hommes autochtones est passée de 59,2 ans à 68,9 ans et celle des

TABLEAU 7,1 : Autochtones au Canada (recensement de 2001)

GROUPE	NOMBRE	% DE LA POPULATION AUTOCHTONE	% DE LA POPULATION CANADIENNE
Total des personnes qui ont déclaré une identité autochtone	976 305	100	3,3
Indiens de l'Amérique du Nord	608 850	62	2,0
Métis	292 310	30	1,0
Inuit	45 070	5	0,2
Multiplés identités et autres réponses	30 075	3	0,1

femmes est passée de 65,9 ans à 76,9 ans⁸³. Depuis 1960, le taux de fertilité des Autochtones a diminué d'environ 4 fois plus que la diminution du taux global canadien et représente aujourd'hui 150 % de celui-ci.

Même s'ils sont relativement peu nombreux, les aînés âgés de 65 ans et plus représentent le segment de la population autochtone qui affiche la croissance la plus rapide.

En 2001, le pourcentage d'aînés autochtones âgés de 65 ans et plus composait seulement environ 4 % de la population autochtone, comparativement à la population générale, qui comportait 13 % d'aînés⁸⁴. Même s'ils sont relativement peu nombreux, les aînés âgés de 65 ans et plus représentent le segment de la population autochtone qui affiche la croissance globale la plus rapide chez les Autochtones. Entre 1996 et 2001, la population d'aînés des Indiens de l'Amérique du Nord a augmenté de 31 % (à 24 170), la population d'aînés métis est demeurée presque constante (12 520) et la population d'aînés inuits a augmenté de 38 % (à 1 405). Il est prévu que le nombre d'aînés augmentera encore en fonction de la hausse de l'espérance de vie⁸⁵. Toutefois, malgré l'amélioration de l'espérance de vie, il y a des inégalités persistantes en matière de santé entre

les Canadiens autochtones et non autochtones.

Selon le rapport annuel du Conseil canadien de la santé, diffusé en 2005, la santé des membres des Premières nations, des Inuits et des Métis est pire que celle de la population globale canadienne, et ce, à l'égard de presque chaque mesure de santé et chaque problème de santé, notamment : des espérances de vie plus courtes, des taux de suicide plus élevés, des taux de mortalité infantile plus élevés et des taux de diabète plus élevés⁸⁶. La croissance de la population d'aînés, avec ses taux de problèmes de santé chroniques plus élevés, peut entraîner une croissance dramatique de la demande de ressources au niveau communautaire.

■ PROFIL DES AÎNÉS HANDICAPÉS AUTOCHTONES

Selon le recensement de 2001, environ 60 % des aînés des Premières nations, 64 % des aînés métis, 54 % des aînés inuits et 50 % des aînés non autochtones ont une incapacité.

La condition des personnes handicapées est une question cruciale pour les membres des Premières nations, les Métis et les Inuits. Selon le recensement de 2001, 60,3 % des aînés de 65 ans et plus des Premières nations, 63,7 %

TABLEAU 7,2 : La population autochtone ayant des incapacités, selon le groupe

	TOUS LES ÂGES	15 À 64 ANS			65 ANS ET PLUS		
	Population totale	Population totale	Pop. de personnes handicapées	% personnes handicapées	Population totale	Pop. de personnes handicapées	% personnes handicapées
Population canadienne	29 639 035	20 276 510	2 629 355	13,0 %	3 624 485	1 801 105	49,7 %
Total des personnes autochtones	976 305	596 720	113 250	19,0 %	38 360	23 500	61,3 %
Indiens de l'Amérique du Nord	608 850	371 155	66 765	18,0 %	24 170	14 580	60,3 %
Métis	292 310	195 095	41 465	21,3 %	12 520	7 980	63,7 %
Inuit	45 070	26 200	3 685	14,1 %	1 405	765	54,4 %
Multiplés identités	6 660	4 270	1 235	28,9 %	265	175	66,0 %

des aînés métis de 65 ans et plus et 54,4 % des aînés inuits de 65 ans et plus ont déclaré qu'ils avaient une incapacité, comparativement à 50,2 % de la population canadienne totale⁸⁷. D'autres enquêtes ont également signalé que les populations autochtones présentent des taux élevés de personnes handicapées. Dernièrement, l'ERS de 2002 a permis de découvrir que 23 % des membres des Premières nations âgés de 18 ans et plus ont une incapacité, comparativement à 50 % des aînés des Premières nations âgés de 60 ans et plus⁸⁸. L'EPA de 2001 indique que 70 % des Autochtones âgés de 65 ans et plus ont une incapacité — un niveau encore plus élevé que celui présenté dans le recensement. Selon l'EPA, les membres des Premières nations de plus de 65 ans qui vivent dans des réserves présentent le taux de personnes handicapées le plus élevé de tous les groupes autochtones (75 %).

Les femmes aînées autochtones présentent les taux de personnes handicapées les plus élevés de tous les groupes du pays. Les données de l'EPA de 2001 démontrent que 72 % des femmes aînées autochtones âgées de 65

ans et plus sont handicapées, comparativement à 68 % de leurs homologues masculins. Les femmes des Premières nations et inuites âgées de 65 ans et plus sont plus susceptibles d'être handicapées que les hommes, mais chez les Métis, les pourcentages sont presque équivalents (hommes 67 %, femmes 68 %).

INDICATEURS

La suite de ce chapitre passera en revue le cadre de mesures de soutien, de santé et de revenu présentés dans les chapitres précédents. Cette façon de faire facilitera la comparaison des problèmes qui touchent les aînés handicapés autochtones aux problèmes qui touchent les autres aînés handicapés du Canada.

Les problèmes des aînés handicapés autochtones sont souvent influencés par les contextes distincts sociaux, économiques, culturels, politiques et environnementaux dans lesquels ils vivent. De plus, ces contextes varient entre les différents groupes culturels des

BOÎTE 7.1 INDICATEURS POUR LES AÎNÉS AUTOCHTONES

MESURES DE SOUTIEN

- ◆ Adaptation du domicile et logement

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

- ◆ État de santé
- ◆ Répercussions des maladies chroniques
- ◆ Répercussions des facteurs environnementaux

REVENU

- ◆ Revenu du ménage
- ◆ Personnes qui vivent dans des ménages à faible revenu

Premières nations, des Métis et des Inuits, et même au sein de chacun des groupes. En voici deux exemples :

Les Premières nations, les Métis et les Inuits traitent les personnes handicapées selon les principes de bienveillance, de respect, de dignité et d'acceptation de la diversité. La famille et la communauté sont des valeurs très importantes pour la société autochtone. Traditionnellement, les collectivités autochtones avaient beaucoup d'estime pour les aînés; ils se tournaient vers eux pour obtenir des conseils, de l'éducation et de l'orientation lorsqu'ils élevaient leurs enfants, de même que pour transmettre leur langue, leurs pratiques culturelles et leurs connaissances traditionnelles. Non seulement les aînés des collectivités autochtones sont-ils chargés de la transmission de la sagesse ancestrale et de l'orientation spirituelle, mais ils jouent également un rôle actif dans le cadre de la vie quotidienne de la collectivité.

D'un autre point de vue, un nombre important d'Autochtones vit dans de petites collectivités éloignées du Nord qui n'ont souvent pas les infrastructures essentielles que l'on a tendance à prendre pour acquis à la légère ailleurs. Il est fréquemment difficile, onéreux et parfois impossible de se rendre dans ces collectivités ou de les quitter en raison du voyage nécessaire. Les petits aéronefs et bateaux

sont souvent mal équipés pour transporter des personnes handicapées. Ces facteurs posent des défis particuliers lorsqu'il s'agit de répondre aux besoins en matière de soins de santé et de soutien de cette population grandement dispersée.

L'intégration de la diversité des réalités sociales, économiques, culturelles et politiques entre les aînés handicapés autochtones et non autochtones dépasse le strict cadre de cet aperçu.

Tel que mentionné auparavant, les données statistiques sur les aînés autochtones avec incapacité ne sont pas encore bien élaborées. Les données de l'EPA de 2001 soulignent certains des indicateurs du cadre tandis que l'ERS de 2002 soulève certaines discussions relativement aux collectivités des Premières nations. D'autres sources communiquent de l'information qui permettra d'examiner d'autres indicateurs de manière plus générale. La boîte 7.1 résume les indicateurs à présenter en plus amples détails.

■ MESURES DE SOUTIEN POUR LES AÎNÉS DES PREMIÈRES NATIONS, MÉTIS ET INUITS

Les aînés handicapés des Premières nations, inuits et métis ont besoin des mêmes formes de mesures de soutien que les autres Canadiens. Ils ont besoin d'un revenu adéquat, de mesures de soutien social, communautaire et familial, d'occasions d'apprentissage, d'accès aux services sociaux et aux services de soins de santé, d'un environnement physique qui peut accommoder leurs besoins et d'un système sans restrictions et convenable au niveau culturel.

Au-delà des facteurs qui touchent tous les aînés, plusieurs questions prioritaires influencent leur capacité d'obtenir les soins et le soutien nécessaire. Mentionnons premièrement l'entente complexe entre diverses compétences qui régit la prestation de mesures de soutien, de services et de soins de santé. Deuxièmement, il faut plus de services adaptés à la culture et des programmes, des mesures de soutien et des services conçus et contrôlés par les Autochtones.

Il y a également la question importante des niveaux de faibles revenus persistants d'un grand nombre d'Autochtones. Même s'il y a des différences entre les trois groupes autochtones, certaines questions communes s'appliquent aux trois groupes.

Tout comme les autres aînés handicapés, les aînés handicapés des Premières nations, inuits et métis ont besoin d'aides, d'appareils et d'accessoires d'adaptation dans le cadre de leurs vies quotidiennes, des immeubles accessibles, du transport, du soutien médical et communautaire, du soutien familial ou d'aidants et des logements qui répondent aux besoins particuliers des personnes handicapées.

ADAPTATION DU DOMICILE ET LOGEMENT

Dans un grand nombre de collectivités autochtones, les logements sont moins adéquats que dans les collectivités non autochtones, créant ainsi des obstacles supplémentaires pour les aînés handicapés autochtones⁸⁹. Les études démontrent que les logements des autochtones sont en grande partie inadéquats, inférieurs aux normes, mal adaptés aux questions environnementales et culturelles, bondés d'habitants et dépourvus d'installations essentielles, comme l'eau courante potable et la

tuyauterie de base. La situation des autochtones qui vivent en ville n'est guère meilleure. Selon le rapport de 1998 intitulé *Rassembler nos forces : le Plan d'action du Canada pour les Autochtones*, la moitié de tous les Autochtones au Canada habitent dans des centres urbains et ont de la difficulté à trouver un logement à prix abordable, accessible et qui leur donnera non seulement un toit, mais aussi un sentiment de confiance en soi et d'indépendance.⁹⁰

42 % des aînés handicapés qui vivent dans des réserves indiquent que leurs domiciles nécessitent d'importantes réparations.

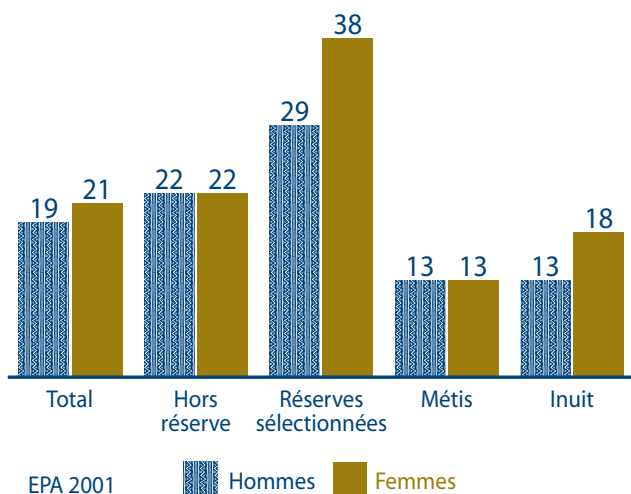
Les conditions de vie liées à la surpopulation représentent un problème pour 17 % des Autochtones qui vivent hors réserve et pour 53 % des Inuits, comparativement à 7 % de tous les Canadiens. Selon L'EPA de 2001, environ 21 % des aînés handicapés autochtones âgés de 55 et plus ont signalé que leur domicile nécessite d'importantes réparations, comparativement à 19 % de leurs pairs non handicapés. La situation était la pire chez les aînés handicapés qui vivaient dans des réserves; 42 % de ces derniers indiquaient que leur domicile nécessitait d'importantes réparations, à l'instar de 27 % des aînés handicapés inuits.

Le coût du logement dans les collectivités du Nord est considérablement plus élevé — jusqu'à trois fois le coût d'un logement semblable ailleurs au pays.

En plus du manque général de logements acceptables, un pourcentage important des aînés autochtones présente des besoins insatisfaits en matière de logements adaptés à leur incapacité. Environ 20 % des aînés handicapés autochtones âgés de 55 ans et plus (9 400) ont indiqué « qu'ils, ou quelqu'un dans leur ménage, avaient besoin d'un accessoire ou d'une mesure d'adaptation spéciale pour pallier les limitations occasionnées par leur problème de santé ou leur condition particulière ». Au total, 36 % de ces aînés handicapés ont déclaré que leurs besoins n'étaient pas comblés.

La figure 7.1 démontre que les aînés

7,1 Besoin en matière de caractéristiques spéciales à la maison pour porter assistance aux Autochtones aînés handicapés de 55 ans et plus (%)



handicapés des Premières nations sont plus susceptibles de signaler des besoins spéciaux que les aînés inuits ou métis. Les femmes et les hommes des Premières nations qui vivent dans une réserve ont au moins deux fois plus de chances de signaler un besoin que les aînés inuits ou métis. Ils sont également plus susceptibles de le faire que les aînés des Premières nations qui vivent hors réserve.⁹¹

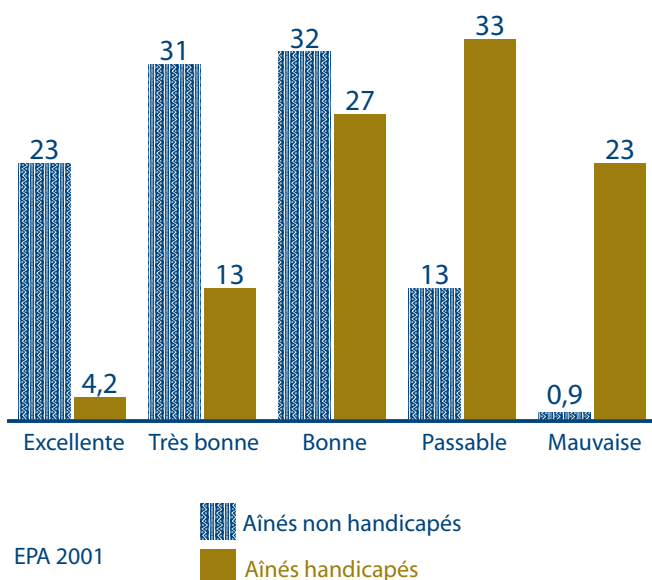
■ SANTÉ ET BIEN-ÊTRE DES AÎNÉS HANDICAPÉS DES PREMIÈRES NATIONS, MÉTIS ET INUITS

AUTO-ÉVALUATION DE LA SANTÉ

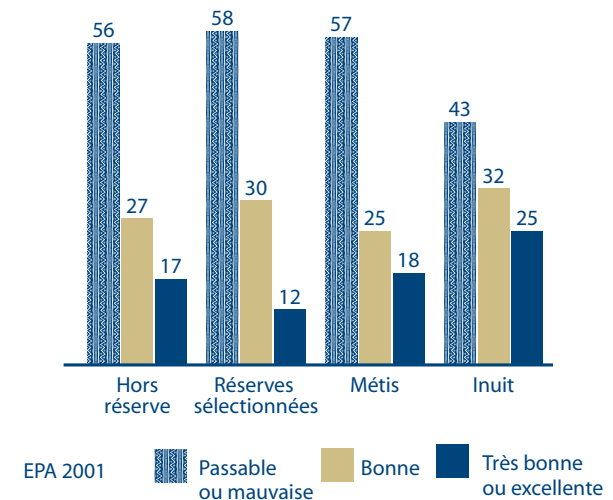
17 % des aînés handicapés déclarent une très bonne ou une excellente santé, comparativement à 25 % des aînés non autochtones.

Comme pour tous les aînés, la santé est le facteur clé qui permet aux aînés handicapés des Premières nations, métis et inuits de participer pleinement au sein de leur famille et de leur collectivité. Comme l'indique la figure 7.2, 56 % des Autochtones handicapés âgés de 55 et plus

7,2 Autoévaluation de la santé des Autochtones aînés de 55 ans et plus (%)



7,3 Autoévaluation de la santé des Autochtones aînés handicapés de 55 ans et plus, selon le groupe (%)



déclarent une santé passable ou mauvaise, comparativement à seulement 14 % de leurs pairs non handicapés. Environ 17 % des aînés âgés de 55 ans et plus font état d'une très bonne ou une excellente santé, comparativement à 54 % des aînés non handicapés. Nous pouvons également comparer ces résultats aux résultats présentés dans le chapitre 5 pour les aînés non autochtones, où 35 % des aînés handicapés ont déclaré une santé passable ou mauvaise et 25 % ont déclaré une excellente ou très bonne santé.

Tel qu'indiqué à la figure 7.3, les aînés handicapés des Premières nations qui vivent à l'intérieur ou à l'extérieur des réserves, de même que les Métis, ont déclaré une santé globale comparable. Toutefois, les aînés handicapés inuits semblent jouir d'une meilleure santé que les autres groupes. Le motif de ces données n'est pas clair. L'ERS de 2002 a trouvé des résultats semblables pour les aînés handicapés des Premières nations qui vivent dans une réserve; elle indique que 65 % de ces derniers ont déclaré une santé passable ou mauvaise.⁹²

MALADIES CHRONIQUES

Une femme autochtone sur quatre âgée de 65 et plus a le diabète, comparativement à une femme non autochtone sur dix du même groupe d'âge.

De nombreuses études font état d'inégalités et de problèmes de santé persistants liés aux problèmes qu'éprouvent les Autochtones canadiens souhaitant accéder aux établissements de soins. Selon Santé Canada, les collectivités autochtones connaissent une prévalence de maladies chroniques comme le diabète, le cancer, les maladies du cœur, l'arthrite et l'hypertension⁹³. Par exemple, une femme autochtone âgée de 65 ans et plus sur quatre est atteinte du diabète, comparativement à une femme non autochtone sur dix du même groupe d'âge⁹⁴. Ces conditions représentent des signes avant-coureurs de graves incapacités chez les aînés si elles ne sont pas traitées. Il semble y avoir de plus en plus de cas de maladies chroniques chez les Autochtones. Puisque ces conditions peuvent entraîner des limitations physiques chez les aînés, il s'agit d'une question importante qu'il faut aborder dans le cadre de la planification et des politiques futures.

Le diabète est un exemple du lien entre les maladies chroniques et les conditions limitant les activités des personnes handicapées. Les personnes qui ont le diabète sont beaucoup plus susceptibles de contracter une maladie cardiovasculaire, d'avoir un accident cérébrovasculaire ou de faire de l'hypertension. Elles ont 15 fois plus de chances d'avoir besoin d'une amputation des membres inférieurs que les personnes qui n'ont pas le diabète, elles présentent un taux plus élevé de maladies rénales qui nécessitent une dialyse et elles ont plus de chances d'être atteintes d'une rétinopathie, laquelle représente la principale cause de la cécité chez les adultes en Amérique du Nord.

FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

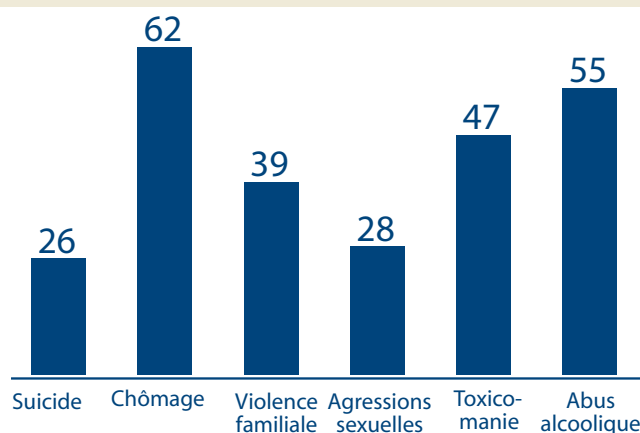
Les Autochtones voient la santé comme un processus dynamique qui concerne l'harmonie entre la personne et son environnement physique, social et spirituel. Cette façon de voir correspond aux idées présentées au chapitre 5. Ce chapitre fait le lien entre la santé des aînés handicapés et un certain nombre de facteurs, notamment les maladies chroniques, les blessures, la violence,

le soutien social, l'activité physique, le revenu, l'éducation et l'accès aux soins de santé.

L'EPA permet d'étudier de manière limitée la présence de certains de ces facteurs dans les collectivités autochtones. L'EPA de 2001 demandait aux répondants si le suicide, le chômage, la violence familiale, l'abus sexuel et l'alcoolisme ou la toxicomanie constituaient des problèmes dans leur collectivité ou leur voisinage. La figure 7.4 démontre qu'un nombre important d'aînés handicapés croit que ces problèmes sont présents dans leur collectivité.

Dans chaque cas, les aînés des Premières nations, métis et inuits indiquaient plus fréquemment l'alcoolisme, la toxicomanie et le chômage comme les problèmes sociaux qui touchaient leur collectivité. Il n'y avait pas de différence systématique au niveau de la perception des problèmes entre les aînés handicapés et non handicapés. Il semble que ces problèmes ont probablement contribué au taux élevé de personnes handicapées au sein des groupes autochtones, ainsi qu'aux problèmes de santé éprouvés par les personnes handicapées et non handicapées. On peut également considérer qu'ils constituent à la fois la cause et l'effet des environnements sociaux et communautaires où les personnes handicapées ne sont pas convenablement traitées par les fournisseurs de services ou par la collectivité en soi.

7,4 Problèmes dans la collectivité tels que perçus par les Autochtones aînés handicapés de 55 ans et plus (%)



EPA 2001

ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ ET AUX SERVICES CONNEXES

Les aînés handicapés autochtones sont souvent forcés de déménager des régions rurales, éloignées et isolées vers les centres urbains pour avoir accès aux services.

Diverses études ont documenté des lacunes en matière de soutien et de services pour la santé des Autochtones, qui affectent les normes des soins offerts aux aînés handicapés autochtones. La disponibilité du soutien, des services de traitement et de réadaptation, dans la collectivité ou près de celle-ci est essentielle à la satisfaction des besoins des personnes handicapées autochtones. Pour les personnes qui vivent dans des collectivités rurales, isolées ou éloignées, il est souvent difficile, parfois même impossible, d'entrer en contact avec les organismes ou les services pour les personnes handicapées. L'accès aux mesures de soutien peut également être difficile en raison des mauvaises conditions routières, du manque de routes ou des services de transport⁹⁵. Ces facteurs forcent un grand nombre d'aînés handicapés autochtones à quitter les collectivités rurales isolées pour déménager dans un centre urbain afin d'avoir accès aux services⁹⁶. Le fait de déménager un aîné autochtone handicapé dans un environnement urbain où il pourra recevoir des soins peut couper les liens solides qui l'unissent à sa terre, à sa famille et au soutien qu'il reçoit de sa collectivité.

De plus, le manque de modèles de services de soins de santé qui intègrent des approches adaptées à la culture en matière de soins de santé, ainsi que l'absence de différents niveaux de compréhension et de sensibilité des fournisseurs de services face aux conditions des personnes handicapées des Premières nations, inuites et métisses peuvent entraîner un « choc culturel » pour les aînés handicapés autochtones. Ces manques pourraient avoir d'importantes répercussions sur le processus de guérison de l'aîné et des répercussions négatives sur sa santé. Si les fournisseurs de services de soins

de santé non autochtones sont conscients et renseignés au sujet des pratiques et valeurs sociales et culturelles des autochtones, les aînés handicapés autochtones sont plus susceptibles d'accéder avec succès aux services conventionnels, de vivre une meilleure expérience face aux traitements et avoir de meilleures chances de guérison.

Les obstacles linguistiques et culturels, l'isolement géographique, les besoins en matière de transport et l'emplacement du personnel de service peuvent faire obstacle à la prestation de services aux aînés handicapés autochtones.

Les fournisseurs de services sociaux et de soins de santé doivent aborder les questions liées à la langue et aux pratiques culturelles quotidiennes des Autochtones lorsqu'ils interagissent avec les aînés handicapés des Premières nations, inuits et métis. La majorité des aînés autochtones (de 65 ans et plus) communiquent principalement dans leur langue maternelle autochtone. Le recensement de 2001 indique que 79 % des aînés inuits communiquent régulièrement en Inuktitut, tandis que l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuits de 1997, menée auprès de 183 collectivités des Premières nations et cinq collectivités inuites du Labrador, indique que 52 % des aînés interrogés (de 65 ans et plus) utilisaient principalement une langue autochtone dans la vie quotidienne⁹⁷. Les aînés autochtones sont également plus susceptibles d'avoir des niveaux d'éducation inférieurs et de communiquer de vive voix; il faut tenir compte de ces renseignements lorsqu'on communique de l'information sur la santé.

L'ERS de 2002 a relevé un certain nombre d'obstacles qui limitent la capacité des personnes handicapées des Premières nations vivant dans des réserves d'obtenir des soins de santé nécessaires. Même si ces données ne représentent pas l'ensemble des Autochtones handicapés ou des aînés, elles sont utiles. De plus, les personnes handicapées étaient plus susceptibles de signaler ces obstacles que les personnes non

handicapées. Voici certains de ces obstacles : le médecin ou l'infirmière ne se trouvent pas dans la région du répondant (24 %); le service n'était pas offert dans la région du répondant (22 %); il était impossible de trouver un moyen de transport (23 %); le répondant n'avait pas les moyens financiers de se payer du transport (23 %); le répondant estimait que le service n'était pas culturellement approprié (21 %). En plus des obstacles qui limitaient l'accès aux soins de santé, 41 % des adultes handicapés des Premières nations ont indiqué qu'ils avaient de la difficulté à trouver des médecines conventionnelles.⁹⁸

■ REVENU

Selon l'Agence de santé publique du Canada, le revenu représente un des principaux déterminants de la santé, au même titre qu'une diversité de facteurs sociaux⁹⁹. Le niveau de revenu a une incidence sur la capacité d'une personne de maintenir son bien-être et de répondre à ses besoins en matière de santé en général et plus particulièrement, à tout besoin particulier issu d'une incapacité.

Un revenu insuffisant limite la capacité d'une personne de trouver un logement adéquat et de l'adapter pour satisfaire les besoins liés à son incapacité; il limite l'accès aux services et à l'information; il a une incidence sur le choix des aliments et peut donc nuire à la santé des enfants et des femmes enceintes en particulier; et il limite l'intégration sociale. Pour les Autochtones dont les ressources personnelles et financières sont mises à rude épreuve de plusieurs manières, le fait de vivre avec une incapacité ou de vivre avec une personne handicapée est d'autant plus difficile, et ce, tant sur les plans financier que personnel.

Quatre aînés handicapés des Premières nations sur dix (38 %) âgés de 55 ans et plus qui vivent dans une réserve ont un revenu du ménage inférieur à 20 000 dollars.

Les personnes qui ont un revenu limité et qui vivent dans une région dotée de services locaux limités n'ont pas les ressources nécessaires

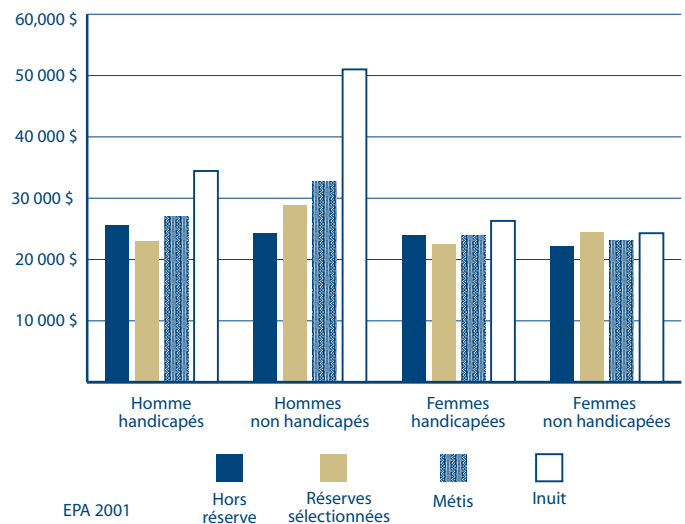
pour voyager dans d'autres régions dans le but de trouver des services ou de payer pour des services qui ne sont pas offerts dans le cadre des programmes fédéraux ou provinciaux.

La figure 7.5 présente les revenus avant impôt des ménages composés d'aînés âgés de 65 ans et plus. Les revenus du ménage des hommes aînés handicapés autochtones sont généralement inférieurs à ceux des hommes aînés non handicapés. Les femmes aînées handicapées et non handicapées ont des revenus semblables. Toutefois, leur revenu du ménage est considérablement inférieur à celui des hommes. Même s'il est impossible de comparer avec exactitude les revenus du ménage après impôt des aînés non autochtones dans la figure 6.1 (voir le chapitre 6), il semble clair que les revenus des ménages des aînés handicapés autochtones sont considérablement inférieurs.

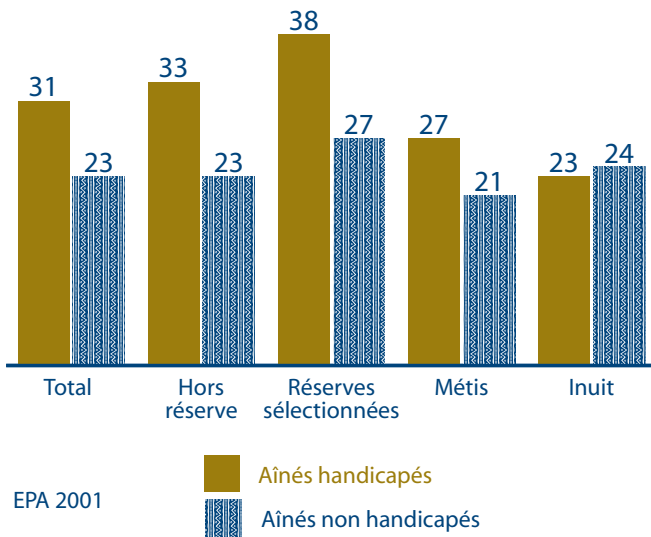
Le chapitre 6 examine le taux de revenus inférieurs des aînés handicapés en utilisant comme base le seuil de faible revenu (SFR) de Statistique Canada. La mesure du SFR n'est pas définie pour les collectivités des Premières nations ou les régions éloignées du Nord. La discussion suivante définit donc le faible revenu comme un revenu du ménage inférieur à 20 000 \$ par année et elle aborde la condition des aînés âgés de 55 ans et plus.

Bien que 23 % de tous les aînés autochtones non handicapés disposent de faibles revenus

7,5 Revenu médian du ménage avant impôt, Autochtones aînés de 65 ans et plus (\$)



7,6 Revenu du ménage inférieur à 20 000 \$, Autochtones aînés de 55 ans et plus, selon le groupe (%)



du ménage — un nombre qui n'est pas à négliger —, ces nombres augmentent de manière considérable pour les hommes et femmes autochtones handicapés. Cette tendance se vérifie chez tous les groupes autochtones, mais la fréquence est la plus élevée chez les membres des Premières nations qui vivent dans des réserves sélectionnées, où quatre aînés handicapés sur dix (38 %) âgés de 55 ans et plus disposent d'un revenu du ménage inférieur à 20 000 \$.

Les figures 7.5 et 7.6 suggèrent que les aînés inuits disposent de revenus supérieurs aux revenus des autres groupes. Il est toutefois important de noter que le coût de la nourriture, du transport et des autres articles est généralement beaucoup plus élevé dans le Nord que dans toute autre région du pays.

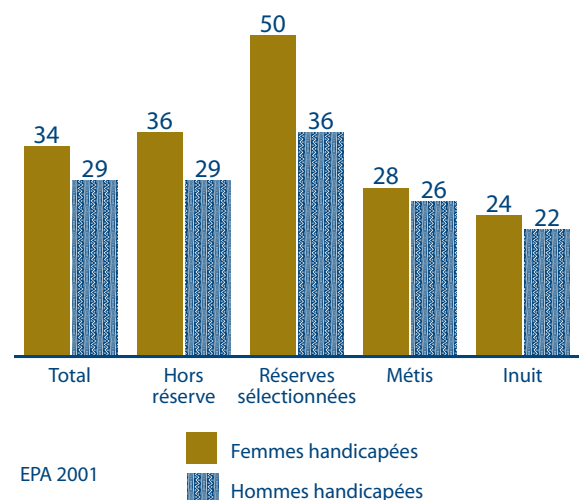
Lorsqu'on examine les différences entre les faibles revenus des femmes et hommes handicapés autochtones âgés de 55 ans et plus, les données montrent que les femmes aînées handicapées sont plus susceptibles de signaler un revenu du ménage inférieur à 20 000 \$. Ces données sont particulièrement exactes sur les réserves sélectionnées où 50 % des femmes aînées handicapées vivent avec un faible revenu.

En comparaison, 16 % des aînés âgés de 55 ans et plus de la population générale disposent d'un revenu du ménage inférieur à 20 000 \$, tandis que le taux des personnes handicapées s'élève à 21 % et que celui des personnes non handicapées se chiffre à 13 %. En tout, 26 % des femmes handicapées non autochtones âgées de 55 ans et plus disposent d'un revenu du ménage inférieur à 20 000 \$, comparativement à 14 % des hommes.

Un emploi rémunéré représente souvent la clé de l'autonomie financière et de la participation active dans la collectivité. Les autochtones gagnent généralement moins d'argent durant leur vie que leurs pairs non autochtones; ils doivent également surmonter plus d'obstacles à l'emploi, comme le manque d'éducation et un nombre limité de possibilités d'affaires. L'EPA de 2001 indique que le taux de chômage des Autochtones est deux fois et demie supérieur au taux des autres Canadiens.

Cette faible participation au marché du travail a des répercussions directes et négatives sur la sécurité du revenu des aînés. Un grand nombre d'Autochtones — plus particulièrement les Autochtones handicapés — dépend presque entièrement de la Sécurité de la vieillesse (SV) et du Supplément de revenu garanti (SRG) après l'âge de 65 ans. Ils n'ont pas eu l'occasion de faire des économies, d'utiliser des véhicules de placements de retraite ou d'accumuler des

7,7 Revenu du ménage inférieur à 20 000 \$, Autochtones aînés de 55 ans et plus, selon le sexe (%)



prestations du Régime de pensions du Canada ou du Programme de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada.

Dans le cadre de l'EPA, on a demandé aux répondants d'indiquer leurs sources de revenus. Environ 96 % des femmes âgées handicapées autochtones âgées de 65 ans et plus reçoivent la SV, avec peu de variation entre les groupes de femmes. Chez les hommes âgés handicapés autochtones âgés de 65 ans et plus, les hommes des Premières nations qui vivent hors réserve présentent le taux de réception le plus bas (90 %), tandis que les Inuits affichent le taux le plus élevé (98 %).

Le pourcentage d'Autochtones handicapés âgés de 65 ans et plus qui touchent des prestations du Régime de pensions du Canada varie beaucoup plus, et les taux sont généralement plus bas. Dans le cas des femmes autochtones handicapées, les taux varient entre 28 % et 79 %; les taux sont considérablement inférieurs en ce qui concerne les femmes handicapées des Premières nations qui vivent dans une réserve (46 %), de même que les femmes inuites (28 %). Dans le cas des hommes autochtones handicapés, les taux varient entre 48 % et 91 %; les hommes inuits (48 %) et les hommes handicapés des Premières nations qui vivent dans une réserve (54 %) affichent les taux les plus bas. Un grand nombre de facteurs peut influencer ces données, mais les principaux facteurs sont la participation à la population active durant leur vie professionnelle et la faible accumulation de prestations.

CONCLUSION

Ce chapitre a présenté un aperçu de quelques-unes des principales préoccupations qui touchent les aînés handicapés des Premières nations, métis et inuits ainsi que leurs collectivités. Le manque de sources de données et d'espace a empêché la conduite d'un examen plus approfondi de la question. Néanmoins, il semble clair qu'un grand nombre des questions qui touche l'ensemble des aînés handicapés concernent également leurs homologues autochtones. Les aînés handicapés ont de la difficulté à obtenir les services de soutien dont ils ont besoin en matière de logement; de plus, leur santé est moins bonne que celle des aînés non handicapés et un nombre disproportionné d'entre eux ont un faible revenu. Les aînés autochtones ont des préoccupations supplémentaires, notamment : l'accès aux soins de santé adaptés à leur culture, des obstacles linguistiques et culturels, l'isolement géographique et le maintien du soutien communautaire même lorsqu'ils sont éloignés de leur collectivité d'origine. Traiter ces questions permettra de satisfaire les besoins des aînés handicapés autochtones. À cette fin, il faudra d'une part collaborer avec les gouvernements et les chefs autochtones, et d'autre part, tirer profit de la sagesse des aînés handicapés des Premières nations, métis et inuits.

MESURES GOUVERNEMENTALES QUI RÉPONDENT AUX BESOINS DES ÂÎNÉS HANDICAPÉS DES PREMIÈRES NATIONS, MÉTIS ET INUITS

SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUES ET DE LOGEMENT

- ▶ Programme d'aide à la remise en état des logements pour personnes handicapées
- ▶ Programme d'aide à la remise en état des logements — Logement accessoire / Pavillon-jardin
- ▶ Logements adaptés : aînés autonomes

SANTÉ CANADA

- ▶ Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits*
- ▶ Programme de soins de santé non assurés pour les peuples des Premières nations et les Inuits*
- ▶ Initiative autochtone sur le diabète*

AFFAIRES INDIENNES ET DU NORD CANADA

- ▶ Programme d'aide à la vie autonome *
- ▶ Programme d'aide au revenu *

* Ces programmes visent seulement partiellement les personnes handicapées. Voir la discussion au sujet des « mesures de soutien qui ciblent partiellement les personnes handicapées » au chapitre 9.

PARTIE 2

MESURES GOUVERNEMENTALES À L'INTENTION DES PERSONNES HANDICAPÉES 2005

CHAPITRE 8

ÉLABORATION DES POLITIQUES

L'INTÉGRATION DE quelque 3,6 millions de Canadiens handicapés dans la collectivité, au travail, à l'école et dans toutes les dimensions de la société est constamment visée par le programme d'action du gouvernement.

La réussite de l'intégration totale des personnes handicapées exige une stratégie active qui permettra de supprimer tous les obstacles, comme l'inaccessibilité et la discrimination, de mettre en œuvre des nouvelles mesures de soutien et de mener par l'exemple. On peut promouvoir l'intégration en garantissant que les vastes initiatives, comme le Développement de la petite enfance, les Services aux enfants et le Plan d'action national pour les aînés et les soins, tiennent entièrement compte des personnes handicapées. Il est également possible de promouvoir l'intégration au moyen de la mise en œuvre de nouvelles mesures ciblant les personnes handicapées et de l'amélioration des mesures existantes, comme la déduction pour mesures de soutien aux personnes handicapées.

Le présent chapitre examine les évolutions importantes survenues au cours des 12 derniers mois qui ont amélioré les mesures de soutien du gouvernement du Canada à l'intention des personnes handicapées. À la suite de la mise en œuvre de plusieurs initiatives précises, le gouvernement travaille également à l'exécution d'autres initiatives, de concert avec les provinces, les territoires et les intervenants. Ces travaux reposent sur la vision de la politique liée au document intitulé *À l'unisson* — une politique cadre adoptée par les gouvernements fédéral,

provinciaux et territoriaux depuis 1998¹⁰⁰. Le tableau 8.1 résume les importants jalons posés depuis l'automne de 2004.

Tableau 8.1 Principaux jalons liés à la condition des personnes handicapées, de l'automne 2004 à l'automne 2005

■ AMÉLIORATION CONSTANTE DE L'ÉQUITÉ FISCALE

L'année dernière, on s'est servi des progrès réalisés au cours des années précédentes afin d'améliorer l'équité fiscale des personnes handicapées. La voie était préparée pour les derniers changements lorsque le comité consultatif technique sur les mesures fiscales pour les personnes handicapées a présenté son rapport aux ministres des Finances et du Revenu national en décembre 2004. Le comité a ainsi rempli son mandat, lequel consistait à présenter des recommandations qui permettraient d'améliorer l'équité en matière de traitement des personnes handicapées dans le système d'impôt sur le revenu.

Le rapport du comité, intitulé *Une fiscalité équitable pour les personnes handicapées*, a présenté des recommandations qui couvraient trois thèmes généraux:¹⁰¹

- ▶ Clarification de l'intention législative et interprétative du Crédit d'impôt pour personnes handicapées et des améliorations apportées à son administration.
- ▶ Améliorations apportées aux mesures fiscales pour permettre aux personnes handicapées de poursuivre leurs études,

leur formation ou leur emploi.

- ▶ Changements apportés pour améliorer les mesures fiscales afin qu'elles reconnaissent les coûts supplémentaires des soins.

À la fin du rapport, le comité consultatif technique a recommandé au gouvernement de voir au-delà du système fiscal et de donner priorité aux programmes de dépenses au moment de la mise en oeuvre.

Dans le budget de 2005, le gouvernement du Canada a mis en oeuvre la grande majorité des recommandations du Comité consultatif technique.

CRÉDIT D'IMPÔT POUR PERSONNES HANDICAPÉES

Dans le budget de 2005, on a prolongé l'admissibilité au Crédit d'impôt pour personnes handicapées (CIPH) aux personnes qui doivent affronter de multiples restrictions qui, combinées, ont d'importantes répercussions sur leur vie quotidienne. On a également modifié le CIPH de façon à garantir l'admissibilité à un plus grand nombre de personnes qui exigent régulièrement de la thérapie poussée et essentielle au maintien de la vie. Le budget a permis non seulement d'éclaircir d'autres parties des critères d'admissibilité au CIPH, notamment les dispositions qui touchent aux déficiences mentales, mais aussi d'ajouter les physiothérapeutes à la liste de professionnels de la santé qui peuvent attester de l'admissibilité d'une personne au CIPH.

DÉDUCTION POUR MESURES DE SOUTIEN AUX PERSONNES HANDICAPÉES

Dans le budget de 2005, on a prévu élargir la liste des dépenses admissibles à la déduction pour mesures de soutien aux personnes handicapées, présentée dans le cadre du budget de 2004, afin qu'elle comprenne notamment les coûts connexes aux éléments suivants : appareils de prise de notes en braille, formateur en milieu de travail et intervenants pour personnes atteintes de surdi-cécité. Cette déduction garantit que le

revenu (y compris l'aide du gouvernement) qui sert à payer des mesures de soutien admissibles, exigées à des fins d'emploi ou d'éducation ne soit pas imposé et qu'il n'ait aucun effet sur les prestations fondées sur l'étude du revenu.

SUPPLÉMENT REMBOURSABLE DE FRAIS MÉDICAUX

Dans le budget de 2005, on a prévu une augmentation du montant maximal du supplément remboursable de frais médicaux, qui est passé de 571\$ à 750\$ par année. Cette mesure est censée améliorer les incitations au travail des Canadiens handicapés et des autres personnes qui ont des dépenses médicales supérieures à la moyenne de façon à compenser les prestations liées à une condition d'incapacité sous l'égide des programmes d'aide sociale provinciaux lorsque ces personnes intègrent le marché du travail rémunéré. Elle offre de l'aide aux travailleurs à faible revenu et qui ont des dépenses au-dessus de la moyenne en lien avec un état de santé ou une incapacité.

RÉGIME ENREGISTRÉ D'ÉPARGNE-ÉTUDES (REEE)

Dans le budget, on a prolongé, pour les étudiants admissibles au CIPH, la période de contribution aux régimes enregistrés d'épargne-études (REEE) individuels; la période est passée de 21 ans à 25 ans et la limite à vie des REEE individuels est passée de 25 ans à 30 ans.

PRESTATION POUR ENFANT HANDICAPÉ

Le budget de 2005 a porté le maximum annuel de la Prestation pour enfant handicapé de 1 681\$ à 2 000\$ par enfant à compter de juillet 2005.

CRÉDIT D'IMPÔT POUR FRAIS MÉDICAUX

En plus des mesures adoptées en réaction aux recommandations du comité consultatif technique, on a proposé, dans le budget de 2005, des modifications supplémentaires du Crédit

TABLE 8,1 Principaux jalons liés à la condition des personnes handicapées, de l'automne 2004 à l'automne 2005	
Décembre 2004	<i>Publication du rapport Vers l'intégration des personnes handicapées—2004. Les gouvernements provinciaux diffusent leurs rapports d'évaluation au sens des Ententes sur le marché du travail visant les personnes handicapées.</i>
Décembre 2004	<i>Les ministres fédéraux, provinciaux et des territoires publient le document intitulé Mesures et services de soutien pour les adultes et les enfants (de 5 à 14 ans) ayant une incapacité au Canada : Une analyse des données portant sur les besoins et les lacunes.</i>
Décembre 2004	Le Comité consultatif technique sur les mesures fiscales pour les personnes handicapées présente son rapport aux ministres des Finances et du Revenu.
Décembre 2004	Élargissement du Programme pour l'autonomie des anciens combattants dans le but de fournir des prestations aux principaux aidants supplémentaires, y compris les conjoints et les conjoints de fait admissibles à vie.
Janvier 2005	Entrée en vigueur du rétablissement automatique du Programme de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada.
Février 2005	Le budget de 2005 comprend : <ul style="list-style-type: none"> • une intervention sur pratiquement toutes les recommandations du Comité consultatif technique sur les mesures fiscales pour les personnes handicapées; • le financement de l'Institut national canadien pour les aveugles aux fins de la numérisation de la bibliothèque de l'INCA; • le financement des Jeux paralympiques de 2010; • d'autres mesures plus générales à l'intention des Canadiennes et Canadiens handicapés, y compris des augmentations du Supplément de revenu garanti et de la Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques.
Mars-avril 2005	Les consultations au sujet du contenu de l'EPLA 2006 auprès des organismes des personnes handicapées, des ministères fédéraux, provinciaux et territoriaux et des chercheurs.
Mai 2005	La nouvelle charte des anciens combattants reçoit la sanction royale. Cette nouvelle charte permettra à Anciens Combattants Canada de moderniser ses services ainsi que le soutien et la compensation offerts aux membres des Forces armées canadiennes, aux anciens combattants et à leurs familles.
Mai 2005	Le gouvernement présente le Programme d'aide à la remise en état des logements — Logement accessoire / Pavillon-jardin de la Société canadienne d'hypothèques et de logement.
Juin 2005	Le Sous-comité de la condition des personnes handicapées de la Chambre des communes présente le <i>rapport L'accessibilité universelle</i> .
Avril à octobre 2005	Le gouvernement offre les livrets de consultation À l'écoute des Canadiens aux Canadiennes et Canadiens dans le but d'obtenir leurs remarques au sujet des soins, des aînés et des personnes handicapées.

Octobre 2005	Le gouvernement présente sa réponse relativement à <i>L'accessibilité universelle</i> .
Octobre 2005	Les ministres fédéraux, provinciaux et des territoires chargés des services sociaux confirment la priorité des activités visant à améliorer l'accès aux mesures de soutien et au soutien du revenu et le financement de ces derniers.
Octobre 2005	Les Ministres FPT de la Santé <i>approuvent la stratégie nationale d'immunisation pour le Canada</i> (intersectorielles) Le Gouvernement fédéral lance sa Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques

d'impôt pour frais médicaux (CIFM). Le budget a prolongé la liste de dépenses admissibles au CIFM en lui ajoutant des choses comme des appareils de prise de notes en braille, et des intervenants pour personnes atteintes de surdi-cécité, au coût annuel de 5 millions de dollars. Dans le budget de 2005, on a également doublé, pour le porter à 10 000\$, le montant maximal de dépenses liées à la condition d'une personne handicapée que les aidants peuvent réclamer pour le parent à charge, aux termes du CIFM, au coût de 15 millions de dollars en 2005–06.

Le CIFM reconnaît les effets que les dépenses médicales au-dessus de la moyenne, liées à la condition d'une personne handicapée, peuvent avoir sur la capacité d'une personne de payer ses impôts. Pour 2005, le crédit équivaut à 16 % des dépenses admissibles qui surpassent le montant inférieur de 1 844\$, et à 3% du revenu net. Le seuil du revenu net sert à déterminer les dépenses au-dessus de la moyenne et il est entièrement indexé sur l'inflation. Aucune limite maximale n'est imposée au montant des dépenses admissibles qui peut être réclamer. Les contribuables peuvent réclamer les dépenses médicales engagées par eux-mêmes ou leur conjoint et, dans certaines circonstances, les dépenses engagées par les parents à charge désignés.

AMÉLIORATION DE L'ADMINISTRATION DES MESURES FISCALES CONCERNANT LES PERSONNES HANDICAPÉES

En juillet 2005, l'Agence du revenu du Canada a formé le comité consultatif en matière d'invalidité

dans le but d'aborder les aspects administratifs du Crédit d'impôt pour personnes handicapées et la mise en œuvre des recommandations du Comité consultatif technique. Ce comité est composé de représentants des consommateurs et des professionnels; il rend compte directement au ministre du Revenu national concernant toutes les questions d'administration fiscale liées aux personnes handicapées.

■ MODIFICATIONS DU PROGRAMME ET INVESTISSEMENTS CONNEXES

Outre l'amélioration du système fiscal, le gouvernement a procédé à d'importants investissements non renouvelables et des modifications continues dans le but de soutenir les personnes handicapées.

Tel qu'indiqué en détail au chapitre 9, on a annoncé de nouveaux investissements en vue, d'une part, d'aider les Canadiennes et Canadiens incapables de lire les imprimés, et d'autre part, de soutenir la participation des athlètes canadiens handicapés aux Jeux paralympiques de 2010.

Parmi les importantes réalisations du programme, on note la mise en œuvre du rétablissement automatique du RPC-I, le maintien de la Stratégie canadienne sur le diabète, la mise en œuvre d'une nouvelle charte des anciens combattants, l'annonce du Programme d'aide à la remise en état des logements—Logement accessoire / Pavillon-jardin, et la refonte administrative du Programme de partenariats pour le développement social.

PROGRAMME DE PRESTATIONS D'INVALIDITÉ DU RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA

En janvier 2005, on a mis en œuvre une disposition de rétablissement automatique dans le Programme de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada. Tel que l'indique le rapport de l'an dernier, cette disposition permet de rétablir rapidement les prestations des clients du RPC-I ayant cessé de les recevoir parce qu'ils avaient réintégré leur emploi et qu'ils avaient ensuite appris qu'ils ne pouvaient continuer à travailler en raison de la résurgence du handicap. La modification était nécessaire, car la possibilité de perdre les prestations représentait un important obstacle qui nuisait aux clients souhaitant réintégrer le marché du travail. Entre le 31 janvier 2005 et le 31 juillet 2005, 708 clients du RPC-I ont signalé un retour au travail et on a donc mis fin à leurs prestations. De ce nombre, 38 clients ont par la suite recommencé à recevoir des prestations en vertu de la disposition de rétablissement automatique.

STRATÉGIE CANADIENNE SUR LE DIABÈTE

On a mis en œuvre la *Stratégie canadienne sur le diabète* (SCD) sur une période de cinq ans, débutant en 1999; et qui fut prolongée d'un an en 2004-2005 puis d'une autre année grâce au budget de 2005. Le volet de promotion et de prévention de la stratégie favorise la sensibilisation du public au sujet du diabète, de ses facteurs de risque et de ses complications. Ce volet fait la promotion des comportements et des aptitudes favorables à la réduction de l'incidence et la prévalence du diabète; et se concentre sur le développement de la capacité des collectivités de façon à susciter la participation des populations à risque dans les efforts de prévention. Au courant des six dernières années, des accords de contribution soutiennent la mise en œuvre de plus de 150 projets au niveau de la communauté national et dans chaque région du pays. La SCD a réussi à mettre en valeur le potentiel et la sensibilité de la collectivité; elle

COMMISSIONS PARLEMENTAIRES

Rapport du Sous-comité de la Chambre des communes: L'accessibilité universelle

Au cours de la dernière année, une importante réalisation a pris la forme de la publication d'un rapport du Comité permanent de la Chambre des communes sur les ressources humaines, le développement des compétences, le développement social et la condition des personnes handicapées. Depuis 1998, ce comité a joué un rôle important dans la communication des questions et des obstacles liés aux personnes handicapées. Le comité a déposé son dernier rapport, intitulé *L'accessibilité universelle*, en juin 2005¹⁰².

Le gouvernement a présenté sa réponse à *L'accessibilité universelle* en octobre 2005. Dans cette réponse, le gouvernement a confirmé l'évaluation du comité indiquant que l'intégration des personnes handicapées passe nécessairement par l'accès aux services, programmes et biens publics offerts par l'administration fédérale.. La réponse soulignait les nombreux accomplissements des 25 dernières années, tout en confirmant qu'il reste encore beaucoup de travail. Le gouvernement a pris les engagements suivants : continuer d'améliorer l'accès aux immeubles gouvernementaux, à l'emploi au sein de la fonction publique et aux services de compétence fédérale; poursuivre ses activités visant à supprimer les obstacles liés au transport réglementé par le gouvernement fédéral; améliorer la recherche et le développement de connaissances; examiner les mécanismes législatifs et réglementaires dans le but d'en améliorer la cohérence. La réponse soulignait également le besoin de continuer à collaborer avec les autres paliers du gouvernement, les autres organismes du secteur privé, sans but lucratif ou bénévoles, les employeurs, la main-d'œuvre et les

Audiences du Comité sénatorial sur la santé mentale et la maladie mentale

Canadiennes et Canadiens, et ce, dans le but d'éliminer la totalité des obstacles nuisant à l'intégration des personnes handicapées.

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a amorcé l'examen des questions liées à la santé et la maladie mentale au printemps 2003; le rapport final est attendu en décembre 2005. Les problèmes de santé mentale représentent un important facteur de contribution à la condition des personnes handicapées du Canada. Par exemple, selon l'EPLA de 2001, on estime que plus de 500 000 adultes canadiens avaient des déficiences psychologiques, tandis que la proportion de prestataires du Programme de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada connaissant des problèmes de santé mentale est passée de 11% en 1980 à 26% en 2004. Le gouvernement prévoit que le rapport final du comité sénatorial représentera une importante source d'information sur l'élaboration continue de politiques qui concernent les personnes handicapées.¹⁰³

a créé des environnements favorables grâce à des politiques liées au choix d'aliments sains, à l'augmentation de l'activité physique dans les écoles et les foyers pour aînés, et à la promotion des habitudes saines de la vie quotidienne et du changement de style de vie.

CHARTRE DES ANCIENS COMBATTANTS

La nouvelle charte des anciens combattants, qui a reçu la sanction royale le 13 mai 2005, reconnaît la contribution des membres plus jeunes des Forces armées canadiennes (FAC) modernes au pays et à la communauté internationale. La Charte des anciens combattants répond à leurs besoins uniques en offrant un ensemble complet de programmes

de mieux-être conçus dans le but d'offrir aux membres des FC et leurs familles les meilleures chances afin d'assurer une transition sans heurt vers une vie civile autonome et productive. Les anciens combattants des FC seront en mesure de profiter de la meilleure santé possible, en plus d'avoir le plus de chances possible d'obtenir un emploi de qualité et, au besoin, de recevoir un soutien pour perte financière. Les anciens combattants des FC disposeront d'un seul point d'accès à tous les services et programmes, par l'entremise d'un chargé de cas attiré d'Anciens Combattants Canada (ACC). Les éléments clés des services et programmes sont les suivants : services de réadaptation et assistance professionnelle, prestations de maladie, aides en matière de placement, soutiens pour perte financière, primes pour personnes handicapées et gestion de cas.

SANTÉ MENTALE DES ANCIENS COMBATTANTS

On prévoit que l'élaboration de la *Stratégie d'évaluation et de traitement du syndrome de stress post-traumatique et d'autres traumatismes psychologiques* d'Anciens Combattants Canada et du ministère de la Défense nationale aboutisse à un système coordonné de prestation de soins de santé mentale. Ce système permettra d'offrir des diagnostics, des traitements et un contrôle complets aux membres des Forces armées canadiennes, aux anciens combattants pensionnés et aux membres sortants des Forces armées canadiennes qui font la transition à la vie civile. Il permettra également aux deux ministères fédéraux d'améliorer continuellement l'accès aux services de soins de santé mentale pour les anciens combattants et les membres, peu importe où ils se trouvent.

ACC dirige également un groupe de travail international qui a préparé un catalogue intitulé : *Approches internationales aux soins et au soutien des personnes ayant besoin de services en matière de santé mentale et d'accident* (*International Approaches to Treatment and Support of those with Service-related Mental*

Health Needs and Injuries). Ce groupe de travail prépare un protocole international pour la prévention, le diagnostic, le traitement et la phase de rétablissement des traumatismes liés au stress opérationnel issu du service militaire.

PROGRAMME D'AIDE À LA REMISE EN ÉTAT DES LOGEMENTS—LOGEMENT ACCESSOIRE / PAVILLON-JARDIN

On a annoncé le Programme d'aide à la remise en état des logements—Logement accessoire / Pavillon-jardin en mai 2005 pour favoriser la création de logements à prix abordable à l'intention des aînés et des adultes handicapés à faible revenu, en leur offrant une aide financière visant la modification ou la construction d'immeubles résidentiels qui peuvent accommoder de manière raisonnable un logement autonome secondaire. L'aide est offerte aux propriétaires admissibles, aux entrepreneurs privés et aux membres des Premières nations sous forme d'un prêt-subvention que le propriétaire n'est pas obligé de rembourser tant qu'il respecte les conditions du programme.

PROGRAMME DE PARTENARIAT POUR LE DÉVELOPPEMENT SOCIAL - COMPOSANTE PERSONNES HANDICAPÉES

Le Programme de partenariats pour le développement social – Composante personnes handicapées (PPDS-PH) est une partie importante du soutien qu'offre le gouvernement aux personnes handicapées. Chaque année, selon les ressources disponibles, le PPDS-PH finance des projets qui touchent aux personnes handicapées et qui ont été proposés par des organismes les représentant et d'autres organismes sans but lucratif. En 2005, le PPDS-PH a procédé à une refonte administrative dans le but de simplifier les activités liées aux demandes de fonds et d'améliorer l'harmonisation du financement avec l'atteinte des objectifs du programme. L'objectif du PPDS-PH consiste à favoriser une plus grande coopération entre la communauté des personnes handicapées, les

chercheurs, les analystes de politiques et les autres intervenants grâce au soutien financier qu'il offre aux partenariats de collaboration et aux projets de développement social partout au pays.

■ À L'ÉCOUTE DES CANADIENS

En 2005, le gouvernement a suscité la participation des Canadiens sur un certain nombre d'enjeux sociaux importants, notamment les soins, les aînés et la condition des personnes handicapées. Une série de tables rondes a donné l'occasion aux groupes de personnes et d'organismes d'exprimer leurs visions et points de vue sur l'avenir. Le gouvernement a fourni des trousseaux documentaires aux députés pour les aider à animer des séances de dialogue publiques avec les électeurs sur ces enjeux. Les Canadiens ont également eu la chance de remplir des cahiers de consultation sur ces sujets.

Les activités liées à la condition des personnes handicapées de 2005 étaient fondées sur les résultats de la recherche sur l'opinion publique effectuée par la firme Environics pour le compte du gouvernement, au début de 2004¹⁰⁴. On a conçu les cahiers de consultation afin d'accroître la compréhension de la condition des personnes handicapées, d'une part, et de permettre aux Canadiennes et Canadiens de raconter leurs histoires et d'exprimer leurs opinions sur les différentes orientations des politiques, d'autre part. Grâce à l'aide des organismes pour personnes handicapées qui ont informé leurs membres de cette occasion, plus de 300 Canadiennes et Canadiens ont rempli un cahier de consultation sur la condition des personnes handicapées.

En mars et en avril 2005, on a demandé aux organismes nationaux pour personnes handicapées, aux chercheurs, aux gouvernements provinciaux et territoriaux, ainsi qu'aux ministères du gouvernement du Canada, d'exprimer leurs points de vue sur le contenu choisi de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2006 (EPLA 2006). Tout comme l'enquête de

2001, l'EPLA de 2006 présentera un profil détaillé des Canadiennes et Canadiens handicapés qui vivent dans un ménage privé. L'enquête de 2006 sera préparée de manière à permettre une comparaison avec la situation de 2001, afin de mesurer les changements de la condition des personnes handicapées. Les remarques reçues permettront de dégager les nouvelles exigences importantes en matière d'information ainsi que les priorités qui justifient la retenue du contenu de 2001.

■ RÉALISATIONS EN COURS

LA CONVENTION DES DROITS DES HANDICAPÉS DE L'ORGANISATION DES NATIONS UNIES

Depuis 2002, le gouvernement oriente la participation du Canada dans un comité spécial de l'Organisation des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées. Ce comité spécial a entamé la négociation d'un texte provisoire relatif à la possibilité de créer une nouvelle *Convention de l'ONU sur la protection et la promotion des droits et de la dignité des personnes handicapées*. Le gouvernement du Canada a demandé aux gouvernements provinciaux et territoriaux, ainsi qu'aux organismes pour personnes handicapées, de soumettre leurs commentaires pendant que les travaux sur l'ébauche de la convention progressent. Jusqu'à présent, le comité spécial a tenu six réunions, après quoi il passera à l'étape des négociations, laquelle durera un an environ. Lorsque l'ONU aura achevé le texte, il incombe à chaque état membre de signer et de ratifier la convention ou non.

EXAMEN DU FONDS D'INTÉGRATION

Depuis 1997, le Fonds d'intégration appuie l'amélioration de l'employabilité des personnes handicapées qui ont un lien restreint ou inexistant avec le marché du travail. Le gouvernement travaille de concert avec les organismes pour

personnes handicapées et d'autres intervenants pour examiner la portée et l'orientation de ce programme. Voici les deux facteurs qui animent cet examen:

- ▶ le chevauchement possible entre le programme du Fonds d'intégration (pour les personnes handicapées) et d'autres programmes du marché du travail, dispensés sous le cadre multilatéral des Ententes sur le marché du travail visant les personnes handicapées (EMTPH) et sous l'Assurance-emploi (AE); et
- ▶ la reconnaissance du besoin d'harmoniser de plus près le programme avec le mandat de Développement social Canada et de renforcer son accent sur la collectivité.

Le gouvernement prévoit élaborer une nouvelle vision, de nouveaux objectifs, de nouveaux résultats et de nouvelles activités de base pour un Fonds d'intégration renouvelé d'ici l'été 2006.

ACTIVITÉS FÉDÉRALES, PROVINCIALES ET TERRITORIALES RELATIVES À LA CONDITION DES PERSONNES HANDICAPÉES

En 1996, les premiers ministres ont fait des Canadiennes et Canadiens handicapés une priorité collective, ce qui a entraîné un effort de collaboration entre les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral. On a élaboré cet engagement en 1998, avec la diffusion du cadre intitulé *À l'unisson*, lequel soulignait la vision de l'intégration totale des personnes handicapées et qui mettait l'accent sur les trois composantes de base que sont les mesures de soutien, le revenu et l'emploi pour réaliser cette vision.

Jusqu'à présent, l'amélioration des possibilités d'emploi et d'apprentissage des personnes handicapées constituait un objectif prioritaire. Durant les dernières années, l'EMTPH nous a permis de faire des progrès notables dans ce domaine.

En octobre 2005, le forum des ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux chargés des

services sociaux a confirmé que les personnes handicapées constitueraient sa principale priorité au cours de l'année suivante. Les ministres ont réaffirmé leur engagement envers l'intégration complète des Canadiennes et Canadiens handicapés dans la société. Pour atteindre cet objectif, il faudra collaborer pour améliorer l'accès et augmenter le financement des services et des mesures de soutien touchant les personnes handicapées, notamment sur le plan financier. On poursuivra également les activités liées à la sensibilisation du public et au soutien des intervenants et du gouvernement pour relever les défis liés à la condition des personnes handicapées. Lors de leur prochaine réunion, les ministres se pencheront sur des options qui, élaborées conjointement dans ces domaines, abordent les aspects à court et à long terme de la réalisation de ces objectifs.

■ UN ENVIRONNEMENT EN ÉVOLUTION

La vision de citoyenneté à part entière et d'intégration, réalisée à l'aide des mesures de soutien à l'emploi et au revenu plus efficaces, présentée dans le document *À l'unisson* continue d'orienter le programme du gouvernement à l'égard des personnes handicapées. Toutefois, on reconnaît d'autres facteurs qui devraient compter dans le cadre de la politique qui nous permettra de réaliser cette vision. Par exemple, le rôle des collectivités locales représente un élément clé qui n'est pas complètement intégré dans *À l'unisson*. Les autres défis importants comprennent la croissance du nombre d'aînés handicapés, les taux élevés de personnes handicapées chez les Autochtones et «double désavantage» d'un grand nombre d'Autochtones handicapés. Il faut également tenir compte des changements de structures familiales, des fluctuations progressives de l'économie, des changements au niveau des soins de santé et des technologies, des changements des causes et des types de handicaps, et de la diversité ethnique croissante.

■ ÉTABLISSEMENT DES CORRESPONDANCES ENTRE LES INITIATIVES ET LE CADRE DE PRÉSENTATION DE RAPPORTS

Le tableau 8.2 établit la correspondance entre les initiatives examinées dans le présent chapitre et le cadre général d'imputabilité présenté au chapitre 1. Comme l'indique le tableau, des activités sont survenues relativement à chaque type de résultat. De plus, le gouvernement s'efforce de garantir une base solide de renseignements qui permettra de mieux orienter l'élaboration des politiques. Le chapitre suivant se penchera sur les dépenses du gouvernement à l'égard d'initiatives visant les personnes handicapées, toujours en fonction du même cadre.

TABLEAU 8,2 Liaison des principales réalisations de la dernière année au cadre d'imputabilité		
DOMAINE	PROGRAMMES ET AUTRES INITIATIVES	MESURES FISCALES
Perfectionnement des compétences et apprentissage		Amélioration des dispositions du REEE pour les personnes admissibles au CIPH
Emploi	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Examen du Fonds d'intégration ▶ Rétablissement automatique du RPC-I 	
Capacité de la collectivité des personnes handicapées	Simplification du processus de demande de financement du PPDS-PH	
Mesures de soutien	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Soutien pour la bibliothèque numérique de l'INCA ▶ Financement continu de Bibliothèque et Archives Canada pour améliorer l'accès aux services ▶ Activités des ministres FPT sur les options à court et long-terme ▶ Soutien des Jeux d'hiver de 2010 – engagement envers l'accessibilité et les Jeux paralympiques ▶ Prolongation à vie des services d'entretien ménager et du maintien de la propriété aux principaux aidants des anciens combattants dans le cadre du Programme pour l'autonomie des anciens combattants ▶ PAREL —Logement accessoire / Pavillon-jardins 	Amélioration des déductions pour mesures de soutien aux personnes handicapées, du crédit d'impôt pour frais médicaux, et du supplément remboursable de frais médicaux
Santé et bien-être	<ul style="list-style-type: none"> ▶ L'engagement des ministres FPT envers la promotion de la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains ▶ La nouvelle charte des anciens combattants fournira une gamme complète de services et de programmes aux membres des Forces armées canadiennes, aux anciens combattants et à leurs familles 	
Revenu	Augmentation du supplément de revenu garanti	Admissibilité élargie au crédit d'impôt pour personnes handicapées
Développement des connaissances	Élaboration continue de l'EPLA 2006 <ul style="list-style-type: none"> ▶ À l'écoute des Canadiens (cahiers de consultation et tables rondes) 	

CHAPITRE 9

DÉPENSES LIÉES AUX PERSONNES HANDICAPÉES

■ POINTS SAILLANTS DU BUDGET DE 2005 RELATIVEMENT AUX PERSONNES HANDICAPÉES

Le budget de 2005 a annoncé diverses mesures de soutien qui répondent directement ou indirectement aux besoins des personnes handicapées. En poursuivant la tendance des dernières années, le budget s'est appuyé sur les importants progrès déjà réalisés pour améliorer l'équité fiscale pour les personnes handicapées et lancer des initiatives de dépenses ciblées visant à répondre à des besoins spécifiques.

MESURES BUDGÉTAIRES QUI S'ADRESSENT DIRECTEMENT AUX PERSONNES HANDICAPÉES

Mesures fiscales

Comme l'indique le chapitre 8, le gouvernement du Canada a mis en œuvre la majorité des recommandations du Comité consultatif technique sur les mesures fiscales pour les personnes handicapées. Dans l'ensemble, ces mesures augmenteront l'allègement fiscal pour les personnes handicapées et leurs aidants, les faisant passer de 105 millions de dollars en 2005-2006 à 120 millions de dollars d'ici 2009-2010. De plus, on a augmenté le financement de l'Agence du revenu du Canada de 2 millions de dollars par année pour améliorer l'administration du Crédit d'impôt pour personnes handicapées et des autres mesures fiscales liées aux personnes handicapées.

En plus des mesures adoptées en réaction aux conseils du Comité consultatif technique, le budget de 2005 a doublé pour le porter à 10 000\$,

le montant maximal de dépenses médicales et de dépenses liées aux personnes handicapées que les aidants peuvent réclamer pour leurs parents à charge dans le cadre du CIFM.

Dépenses pour les Canadiennes et Canadiens incapables de lire les imprimés

Le budget de 2005 a affecté des fonds afin d'améliorer l'accessibilité de l'information pour les Canadiennes et Canadiens incapables de lire les imprimés. Cette affectation comprend notamment une contribution de 6 millions de dollars en 2005-2006 à l'Institut national canadien pour les aveugles (INCA), permettant à ce dernier de numériser sa collection et d'élargir ses services de bibliothèque offerts partout au pays à l'intention des Canadiens incapables de lire les imprimés. Le budget a également accordé un million de dollars par année à Bibliothèque et Archives Canada de 2006 à 2009 dans le but d'améliorer l'accès à l'information pour la même clientèle. Combinés, ces fonds permettront à des millions de Canadiens incapables de lire les imprimés de participer davantage dans toutes les sphères de la société, grâce à l'amélioration de l'accès à l'information et à la culture écrite.

Jeux olympiques et Jeux paralympiques de 2010

En 2010, l'attention du monde entier sera tournée vers le Canada, alors que Vancouver et Whistler accueilleront les Jeux olympiques et les Jeux paralympiques d'hiver. Le Canada s'est engagé à garantir que les sites et les installations des Jeux seront en mesure de satisfaire les normes d'accessibilité les plus élevées. En plus d'offrir un soutien financier considérable pour la

construction des installations olympiques, le gouvernement a annoncé qu'il accorderait 20 millions de dollars au soutien de l'entraînement et de la participation des athlètes qui représenteront le Canada aux Jeux paralympiques d'hiver de 2010.

Dans le cadre du budget, on a également augmenté le montant du financement accordé aux initiatives communautaires dans le but d'accroître la participation sportive des Canadiens handicapés et non handicapés; cette augmentation se chiffre à 5 millions de dollars par année, ce qui représente un total de 15 millions de dollars.

■ POINTS SAILLANTS DU BUDGET POUR LES AÎNÉS CONCERNANT PARTICULIÈREMENT LES AÎNÉS HANDICAPÉS

En plus des éléments indiqués ci-dessus, le budget a présenté d'autres mesures à l'intention des aînés handicapés et des autres aînés du Canada.

Le **Supplément de revenu garanti** (SRG) offre un minimum de prestations aux aînés à faible revenu; beaucoup d'aînés handicapés figurent dans ce groupe. Dans le budget de 2005, on a augmenté le montant mensuel du SRG de 36\$ pour les personnes vivant seules et de 58\$ pour les couples, pour un grand total de 2,7 milliards de dollars réparti sur cinq ans.

Le budget de 2005 prévoyait également l'augmentation du financement du programme **Nouveaux Horizons pour aînés**, lequel s'élèvera à 25 millions de dollars par année d'ici 2007-2008. Ce programme offre du financement aux projets qui favorisent la participation sociale, la vie active et la contribution des aînés dans leur collectivité. Les aînés handicapés peuvent participer à tous les aspects des projets financés, tandis que tous les aînés handicapés qui vivent dans la collectivité peuvent profiter des résultats des projets.

On a également annoncé, dans le cadre du budget, un financement de 13 millions de dollars

réparti sur cinq ans pour établir un **Secrétariat national des aînés** au sein de Développement social Canada; ce secrétariat servira de point de service gouvernemental pour les efforts de collaboration qui visent les questions concernant les aînés. Le secrétariat travaillera de concert avec les autres ministères fédéraux, provinciaux et territoriaux partenaires, de même que les organismes pour personnes âgées et les Canadiennes et Canadiens, afin de prendre appui sur le travail indispensable accompli pour soutenir les aînés. Ses activités viendront compléter celles de la Division du vieillissement et des aînés de l'Agence de santé publique du Canada, qui concentre ses efforts sur les questions de santé et de bien-être des aînés.

■ AUTRES MESURES D'INTÉRÊT POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES

Dans le cadre du budget, on a alloué 300 millions de dollars sur une période de cinq ans à une nouvelle **Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques** pour encourager les modes de vie sains et prévenir et contrôler les maladies chroniques.

■ DÉPENSES DU GOUVERNEMENT DU CANADA CONCERNANT LES PERSONNES HANDICAPÉES

Le gouvernement offre du soutien aux Canadiens handicapés par l'entremise de dépenses de programmes et de mesures fiscales continues. Le rapport sur les personnes handicapées de l'an dernier a présenté une démarche qui permet de classer les dépenses gouvernementales dans le but de déterminer celles qui feront l'objet d'une analyse des dépenses concernant les personnes handicapées. Cette démarche classe les dépenses en fonction des catégories suivantes :

MESURES SPÉCIFIQUEMENT CIBLÉES: mesures visant essentiellement à aider les personnes handicapées et leur famille.

Mentionnons par exemple le Crédit d'impôt pour personnes handicapées, le Programme de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada, le Programme d'aide à la remise en état des logements pour personnes handicapées, ou les Subventions canadiennes pour études pour les étudiants handicapés.

MESURES PARTIELLEMENT CIBLÉES : mesures qui présentent une composante étroitement liée aux personnes handicapées, malgré la difficulté de déterminer le montant exact alloué aux personnes handicapées. Mentionnons par exemple le crédit d'impôt pour frais médicaux, les prestations de maladie de l'assurance-emploi, le programme de services de santé non assurés de Santé Canada et le Programme d'avantages médicaux d'Anciens Combattants Canada.

MESURES DESTINÉES À LA POPULATION GÉNÉRALE : ces mesures englobent toutes les mesures prises par le gouvernement au profit de la population générale, sans égards à la présence ou l'absence d'un handicap. Il faut élaborer ces mesures de manière à ne pas exclure les personnes handicapées par inadvertance. Mentionnons par exemple l'Assurance-emploi, les Régimes enregistrés d'épargne-études et le Crédit pour revenu de pension (crédit d'impôt).

L'analyse qui suit comprend les mesures ciblées, mais exclut celles qui sont destinées à la population générale. Elle comporte également quelques mesures partiellement ciblées afin d'ajouter un élément de comparaison avec les rapports précédents, sans toutefois gonfler de manière arbitraire les dépenses estimées.

En 2004-2005, les dépenses du gouvernement du Canada liées aux personnes handicapées se chiffraient à 7 634,7 millions de dollars, dont 6 114,7 millions de dollars destinés aux programmes et 1 520,0 millions de dollars en mesures fiscales pour les personnes handicapées. Ce montant global représente une augmentation de 5,8% des dépenses totales de 2003-2004.

Le montant total des mesures fiscales de l'exercice de 2005 a augmenté de 13,0% comparativement au montant de l'exercice de 2004. Le total des prestations de programmes a augmenté de 4,1% entre 2003-2004 et 2004-2005.

Les principales dépenses du gouvernement liées aux prestations et aux programmes sont présentées à l'annexe A, et résumées dans le tableau 9.1. Comme le tableau l'indique, les mesures de soutien du revenu représentent environ 71% des dépenses du gouvernement liées aux personnes handicapées; il s'agit du type de dépense le plus élevé. Le Programme de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada représente le programme pour personnes handicapées le plus important du pays. Le gouvernement offre également des pensions aux anciens combattants à titre d'indemnisation pour un handicap issu de leur service militaire. Les prestations de l'Indemnisation fédérale des accidentés et les Prestations de maladie de l'Assurance-emploi représentent également un soutien du revenu temporaire, offert aux personnes admissibles qui ne peuvent travailler en raison d'un handicap ou d'une maladie.

Les mesures fiscales, qui s'élèvent à environ 20 % des dépenses afférentes aux personnes handicapées, représentent le deuxième type de dépense le plus important. À la suite des mesures annoncées dans le budget de 2005, on prévoit que le total des dépenses en matière de mesures fiscales poursuivra sa croissance.

Les dépenses liées au perfectionnement des compétences, à l'apprentissage et à l'emploi représentent le troisième type de dépense en ordre d'importance; elles s'élèvent à environ 5% des dépenses du gouvernement. La croissance de ce type de dépense, de 2003 à 2004, est issue de l'augmentation de 30 millions de dollars affectée aux ententes relatives au marché du travail pour les personnes handicapées, et d'une nouvelle subvention canadienne visant à assumer les frais scolaires des personnes handicapées dans le besoin. On a annoncé les deux mesures dans le cadre du budget de 2004.

Les programmes qui soutiennent l'adaptation des logements à des fins d'accessibilité et de sécurité, administrés par la Société canadienne d'hypothèques et de logement et le Programme pour l'autonomie des anciens combattants d'Anciens Combattants Canada, représentent les plus importantes contributions du gouvernement aux mesures de soutien pour personnes handicapées. Les dépenses liées à ces deux programmes ont augmenté entre 2003 et 2004. Il faut noter que plusieurs programmes d'envergure partiellement ciblés financent des mesures de soutien exigées par les anciens combattants, les membres des Premières nations et des Inuits. Toutefois, les totaux présentés au tableau 9.1 ne comprennent pas les dépenses relatives à ces programmes.

Les dépenses combinées des programmes liés à la santé et au bien-être et à la capacité de la collectivité des personnes handicapées représentent environ un pour cent du total des dépenses du gouvernement pour les personnes handicapées. Les changements apportés aux dépenses entre 2003-2004 et 2004-2005 émanent de l'Initiative de prévention des chutes et constituent l'effet final des fluctuations normales des subventions et contributions des autres programmes qui constituent ces deux catégories.

TENDANCE HISTORIQUE

La figure 9.1 démontre la tendance en matière de dépenses globales du gouvernement du Canada pour les personnes handicapées depuis 1996. Les chiffres montrent que les dépenses ont augmenté d'environ 38% durant cette période.

TABLEAU 9,1 Sommaire des dépenses du gouvernement du Canada liées aux personnes handicapées (en millions)

DOMAINE	2003-2004	2004-2005	POURCENTAGE DE 2004-2005	DIFFÉRENCE PROCENTUELLE (2003 À 2004)
Perfectionnement des compétences et apprentissage	333,3	358,2	4,7 %	6,1 %
Capacité de la collectivité des personnes handicapées ¹	17,2	16,5	0,2 %	-4,1 %
Mesures de soutien des personnes handicapées	217,8	253,3	3,3 %	16,3 %
Santé et bien-être ¹	56,7	58,0	0,8 %	2,4 %
revenu ¹	5 247,8	5 428,6	71,1 %	3,4 %
TOTAL DES PROGRAMMES	5 872,8	6 114,6	80,1 %	4,1 %
Mesures fiscales ²	1 345,0	1 520,0	19,9 %	13,0 %
TOTAL ¹	7 217,8	7 634,7		5,8 %

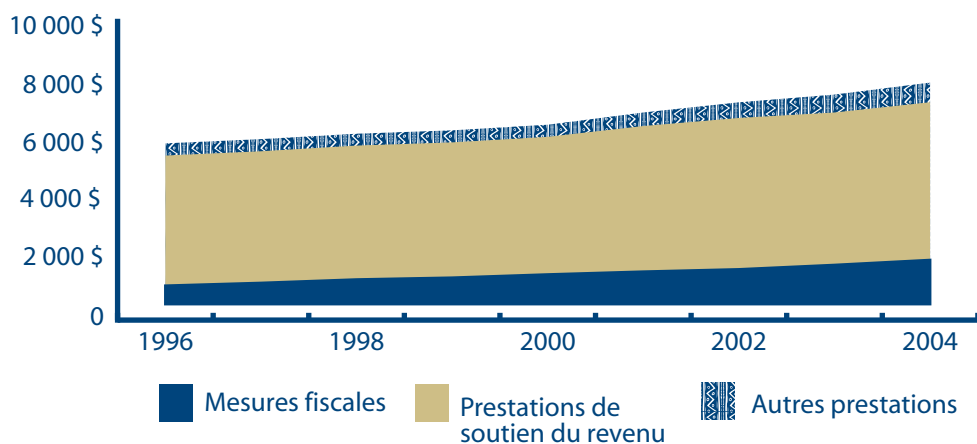
¹ Les montants indiqués pour 2003-2004 sont révisés à partir des estimations présentées dans le rapport de 2004.

² Les montants indiqués pour les mesures fiscales visent les exercices de 2004 et 2005 respectivement.

Durant cette même période, l'indice des prix à la consommation a augmenté de 17,7%.

Depuis 1996, le montant des mesures fiscales a plus que doublé. Durant cette même période, le total des prestations liées au revenu a augmenté d'environ 20 %, tandis que les autres prestations de programmes ont augmenté de 60%.

9,1 Prestations, services et mesures fiscales visant les personnes handicapées (millions) 1996 à 2004



PARTIE 3

RAPPORTS DES ENTENTES SUR LE MARCHÉ DU TRAVAIL VISANT LES PERSONNES HANDICAPÉES

FAITS SAILLANTS

- ▶ Le taux d'emploi des femmes handicapées s'est beaucoup amélioré, passant de 38% en 2001 à 43% en 2003.
- ▶ Le pourcentage des femmes handicapées ayant un diplôme d'études post-secondaires est passé de 37% en 2001 à 41% en 2003; alors qu'il est passé de 46% à 49% durant la même période pour les femmes non handicapées.
- ▶ Même si le revenu moyen des femmes handicapées est toujours inférieur à celui des hommes avec ou sans incapacité, il a quand même connu une croissance, passant de 21 400\$ en 2001 à 24 400\$ en 2003. Le revenu moyen des femmes non handicapées était de 26 500\$ en 2001 et de 26 100\$ en 2003.

CETTE TROISIÈME partie du rapport honore l'engagement du gouvernement du Canada de publier des rapports annuels portant sur les réalisations dans le Cadre multilatéral pour les ententes sur le marché du travail visant les personnes handicapées.

Le 1^{er} avril 2004, ce Cadre multilatéral¹⁰⁵ a remplacé l'initiative d'Aide à l'employabilité des personnes handicapées (AEPH).

Grâce aux Ententes sur le marché du travail visant les personnes handicapées (EMTPH) bilatérales de deux ans, le gouvernement du Canada contribue au financement des programmes et services provinciaux dans le but d'améliorer la situation d'emploi des Canadiens handicapés en améliorant leur employabilité, en augmentant leurs chances d'obtenir de l'emploi et en exploitant la base de connaissances établies.

Le financement total du gouvernement du Canada accordé au Cadre multilatéral pour les ententes sur le marché du travail visant les personnes handicapées est de 223 millions de

dollars par année. Les transferts aux provinces représentent 50% des coûts engagés par les compétences pour les programmes et services financés dans le cadre de l'initiative, jusqu'au montant de la répartition du gouvernement du Canada dégagé dans l'entente bilatérale respective.

Bien que les programmes et services financés par l'EMTPH varient d'une compétence à l'autre, reflétant leurs priorités, les programmes et services relatifs au marché du travail doivent être conformes à l'une ou plusieurs des priorités suivantes : l'éducation et la formation professionnelle, la participation à la vie active, les possibilités d'emploi, relier les employeurs et les personnes handicapées et constituer une base de connaissances. Voici des exemples des interventions financées dans le cadre de l'EMTPH :

- ▶ encadrement et mentorat en cours d'emploi
- ▶ formation préalable et perfectionnement des compétences
- ▶ études postsecondaires
- ▶ aides, appareils et accessoires d'adaptation
- ▶ subventions salariales
- ▶ counselling d'emploi et évaluation
- ▶ réseaux de placement accessibles
- ▶ travail autonome
- ▶ autres mesures de soutien au travail

Les gouvernements ont publié des rapports de référence le 3 décembre 2004 (Journée internationale des personnes handicapées) qui comprenaient les objectifs de programmes, les descriptions, les populations cibles, les dépenses prévues ainsi que les indicateurs sociaux (le taux d'emploi des adultes handicapés en âge de travailler, les niveaux d'éducation, ainsi que le revenu d'emploi).

À compter du 3 décembre 2005, les gouvernements présenteront un rapport annuel sur les indicateurs sociaux indiqués ci-dessus et les indicateurs de programmes suivants :

- ▶ nombre de participants aux programmes et services;
- ▶ nombre de participants qui complètent un programme ou un service qui comportent un point de départ et de fin spécifiques de l'intervention;
- ▶ nombre de participants qui ont trouvé ou conservé un emploi lorsque le programme ou service soutient cette activité.

Vers l'intégration des personnes handicapées permettra au gouvernement du Canada de s'acquitter de son engagement qui consiste à présenter un rapport annuel en vertu de l'EMTPH.

■ TRANSFERTS DU GOUVERNEMENT DU CANADA EN 2004-2005

Le montant total disponible en vertu de l'EMTPH est affecté en fonction d'une formule adoptée par les provinces, territoires et le gouvernement fédéral. Les montants fournis aux compétences provinciales en vertu de l'EMTPH en 2004-2005 sont les suivants, tels que démontrés dans la figure III,1 :

(a) Le total des transferts aux provinces et aux territoires en 2005 était inférieur au total de la répartition fédérale en vertu de l'EMTPH, principalement en raison d'une péremption de fonds du gouvernement de l'Ontario. De plus, le gouvernement du Canada a réparti 3,7 M\$ pour les ententes bilatérales avec les Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut et le Yukon. En raison de questions fiscales en suspens, il n'y a pas d'entente bilatérale avec ces compétences.

■ INDICATEURS SOCIAUX

La mesure des taux d'emploi, des niveaux d'éducation et du revenu d'emploi de la population canadienne présente un contexte qui permet de voir les résultats de l'EMTPH. Un grand nombre de facteurs du vaste environnement social et économique influence les tendances de chacun de ces derniers. Par conséquent, il faut des exercices d'évaluation de programme

soigneusement conçus pour déterminer l'étendue de la contribution de l'EMTPH aux améliorations (ou la réduction des répercussions négatives) des taux globaux d'emploi, d'éducation ou de revenus.

Les indicateurs du Canada de 2001 à 2003 sont présentés ici. Les gouvernements provinciaux publient des données comparables pour leurs compétences et des indicateurs de programmes.

TABLEAU III,1 Transferts de l'EMTPH

COMPÉTENCE	MONTANT DU TRANSFERT (EN MILLIONS DE DOLLARS)
Colombie-Britannique	30,744
Alberta	25,190
Saskatchewan	10,853
Manitoba	8,965
Ontario	69,911
Québec	45,893
Nouveau-Brunswick	5,951
Nouvelle-Écosse	8,290
Île-du-Prince-Édouard	1,376
Terre-Neuve et Labrador	4,578
Total des transferts	211,8 ^a
Dépenses de fonctionnement du gouvernement du Canada, y compris l'évaluation	1,0

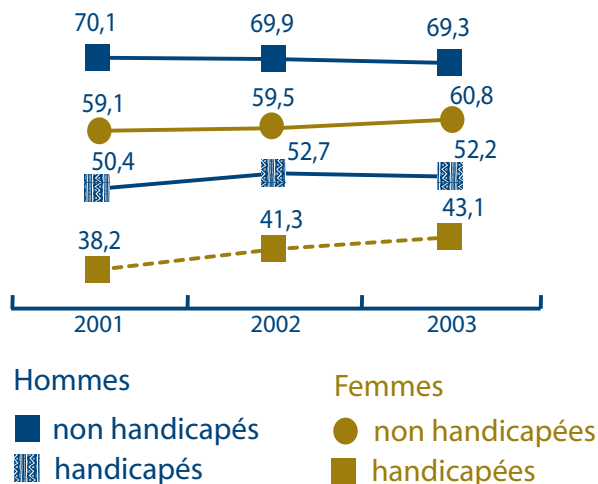
(a) Le total des transferts aux provinces et aux territoires en 2005 était inférieur au total de la répartition fédérale en vertu de l'EMTPH, principalement en raison d'une péremption de fonds du gouvernement de l'Ontario. De plus, le gouvernement du Canada a réparti 3,7 M\$ pour les ententes bilatérales avec les Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut et le Yukon. En raison de questions fiscales en suspens, il n'y a pas d'entente bilatérale avec ces compétences.

TAUX D'EMPLOI

Le taux d'emploi des femmes handicapées s'est considérablement amélioré entre 2001 et 2003.

De 2001 à 2003, les taux d'emploi globaux de la population générale de 16 à 64 ans sont demeurés relativement stables, tandis que le taux d'emploi des personnes handicapées a connu une légère amélioration. La figure III.1 montre que le taux d'emploi des femmes ayant une incapacité s'est considérablement amélioré (de 38% en 2001 à 43% en 2003) tandis que les taux d'emploi des hommes ayant une incapacité a montré un gain modeste (59% en 2001 à 61% en 2003).

III,1 Taux d'emploi, Canada, de 16 à 64 ans (%)



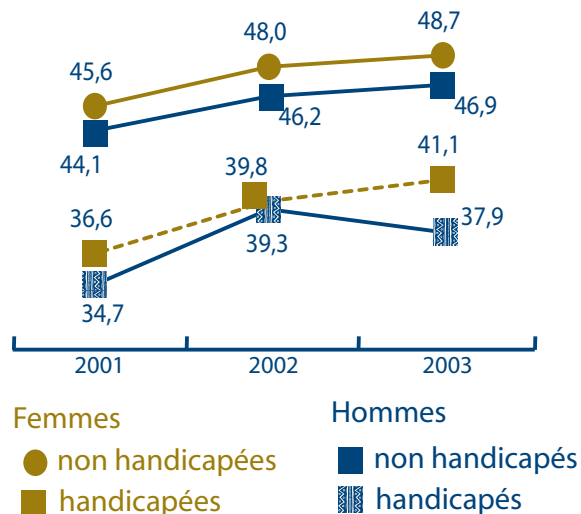
FDTR 2001-2003

ACHÈVEMENT DES ÉTUDES POSTSECONDAIRES

Le pourcentage de femmes handicapées qui détiennent un diplôme d'études postsecondaires est passé de 37% en 2001 à 41% en 2003.

Les études postsecondaires, y compris les certificats professionnels, les diplômes collégiaux et les diplômes universitaires sont de plus en plus nécessaires pour réussir dans le marché du travail

III,2 Obtentions de diplômes d'études postsecondaires, Canada, de 16 à 64 ans (%)



EDTR 2001-2003

d'aujourd'hui. Le pourcentage de la population de 16 à 64 ans qui a obtenu un certificat d'études postsecondaires a légèrement augmenté entre 2001 et 2003; passant de 42% à 44%. Toutefois, la figure III.2 démontre que cette augmentation globale ne touche pas de façon uniforme les personnes avec ou sans incapacité. Les hommes et les femmes sans incapacité et les femmes ayant une incapacité avaient plus de chance de détenir un certificat d'études postsecondaires en 2003 qu'en 2001. Toutefois, le pourcentage d'hommes ayant une incapacité qui détiennent un certificat postsecondaire était plus bas en 2003 qu'en 2001. Le résultat s'explique par un pourcentage réduit d'hommes avec incapacité qui détiennent un diplôme universitaire, car à mesure que la population active vieillit, il y a de plus en plus d'hommes âgés qui développent des incapacités alors qu'ils occupent un emploi qui exige moins d'études.

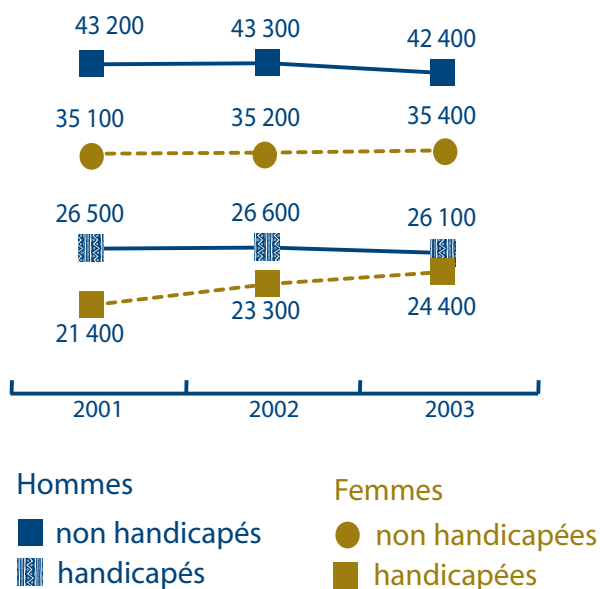
REVENU D'EMPLOI

Même si le revenu moyen des femmes ayant une incapacité est toujours inférieur à celui des hommes avec ou sans incapacité, il a toutefois augmenté de 21 400\$ en 2001 à 24 400\$ en 2003. Le revenu moyen des femmes sans incapacité était de 26 500\$ en 2001 et de 26 100\$ en 2003.

Au-delà de l'emploi, le revenu qu'une personne touche d'un emploi représente une mesure essentielle du succès sur le marché du travail. Les revenus annuels peuvent varier en raison du nombre d'heures passées au travail dans une année et du salaire horaire; l'un ou l'autre de ces facteurs ou leur combinaison peuvent avoir une incidence sur le changement du revenu moyen.

Entre 2001 et 2003, le revenu moyen de la population générale a diminué; passant de 34 100\$ à 33 600\$ (en dollars constants de 2003). La figure III.3 démontre que le revenu des femmes ayant une incapacité a augmenté durant cette période, tandis que le revenu moyen des hommes avec incapacité et des femmes sans incapacité est demeuré relativement stable. Par contre, le revenu des hommes sans incapacité a diminué en moyenne de 800\$ entre 2001 et 2003.

III,3 Revenus moyens, Canada, de 16 à 64 ans (\$)



EDTR 2001-2003

ANNEXE A

■ PRINCIPAUX PROGRAMMES ET PRESTATIONS DU GOUVERNEMENT DU CANADA DESTINÉS AUX PERSONNES HANDICAPÉES 2004-2005

PROGRAMME – INITIATIVE	MONTANT (M\$/ANNÉE 2004-2005)
MESURES DE SOUTIEN	
▶ Programmes de la SCHL (LAAA, PAREL-PH) ¹	▶ 22,7
▶ Programme pour l'autonomie des anciens combattants	▶ 230,7
PERFECTIONNEMENT DES COMPÉTENCES, APPRENTISSAGE ET EMPLOI	
▶ Fonds d'intégration	▶ 24,1
▶ Ententes sur le marché du travail visant les personnes handicapées	▶ 211,8
▶ Subventions canadiennes pour études pour étudiants ayant une incapacité permanente ²	▶ 16,7
▶ Subventions canadiennes pour études pour les personnes handicapées dans le besoin	▶ 3,6
▶ Stratégie de développement des ressources humaines autochtones - Composante personnes handicapées	▶ 3,0
▶ Programme d'éducation spéciale des Premières nations	▶ 95,1
▶ Bureau des technologies d'apprentissage (projets visant les personnes handicapées)	▶ 0,6
▶ Programme de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada, programme de réadaptation professionnelle	▶ 3,3
PRESTATIONS DE SOUTIEN DU REVENU	
▶ Programme de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada	▶ 2 919,2
▶ Prestations d'indemnisation des travailleurs fédéraux ³	▶ 125,0
▶ Prestations de maladie de l'Assurance-emploi ⁴	▶ 778,5
▶ Programmes de pension d'invalidité des anciens combattants	▶ 1 583,1
▶ Allocations aux anciens combattants	▶ 22,8
CAPACITÉ DE LA COLLECTIVITÉ DES PERSONNES HANDICAPÉES	
▶ Programme de partenariats pour le développement social – personnes handicapées	▶ 15,6
▶ Programme d'aide à la vie autonome de l'AINC - Composante personnes handicapées	▶ 0,9

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE	
▶ Financement de Sport Canada pour les athlètes handicapés	▶ 9,9
▶ Initiative d'Anciens Combattants Canada en matière de santé mentale	▶ 0,2
▶ Fonds pour la santé de la population et autres subventions et contributions liées à la santé	▶ 5,8
▶ Soutien de l'Alliance de vie active pour les Canadiens/Canadiennes ayant un handicap	▶ 0,4
▶ Initiative de l'ETCAF	▶ 5,0
▶ Stratégie canadienne sur le diabète (prévention et promotion)	▶ 11,8
▶ Initiative sur le diabète chez les Autochtones	▶ 25,0
TOTAL DES DÉPENSES LIÉES AUX PROGRAMMES	6 114,7
MESURES FISCALES ⁵	
▶ Crédit d'impôt pour personnes handicapées (y compris le supplément pour enfants)	▶ 460
▶ Crédit d'impôt pour frais médicaux	▶ 830
▶ Déductions pour mesures de soutien aux personnes handicapées	▶ 20
▶ Crédit pour les personnes soignantes	▶ 65
▶ Crédit d'impôt pour personnes déficientes à charge	▶ 5
▶ Prestation pour enfant handicapé	▶ 60
▶ Supplément remboursable pour frais médicaux	▶ 80
TOTAL DES MESURES FISCALES	1 520,0
TOTAL	7 634,7
PROGRAMMES PARTIELLEMENT CIBLÉS	
MESURES FISCALES ⁵	
▶ Crédit en raison de l'âge ⁶	▶ 1 540
▶ Crédit pour revenu de pension ⁶	▶ 440
PROGRAMMES	
▶ Nouveaux Horizons pour aînés 6 (Développement social Canada)	▶ 5,0
▶ Programme de services de santé non assurés (Santé Canada)	▶ 767,7
▶ Programme de soins à domicile et en milieu communautaire pour les membres des Premières nations et les Inuits (Santé Canada)	▶ 90
▶ Programme d'aide à la vie autonome (AINC)	▶ 81,3
▶ Programme des avantages médicaux pour les anciens combattants ⁷	▶ 279,2

-
- (1) Les montants pour LAAA et le PAREL-PH touchent à la période de l'année civile 2004 plutôt que la période de l'exercice 2004-2005.
 - (2) Les subventions canadiennes touchent à la période de 12 mois qui se termine le 31 juillet 2004.
 - (3) Ce montant inclut des frais administratifs de 24,3 millions payés aux Commissions provinciales et territoriales des accidents du travail. Par contre, il n'inclut pas un montant d'environ 19 millions directement versé, par les ministères, les agences et les sociétés de la Couronne, aux employés en congé pour accident du travail.
 - (4) Le montant pour les prestations de maladie de l'Assurance-emploi est pour la période 2003-2004, puisque les dépenses pour 2004-2005 ne sont pas encore disponibles.
 - (5) Les montants pour les dépenses fiscales représentent des estimations pour l'exercice 2005 plutôt que l'exercice 2004-2005. Source : Le ministère des Finances Canada, Dépenses fiscales et évaluations, 2004. Les montants ont été ajustés pour refléter les changements apportés au budget de 2005.
 - (6) Il s'agit de mesures de soutien pour les aînés; elles ne visent pas particulièrement les aînés handicapés.
 - (7) Même si la plupart des clients du Programme des avantages médicaux pour les anciens combattants sont des personnes avec incapacité, le programme offre des avantages médicaux liés à la santé en général qui ne sont pas nécessairement liés aux personnes ayant une incapacité.

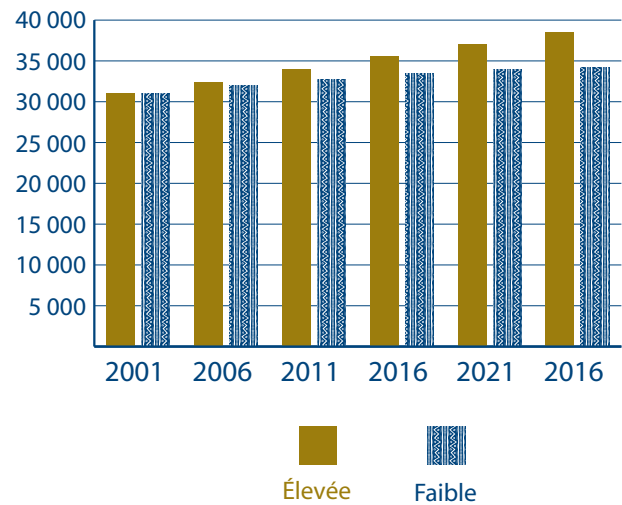
ANNEXE B

PROJECTION DE LA POPULATION DE PERSONNES HANDICAPÉES AU CANADA 2001-2026

L'ANNEXE B démontre le nombre total de Canadiens ayant une incapacité entre 2001 et 2026. On a préparé cette annexe à l'aide d'une série de quatre projections de la croissance démographique de Statistique Canada, fondées sur diverses hypothèses relatives à la fécondité, la mortalité, l'immigration et la migration entre provinces¹⁰⁶. Ceci est dans le but de présenter l'étendue des estimations, les projections de personnes handicapées présentées reposent sur les modèles de faible et de forte croissance démographique.

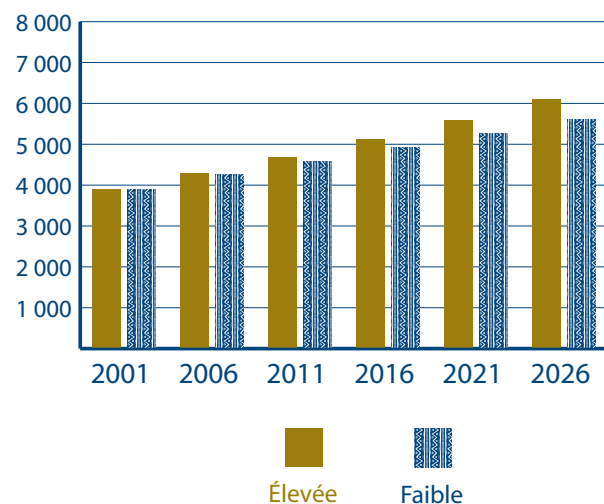
La méthode de base consiste à appliquer les taux d'incapacité de l'EPLA de 2001 à ces projections démographiques générales. L'EPLA n'a pas fait enquête auprès des personnes qui vivent dans des logements collectifs, les membres des Premières nations qui vivent dans des réserves ou des personnes qui vivent dans les trois territoires. Puisqu'il est probable que les taux d'incapacité dans ces groupes soient plus élevés que ceux de la population ciblée par l'enquête de l'EPLA, les projections présentées peuvent sous-estimer le nombre total de personnes handicapées. La méthode utilisée ne tient pas compte des changements possibles de taux, de types ou de tendances de personnes handicapées qui pourraient se produire dans les années à venir. Les changements de facteurs tels que les soins de santé, l'économie, l'environnement, les niveaux d'études, ainsi qu'un grand nombre d'autres facteurs qui pourrait avoir une incidence sur les taux d'incapacité du futur, mais l'effet final de ces divers facteurs est difficile à prévoir. Deux études, menées par Statistique Canada, qui s'appuient sur des approches de modèles qui prennent en considération certains facteurs qui vont au-delà du vieillissement de la population ont produit des résultats contraires

B,1 Population totale du Canada (000)



Statistique Canada

B,2 Total des personnes handicapées au Canada (000)



Projection du Bureau de la condition des personnes handicapées

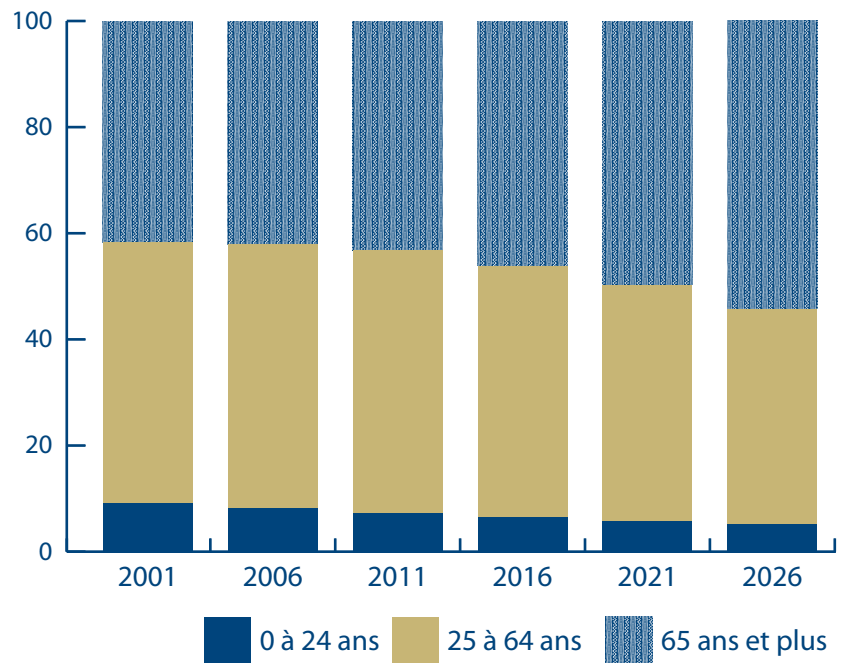
— une étude prévoyait une légère augmentation des taux de l'incapacité parmi les personnes âgées de 65 ans et plus et l'autre prévoyait une légère décroissance des taux d'ici l'an 2021.¹⁰⁷

ESTIMATIONS DE LA POPULATION

Les estimations de la population globale et du nombre total de personnes ayant une incapacité sont présentées aux figures B.1 et B.2. Selon le scénario de faible croissance, la population canadienne passera de 31 millions en 2001 à 34,2 millions en 2026 alors que le nombre total de personnes avec incapacité augmentera de 3,9 millions à 5,6 millions. Selon le scénario de forte croissance, la population passera de 31 millions à 38,6 millions, à quoi correspond une augmentation de 3,9 millions à 6,1 millions de personnes ayant une incapacité.

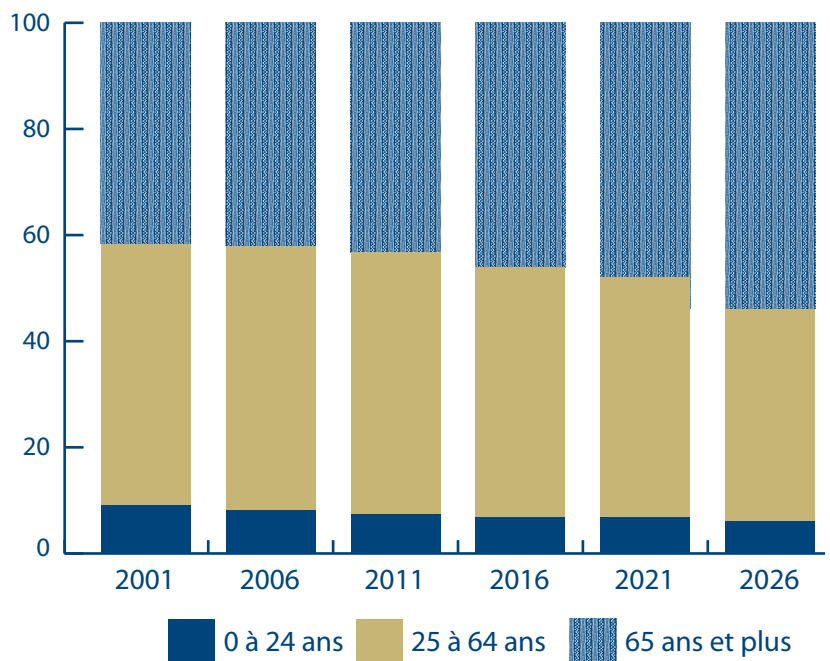
En raison du vieillissement de la population durant cette période, le pourcentage de personnes handicapées augmentera entre 2001 et 2026. Ce pourcentage augmentera de 12,6% à 16,4% dans le modèle de faible croissance et de 12,6% à 15,8% dans le modèle de forte croissance. Le pourcentage de personnes handicapées sera supérieur en 2026 dans la projection de faible croissance, car dans ce scénario, il y a moins de jeunes personnes; les taux de personnes handicapées sont donc moins élevés dans ce groupe d'âge.

B,3 Composition de la population de personnes handicapées (scénario de faible croissance de la population) (%)



Projection du Bureau de la condition des personnes handicapées

B,4 Composition de la population de personnes handicapées (scénario de croissance élevée de la population) (%)



Projection du Bureau de la condition des personnes handicapées

CHANGEMENT DE LA COMPOSITION PAR ÂGE DE LA POPULATION

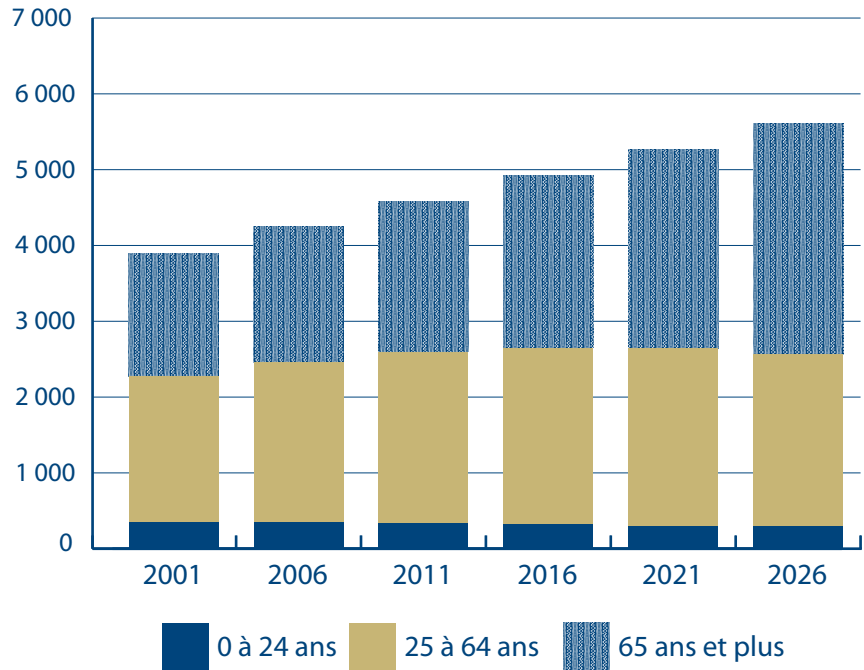
Le changement global de la structure par âge de la population de 2001 à 2026 produit un changement correspondant dans la composition de l'âge de la population de personnes handicapées. Les figures B.3 et B.4 démontrent la composition en terme de pourcentage tandis que les figures B.5 et B.6 présentent le nombre d'enfants, d'adultes en âge de travailler et d'aînés handicapés. Finalement, le tableau B1 démontre la répartition âge – sexe de la population de 2026.

Selon le scénario de faible croissance, les aînés constituent 41,7% de la population de personnes handicapées en 2001; ce nombre passera à 46,1% en 2016 et à 54,3% en 2026. Selon le scénario de forte croissance, les aînés passent de 41,7% en 2001 à 46,0% en 2016 et à 53,8% en 2026. On tient également compte d'un nombre indéterminé d'aînés qui vivent dans des établissements de soins pour bénéficiaires internes.

Selon le scénario de faible croissance, (figure B.5) le nombre d'enfants et de jeunes âgés de 0 à 24 ans handicapés diminue légèrement; il passe de 353 000 en 2001 à 292 000 en 2026. Le nombre d'adultes âgés de 25 à 64 ans augmente; il passe de 1 917 000 en 2001 à 2 344 000 en 2016 puis il diminue à 2 274 000 en 2026. Le nombre d'aînés handicapés passe de 1 622 000 en 2001 à 3 046 000 en 2026.

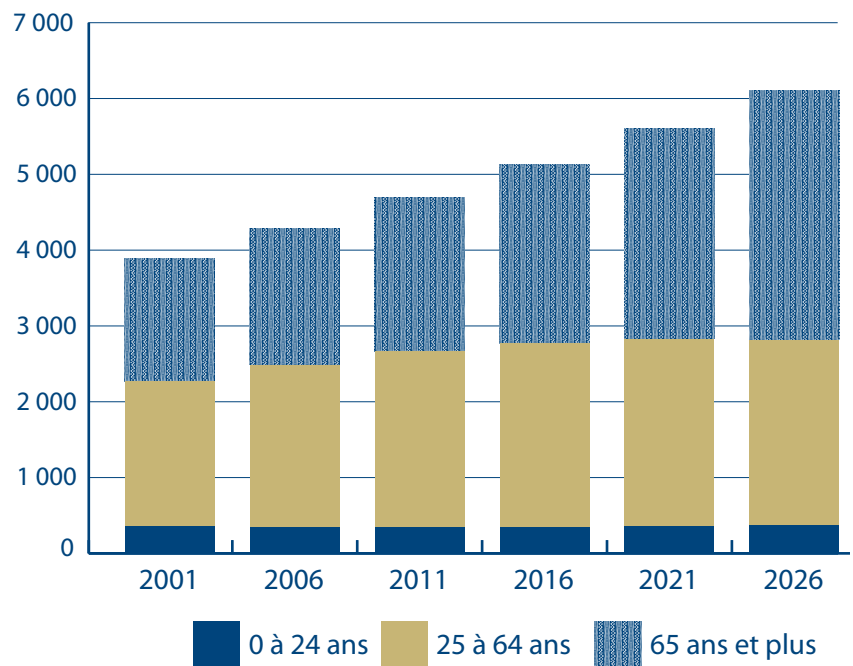
Selon le scénario de forte croissance, (figure B.6) le nombre

B,5 Population de personnes handicapées selon l'âge (Scénario de faible croissance de la population)



Projection du Bureau de la condition des personnes handicapées

B,6 Population de personnes handicapées selon l'âge (scénario de croissance élevée de la population)



Projection du Bureau de la condition des personnes handicapées

d'enfants et de jeunes âgés de 0 à 24 ans handicapés demeure stable au nombre d'environ 353 000 jusqu'en 2021, puis il augmente à 368 000 en 2026. Le nombre d'adultes âgés de 25 à 64 ans augmente; il passe de 1 918 000 en 2001 à 2 449 000 en 2026. Le nombre d'aînés augmente également; il passe de 1 622 000 en 2001 à 3 287 000 en 2026.

Selon les scénarios de faible et de forte croissance, les femmes constitueront la majorité des personnes handicapées durant la période visée (environ 54% en 2026). Selon le scénario de faible croissance en 2026, les femmes représenteront 57% des aînés handicapés et selon le scénario de forte croissance, elles représenteront 56% des aînés handicapés.

TABLEAU B1 COMPOSITION de la population de personnes handicapées selon l'âge et le sexe, Canada, 2026

Scénario de forte croissance (milliers)						
	Population totale			Population de personnes handicapées		
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
0 à 24 ans	10 599,8	5 440,1	5 159,6	368,0	209,2	158,8
25 à 64 ans	19 964,2	10 069,3	9 894,8	2 449,1	1 174,6	1 274,6
65 ans et plus	8 029,3	3 674,1	4 355,2	3 286,8	1 439,9	1 846,9
Population totale	38 593,3	19 183,5	19 409,6	6 104,0	2 823,7	3 280,3
Scénario de faible croissance (milliers)						
	Population totale			Population de personnes handicapées		
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
0 à 24 ans	8 281,8	4 250,4	4 031,4	292,1	164,7	127,4
25 à 64 ans	18 422,5	9 290,2	9 132,3	2 273,7	1 088,0	1 185,6
65 ans et plus	7 486,2	3 362,9	4 123,2	3 046,0	1 305,6	1 740,4
Population totale	34 190,4	16 903,5	17 286,9	5 611,8	2 558,3	3 053,5

ANNEXE C

PROGRAMMES CHOISIS DU GOUVERNEMENT DU CANADA POUR LES ÂNÉS AYANT DES INCAPACITÉS

LES ÂNÉS qui ont des incapacités peuvent profiter d'une gamme complète de politiques et programmes du gouvernement du Canada. Les pages qui suivent soulignent certaines initiatives qui répondent plus particulièrement aux besoins des aînés handicapés.

■ SOUTIEN À LA PARTICIPATION DES ÂNÉS AYANT DES INCAPACITÉS DANS LA COLLECTIVITÉ (VOIR LE CHAPITRE 3)

Les programmes qui suivent soutiennent la participation des aînés avec incapacités handicapés dans le cadre de leurs loisirs et de leurs activités de bénévolat dans la collectivité. Les aînés qui participent toujours à la population active peuvent également profiter des programmes liés à l'emploi (p. ex., voir la partie 3 du présent rapport).

AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA

L'Alliance de vie active pour les Canadiens/Canadiennes ayant un handicap (AVACH) reçoit son financement du *Programme de contribution à l'activité physique* de l'Agence de santé publique du Canada pour l'exercice 2005-2006. L'objet de ce programme consiste à améliorer la santé globale et réduire les lacunes en matière de santé des Canadiens qui ont des limitations intellectuelles, de mobilité, sensorielles ou de santé mentale. Puisque les personnes handicapées sont confrontées à des obstacles supplémentaires qui les empêchent de mener

une vie saine comparativement aux personnes non handicapées, il faut mettre en œuvre des mesures de soutien supplémentaires pour rehausser leur qualité de vie au même niveau que celle de la population générale. Cette stratégie repose sur le même cadre que celui de la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains, menée par l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) et elle offre une intervention qui permettra de combler l'écart des Canadiennes et Canadiens handicapés, y compris les aînés handicapés. Ce projet communique de l'information et de la messagerie au sujet de la valeur de l'activité physique/qualité de vie pour tous les citoyens handicapés, dans le but de favoriser un changement d'attitude et de comportement chez les personnes handicapées et les fournisseurs de services, pour améliorer la capacité communautaire et renforcer les partenariats entre les provinces, les territoires et les collectivités. (Pour avoir plus d'information, on peut consulter dans cette Annexe la section qui porte sur la promotion de la santé des aînés)

DÉVELOPPEMENT SOCIAL CANADA

Le *Programme Nouveaux Horizons pour aînés* de Développement social Canada est un programme de subventions qui favorise la participation sociale des aînés, la vie active et la contribution dans leur collectivité. Les objectifs du programme consistent à encourager les aînés à partager leurs connaissances, leurs aptitudes et leur sagesse pour soutenir leur collectivité, par le bénévolat, l'encadrement et le leadership civique. Le programme vise également à réduire

le risque d'isolement social des aînés, grâce à la création d'occasions qui favorisent l'engagement dans le milieu associatif, le sens de l'appartenance et le développement des talents personnels des aînés.

Les administrations municipales, les organismes des secteurs bénévoles, de l'économie sociale et sans but lucratif, ainsi que les conseils tribaux et de bande et les autres organismes autochtones sont admissibles au financement. Les projets financés doivent être dirigés et mis en œuvre par des aînés, ils doivent être de nature non lucrative et aborder des priorités provinciales ou territoriales. Le financement est disponible pour une période pouvant aller jusqu'à 12 mois.

■ ABORDER L'ACCESSIBILITÉ DES MESURES DE SOUTIEN POUR AÎNÉS AYANT DES INCAPACITÉS (VOIR LE CHAPITRE 4)

Le gouvernement du Canada s'est engagé à collaborer avec les gouvernements provinciaux et territoriaux pour les aider à offrir des programmes et services qui permettent aux personnes handicapées d'avoir accès aux mesures de soutien. Certains domaines de soutien des personnes handicapées sont la responsabilité du gouvernement du Canada et ils sont liés aux besoins des aînés handicapés, notamment les règlements spécifiques aux industries, les mesures de soutien pour les aînés des Premières nations, Métis et Inuits, ainsi que les mesures de soutien pour les anciens combattants.

On vous présente ci-après un aperçu des initiatives sélectionnées du gouvernement du Canada qui permettent d'améliorer les mesures de soutien et des les rendre plus accessibles aux aînés handicapés.

FINANCES CANADA/AGENCE DU REVENU DU CANADA

Les aînés avec incapacité peuvent profiter du *Crédit d'impôt pour frais médicaux* (CIFM) qui

reconnait l'effet des dépenses médicales au-dessus de la moyenne, ou des dépenses qui touchent aux personnes handicapées, sur la capacité d'une personne à payer de l'impôt. Certaines personnes peuvent également demander la *déduction pour mesures de soutien aux personnes handicapées* qui offre un allègement fiscal relativement aux coûts des mesures de soutien pour personnes handicapées, engagés à des fins d'emploi ou d'éducation. Veuillez consulter le chapitre 8 pour plus de détails.

SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUES ET DE LOGEMENT

La Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) offre plusieurs programmes pour répondre aux besoins des Canadiens, incluant les aînés ayant une incapacité, en matière de logement. La SCHL parraine des recherches et diffuse de l'information qui aident à répondre aux besoins actuels et futurs en matière de logement des aînés.

Le programme *Logements adaptés : aînés autonomes* (LAAA) aide les propriétaires et les locataires à payer pour les adaptations mineures de logements, dans le but de prolonger la durée d'occupation des aînés à faible revenu de manière autonome. Les propriétaires et les locataires peuvent être admissibles à l'aide, tant que les exigences suivantes sont satisfaites : l'occupant du logement à adapter a 65 ans ou plus, il éprouve des difficultés à accomplir ses activités quotidiennes en raison de son âge, son revenu du ménage ne dépasse pas la limite établie pour la région et le logement doit être une résidence permanente. L'évaluation du programme LAAA indique que 80 % des clients de LAAA ont signalé une amélioration de leur confort, de leur sécurité et de leur capacité de vivre une vie autonome à la suite de l'adaptation de leur logement. La majorité des clients ont également indiqué qu'ils estimaient qu'ils auraient été contraints de déménager sans ces modifications. De plus, un certain nombre de

clients de LAAA (40 %) n'aurait pas fait les adaptations sans l'aide du programme LAAA.¹⁰⁸

On a annoncé le *Programme d'aide à la remise en état des logements—Logement accessoire / Pavillon-jardin* en mai 2005. Ce nouveau programme offre du financement pour aider les aînés à continuer de vivre plus longtemps dans leur propre maison ou à déménager plus près de leur famille. Le programme finance la création d'un logement accessoire ou d'un pavillon jardin de location — une option de logement locatif abordable pour les aînés et les adultes à faible revenu handicapés. Les clients admissibles sont les propriétaires, les entrepreneurs privés, et les membres des Premières nations propriétaires d'une résidence qui pourraient créer un logement locatif abordable de bonne foi. L'admissibilité est limitée aux logements familiaux existants dans une résidence.

Le *Programme d'aide à la remise en état des logements pour personnes handicapées* (PAREL-PH) offre un soutien financier aux propriétaires et locateurs afin qu'ils soient en mesure d'entreprendre les travaux d'accessibilité et modifier le logement occupé ou qui sera occupé par une personne ou un aîné handicapé à faible revenu. Pour les propriétaires et locateurs admissibles, l'aide est offerte sous forme d'un prêt-subvention qui couvre 100 % des coûts liés aux modifications nécessaires, jusqu'à concurrence de la valeur établie dans cette région. La SCHL a parrainé une évaluation de ses programmes PAREL, y compris PAREL-PH durant la période de 1995 à 2001 pour déterminer la l'efficacité de ces programmes en regard de leurs objectifs.¹⁰⁹ L'évaluation révèle que PAREL-PH améliore de façon significative l'accessibilité des logements modifiés grâce au programme, de même que la capacité des personnes handicapées de mener leurs activités quotidiennes.

Bâti-Flex^{MC}, élaboré par la SCHL en 1995, est une approche pratique et novatrice à la conception et la construction de logements qui permettent aux résidents de convertir leur espace pour combler les besoins changeants. Fondé sur les principes de l'adaptabilité, de l'accessibilité, de

prix raisonnable et de climat sain, Bâti-Flex réponds aux besoins des familles d'aujourd'hui et soutient la vie autonome des personnes handicapées et des aînés. Bâti-Flex s'adresse aux personnes handicapées et aux personnes qui veulent vieillir chez elles, puisqu'il n'est pas nécessaire de faire des rénovations dispendieuses pour rendre le logement plus accessible, à mesure que le vieillissement s'accompagne d'une réduction de la vision ou de la mobilité

Logements pour les personnes atteintes de démence est un guide qui vise à augmenter la compréhension des nouvelles possibilités en matière de logement pour les personnes atteintes de démence et à encourager l'élaboration de solutions beaucoup plus axées sur la collectivité. Ce guide décrit une gamme d'options de logement, de services de soutien, de principes de gestion et de conception environnementale pour satisfaire aux besoins en matière de logement des personnes atteintes de démence.

La *recherche* représente une partie importante de l'engagement de la SCHL à aider les Canadiennes et Canadiens et l'industrie du logement. Dans le cadre de son mandat de recherches et de transfert d'information, la SCHL a initié, parrainé ou stimulé une vaste gamme d'initiatives de recherche et de transfert d'information liée aux logements des aînés qui est conçue dans le but d'encourager l'innovation dans une diversité de domaines, notamment : l'aménagement communautaire; l'élaboration de nouvelles options de logement; des nouvelles options de financement et des nouveaux types de régimes fonciers pour améliorer l'accessibilité (en terme de prix) des logements; la mise en oeuvre de concepts de design novateurs et l'utilisation de nouvelles technologies et d'adaptations du domicile pour améliorer le confort et la sécurité.

Dans le cadre du Comité national de recherche sur le logement, parrainé par la SCHL, les membres du groupe de travail sur les aînés se rencontrent deux fois par année pour échanger de l'information d'intérêt commun au sujet des recherches sur les logements des aînés, pour établir des priorités relativement aux questions

de recherches en matière de logements, et pour initier des activités qui abordent ces questions et qui suscitent le développement de projets de recherche conjoints dans le domaine du logement.

COMMISSION CANADIENNE DES DROITS DE LA PERSONNE

De plus en plus, la Commission canadienne des droits de la personne (CCDP) tente de résoudre les questions liées aux droits de la personne à l'aide de recherches, d'études et de dialogues. En réaction aux rapports qui indiquent qu'il est souvent difficile pour les personnes qui ont une déficience auditive ou de la parole de téléphoner aux ministères du gouvernement, la CCDP a initiée une étude de l'accessibilité des services offerts aux personnes malentendantes dans le but de favoriser un accès équitable à tous les Canadiens et Canadiennes.

OFFICE DES TRANSPORTS DU CANADA

Lorsque les aînés handicapés font face à des obstacles qui les empêchent d'utiliser le système de transport en commun, ils peuvent se tourner vers l'Office des transports du Canada pour obtenir de l'aide. L'Office offre plusieurs services pour aider les voyageurs à éliminer les obstacles au cas par cas, grâce à la médiation ou le règlement des plaintes, et de manière systémique grâce à l'élaboration de règlements, de codes de pratiques et de normes relatives au niveau d'accessibilité des moyens de transport de compétence fédérale. L'Office des transports du Canada exige que les appareils d'aide à la mobilité tels que les cannes, les fauteuils roulants et les triporteurs soient transportés gratuitement à titre de bagages prioritaires dans la cabine des avions de passagers, si l'espace le permet. Les fournisseurs de services de transport doivent former leur personnel afin qu'il soit en mesure de porter assistance pour les déplacements dans un terminal ainsi que pour embarquer et débarquer du véhicule, y compris les techniques de guide et de communication.

L'Office des transports du Canada élabore présentement un code de pratiques qui permettra de supprimer les obstacles des terminaux de transport du réseau de transport fédérales mesures, lorsqu'elles seront adoptées, permettront aux aînés handicapés de se déplacer facilement dans les terminaux et de profiter des commodités de service lorsqu'ils voyagent. Voici certains éléments qu'on considère ajouter au code : fournir des aires de repos dans les longs couloirs pour les personnes qui ont de la difficulté à se déplacer sur de longues distances, offrir une solution de rechange aux personnes qui ont de la difficulté à rester debout en ligne et éviter les dangers possibles et les surfaces qui pourraient entraîner une chute. On a présenté une première ébauche du code au comité consultatif sur l'accessibilité de l'Office à l'automne de 2005. On prévoit diffuser le code de pratiques en 2007.

TRANSPORT CANADA

Dans son exposé de principes intitulé *Droit devant*¹¹⁰, diffusé en février 2003, Transport Canada s'est engagé à travailler avec la communauté des personnes handicapées, les aînés et l'industrie du transport dans le but d'élaborer une stratégie fédérale multimodale à long terme pour améliorer l'accessibilité du système de transport national. L'Atelier canadien pour les spécialistes de la réadaptation à la conduite automobile, parrainé par le Centre de développement des transports de Transport Canada en 2002 et 2004, offre une occasion unique aux spécialistes de la réadaptation à la conduite automobile d'évaluer les aptitudes à conduire et à obtenir un permis de conduite des aînés et des personnes handicapées. Les spécialistes peuvent également prescrire des appareils et aides d'adaptation à la conduite automobile et des modifications de véhicule spécifiques. Cet événement permet aux praticiens, modificateurs de véhicules, fabricants de matériel et chercheurs dans le domaine de se rencontrer, de partager leurs expériences et d'échanger de l'information.

Transport Canada finance également un projet de recherche sur les Systèmes de transports intelligents (STI embarqués) permettant d'améliorer la performance des conducteurs âgés aux intersections. L'objectif à long terme de cette recherche consiste à rendre disponible sur le au public un ensemble de directives ergonomiques pour le matériel de SIT et les « SIT embarqués » de prévention convenables aux aînés et aux aînés handicapés dans le but d'améliorer leur performance et réduire les accidents aux intersections.

AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA

La Division du vieillissement et des aînés participe à une grande diversité d'activités de promotion de la santé, de sensibilisation du public et elle produit des documents éducatifs qui soutiennent les aînés handicapés, surtout dans le domaine des appareils, technologies et aides à l'adaptation.

ANCIENS COMBATTANTS CANADA

Le *Conseil consultatif de gérontologie* d'Anciens Combattants Canada conseille les ministères au sujet des politiques, programmes, services et tendances qui ont des répercussions sur les anciens combattants vieillissants. Les membres du conseil participent également à des symposiums ministériels éducatifs, qui offrent au personnel, aux autres professionnels des soins de santé et au public un forum pour échanger de l'information au sujet des occasions de prodiguer des soins aux anciens combattants, à leur famille et aux autres aînés canadiens, ainsi qu'aux défis qui s'y rattachent. Depuis sa création, le conseil a offert au ministère de l'orientation au sujet d'un certain nombre de préoccupations urgentes, y compris les initiatives pour les soignants, les nouvelles tendances en matière de logements pour les anciens combattants, les soins de longue durée, la promotion de la santé et l'éducation ainsi que les recherches du ministère.

Le *Programme pour l'autonomie des anciens combattants* (PAAC) est un programme national

de soins à domicile, présenté pour la première fois par Anciens Combattants Canada comme le « Programme pour anciens combattants avançant en âge » en 1981. L'objectif du programme consiste à aider les anciens combattants à demeurer en santé et autonomes à la maison. Il est fondé sur la prémisse que les clients prendront toutes les responsabilités possibles pour leurs propres soins, et qu'ils feront appel aux services du PAAC, ainsi qu'à leurs propres ressources, pour atteindre le maximum d'autonomie. Les services offerts aux anciens combattants dépendent de leurs besoins particuliers et des circonstances précises; ils peuvent comprendre des services de soins à domicile (entretien du terrain, entretien ménager, services de soins personnels, accès à des services diététiques, services de soutien et de soins de santé offerts par des professionnels de la santé), des services de soins ambulatoires, de transport social, des soins en maison de repos et des services d'adaptation du domicile.

Avant le 1^{er} septembre 1990, les services du PAAC n'étaient fournis qu'aux anciens combattants admissibles. Toutefois, on a reconnu que le fait de retirer ces services au moment du décès de l'ancien combattant pourrait faire subir une dure épreuve à la conjointe au conjoint survivant; ACC a donc modifié le programme pour permettre un prolongement, d'une durée d'un an après le décès, des services d'entretien ménager et du terrain. On a apporté une autre série d'améliorations au programme entre 2003 et 2005, qui a entraîné le prolongement des services d'entretien ménager et du terrain du PAAC pour les principaux aidants admissibles (y compris les conjoints et les conjoints de fait) tant que ces services seront nécessaires pour des motifs de santé ou jusqu'à ce que l'aidant ou le conjoint soit admis dans un établissement de soins.

Le 10 septembre 2004, le ministre d'Anciens Combattants Canada, de concert avec le gouvernement de l'Ontario, a annoncé un *projet de recherche de soins de longue durée* de deux ans. Il s'agit d'une initiative de collaboration entre Anciens Combattants Canada (ACC) et le

Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario, endossé par le Partenariat canadien des aînés. Une étude du Programme pour l'autonomie des anciens combattants permettra de comparer le coût et les résultats des soins à domicile, des logements avec services de soutien et du traitement en établissement. Une deuxième étude permettra d'évaluer les effets du « Projet pilote de soins à domicile ». Les résultats de ces études permettront aux Canadiennes et Canadiens de mieux comprendre les mesures de soutien dont les aînés ont besoin pour vieillir dans la dignité et pour prendre leurs propres décisions au sujet des soins dont ils ont besoin.¹¹¹

Info-aînés Canada (www.seniors.gc.ca) présente les principaux liens vers l'information liée aux aînés offerts par les sites Web des gouvernements du Canada, des provinces, des territoires et les sites Web des collectivités. Il renferme du contenu de valeur aux aînés ainsi qu'à leurs familles, aidants et fournisseurs de services. ACC a formé un partenariat avec la province d'Ontario et quatre collectivités dans le but de créer le *Réseau du Portail commun des aînés* (RPCA). L'objectif du RPCA consiste à garantir que, sans égard au site Web préféré des aînés, si ce site est membre du RPCA, l'information de tous les paliers d'organismes gouvernementaux et non gouvernementaux y sera présentée.

■ PROMOTION DE LA SANTÉ DES AÎNÉS HANDICAPÉS (VOIR LE CHAPITRE 5)

Cette section présente un aperçu des initiatives sélectionnées du gouvernement du Canada qui contribuent à améliorer la santé et le bien-être des aînés handicapés.

SANTÉ CANADA ET L'AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA

Chaque année au Canada, plus des trois quarts des décès résultent de quatre groupes de

maladies non transmissibles : les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète et les maladies respiratoires. Le gouvernement du Canada reconnaît l'importance des efforts de prévention, de promotion et de santé publique, ainsi que de ceux qui visent à assurer la durabilité du système de santé.

La *Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains*, une initiative intersectorielle, a été approuvée par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé à leur réunion annuelle d'octobre 2005. La contribution du gouvernement fédéral à la *Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains* repose sur la Stratégie intégrée sur les modes de vie sains et les maladies chroniques, lancée par le gouvernement du Canada en octobre 2005. Les deux stratégies visent à améliorer l'état de santé général et à réduire les disparités en matière de santé en s'attaquant aux facteurs de risque évitables que les maladies chroniques ont en commun, soit l'inactivité physique et les mauvaises habitudes alimentaires, afin de prévenir ces maladies.

Au nom du gouvernement fédéral et de 13 ministères partenaires, l'Agence de santé publique du Canada a coordonné l'*Initiative de lutte contre la violence familiale* (ILVF). Dans le but à long terme de réduire la violence familiale au Canada, le gouvernement du Canada accorde à l'ILVF un financement annuel permanent de 7 millions de dollars. Cette affectation permet de soutenir et de compléter les activités de sept ministères et agences : l'Agence de santé publique du Canada, la Société canadienne d'hypothèques et de logement, Justice Canada, la G.R.C., Patrimoine canadien, Condition féminine Canada et Statistique Canada. L'ILVF s'occupe de sensibiliser le public aux facteurs de risque liés à la violence familiale et au fait que le public doit intervenir; il renforce la capacité du système de justice criminelle, de logement et de santé à réagir; et il soutient les efforts de cueillette de données, de recherche et d'évaluation pour en dégager des interventions efficaces.

Dans le cadre de l'ILVF, l'Agence de santé publique dirige le *Centre national d'information*

sur la violence dans la famille. Le centre national est une ressource nationale pour les Canadiennes et Canadiens qui cherchent de l'information au sujet de la violence dans les relations familiales, intimes, de dépendance ou de confiance. Le centre national recueille et prépare l'information sur la violence familiale et il maintient une collection de publications sur les questions liées à la violence familiale. Parmi les nombreuses publications diffusées par le centre national, quelques-unes abordent le sujet des personnes handicapées et des aînés.

Entre 2000 et 2004, Santé Canada et Anciens Combattants Canada ont collaboré à une initiative visant à prévenir les chutes chez les aînés et les anciens combattants, un sérieux problème de santé qui mène souvent à des handicaps à long terme. L'*Initiative de prévention des chutes* a accordé un financement de 10 millions de dollars réparti sur une période de quatre ans aux projets communautaires dont l'objectif principal consistait à promouvoir l'autonomie et la qualité de vie des anciens combattants et des aînés en prévenant le nombre de chutes et en limitant la gravité des chutes. Les populations ciblées par l'initiative sont les suivantes : les anciens combattants qui vivent dans la communauté, les aînés et leurs aidants.¹¹²

L'Agence de santé publique a sollicité de nouvelles propositions de projet en 2004 pour le *Fonds pour la santé de la population*. On a approuvé le financement de 11 projets liés à la santé des aînés. Les priorités en matière de santé des aînés dans le cadre de cette sollicitation étaient les suivantes : la santé mentale des aînés; des environnements sécuritaires et favorables (y compris les domaines spécifiques des personnes handicapées, des technologies ou des appareils et accessoires de soutien adaptés; l'abus et la négligence; la prévention des chutes); et le vieillissement en santé. Les propositions devaient aborder les questions suivantes : la mise en valeur de la sensibilisation et des connaissances liées aux obstacles et enjeux qui touchent aux aînés handicapés, y compris les aînés handicapés depuis toujours, le

développement et le renforcement de la collaboration et des partenariats entre les organismes pour aînés et personnes handicapées dans le but de reconnaître les besoins des aînés handicapés et de répondre à ces besoins.

ANCIENS COMBATTANTS CANADA

Depuis quelques années, les anciens combattants ayant servi à la guerre qui ont une incapacité modérée ou grave en raison de leur service ont un accès élargi aux avantages médicaux d'ACC, notamment le traitement (médicaments d'ordonnance, matériel spécialisé, soins de la vue, soins auditifs et autres), les services du Programme pour l'autonomie des anciens combattants (entretien ménager, adaptations du domicile, transport, soins de santé ambulatoires et soins en maison de repos) les soins de longue durée. Les anciens combattants qui reçoivent une pension ne sont plus limités à la prestation d'avantages médicaux exigés uniquement dans le cas d'incapacités liées au service; ils sont plutôt admissibles aux prestations en fonction de leurs besoins. Cet accès élargi reconnaît qu'il est de plus en plus difficile de distinguer la différence entre les effets d'une incapacité liée à leur service et d'une incapacité issue du vieillissement naturel.

Anciens Combattants Canada participe à *Sécu-Retour : registre d'errance Alzheimer* de la Société Alzheimer du Canada au moyen d'un marché de services qui permet à la Société Alzheimer du Canada de traiter gratuitement les demandes des anciens combattants qui reçoivent des prestations d'ACC. ACC rembourse ensuite à la Société Alzheimer du Canada le frais unique standard de 25 dollars. Le registre est un programme national qui aide les services de police à trouver les personnes perdues et à les reconduire à la maison en sécurité. Lorsqu'une personne inscrite au programme est portée disparue ou qu'on la trouve errante, un bracelet d'identification indique à la personne qui la trouve de communiquer avec le service de police local. Le numéro d'identification unique inscrit sur le

bracelet permet au service de police d'accéder à la base de données pour déterminer d'emblée le nom de la personne, l'adresse et le numéro de téléphone de la personne, ami ou parent, à contacter.

Anciens Combattants Canada dirige l'*Hôpital Sainte-Anne* pour répondre aux besoins physiques, psychologiques et sociaux des anciens combattants qui y séjournent ou qui y reçoivent des services en clinique externe. Bien que l'hôpital répond aux besoins de ses clients, il développe également des ressources qui pourraient être utiles aux anciens combattants d'ailleurs et aux autres aînés.

■ RÉPONDRE AUX BESOINS DES AÎNÉS HANDICAPÉS EN MATIÈRE DE REVENU (VOIR LE CHAPITRE 6)

Cette section présente un aperçu des initiatives sélectionnées du gouvernement du Canada qui contribuent à aider de nombreux aînés handicapés à combler leurs besoins en matière de revenu.

FINANCES CANADA/AGENCE DU REVENU DU CANADA

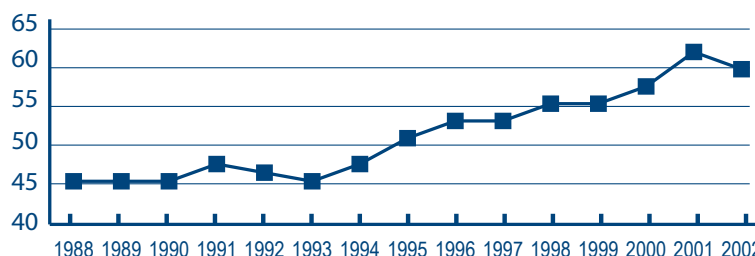
Le *Crédit d'impôt pour personnes handicapées* (CIPH) donne un allègement fiscal aux personnes qui, en raison des effets d'une incapacité mental ou physique grave et prolongé, sont restreintes de façon importante dans les activités quotidiennes de base, tel qu'indiqué par un professionnel de la santé reconnu, ou qui seraient restreintes de façon importante si elles ne pouvaient bénéficier d'une thérapie à long-terme pour maintenir une fonction vitale. Les activités quotidiennes de base sont les suivantes : marcher, se nourrir ou s'habiller; percevoir, réfléchir et se souvenir; parler, entendre; et éliminer.

Le CIPH reconnaît les répercussions des coûts liés à une incapacité qui ne peuvent être détaillés sur la capacité d'une personne à payer de l'impôt. En 2005, le crédit représente 16 % de 6 596 \$, soit, une réduction d'impôt fédéral qui peut atteindre 1 055 \$. Il est possible de transférer ce crédit au particulier qui assume la charge de la personne concernée (conjoint, parent, grands-parents, enfants, petit-fils, frère, sœur, tante, oncle, neveu, ou nièce de la personne concernée). Le montant du crédit est complètement indexé sur l'inflation.

Suite aux recommandations du Comité consultatif technique sur les mesures fiscales pour les personnes handicapées, on a proposé dans le budget de 2005 de prolonger la période d'admissibilité du CIPH pour les personnes qui doivent surmonter plusieurs restrictions qui, combinées, ont une incidence notable sur leurs vies quotidiennes. On a également proposé de modifier le CIPH pour garantir qu'un plus grand nombre de personnes qui ont besoin d'une thérapie poussée essentielle au maintien de la vie sur une base régulière soit admissible, et d'éclaircir d'autres parties des critères d'admissibilité au CIPH, notamment les dispositions qui traitent des incapacités et des fonctions mentales.

Si on se fie à la tendance du vieillissement de la population, la proportion des aînés qui demandent le CIPH pour eux-mêmes a augmenté depuis les dernières années. Plus de la moitié des personnes qui présentent des demandes de CIPH pour elles-mêmes sont des aînés.

C,1 Pourcentage des demandeurs de Crédit d'impôt pour personnes handicapées qui sont des aînés 1988-2002 (%)



Ministère des Finances

Les crédits d'impôt et les déductions pour les personnes handicapées et leurs aidants reconnaissent que ces personnes ont des dépenses supplémentaires liées à leur incapacité qui limitent leur capacité de payer de l'impôt. Cette reconnaissance des coûts dans le système fiscal permet d'équilibrer le fardeau des personnes handicapées et de leurs aidants. Toutefois, elle est distincte du soutien du revenu offert dans les programmes comme la Sécurité de la vieillesse présenté ci-dessous.

Le *crédit en raison de l'âge* propose un allègement fiscal aux aînés à faible revenu ou à revenu intermédiaire. Il donne un crédit de 16 % sur un montant de 3 979 \$ aux personnes âgées de 65 ans et plus, jusqu'à concurrence d'une réduction fiscale fédérale de 637 \$ en 2005. Il est possible de transférer la portion inutilisée de ce crédit au conjoint ou au conjoint de fait. Le montant du crédit et le seuil de revenu sont complètement indexés à l'inflation.

On a introduit le *crédit pour revenu de pension* dans le but d'offrir une protection supplémentaire contre l'inflation au revenu de retraite. Il offre un crédit de 16 % sur le premier 1 000 \$ de revenu de pension, jusqu'à concurrence d'une réduction d'impôt fédéral de 160 \$ en 2005. Il est possible de transférer la portion inutilisée de ce crédit au conjoint.

DÉVELOPPEMENT SOCIAL CANADA

La *Sécurité de la vieillesse* (SV) est la base du système de revenu de retraite du Canada. La SV comprend une pension de base qui est versée à presque toutes les personnes âgées de 65 ans ou plus qui habitent au Canada depuis un certain temps. Le *Supplément de revenu garanti* (SRG) est une prestation mensuelle supplémentaire pour les pensionnés de la SV à faible revenu. L'allocation assure une prestation mensuelle aux personnes à faible revenu âgées de 60 à 64 ans. Elle est offerte aux conjoints ou conjoints de fait des pensionnés de la SV et aux survivants pour les aider à tenir le coup jusqu'à ce qu'ils soient admissibles à la SV à l'âge de 65 ans. Généralement, une personne est admissible à la

totalité de la pension de SV si elle a habité au Canada pendant un minimum de 40 ans après l'âge de 18 ans.

On a annoncé, dans le budget de 2005, que le SRG maximal des aînés à faible revenu serait augmenté de 36 \$ pour les aînés vivant seuls et de 58 \$ pour les couples. La moitié de l'augmentation sera en vigueur le 1^{er} janvier 2006, l'autre moitié un an plus tard. On estime qu'environ 1,6 million d'aînés profiteront de cette augmentation.

Le *Régime de pensions du Canada* (RPC) est le deuxième palier du système de revenu de retraite du Canada. Il est en vigueur depuis 1966; il s'agit d'un plan national fondé sur les cotisations des employés et employeurs du Canada. Il est mieux connu pour sa pension de retraite, mais il assure également des prestations de survivant, de décès et d'invalidité aux cotisants du RPC et leur famille.

Le Programme de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada est le programme de prestations d'invalidité à long terme le plus important au Canada. Il a été conçu dans le but de remplacer une partie du revenu des cotisants au RPC qui ne sont plus en mesure de travailler en raison d'une incapacité grave à long terme. Les prestations sont versées à tous les mois aux demandeurs admissibles et leurs enfants à charge.¹¹³

Il est impossible de recevoir une prestation d'invalidité du Régime de pensions du Canada et une pension de retraite du RPC simultanément. Toutefois, pour les personnes handicapées qui reçoivent des prestations du Programme de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada, ces prestations seront automatiquement converties en pension de retraite du RPC le mois qui suit leur 65^e anniversaire.

Le RPC est d'envergure nationale; la province de Québec dispose toutefois de son propre programme semblable, le Régime de rentes du Québec. Le Régime de pensions du Canada et le Régime de rentes du Québec travaillent de concert pour garantir la protection de tous les cotisants.

ANCIENS COMBATTANTS CANADA

Anciens Combattants Canada (ACC) assure une pension d'invalidité aux personnes qui ont une incapacité liée à leur service à titre d'ancien combattant ayant servi à la guerre, d'ancien combattant des Forces armées canadiennes (FAC) ou d'ancien combattant de la marine marchande de la Première Guerre mondiale, Seconde Guerre mondiale ou la guerre de Corée, d'ancien membre ou membre en service de la Force régulière ou de réserve, ou un civil qui a servi d'appui rapproché des forces armées en temps de guerre. Les pensions d'invalidité des anciens combattants assurent une indemnité pour une invalidité issue du service et elles ne représentent pas un revenu aux fins d'impôt.

En général, une pension d'invalidité prend la forme d'un versement mensuel, dont le taux est lié au niveau d'invalidité ouvrant droit à pension, et au lien de l'invalidité au service (p. ex., si la cause de l'invalidité est partiellement ou complètement liée au service). Actuellement, le taux mensuel varie approximativement entre 100 \$ et 2 000 \$ pour un ancien combattant vivant seul. Une pension supplémentaire est versée si l'ancien combattant a un conjoint ou des enfants à charge.

Une allocation mensuelle supplémentaire est versée aux pensionnés en état d'incapacité exceptionnel, issu en tout ou en partie de l'invalidité ouvrant droit à pension. Le montant de l'allocation est calculé en fonction de l'étendue de l'incapacité, de la douleur, de la perte de jouissance et de la diminution de l'espérance de vie du pensionné. Une allocation pour soins est également offerte à un pensionné dont le handicap a été évalué à 1 % ou plus ou qui reçoit une indemnité de prisonnier de guerre. Le pensionné doit également être « complètement invalide » et avoir besoin de soins constants en raison de son état physique ou mental. Le montant est calculé en fonction de la quantité de soins qui doivent être prodigués à tous les jours au pensionné.

ACC assure actuellement des pensions d'invalidité à 166 000 Canadiennes et Canadiens — dont un grand nombre est constitué d'aînés — pour un total de 1,57 milliard de dollars.

Allocations aux anciens combattants

Le programme d'Allocations aux anciens combattants (AAC) fournit un soutien du revenu aux anciens combattants à faible revenu, qui étaient de service durant la Première Guerre mondiale, Seconde Guerre mondiale ou la guerre de Corée, sous forme d'un revenu mensuel régulier pour les aider à satisfaire leurs besoins fondamentaux. Le programme se base sur le revenu, la situation de famille, le nombre de personnes à charge, et le lieu de résidence. Les survivants sont également admissibles si l'ancien combattant décédé disposait du service de guerre nécessaire pour qu'il soit admissible.

Le programme d'AAC devient un supplément de salaire lorsque ces personnes deviennent des prestataires en vertu de la *Loi sur la sécurité de la vieillesse* administrée par Développement social Canada. Les derniers changements apportés à la *Loi sur la sécurité de la vieillesse* qui augmentent les taux applicables pour les aînés pourront également profiter aux prestataires d'AAC. Le programme d'AAC sert également de « passerelle » vers d'autres programmes et prestations, comme les prestations pour soins de santé, y compris le Programme pour l'autonomie des anciens combattants.

ACC assure actuellement l'AAC à 9 645 clients, qui sont tous des aînés, pour un total annuel de 22,4 millions de dollars.

■ RÉPONDRE AUX BESOINS DES AÎNÉS HANDICAPÉS DES PREMIÈRES NATIONS, MÉTIS ET INUITS (VOIR LE CHAPITRE 7)

SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUES ET DE LOGEMENT

Le Programme d'aide à la remise en état des logements pour personnes handicapées (PAREL-PH), PAREL-Logement accessoire / Pavillon-jardin et Logements adaptés : aînés autonomes (LAAA) sont des programmes d'aide financière également offerts aux Autochtones canadiens handicapés et aînés qui vivent dans une réserve. Les critères d'admissibilité et les limites du programme sont identiques. (Voir la description de ces initiatives dans la section sur les mesures de soutien de cette annexe.)

SANTÉ CANADA

L'*Initiative sur le diabète chez les Autochtones* est conçue pour offrir une approche plus complète et intégrée, axée sur la collaboration, qui vise à diminuer le nombre d'Autochtones qui ont le diabète ainsi que les problèmes qui s'y rattachent. On a élaboré cette initiative de concert avec les Autochtones. Les programmes mettent l'accent sur des approches holistiques de la promotion de la santé, de la prévention du diabète, de l'évaluation et des soins connexes, et ils s'efforcent d'être adaptés à la culture. Les programmes sont administrés dans la collectivité et les Autochtones participent à toutes les étapes de l'élaboration, de la mise en oeuvre et de la maintenance du programme.

Jusqu'à présent, l'*Initiative sur le diabète chez les Autochtones* a permis de mettre sur pieds des programmes sur le diabète dans plus de 600 collectivités des Premières nations et inuites, et elle a assuré le financement de 40 principaux programmes de prévention au service d'intervenants métis, autochtones hors réserve et inuits urbains. Dans le budget de 2005, le

gouvernement fédéral a accordé un financement de 190 millions de dollars réparti sur cinq ans, dans le but de développer et améliorer les programmes sur le diabète. Cet investissement servira à la promotion des modes de vie sains et à accroître l'accès aux programmes de dépistage, d'évaluation des complications et aux soins.

Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits

On a soulevé pour la première fois, il y a 15 ans, le besoin de services de soins à domicile dans les collectivités des Premières nations et Inuites, selon les faits suivants :

- ▶ Les taux d'invalidité et de blessures dans les collectivités autochtones sont beaucoup plus élevés que dans la population générale.
- ▶ Il est prévu que la population autochtone doublera d'ici vingt ans et de plus en plus de membres âgés des Premières Nations reviennent dans leur collectivité d'origine.

Administré par Santé Canada, le *Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits* assure des services de base de soins à domicile et en milieu communautaire répondant aux besoins sociaux et de santé propres à ces populations.

Les services coordonnés du programme permettent aux personnes ayant une incapacité, une maladie chronique ou aiguë ainsi qu'aux aînés de recevoir les soins dans leur propre foyer ou communauté. Les principes directeurs du programme prévoient le respect des approches traditionnelles des Premières Nations et des Inuits en matière de guérison et de bien-être. Ils prévoient aussi la planification communautaire ainsi que la participation de la famille et de la collectivité.

Les services de soutien offerts dépendent de la disponibilité des ressources pour répondre aux besoins établis pendant la phase de planification. Aux collectivités qui possèdent déjà certains services, le programme offre de les augmenter en misant sur les investissements actuels dans les services de santé et les services sociaux

en milieu communautaire. Le financement du programme s'élève à 90 millions de dollars pour 2003-2004 et 2004-2005.

Le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits a noué des liens avec d'autres programmes de Santé Canada, d'autres programmes fédéraux et d'autres paliers de gouvernement ainsi que des organismes gouvernementaux et non gouvernementaux. Ce programme a été conçu et lancé en collaboration avec Santé Canada et des représentants des Premières Nations et des Inuits qui ont participé aux consultations à l'échelle nationale, régionale et locale.

La collaboration des collectivités des Premières Nations et des Inuit est essentielle au programme, à sa stratégie d'évaluation du rendement, à son fonctionnement continu et à ses activités d'élaboration de politiques, visant à combler les écarts de soins. La communication des résultats et des données sur le rendement et sera préparée en suivant les règles de présentation des rapports au Parlement, à l'aide du Rapport de rendement ministériel et du Rapport sur les plans et les priorités.

Programme des services de santé non assurés pour les membres des Premières nations et les Inuits

Le programme des *Services de santé non assurés* (SSNA) de Santé Canada fournit aux membres admissibles des Premières nations et aux Inuits admissibles une gamme limitée de biens et services liés à la santé, nécessaires au niveau médical, qui ne sont pas couverts par les régimes privés ou les autres programmes provinciaux, territoriaux ou fédéraux. L'objectif du programme est à aider les membres des Premières nations et les Inuits admissibles à atteindre des niveaux comparables à ceux des autres Canadiennes et Canadiens, d'une manière convenable à leurs besoins particuliers en matière de santé.

Les prestations de soins de santé financées dans le cadre du programme des SSNA comprennent les fournitures et le matériel

médical, les médicaments d'ordonnance et les médicaments en vente libre, le transport médical, les soins de la vue, les soins dentaires et l'intervention d'urgence en santé mentale. Le programme des SSNA finance également les primes de santé provinciales pour les clients admissibles en Alberta et en Colombie-Britannique. Les personnes devraient avoir accès aux prestations qui leur sont offertes dans d'autres programmes gouvernementaux ou régimes privés avant de faire appel au programme des SSNA.

AFFAIRES INDIENNES ET DU NORD

Le programme d'*aide au revenu* d'Affaires indiennes et du Nord Canada (AINC) verse une aide financière aux collectivités des Premières Nations leur permettant d'administrer l'aide au revenu, afin que les particuliers et les familles admissibles vivant dans les réserves puissent satisfaire leurs besoins de base en nourriture, vêtements et logement. AINC adopte les taux et les critères d'admissibilité du programme d'aide au revenu du gouvernement provincial ou territorial correspondant et, il peut également, à partir de ces critères, pourvoir à des besoins particuliers, comme les restrictions alimentaires, qui peuvent ne pas être inclus dans la catégorie des besoins vitaux.

Le *Programme d'aide à la vie autonome* permet de soutenir les personnes handicapées des Premières nations qui ont des limitations fonctionnelles en raison de l'âge, des problèmes de santé ou d'une incapacité, pour les aider à maintenir leur autonomie, maximiser leur niveau de fonctionnement, et vivre dans des conditions de santé et sécurité. Le Programme d'aide à la vie autonome offre des programmes de soutien social non médical de niveau comparable à ceux de la province ou du territoire de résidence, qui répondent aux besoins particuliers des membres des Premières nations qui ont des limitations fonctionnelles, sans égard à l'âge. Ces soutiens sociaux permettent aux personnes de demeurer à la maison et au sein de leurs collectivités, si possible. Lorsqu'il est impossible d'offrir

des services à domicile et qu'il faut des soins institutionnels, le Programme d'aide à la vie autonome peut financer les soins non médicaux des personnes, dans des installations désignées, qui ont besoin de soins personnels 24 heures par jour.

Le Programme d'aide à la vie autonome comporte trois volets principaux : les soins à domicile, le placement en famille d'accueil et les soins en établissement. Le volet soins à domicile prévoit les soins personnels non médicaux, comme les services de préparation de repas, de soins auxiliaires, de soins de répit, d'entretien ménager ou des vêtements, les travaux mineurs d'entretien domestique et autres. Le volet soins en établissement rembourse certaines des dépenses pour les services sociaux dans des installations désignées. Le volet placement en famille d'accueil prévoit le financement de la supervision et des soins, dans un milieu familial, pour ceux qui ne peuvent vivre seuls, mais qui n'ont pas besoin de soins médicaux constants.

Le Programme d'aide à la vie autonome travaille en étroite collaboration avec le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, qui fournit les éléments essentiels d'un programme de soins à domicile, en misant sur les services de soutien à domicile d'Affaires indiennes et du Nord Canada, pour les aînés, les personnes handicapées, les malades chroniques et les personnes qui ont besoin de services de remplacement pour le soins de courte durée. Il faudra renouveler les autorités du programme avant le 1^{er} avril 2006; l'équipe d'aide à la vie autonome travaille actuellement à ce dossier.

ANNEXE D

SOURCES DE DONNÉES AU SUJET DES AUTOCHTONES HANDICAPÉS

LE RECENSEMENT de 2001, mené par Statistique Canada, présente de l'information, notamment sur l'identité des Autochtones, des données démographiques et socioéconomiques; et sur les répondants qui déclarent avoir une incapacité. Le recensement comprenait deux questions qui permettaient de déterminer si les répondants avaient une incapacité: (a) la présence de limitations comme une difficulté à entendre, à voir, à communiquer, à marcher, à monter un escalier, à se pencher, à apprendre ou à accomplir d'autres fonctions du même type et (b) la présence d'une condition physique ou mentale qui réduit la quantité ou le genre d'activités que vous pouvez faire à la maison, au travail, à l'école ou dans d'autres cadres.

Statistique Canada a mené la deuxième édition de l'Enquête auprès des peuples autochtones (EPA) en 2001, de concert avec des organismes nationaux d'autochtones. L'EPA est une enquête post-censitaire, qui signifie que les répondants étaient choisis en fonction de leurs réponses dans le recensement de 2001. L'EPA a inclus les personnes qui s'identifiaient comme des Autochtones, ou qui avaient une ascendance autochtone, qui étaient membres des Premières nations en vertu de la *Loi sur les Indiens*. L'EPA a également inclus les deux mêmes questions qui étaient présentes dans le recensement pour déterminer la présence d'un handicap.

Le principal objectif de l'EPA de 2001 consistait à fournir des données sur les conditions sociales et économiques des Autochtones au Canada. Malheureusement, un certain nombre de collectivités des Premières nations a refusé de participer à L'EPA, ce qui signifie que les résultats qui portent sur les « réserves indiennes » ne représentent pas nécessairement la population totale de collectivités des Premières nations. De

plus, les résidents de logements collectifs sont exclus de l'enquête.

La troisième source de données statistiques provient de l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits (ERSPNI) menée en 1996-1997 par l'Assemblée des Premières nations. L'ERSPNI a communiqué, pour la première fois, un portrait détaillé de la santé des Inuits du Labrador et des membres des Premières nations qui vivent dans des collectivités des Premières nations partout au pays.

L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERS) a été menée en 2002-2003 par le Centre des Premières Nations à l'Organisation nationale de la santé autochtone. Tout comme l'ERSPNI, on prévoit que l'ERS de 2002-2003 sera une source importante de données au sujet de la santé et des questions connexes relatives aux membres des Premières nations, elle ne comprend toutefois pas les collectivités inuites. Les résultats de l'ERS sont relativement nouveaux et le gouvernement est fier d'inclure de l'information de cette nouvelle source.

L'ERSPNI et l'ERS se servent de questions pour isoler les personnes handicapées semblables à celles utilisées dans le recensement et l'EPA. Toutefois, les questions ne sont pas identiques et les différentes méthodes d'enquête signifient qu'il faut faire preuve de prudence lorsqu'on compare les données des différentes enquêtes.¹¹⁴

ANNEXE E

■ ACRONYMES UTILISÉS DANS CE RAPPORT

AAC	Allocations aux anciens combattants	EPLA	Enquête sur la participation et les limitations d'activités
ACC	Anciens Combattants Canada	ERS	Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations
AE	Assurance-emploi	ERSPNI	Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits
AEPH	Aide à l'employabilité des personnes handicapées	ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
AINC	Affaires indiennes et du Nord Canada	ETCAF	Ensemble des troubles causés par l'alcoolisme fœtal
ARC	Agence du revenu du Canada	FC	Forces canadiennes
ASPC	Agence de santé publique du Canada	FI	Fonds d'intégration
AVACH	Alliance de vie active pour les Canadiens/Canadiennes ayant un handicap	G.R.C.	Gendarmerie royale du Canada
BCPH	Bureau de la condition des personnes handicapées	HUI ^{MC}	Indice de l'état de santé
CCDP	Commission canadienne des droits de la personne	ILVF	Initiative de lutte contre la violence familiale
CCDS	Conseil canadien de développement social	INCA	Institut national canadien pour les aveugles
CCNTA	Conseil consultatif national sur le troisième âge	LAAA	Logements adaptés : aînés autonomes
CIF	Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé	MOS	Medical Outcomes Study
CIFM	Crédit d'impôt pour frais médicaux	OMS	Organisation mondiale de la santé
CIPH	Crédit d'impôt pour personnes handicapées	ONU	Organisation des Nations Unies
CSA	Association Canadienne de Normalisation	PAAC	Programme pour l'autonomie des anciens combattants
DSC	Développement social Canada	PAREL-PH	Programme d'aide à la remise en état des logements pour les personnes handicapées
EDTR	Enquête sur la dynamique du travail et du revenu	PPDS-PH	Programme de partenariat pour le développement social - Composante personnes handicapées
EMTPH	Ententes sur le marché du travail visant les personnes handicapées	REEE	Régime enregistré d'épargne-études
ENDBP	Enquête nationale sur le don, le bénévolat et la participation	RHDCC	Ressources humaines et développement des compétences Canada
EPA	Enquête auprès des peuples autochtones	RPC	Régime de pensions du Canada
		RPCA	Réseau du Portail commun des aînés

ANNEXE F

■ MINISTÈRES ET ORGANISMES PARTICIPANTS

Les ministères et organismes énumérés ci-dessous ont fourni de l'information pour l'élaboration de ce rapport et fait part de leurs observations et commentaires. Leur participation est appréciée.

Affaires indiennes et du Nord Canada
Agence de gestion des ressources humaines de la fonction publique du Canada
Agence de santé publique du Canada
Agence du revenu du Canada
Agriculture et Agroalimentaire Canada
Anciens Combattants Canada
Bibliothèque et Archives Canada
Bureau du Conseil Privé
Commission canadienne des droits de la personne
Commission de la fonction publique du Canada
Condition féminine Canada
Conseil de recherche en sciences humaines du Canada
Développement social Canada
Élections Canada
Environnement Canada
Finances Canada
Industrie Canada
Institut canadien d'information sur la santé
Justice Canada
Office des transports du Canada
Patrimoine canadien
Ressources humaines et développement des compétences Canada
Santé Canada
Secrétariat du Conseil du Trésor
Société canadienne d'hypothèques et de logement
Statistique Canada
Transport Canada
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada

NOTES EN FIN DE TEXTE

1 La première et la troisième section du rapport présentent divers résultats et données statistiques provenant de recherches qualitatives afin d'illustrer les problèmes auxquels sont confrontés les Canadiens handicapés. L'information provenant des travaux publiés est assortie de références appropriées. Cependant, la majorité de l'information présentée est fondée sur des analyses réalisées par Développement social Canada, qui n'avaient pas encore été publiées.

2 J. A. Auger et D. Tedford-Little, *From the Inside Looking Out : Competing Ideas About Growing Old*, Halifax, Fernwood Publishing, 2002, p. 111.

3 Minichiello, V., Browne, J., & Kendig, H. (2000). Perceptions and consequences of ageism: Views of older people. *Ageing & Society*, 20 (3), 253-278.

4 Voir le site Internet suivant : www.archlegalclinic.ca/index.asp.

5 Tous les noms qui apparaissent dans ce rapport sont soit des pseudonymes attribués pour protéger la vie privée des personnes, soit les noms réels des personnes, tels qu'ils apparaissent dans des travaux déjà publiés, avec l'autorisation de ces personnes.

6 Metcalfe, M. (2005). *Anecdotes on Aging: Real life perspectives*. Ottawa: Author.

7 La page *Définir l'incapacité : une question complexe* présente la définition de l'invalidité que l'on trouve dans la *Loi sur l'équité en matière d'emploi*, à l'adresse suivante : www.dsc.gc.ca/asp/passerelle.asp?hr=fr/pip/bcph/documents/Definitions/Definitions000.shtml&hs=pyp. Le rapport *À l'unison* peut être consulté à l'adresse suivante : http://socialunion.gc.ca/pwd_f.html. Les décisions rendues par la Cour suprême dans les causes Mercier et Granovsky sont décrites dans la politique et les directives concernant le handicap et l'obligation d'accommodement de la Commission ontarienne des droits de la

personne, que l'on trouve à l'adresse suivante : www.ohrc.on.ca/french/publications/disability-policy.shtml.

8 Cette démarche, qui est employée par Statistique Canada depuis la première enquête nationale sur les personnes handicapées, en 1986, est fondée sur les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé. De nombreux pays emploient des techniques d'enquête semblables..

9 Outre les aînés qui vivent dans la collectivité, nous pouvons estimer le nombre total d'aînés handicapés en ajoutant les aînés qui reçoivent des soins dans des établissements pour bénéficiaires internes. L'Enquête sur les établissements de soins pour bénéficiaires internes de Statistique Canada fournit une estimation du nombre de personnes vivant dans de tels établissements au Canada. Cette enquête nous permet d'estimer qu'en 2001, environ 176 000 aînés canadiens handicapés vivaient dans des établissements de soins pour bénéficiaires internes. Ainsi, nous pouvons évaluer qu'il y avait en 2001 environ 1 628 000 aînés canadiens handicapés.

10 Statistique Canada a préparé plusieurs projections démographiques, y compris des scénarios de croissance faible, moyenne et deux de croissance élevée. La figure 4.3 a été élaborée en appliquant les taux d'invalidité de l'EPLA au scénario de faible croissance. Les pourcentages relatifs aux personnes handicapées sont plus élevés pour ce scénario que pour le scénario de croissance élevée, mais la population totale est moins nombreuse. Pour obtenir davantage de renseignements sur cette projection relative aux personnes handicapées, de même que sur une projection fondée sur une croissance élevée, voir l'annexe B. Voir la publication de Statistique Canada intitulée *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires 2000-2026* (no 91-520 au catalogue) pour obtenir des

renseignements complets sur la projection relative à la population échantillonnée.

11 H. Bergman et coll., *The Canadian Initiative on Frailty and Aging*, 2003. Voir le site Internet suivant : www.frail-fragile.ca/docs/Background-CIFA.pdf.

12 Victorian Accommodation & Ageing Committee, *Towards a Positive Third Age for People with Disabilities*, 2002. Voir le site Internet suivant : www.acrod.org.au/divisions/vic/thirdage.doc.

13 Metcalfe, M. (2005). *Anecdotes on Aging: Real life perspectives*. Ottawa: Author.

14 Organisation mondiale de la Santé. *Vieillir en restant actif : cadre d'orientation*, 2002. Voir le site Internet suivant : www.who.int/ageing/publications/active/en/.

15 Katz, S. (2000). Busy bodies: Activity, aging, and the management of everyday life. *Journal of Aging Studies*, 14(2), 135-152.

16 Conseil canadien de développement social, *A Concept Paper on Issues Concerning Seniors with Disabilities and Comments on Indicators Proposed by ODI for Advancing Inclusion*, non publié, 2005. Cette analyse est fondée sur une question de l'EPLA. On demandait aux répondants d'indiquer depuis quand ils se trouvaient dans cette situation. L'exactitude pourrait être limitée du fait qu'il est difficile de se rappeler avec exactitude d'une date précise qui peut être reculée.

17 M. Campbell, *Aging with a Disability : A Life course perspective*, 1993. Voir le site Internet suivant : http://codi.buffalo.edu/graph_based/aging/.conf/.life.

18 J. Kailes et K. Isaacson, *Aging with Disability*, 1998. Voir le site Internet suivant : www.jik.com/awdrtcawd.html

19 M. Janicki, A. Dalton, C. Henderson et P. Davidson, *Mortality and Morbidity Among Older Adults with Intellectual Disability : Health Services Considerations*, *Disability and Rehabilitation*, mai-juin, no 21(5-6), p. 284-294...

20 Le gouvernement fédéral a financé récemment une étude de recherche sur l'opinion publique portant sur les attitudes des Canadiens à l'égard des invalidités. Environics Research Group, *Attitudes des Canadiens à l'égard de la condition des personnes handicapées*, 2004. Voir le site Internet suivant : www.dsc.gc.ca/asp/passerelle.asp?hr=fr/pip/bcph/documents/sondageAttitudes/index.shtml&hs=pyp

21 P.S. Fry, *Whose quality of life is it anyway? Why not ask seniors to tell us about it?*, *International Journal of Aging and Human Development*, no 50(4), 2000, p. 361-383.

22 Conseil consultatif national sur le troisième âge : www.naca-ccnta.ca/.

23 Santé Canada. *Cadre national sur le vieillissement*, 1998. Voir le site Internet suivant : www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines/nfa-cnv/index_f.htm.

24 Tate, R., Lah, L. and Cuddy, E. (2003). "Definition of successful aging by elderly Canadian men: the Manitoba Follow-up Study." *The Gerontologist*, Vol. 43, No. 5.

25 Agence de santé publique du Canada. *Guide d'élaboration d'un système de soutien complet pour la promotion de la « vieillesse active »*, 2003. Voir le site Internet suivant : www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/pubs/paho/paho_toc_f.htm.

26 M. Metcalfe, *Anecdotes on Aging : Real life perspectives*, Ottawa, 2005.

27 Groupe de travail sur la vie active et la dignité des personnes âgées (Groupe de travail lanno), *Créer un plan d'action national pour les aînés : rapport du Groupe de travail du Premier ministre sur la vie active et la dignité des personnes âgées*, 2004. Voir le site Internet suivant : www.tonyianno.parl.gc.ca/documents/seniors_f_final.pdf.

28 Agence de santé publique du Canada, *Guide d'élaboration d'un système de soutien complet pour la promotion de la « vieillesse active »*. Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux, 2003. Voir le site Internet suivant : www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines/index_pages/publications_f.htm.

29 J. Fredrick et J. Fast, *Vivre plus longtemps, vivre mieux – Emploi du temps et transitions au cours de la vie*. Ottawa, Statistique Canada, no 89-584 –MIF au catalogue – no 6, 1998.

30 L'Enquête nationale de 2000 sur le don, le bénévolat et la participation a été menée par Statistique Canada dans le cadre de l'Initiative sur le secteur bénévole et communautaire. À la suite de consultations avec les organisations du secteur bénévole et communautaires, une enquête modifiée sera menée tous les trois ans à partir de 2004. Pour obtenir de plus amples renseignements, consultez le site Internet suivant : www.donetbenevolat.ca/reports.asp - 2000.

31 M. Metcalfe, *Anecdotes on Aging : Real life perspectives*, Ottawa, 2005.

32 G. Lowe, *Job Quality : The Key to Attracting, Developing and Retaining Workers of All Ages*, présentation lors de la Conférence nationale sur la formation de l'AIGP, chapitre canadien, Fredericton (Nouveau-Brunswick), 2001. Voir le site Internet suivant : www.cprn.com/fr/doc.cfm?doc=202

33 J. E. Fast et J. Frederick, *La transition à la retraite : soudain, chaque jour devient samedi – Emploi du temps et transitions au cours de la vie*, Statistique Canada, no 89-584-MIF au catalogue – no 5, 2004.

34 Totalisation spéciale de l'Enquête sur la dynamique du travail et du revenu par Statistique Canada.

35 Statistique Canada indique qu'en raison de la taille réduite de l'échantillon, ces données doivent être utilisées avec précaution.

36 A. Laville et coll. (1998), *Travailleurs âgés. Encyclopédie de sécurité et de santé au travail*, 3e éd., Bureau international du travail. Citation du Centre canadien de la santé et de sécurité au travail, 2002.

37 L. Ringaert, *Conceptualizing Aging and Disability*. Winnipeg, Canadian Centre on Disability Studies, (non-publié).

38 Agence de santé publique du Canada, *Chez soi en toute sécurité : Guide de sécurité des aînés*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux, 2005. Voir le site Internet suivant : www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/pubs/safelive/index_f.htm.

39 Développement social Canada, *Vers l'intégration des personnes handicapées : un rapport du gouvernement du Canada, 2004*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. Voir le site Internet suivant : www.sdc.gc.ca/asp/passerelle.asp?hr=fr/pip/bcph/documents/versIntegration04/index.shtml&hs=pyp

40 Conseil canadien de développement social, *Les personnes handicapées et les médicaments, Fiche d'information du CCDS : personnes handicapées*, no 11. Ottawa, 2003. Voir le site Internet suivant : www.ccsd.ca/drip/francais/recherche/dis11/dis11.pdf.

41 Statistique Canada, *Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA) de 2001*, Ottawa, Statistique Canada, 2002. Voir le site Internet suivant : www.statcan.ca/francais/freepub/89-577-XIE/index_f.htm.

42 Santé Canada, *Les Canadiens et l'accès à une assurance-médicaments de prescription*. Étude menée par Fraser Group et Tristat Resources, 2000. Voir le site Internet suivant : www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2000-htf-fass-acces-med/2000-htf-fass-acces-med_f.pdf.

43 K. Cranswick, *Enquête sociale générale, cycle 16 : la prestation de soins dans une société vieillissante*, 2002, Ottawa, Statistique Canada, no 89-582-XIF au catalogue, 2003.

44 J. Fast, J. Eales et N. Keating, *L'incidence économique des politiques en matière de santé, de sécurité du revenu et de travail sur les prestataires bénévoles de soins aux personnes âgées en perte d'autonomie*, Ottawa, Condition féminine Canada, 2001. Voir le site Internet suivant : www.swc-cfc.gc.ca/pubs/pubspr/0662654765/200103_0662654765_f.pdf.

45 Il importe de souligner que de nombreuses personnes handicapées peuvent également contribuer à l'économie et/ou prendre part aux soins et aux mesures de soutien dont elles bénéficient.

46 Les données sont fondées sur une projection de la croissance du nombre total de Canadiens handicapés entre 2001 et 2026 réalisée grâce à l'application des taux d'invalidité de l'EPLA 2001 à une série de projections démographiques générales fournies par Statistique Canada pour les années 2000 à 2006. Voir l'annexe C pour de plus amples renseignements.

47 Statistique Canada, *Enquête sociale générale, 2002. Op. cit.*

48 Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Aînés en marge : vieillir avec une déficience intellectuelle*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux, 2004. Voir le site Internet suivant : www.naca-ccnta.ca/margins/disability/pdf/margins-disability_f.pdf.

49 Société canadienne d'hypothèques et de logement, *Planification du logement et des services de soutien à l'intention des aînés*, Ottawa, 1998.

50 M. Metcalfe, *Anecdotes on Aging : Real life perspectives*, Ottawa, 2005.

51 S. A Chapman, *A 'Materialist' Lens on Aging Well : Special Things in Later Life*, *Journal of Aging Studies*, 2005, en révision.

52 Veuillez consulter le chapitre 2 pour obtenir de plus amples renseignements sur les données provenant de l'Enquête sur les établissements de soins pour bénéficiaires internes de Statistique Canada.

53 Une description complète de la maison Abbeyfield Parkdale peut être consultée dans le site suivant : www.cmhc-schl.gc.ca/fr/amquablo/logab/stviloab/urco/eqco/cas2.cfm.

54 Des renseignements supplémentaires sont disponibles dans le site suivant : www.tc.gc.ca/pol/fr/comotred2007/message_TC_f.asp.

55 Policy Research Group, *Mobility Challenges of an Aging Population : Impact for Accessible Transportation*, Policy Research Group, Ottawa, Transports Canada, 2004.

56 J. A Auger et D. Tedford-Little, *From the Inside Looking Out : Competing Ideas About Growing Old*, Halifax, Fernwood Publishing, 2002.

57 Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2001. La question était reliée à l'utilisation d'Internet et d'un ordinateur au cours des douze derniers mois.

58 Organisation mondiale de la Santé, *Vieillir en restant actif : Cadre d'orientation*, 2002. Voir le site Internet suivant : www.who.int/ageing/publications/active/en/index.html.

59 Les personnes aux prises avec l'un des problèmes suivants : bronchite chronique, emphysème, syndrome de fatigue chronique, troubles d'apprentissage, troubles anxieux, troubles de l'humeur, problèmes de thyroïde, glaucome, cataractes, troubles intestinaux comme la maladie de Crohn ou la colite, incontinence urinaire, accident vasculaire cérébral, ulcère de l'estomac ou de l'intestin, cancer, maladie cardiaque, épilepsie, diabète, migraines, hypertension, problèmes de dos, arthrite ou rhumatismes, fibromyalgie, asthme, allergies autres que les allergies alimentaires et allergies alimentaires.

60 Développement social Canada. *Vers l'intégration des personnes handicapées : une rapport du gouvernement du Canada 2004*. Ottawa : Travaux public et Services gouvernementaux Canada, 2004. Voir le site Internet suivant : www.dsc.gc.ca/asp/passerelle.asp?hr=fr/pip/bcph/documents/versIntegration04/index.shtml&hs=pyp

61 L'IES se fonde sur le Comprehensive Health Status Measurement System élaboré par le Centre for Health Economics and Policy Analysis de l'Université McMaster.

62 L'indice varie de -0,360 à 1,0. Plus élevé est l'indice, meilleur est l'état de santé. Un indice se situant entre 0,8 et 1,0 indique que l'état de santé est très bon ou excellent, tandis qu'un indice inférieur à 0,8 indique des problèmes de santé modérés ou graves. De nombreux éléments mesurés par l'IES3 constituent également des indicateurs de déficience et de limitations d'activité, et ils sont semblables aux caractéristiques utilisées pour décrire les types d'invalidité cités dans l'ELPA.

63 Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003 (cycle 2.1)*. Ottawa. No 82M0013XCB au catalogue, 2004.

64 S. A Chapman, *A 'Materialist' Lens on Aging Well : Special Things in Later Life*, Journal of Aging Studies, 2005, en révision.

65 Pour en apprendre davantage sur la promotion de la santé mentale, veuillez consulter le site Internet de l'Unité de la santé mentale de l'Agence de santé publique du Canada à l'adresse suivante : www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/sante-mentale/psm/questions.html.

66 Analyse des données de l'ESCC, Cycle 2.1, 2003, réalisée par le Bureau de la condition des personnes handicapées.

67 *Vers l'intégration des personnes handicapées : un rapport du gouvernement du Canada 2004*. Op. cit.

68 Centre national d'information sur la violence dans la famille, *Mauvais traitements et négligence à l'égard des aînés : document de travail*, Ottawa, Agence de santé publique du Canada, 1999. Voir le site Internet suivant : www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/html/agediscussion_f.html

69 Agence de santé publique du Canada, *Rapport sur les chutes des aînés au Canada*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux, 2005. Voir le site Internet suivant : www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/pubs/seniors_falls/index_f.htm

70 Institut canadien d'information sur la santé, *2004 Report : Major Injury in Canada*, Ottawa, National Trauma Registry, 2005, page 14. Voir le site Internet suivant : http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=AR_26_E&cw_topic=26.

71 Société canadienne d'hypothèques et de logement, *Votre maison : comment prévenir les chutes dans les escaliers*, SCHL, 2004. Voir le site Internet suivant : www.cmhc-schl.gc.ca/fr/coreenlo/coprge/insevoma/insevoma_079.cfm.

72 P. C. Kontos, *Resisting institutionalization : constructing old age and negotiating home*, Journal of Aging Studies, 1998, no 12(2), p. 167-184.

74 Organisation mondiale de la Santé, *Vieillir en restant actif – Cadre d'orientation*, 2002. Voir le site Internet suivant : www.who.int/ageing/publications/active/en/.4

73 Organisation mondiale de la Santé, *Vieillir en restant actif – Cadre d'orientation*, 2002. Voir le site Internet suivant : www.who.int/ageing/publications/active/en/.

74 J. A. Auger et D. Tedford-Little, *From the Inside Looking Out : Competing Ideas About Growing Old*, Halifax, Fernwood Publishing, 2002.

75 Il est probablement tout aussi vrai que les aînés qui ne se sentent pas bien ne font pas d'exercice. Une analyse plus poussée est nécessaire pour déterminer dans quelle mesure les problèmes de santé et les niveaux d'exercice ont une incidence l'un sur l'autre chez les aînés handicapés.

76 R. Launois et J. Reboul-Marty, *La qualité de vie : approche psychométrique et approche utilité-préférence*, *Cardioscopies*, 1995, vol. 34, p. 673-678.

77 Le SF-36 a été élaboré par John E. Ware Jr., Institute for the Improvement of Medical Care and Health, New England Medical Center Hospitals. Les questions du SF-36 sont fondées sur les 245 questions d'origine de la Medical Outcomes Study. Source de la description : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Cycle 2.1, 2003. Fichier de microdonnées à grande

diffusion. Spécifications de variables calculées et groupées. Statistique Canada, janvier 2005.

78 Centre d'étude des niveaux de vie, *The Financial Circumstances of Elderly Canadians and the Implications for the Design of Canada's Retirement Income System*. Dans *The State of Economics in Canada : Festschrift in Honour of David Slater*, de Patrick Grady et Andrew Sharpe (éd.), Ottawa, 2001. (éd.), (Montréal et Kingston : Centre d'étude des niveaux de vie et Université Queen's), 2001.

79 Ce chapitre sur le revenu est en majeure partie fondé sur les données de l'Enquête sur la dynamique du travail et du revenu (EDTR). Statistique Canada a révisé ses données déjà publiées sur le faible revenu pour tenir compte des changements démographiques relevés dans le recensement de 2001 et d'autres facteurs. Ainsi, les estimations des taux de faible revenu sont substantiellement plus élevées parmi les personnes handicapées en âge de travailler que les taux déjà publiés. Cependant, les répercussions des taux révisés sur les personnes handicapées touchent uniquement celles âgées entre 16 et 64 ans, un groupe au sein duquel les taux augmentent en moyenne de 3,9 points de pourcentage par année de 1999 à 2002. Par comparaison, les taux de faible revenu des aînés handicapés n'ont pas augmenté en moyenne au cours de cette période. Une plus faible augmentation de 1,9 % a été observée chez les personnes en âge de travailler qui ne sont pas handicapées, tandis qu'aucune augmentation n'a été constatée chez les aînés non handicapés de 1999 à 2002.

80 Ce rapport utilise les mesures après impôt en reconnaissance du rôle important joué par le régime fiscal pour les personnes handicapées.

81 Statistique Canada, *Recensement de 2001, série « Analyses » – Peuples autochtones du Canada : un profil démographique*, Ottawa, 2003.

82 Ibid.

83 Ibid.

84 Ibid.

85 Ibid.

86 Conseil canadien de la santé, *Le renouvellement des soins de santé au Canada : accélérer le changement*, Toronto, 2005. Voir le site Internet suivant : http://hcc-ccs.com/report/Annual_Report/Accelerer_le_changement_CCS_2005.pdf.

87 S'ils comparent ces taux à ceux provenant de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités, les lecteurs constateront que les taux du recensement sont plus élevés. La différence entre les taux est attribuable à la démarche d'échantillonnage à deux volets employée dans l'EPLA ainsi qu'à ses questions de sélection relatives à l'invalidité plus détaillées. Il n'est pas possible d'établir précisément le taux d'invalidité chez les Autochtones qui serait obtenu si l'on utilisait une démarche semblable à celle utilisée dans l'EPLA, mais il semblerait très probable qu'une réduction semblable serait observée. Des renseignements plus détaillés sur la méthodologie employée pour l'EPLA et ses répercussions sur les taux d'invalidité peuvent être consultés dans le site Internet de Statistique Canada, à l'adresse suivante : www.statcan.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3251&lang=en&db=IMDB&dbg=f&adm=8&dis=2. Des renseignements plus généraux sur les répercussions des méthodologies d'enquête sur les taux d'invalidité sont présentés à l'annexe 3 du rapport technique intitulé *Vers l'intégration des personnes handicapées* (2001), que l'on peut consulter dans le site Internet suivant : www.dsc.gc.ca/fr/pip/bcph/documents/versIntegration/chap1.shtml.

88 Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, Assemblée des Premières Nations, *Disabilities and Chronic Conditions Among First Nations Adults. Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations 2002/03 : Results for Adults, Youth and Children Living in First Nations Communities*, Ottawa, Centre des Premières Nations, Organisation nationale de la santé autochtone, 2005.

89 D. Kinnon, *Advancing the Inclusion of First Nations, Inuit and Métis Persons with Disabilities : A Discussion Paper*, Ottawa, Organisation nationale de la santé autochtone (pour Développement social Canada), 2004.

90 Affaires indiennes et du Nord Canada, *Rassembler nos forces : le plan d'action du Canada pour les questions autochtones*, Ottawa : Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1998. Voir le site Internet suivant : www.ainc-inac.gc.ca/gs/index_f.html.

91 Ce profil de besoins est fondé sur les questions de l'Enquête auprès des peuples autochtones, qui portent sur des caractéristiques supplémentaires, y compris des modifications aux portes ou aux corridors, l'installation de rampes, des modifications à la salle de bains ou à la cuisine, des dispositifs d'alerte et d'autres caractéristiques particulières.

92 Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, Assemblée des Premières Nations, 2005. *Op. cit.*

93 Document de travail en vue de l'élaboration d'une stratégie concernant le diabète chez les Autochtones : rapport du groupe de travail. (Ébauche, 17 juin 1998.) Avec la permission de la Division de l'analyse des programmes de santé, Programme de santé des Premières Nations et des Inuits, Direction générale des services médicaux, Santé Canada¹.

94 Statistique Canada, *Enquête auprès des peuples autochtones : bien-être de la population autochtone hors réserve*, Le Quotidien, 24 sept. 2003, Ottawa. Voir le site Internet suivant : www.statcan.ca/Daily/Francais/030924/d030924b.htm.

95 D. Demas, *One Voice : The Perspective of Aboriginal People with Disabilities*, Ottawa, Groupe de référence autochtone concernant les personnes handicapées, 1998.

96 D. Kinnon, 2004. *Op. cit.*

97 J. Reading, *An Examination of Residential Schools and Elder Health* (p. 27-54), dans l'*Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations et les Inuits*, Ottawa, Comité directeur national de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuits, 1999.

98 Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, Assemblée des Premières Nations, 2005. *Op. cit.*

99 Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. *Pour un avenir en santé : deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux, 1999. Voir le site Internet suivant : www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/rapport/toward/rapport.html.

100 Le Québec partage les préoccupations soulevées dans le rapport *À l'unisson*. Cependant, le gouvernement du Québec n'a pas participé à son élaboration puisqu'il entend conserver la pleine responsabilité des programmes destinés aux personnes handicapées du Québec. Par conséquent, toutes les références à des points de vue conjoints du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux et territoriaux n'incluent pas le gouvernement du Québec.

101 Comité consultatif technique sur les mesures fiscales pour les personnes handicapées, *Une fiscalité équitable pour les personnes handicapées : rapport du Comité consultatif sur les mesures fiscales pour les personnes handicapées*, 2004. Voir le site Internet suivant : www.disabilitytax.ca/text/committees_report-f.html. Technical Advisory Committee (2004).

102 Le rapport et la réponse du gouvernement peuvent être consultés dans le site suivant : www.parl.gc.ca/infocomdoc/38/1/parlbus/commbus/house/HUMA/report/RP1923671/HUMA_Rpt08-f.htm.

103 Le Comité du Sénat a publié trois rapports intérimaires en novembre 2004. Ces rapports intérimaires sont disponibles dans le site suivant : www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/rep-f/repintnov04-f.htm. Le rapport intégral sera publié en décembre 2005.

104 Environics Research Group, *Attitudes des Canadiens à l'égard de la condition des personnes handicapées*, 2004. Voir le site Internet suivant : www.dsc.gc.ca/asp/passerelle.asp?hr=fr/pip/bcph/documents/sondageAttitudes/index.shtml&hs=pyp

105 Bien que le gouvernement du Québec soit d'accord avec les principes généraux des Ententes sur le marché du travail visant les personnes handicapées (EMTPH), il n'a pas participé à leur élaboration. Cependant, il a contribué aux ententes en communiquant des renseignements et des pratiques exemplaires. Le gouvernement du Québec entend continuer de traiter cette question bilatéralement avec le gouvernement fédéral. Toutes les références à des points de vue conjoints du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux et territoriaux dans les EMTPH n'incluent pas le gouvernement du Québec. Les Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut et le Yukon ont confirmé qu'ils appuient les principes et l'orientation des EMTPH. Ils continueront d'offrir des programmes liés au marché du travail aux personnes handicapées, et ils participeront à l'avenir aux EMTPH si les questions fiscales en suspens sont réglées.

106 Statistique Canada, *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 2000-2026* (no 91-520-XIB au catalogue), Ottawa, Statistique Canada, 2005.

107 M. Wolfson et F. Rowe, *Disability and Informal Support : Prospects for Canada*, Statistique Canada, 2005, non publié. Y. Carrière, J. Légaré et J. Keefe, *Projecting the Availability of Informal Support and its Impact on Chronic Home Care Services*. Projet financé par Santé Canada, 2004.

108 Société canadienne d'hypothèques et de logement, *Évaluation des initiatives de logement dans le cadre de la Stratégie nationale pour l'intégration des personnes handicapées*, Ottawa, 1998.

109 SCHL, R.A. Malatest & Associates et Auguste Solutions and Associates, *Évaluation du programme d'aide à la remise en état des logements*, 2003. Voir le site Internet suivant : <http://dsp-psd.communication.gc.ca/Collection/NH15-421-2003F.pdf>.

110 Transports Canada, *Droit devant – Une vision pour les transports au Canada*, 2003. Voir le site Internet suivant : www.tc.gc.ca/sujet/droitdevant/menu.htm.

111 Vous trouverez des renseignements supplémentaires dans le site Internet suivant : www.vac-acc.gc.ca/providers_f/sub.cfm?source=pro_research/currentprojects.

112 La Prévention des chutes a créé divers outils et ressources, qui sont disponibles dans le site suivant : www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/index_pages/publications_f.htm - prevention.

113 En 2004, les prestations mensuelles du PPIRPC ont été versées en moyenne à 291 348 personnes et 89 267 enfants à charge. En juin 2005, la prestation mensuelle moyenne du RPC était de 760 \$, et la majeure partie des clients étaient âgés entre 60 et 64 ans.

114 Voir Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations. Assemblée des Premières Nations, 2005, *op. cit.*, qui traite des questions soulevées par la comparaison des taux d'invalidité de l'Enquête régionale sur la santé et de ceux provenant des enquêtes de Statistique Canada.

ENVOYEZ-NOUS VOS COMMENTAIRES

Le gouvernement du Canada s'engage à améliorer l'information sur la condition des personnes handicapées qu'il communique aux canadiennes et canadiens. Nous tenons à savoir ce que vous pensez du présent rapport, ce qui vous plaît le plus et ce qui, selon vous, devrait être modifié ou amélioré, pour que nous puissions apporter les modifications qui s'imposent. Vous pouvez nous faire parvenir vos commentaires par courrier, téléphone, télécopieur ou courriel.

Développement social Canada
Bureau de la condition des personnes handicapées
Développement du savoir
Place Vanier, Tour B, 12B
Ottawa, ON K1A 0L1
Téléphone: (613) 948-6077
Télécopieur: (613) 946-5284
Courriel : Handicapées@canada.gc.ca