

RAPPORT SUR LES SUITES DONNÉES
AUX RECOMMANDATIONS
DU
COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT
SUR
LA GÉRONTOLOGIE 1966

J
103
H72
1966/67
G4
A12
Z5
A35
1974f

J
103
H72
1966/67
G4
A12
25
A35
1974/

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 1
I. Recommandations appliquées 23
II. Recommandations partiellement appliquées 31
III. Recommandations non appliquées 39

Table des matières 1
I. Recommandations appliquées 23
II. Recommandations partiellement appliquées 31
III. Recommandations non appliquées 39

INTRODUCTION

Le Comité spécial du Sénat sur la gérontologie a déposé ses recommandations le 7 février 1966. L'objet de ce rapport est d'exposer sur la suite donnée à ces recommandations. Des 22 recommandations, 11 ont été appliquées, 11 en totalité et 14 en partie. Le rapport expose les faits.

Le Comité spécial du Sénat sur la gérontologie a déposé ses recommandations le 7 février 1966. L'objet de ce rapport est d'exposer sur la suite donnée à ces recommandations. Des 22 recommandations, 11 ont été appliquées, 11 en totalité et 14 en partie. Le rapport expose les faits.

RAPPORT SUR LES SUITES DONNÉES
AUX RECOMMANDATIONS
DU
COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT
SUR
LA GÉRONTOLOGIE 1966

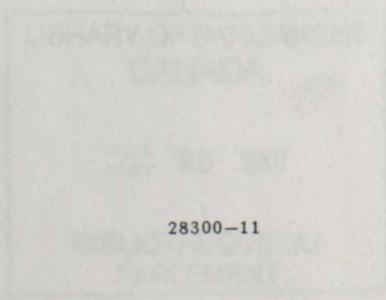


TABLE DES MATIÈRES

	Page
Introduction	2
Ordre de renvoi	2
(1) Recommandations appliquées	3
(2) Recommandations partiellement appliquées ..	16
(3) Recommandations non appliquées	56

INTRODUCTION

Le Comité spécial du Sénat sur la gérontologie a déposé 92 recommandations le 2 février 1966. L'étude suivante constitue un rapport sur la suite qu'on a donnée aux diverses recommandations. Des 92 recommandations, on en a appliqué 25 en totalité et 54 en partie, 13 sont restées lettre morte.

ORDRE DE RENVOI

Extrait des Procès-verbaux du Sénat du mardi 29 juillet 1963:

«De l'assentiment du Sénat,

l'honorable sénateur Connolly, C.P., propose, appuyé par l'honorable sénateur Vaillancourt:

Qu'un Comité spécial du Sénat soit institué en vue d'étudier le problème que comporte une amélioration du bien-être des personnes âgées et vieillissantes, pour leur assurer la jouissance d'un revenu convenable, en recourant à des services et des facilités adéquats, d'une nature positive et préventive, afin que les personnes d'un âge avancé puissent continuer à vivre dans des conditions saines et utiles en leur qualité de membres de la communauté canadienne, et constater le besoin d'une coopération maximum tendant au but visé, à tous les niveaux du gouvernement;

Que le Comité soit composé des honorables sénateurs Blois, Brooks, Croll, Dessureault, Fergusson, Gershaw,

Grosart, Haig, Hollett, Inman, Jodoin, Lefrançois, Macdonald (Brantford), McGrand, Pearson, Quart, Roebuck, Smith (Kamloops), Smith (Queens-Shelburne) et Sullivan;

Que le Comité soit autorisé à s'assurer les services de techniciens et autres employés qu'il jugera nécessaires aux fins de cette enquête;

Que le Comité soit autorisé à assigner des personnes, à faire produire documents et dossiers, à siéger durant les séances et les ajournements du Sénat;

Que les travaux effectués sur la question lors des sessions précédentes soient renvoyés au Comité, et

Que le Comité soit requis de faire rapport à cette Chambre de ses conclusions, de temps à autre, et aussi de présenter les recommandations qu'il jugera opportunes.

Après débat,

Étant posée la question sur la motion, elle est—

Résolue par l'affirmative."

Le greffier du Sénat,
J. F. MacNEILL.

Le comité a été reconstitué au cours des trois sessions parlementaires subséquentes. Voir les Journaux du Sénat du 19 février 1964, du 6 avril 1965 et du 19 janvier 1966.

Le Rapport final du comité spécial d'enquête sur la gérontologie a été déposé le mercredi 2 février 1966. Le Rapport contenait qua're-vingt-douze recommandations sous les rubriques suivantes:

- (1) Le revenu et la sécurité
- (2) L'emploi et les occasions d'emploi
- (3) Hygiène et soins de santé
- (4) Le logement et les besoins en matière de logement
- (5) Services fournis aux personnes âgées par la collectivité
- (6) Recherches et statistique
- (7) Organisation et coordination

Le Rapport final du comité spécial d'enquête sur la gérontologie avait fait l'objet d'un débat au Sénat les 7, 8, 9, 23 et 24 février 1966.

LIBRARY OF PARLIAMENT
CANADA

MAY 25 2007
MAY

BIBLIOTHEQUE DU
PARLEMENT

(1) RECOMMANDATIONS APPLIQUÉES

Recommandation 1

Par conséquent, le Comité appuie en principe l'institution d'un programme de revenu garanti pour toutes les personnes de 65 ans et plus à la retraite et recommande au gouvernement fédéral que cette proposition soit immédiatement étudiée.

SUITE DONNÉE

On a donné suite à cette recommandation de la façon suivante:

1. A compter de 1966, l'âge d'admissibilité à la pension universelle de sécurité de la vieillesse a été réduit annuellement d'un an de sorte qu'en 1970, le régime s'est appliqué universellement à tous les individus de 65 ans et plus.

2. En 1967, on a institué un Supplément de revenu garanti aux termes duquel on verse à la personne âgée, sous réserve d'une évaluation des revenus, un supplément réduit d'un dollar par tranche de deux dollars de revenu provenant d'autres sources (à l'exclusion des prestations de sécurité de vieillesse). En vertu des dispositions de cette loi, le montant de base de la pension mensuelle était de soixante-quinze dollars; le montant du supplément s'élevait à trente dollars en 1967 et à compter de 1968, à 50 p. 100 du montant de la pension payée, moins un dollar par tranche complète de deux dollars du revenu mensuel de base du pensionné.⁽¹⁾

(1) Statuts révisés du Canada, 1970, loi sur la sécurité de la vieillesse, vol. V, chapitre O-6, pp. 2 à 5.

3. En 1972, on a adopté une loi assurant le rajustement de toutes les prestations une fois par année afin qu'elles suivent l'évolution de l'indice du coût de la vie.⁽²⁾ En 1971, le montant de base de la pension mensuelle était de quatre-vingt dollars. Il a été rajusté en fonction de l'indice des prix à la consommation de sorte qu'en 1972, la pension mensuelle de base a été portée à quatre-vingt-deux dollars et quatre-vingt-huit cents. A compter d'avril 1971, le montant du supplément a varié en fonction de la catégorie du pensionné. Les pensionnés célibataires ou les pensionnés mariés à une personne qui ne recevait pas de pension ont reçu un maximum de cinquante-cinq dollars. Les pensionnés mariés à une personne touchant une pension ont reçu quarante-sept dollars et cinquante cents chacun. Ces montants ont été changés en fonction de l'Indice des prix à la consommation et, en 1972, une personne célibataire ou une personne mariée dont le conjoint n'était pas pensionné a reçu un supplément de soixante-sept dollars et douze cents. Les pensionnés mariés dont les conjoints étaient aussi pensionnés ont reçu cinquante-neuf dollars et soixante-deux cents.

4. En septembre 1973, le gouvernement a annoncé qu'il y aurait des rajustements à tous les trimestres à compter d'octobre 1973⁽³⁾. Les rajustements se feraient le 1^{er} octobre, le 1^{er} janvier, le 1^{er} avril et le 1^{er} juillet.

Figurent au tableau suivant les paiements de base et les suppléments versés depuis 1967.

(2) Statuts du Canada, 1972, loi modifiant la loi sur la sécurité de la vieillesse, chapitre 10, pp. 101 à 104.
(3) Bill C-219, loi modifiant la loi sur la sécurité de la vieillesse, 6 septembre 1973, chapitre 35, pp. 3 et 4.

TABLEAU 1

PAIEMENT DE SÉCURITÉ SOCIALE ET SUPPLÉMENTS DE REVENU GARANTI
MONTANTS VERSÉS DE 1967 À 1974

Catégorie du bénéficiaire	Régimes de sécurité sociale	Jan.	Jan.	Jan.	Jan.	Jan.	Avril	Jan.	Avril	Oct.	Jan.	Avril
		1967	1968	1969	1970	1971	1971	1972	1973	1973	1974	1974
		\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Célibataire ou personne mariée dont le conjoint n'est pas pensionné	Pension de vieillesse....	75	76.50	78	79.58	80	80	82.88	100	105.30	108.14	110.09
	Supplément de revenu garanti (maximum)...	30	30.60	31.20	31.83	33.61	55	67.12	70.14	73.86	75.85	77.22
TOTAL.....		105	107.10	109.20	111.41	113.61	135	150.00	170.14	179.16	183.99	187.31
Personne mariée dont le conjoint est pensionné	Pension de vieillesse....	75	76.50	78	79.58	80	80	82.88	100	105.30	108.14	110.09
	Supplément de revenu garanti (maximum)...	30	30.60	31.20	31.83	33.61	47.50	59.62	62.30	65.60	67.37	68.58
TOTAL.....		105	107.10	109.20	111.41	113.61	127.50	142.50	162.30	170.90	175.51	178.67

Le tableau 2 précise, selon les provinces,

- (1) le nombre des pensionnés de la sécurité de la vieillesse;
- (2) le nombre des prestataires qui touchent le supplément de revenu garanti;
- (3) le nombre des pensionnés qui touchent la prestation maximale au titre du supplément de revenu garanti;
- (4) le montant moyen versé au titre du supplément de revenu garanti;
- (5) le nombre moyen de pensionnés payé alors qu'ils étaient à l'étranger au cours du dernier trimestre de 1973.

TABLEAU 2⁽¹⁾

Province	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	Pensionnés S.V.	Prestataires S.R.G.	Prestataires S.R.G. maximum	Versement moyen de S.R.G.	La moyenne par trimestre des prestataires S.R.G. payés lorsqu'ils étaient à l'étranger en décembre 1973
				\$	
Terre-Neuve.....	34,273	28,948	19,978	65.27	106
Île-du-Prince-Édouard.....	12,849	9,883	5,262	62.72	77
Nouvelle-Écosse.....	75,655	51,809	26,427	62.45	430
Nouveau-Brunswick.....	57,349	39,183	20,926	61.76	404
Québec.....	447,404	284,289	148,366	61.91	3,701
Ontario.....	678,995	339,245	125,372	58.33	5,869
Manitoba.....	100,533	62,945	25,991	59.79	642
Saskatchewan.....	98,371	60,286	25,126	58.14	432
Alberta.....	125,536	76,584	33,353	60.44	740
Colombie-Britannique.....	218,104	122,809	48,799	57.49	2,677
Territoires du Nord-Ouest.....	917	764	631	71.85	1
Yukon.....	530	331	231	66.23	10
National.....	1,850,516	1,077,076	480,462	59.97	15,089

LA SOURCE: Le rapport statistique de AS pour décembre 1973.

⁽¹⁾Débats de la Chambre des communes, 18 mars 1974, p. 588.

Recommandation 6

Que, conformément aux recommandations du Conseil économique du Canada, le SNP «ait des agences situées aux points stratégiques afin d'appliquer les décisions des hommes qui détiennent le pouvoir», qu'il soit chargé d'analyser les conditions de l'offre et de la demande, ainsi que de l'administration d'un ensemble de programmes nécessaires pour faciliter l'adaptation aux changements technologiques et aider aux déplacements de travailleurs de régions où l'offre d'emploi est à la baisse pour les installer dans des régions où l'offre d'emploi est à la hausse.

SUITE DONNÉE

En 1967, les bureaux du Service national de placement (SNP) reçurent le nom de Centres de main-d'œuvre du Canada afin de mieux faire ressortir le rôle qu'ils doivent jouer notamment dans les domaines de l'orientation, de la formation, du perfectionnement et de la mobilité de la main-d'œuvre.

Le programme de mobilité de la main-d'œuvre du Canada fut instauré en 1967 en vue de venir en aide aux travailleurs qui ne peuvent pas se permettre de déménager pour se trouver ailleurs du travail ou profiter des cours de formation. En vertu de ce programme, les travailleurs peuvent obtenir trois sortes de subventions:

1. Les subventions de voyage de stagiaires qui permettent aux adultes d'acquérir ailleurs une formation qui n'est pas dispensée dans leur secteur;

2. Les subventions de prospection qui permettent aux travailleurs de se chercher du travail dans d'autres secteurs lorsqu'il n'y en a pas dans leur localité;
3. Les subventions de déplacement.

Le Service consultatif de Main-d'œuvre Canada doit aider le patronat et le salariat à régler les problèmes qui résultent des changements technologiques et autres qui surviennent dans l'industrie.

Au cours de l'année financière 1972-1973, on a dépensé \$11,599,984 au titre du Programme de mobilité. Cet argent a permis à 10,653 familles de déménager et à 10,725 chômeurs de prospecter d'autres secteurs. Des subventions de voyage de stagiaires et des allocations de trajets quotidiens ont été accordées à 50,296 personnes, ce qui porte à 71,674 le nombre total des personnes qui ont reçu de l'aide en vertu du Programme de mobilité de la Main-d'œuvre du Canada⁽¹⁾.

Recommandation 7

Que le SNP cherche à obtenir en particulier la collaboration de chaque employeur, des associations d'employeurs et des syndicats ouvriers afin d'élaborer des méthodes relativement aux mises à pied et aux

(1) Canada. Rapport annuel 1972-1973, Main-d'œuvre et Immigration, p. 13.

différends concernant le personnel dans le cas de toute cause qui, à moins que cela n'ait été bien prévu d'avance, peut avoir produit des résultats graves sinon désastreux sur les perspectives d'emploi d'un travailleur âgé qui se trouve déplacé.

SUITE DONNÉE

1. En vertu de la Partie III du Code canadien du travail, à compter du 1^{er} janvier 1972, un employeur doit donner à un employé qui a dix années ou plus d'ancienneté un préavis de huit semaines ou des indemnités à titre de préavis. Si un employeur met fin à l'emploi d'un groupe de cinquante employés ou plus, ou de 10 p. 100 ou plus de ses employés, soit le chiffre le plus important, au cours de toute période de quatre semaines, il doit

(b) donner aux employés le préavis suivant:

- (i) un préavis de huit semaines s'il veut mettre fin à l'emploi de 50 personnes ou plus, mais de moins de 200 personnes employées à un établissement;
- (ii) un préavis de 12 semaines s'il veut mettre fin à l'emploi de 200 personnes ou plus, mais de moins de 500 personnes employées à un établissement; et
- (iii) un préavis de 16 semaines s'il veut mettre fin à l'emploi de 500 personnes ou plus employées à un établissement⁽¹⁾.

2. La plupart des contrats de travail négociés par la direction et les syndicats prévoient une consultation dans le cas de mises en disponibilité ou de changements touchant les travailleurs de tout âge.

3. Pendant l'année financière 1971-1972, la Direction de la consultation ouvrière-patronale du ministère du Travail s'est efforcée d'établir un dialogue fructueux entre le salariat et le patronat dans tous les secteurs et l'économie en favorisant activement la formation de comités de consultation mutuelle et en fournissant divers services de soutien aux comités déjà en place. Au 31 mars 1972, il y avait 497 comités représentant 180,381 employés d'industries relevant de l'autorité fédérale et 2,219 comités représentant 631,371 employés d'entreprises relevant de l'autorité provinciale. Quelque 60 colloques de formation ont été organisés pour aider le patronat et les travailleurs à mieux comprendre leurs rôles dans le processus de la négociation collective. Il y a eu trois conférences ouvrières-patronales régionales en 1971-1972. La Direction en question s'occupe aussi de publier des brochures et des feuillets à l'intention des comités de consultation mutuelle. Le journal de la Direction, intitulé *Travail d'équipe dans l'industrie*, est publié dix fois par année⁽²⁾. Ces programmes sont conçus pour satisfaire les besoins de tous les groupes d'âge.

Recommandation 10

Qu'on examine les programmes de formation institués en vertu de la Loi sur l'assistance à la formation technique et professionnelle en vue d'élever le niveau des connaissances des personnes qui ont déjà un emploi, et, si l'on donne une formation aux chômeurs, de déterminer pourquoi ils ne sont employés régulièrement que pour un peu de temps; enfin, qu'on

- (1) Règlement établi en vertu de la loi sur les normes de l'emploi, 1968, dans sa forme modifiée. (Partie III du Code canadien du travail.) Les normes ne s'appliquent qu'à 9 p. 100 de la main-d'œuvre qui relève du gouvernement fédéral.
- (2) Canada, Travail Canada, Rapport annuel 1971-1972. Ottawa.

prenne des dispositions comme celles qui sont indiquées afin d'augmenter leur efficacité en attirant et gardant des élèves pour ces cours, particulièrement les gens d'un âge avancé.

SUITE DONNÉE

La loi de 1967 sur la formation professionnelle des adultes a remplacé la loi de 1960-1961 sur l'assistance à la formation technique et professionnelle en vertu de laquelle le gouvernement fédéral partageait avec les provinces les frais de bon nombre d'activités de formation.

La loi sur la formation professionnelle des adultes permet au ministère d'acheter des services de formation pour les membres adultes de la population active et de verser des allocations de formation. Depuis qu'il a accepté de s'occuper de la sélection et de l'orientation des stagiaires, le gouvernement fédéral paie toutes les allocations de formation.

Les services de formation sont achetés aux gouvernements provinciaux, à des écoles privées et à l'industrie. Les allocations sont versées directement aux stagiaires dans les établissements publics et privés. Dans le cas de la formation dans l'industrie, on rembourse à l'employeur les salaires payés aux employés pendant la formation, jusqu'à concurrence d'un montant déterminé⁽³⁾.

En juillet 1972, on a modifié la loi sur la formation professionnelle des adultes en vue de:

- (1) supprimer la condition stipulant qu'il fallait avoir fait partie de la population active pendant trois ans pour être admissible aux allocations de formation⁽⁴⁾.
- (2) instaurer une allocation de base de \$30 par semaine pour les adultes en période de formation qui habitent chez un parent ou un conjoint qui travaille;
- (3) redéfinir le critère d'admissibilité qui concerne la période pendant laquelle les adultes ne doivent pas avoir fréquenté l'école comme étant toute période de 12 mois consécutifs plutôt que les 12 mois précédant immédiatement l'orientation vers la formation⁽⁵⁾.

En 1972-1973, 316,188 adultes ont participé au programme de formation de la Main-d'œuvre du Canada⁽⁶⁾.

Le pourcentage des stagiaires de 45 ans et plus suivant des cours à plein temps dans un établissement est passé de 9.3 en 1967-1968 à 11.7 en 1972-1973. En 1972-1973, seulement 2.3 p. 100 des stagiaires étaient âgés de 55 à 64 ans. Le pourcentage de personnes d'un âge avancé suivant des cours de formation sur le tas est encore beaucoup moins élevé. En 1972-1973, seulement 5.4 p. 100 étaient âgés de 45 à 65 ans. Les 20 à 24 ans, qui représentent 35.4 p. 100 du nombre total⁽⁶⁾, contribuent le groupe le plus important de bénéficiaires de formation en cours d'emploi.

La Section des travailleurs âgés du ministère de la Main-d'œuvre et de l'Immigration est en train de prépa-

- (3) Canada, Ministère de la Main-d'œuvre et Immigration, Rapport annuel 1967-1968, p. 5.
- (4) Statuts du Canada, 1972, chapitre 14, juillet 1962, pp. 157 à 160.
- (5) Main-d'œuvre et Immigration Canada, Rapport annuel, 1972-1973, p. 6.
- (6) Main-d'œuvre et Immigration Canada, Direction de la formation. Lettre du 15 octobre 1973.

rer des documents pour la formation de conseillers dans ce domaine. On s'efforce d'établir un système axé sur l'éducation permanente plutôt que sur la recherche d'emplois du genre des emplois antérieurs qui sont peut-être devenus superflus. Auparavant, les travailleurs de 45 ans et plus se considéraient inaptes au travail si leur métier disparaissait. Il faut encourager les travailleurs d'un âge avancé à participer à des programmes de formation.

On a constaté une augmentation importante du nombre des femmes mariées de plus de 40 ans qui demandent et obtiennent des cours de formation depuis la suppression de la condition selon laquelle il fallait avoir fait partie de la population active durant trois ans pour être admissible.

Le ministère prévoit que la politique tendant à donner aux travailleurs une «deuxième chance» par le biais de l'éducation permanente entraînera une augmentation du nombre des stagiaires d'un âge avancé au cours des cinq prochaines années.

Recommandation 11

Que le SNP fasse davantage dans le domaine des emplois à temps partiel, afin de connaître la nature de la demande et d'offrir un service de placement plus efficace.

SUITE DONNÉE

Il existe dans les centres de main-d'œuvre un service d'emplois intermittents où l'on s'occupe d'emplois à temps partiel de cinq jours ou moins. Les candidats sont priés d'indiquer s'ils veulent un emploi à plein temps ou à temps partiel. Les conseillers connaissent les agences qui embauchent des employés à temps partiel et s'efforcent d'effectuer les placements selon la demande.

Recommandation 26

- a) Que les ministères provinciaux de la Santé et (ou) que les commissions des services hospitaliers déterminent le plus tôt possible la place que doivent occuper et le rôle que doivent jouer les maisons de garde dans l'ensemble des installations de santé nécessaires.
- b) Que des mesures vigoureuses soient adoptées afin d'augmenter le nombre actuel de maisons de garde capables d'assurer des soins infirmiers et des soins de réadaptation, si les maisons de garde sont reconnues comme installations sanitaires essentielles.
- c) Que des maisons de garde agréées et fonctionnant sur un pied non lucratif soient agréées à l'ensemble des services hospitaliers et intégrées au régime d'assurance-hospitalisation fédéral-provincial.
- d) Que des maisons de garde agréées et fonctionnant sur un pied non lucratif soient admises à recevoir: des subventions d'équipement fédérales-provinciales, en vertu du programme de construction hospitalière; des allocations de fonctionnement, en vertu du programme d'assurance-hospitalisation, afin d'assurer de hautes normes de services; et des subventions de formation afin d'assurer la formation d'effectifs aptes à dispenser des soins infirmiers de réadaptation.

- e) Que toutes les maisons de garde soient autorisées et surveillées par un organisme de santé et que des services de consultation soient mis à la disposition de toutes les maisons de garde par les ministères provinciaux et les services municipaux de santé, consultation relative non seulement aux soins médicaux et infirmiers (y compris la réadaptation), mais aussi à l'alimentation, aux loisirs et aux aspects importants de l'administration. Il faudrait accorder une attention particulière à la sélection et à la formation en cours de service du personnel des maisons de garde.

SUITE DONNÉE

Les frais d'exploitation des maisons de garde qui fournissent des soins hospitaliers sont partagés avec le gouvernement fédéral en vertu de la loi sur l'assurance-hospitalisation. Les malades chroniques exigeant des soins de convalescence sont également compris lorsque leur état exige qu'ils soient admis dans ces établissements.*

Les provinces se sont appliquées à partager leurs installations de soins en deux catégories: celles qui exigent des soins infirmiers à plein temps et relèvent du ministère de la Santé et celles qui répondent principalement à un besoin social et relèvent du ministère chargé des services sociaux. Par exemple, à Ottawa, l'hôpital St-Vincent et le Perley Home ressortissent au ministère de la Santé tandis que le St. Patrick's Home ressortit au ministère des Services communautaires et sociaux. De même, en Saskatchewan les niveaux de soins 1, 2 et 3 sont censés être principalement de nature sociale et sont donc du ressort du ministère des Services sociaux; les niveaux 4, 5 et 6 comportent un élément important de santé et constituent donc un service assuré qui relève du ministère de la Santé. Un problème surgit quand les malades sont renvoyés du niveau de santé qui est un service assuré au niveau social où le service est à la charge du malade. En janvier 1973, la Saskatchewan proposait un régime de subventions pour alléger le fardeau financier des résidents des maisons de garde. Les montants proposés ont été établis selon une échelle décroissante à compter du niveau III. «Ce nouveau système de subventions est une tentative sérieuse de la part de notre gouvernement pour organiser méthodiquement le financement des maisons de soins spéciaux et fournir un fondement solide à l'expansion future des services pour vieillards»⁽¹⁾.

En 1971, l'application de la «British Columbia Community Care Facilities Licensing Act» était confiée à la Direction de la Santé. Plus récemment encore, la Direction de la Santé était chargée de dresser les plans, de construire et d'exploiter probablement plusieurs maisons de soins particuliers. D'après les projets arrêtés en 1972, ces maisons fourniront des lits aux personnes sur pied qui n'ont pas besoin de services dans un hôpital de soins prolongés, mais qui requièrent plus de soins que ceux

* Plus particulièrement exclus sont les hôpitaux pour tuberculeux et les sanatoriums, les hôpitaux ou maisons pour malades mentaux ainsi que les établissements de soins, notamment les maisons de garde et les foyers pour vieillards. La définition de «maisons de garde» entre en ligne de compte à ce stade-ci de l'évaluation.

(1) Communiqué du gouvernement de la Saskatchewan, le 18 janvier 1973.

Les données les plus récentes de la population de la région de la capitale, qui ont été obtenues par un recensement de la population en 1970, indiquent que la population de la région de la capitale est de 1 200 000 personnes. Cette population est répartie de la manière suivante :

Le tableau ci-dessous indique la répartition de la population de la région de la capitale par sexe et par âge :

Les données les plus récentes de la population de la région de la capitale, qui ont été obtenues par un recensement de la population en 1970, indiquent que la population de la région de la capitale est de 1 200 000 personnes. Cette population est répartie de la manière suivante :

Le tableau ci-dessous indique la répartition de la population de la région de la capitale par sexe et par âge :

Le tableau ci-dessous indique la répartition de la population de la région de la capitale par sexe et par âge :

Les données les plus récentes de la population de la région de la capitale, qui ont été obtenues par un recensement de la population en 1970, indiquent que la population de la région de la capitale est de 1 200 000 personnes. Cette population est répartie de la manière suivante :

Le tableau ci-dessous indique la répartition de la population de la région de la capitale par sexe et par âge :

Le tableau ci-dessous indique la répartition de la population de la région de la capitale par sexe et par âge :

Le tableau ci-dessous indique la répartition de la population de la région de la capitale par sexe et par âge :

Le tableau ci-dessous indique la répartition de la population de la région de la capitale par sexe et par âge :

Le tableau ci-dessous indique la répartition de la population de la région de la capitale par sexe et par âge :

Le tableau ci-dessous indique la répartition de la population de la région de la capitale par sexe et par âge :

fournis dans une maison de repos⁽¹⁾. En décembre 1972, les maisons de soins particuliers qui représentent l'éventail des soins allant des soins prolongés à la maison de pension n'étaient pas agréées⁽²⁾. A compter de décembre 1972, le gouvernement a décidé d'accorder des subventions de 35 p. 100 à des sociétés sans but lucratif désireuses de construire des installations de soins particuliers en Colombie-Britannique pourvu que la quote-part locale soit d'au moins 10 p. 100. Ces sociétés doivent affirmer qu'elles ne peuvent exploiter le nouvel établissement sans une subvention directe du gouvernement provincial. Afin de mieux comprendre le rôle de la Direction de la Santé et d'autres services, le gouvernement de la Colombie-Britannique vers la fin de 1972 ordonnait une étude intitulée «Health Security Research Project».

Une étude conjointe (le Conseil de la gérontologie de l'Alberta et le ministère de la Santé et du Développement social) sur les besoins généraux des vieillards placés ou non dans des institutions en Alberta était prévue au milieu de 1973.

On opine généralement que les maisons de garde approuvées, sans but lucratif, devraient être assujetties aux régimes fédéraux-provinciaux d'assurance-hospitalisation. Si cet obstacle était éloigné, il serait alors facile de placer le bon malade dans le bon lit au bon moment.

L'école de médecine physiothérapeutique à l'Université de l'Alberta a effectué une étude pour évaluer dans les hôpitaux auxiliaires et les maisons de garde les effets sur les malades de la formation intensive en réadaptation multidisciplinaire du personnel, et des services consultatifs connexes⁽³⁾. Les résultats ont révélé que les attitudes du personnel ont eu tendance à évoluer et que celui-ci acceptait mieux les malades sur le plan individuel. Le personnel a également manifesté des connaissances et une compétence accrues en ce qui concerne les soins de réadaptation.

Depuis le 1^{er} juillet 1973, les maisons de soins particuliers au Manitoba⁽⁴⁾ sont assujetties au régime provincial d'assurance-hospitalisation. Des mesures positives ont été prises pour accroître le nombre d'établissements de soins infirmiers:

le 31 décembre 1972	Nombre réel de lits dans les maisons de garde	6,589
le 31 décembre 1973	Nombre prévu	6,898
le 31 décembre 1974	Nombre prévu	7,316

Toutes les régions où il existe un besoin évident d'accroître le nombre de lits dans les maisons de soins particuliers profitent du programme pour la construction d'établissements supplémentaires.

Le gouvernement du Manitoba est d'avis que les maisons de garde, notamment celles qui fournissent des soins prolongés, devraient être assujetties aux régimes fédéraux-provinciaux d'assurance-hospitalisation.

Toutes les maisons de garde sont agréées et surveillées par le ministère de la Santé et du Développement social.

(1) Colombie-Britannique. Direction de la Santé, Rapport annuel 1972, Victoria.

(2) Social Planning and Review Council of British Columbia, «A Study of Community Care for Seniors», Vancouver, 1972, p. 37.

(3) Bostrom, M. and K. Gough, «Geriatric Reactivation Study», École de médecine physiothérapeutique, Université de l'Alberta, Edmonton 1962, p. 101.

(4) Manitoba. Ministère de la Santé et du Développement social, lettre du 2 décembre 1973.

Depuis l'établissement du programme de soins de santé prolongés en Ontario⁽⁵⁾ en avril 1972, le nombre de lits dans les maisons de garde a augmenté d'environ 2,000 ou 10 p. 100 du nombre global disponible à l'époque. La construction de 3,500 lits supplémentaires a été approuvée et elle est à l'étape de l'élaboration ou elle est commencée à l'heure actuelle. Une fois terminée, elle constituera une augmentation de près de 25 p. 100 par rapport au mois d'avril 1972. Ce nombre accru de lits permettra d'assurer des soins infirmiers de qualité élevée et un programme de réactivation dans le cadre des indemnités de soins prolongés. Il incombe toujours au gouvernement de déterminer le rôle précis des établissements privés par rapport aux établissements à buts non lucratifs subventionnés par l'État. Le programme de soins de longue durée de la province d'Ontario, qui verse des indemnités aux maisons de garde agréées, s'adresse presque exclusivement aux établissements à buts lucratifs. Depuis un an et demi, les maisons de garde sont intégrées au système hospitalier de l'Ontario et les patients y sont envoyés surtout par les hôpitaux. Toutefois, le programme n'est pas inscrit dans les régimes fédéraux-provinciaux d'assurance-hospitalisation. Les foyers pour personnes âgées tenus par les organismes de charité et les municipalités donnent aussi des soins de ce genre.

En ce qui concerne le financement des immobilisations des maisons de garde, le gouvernement de l'Ontario juge que le secteur privé possède suffisamment de fonds hypothécaires. «Lorsqu'il s'agit d'approuver le subventionnement d'immobilisations de maisons de garde à buts non lucratifs, il faut veiller à ne pas imposer au contribuable le fardeau de sommes disponibles qui existent dans le secteur privé.»

Dans le cadre du programme de soins prolongés en Ontario, les frais d'exploitation des maisons de garde s'inscrivent dans le programme d'assurance-hospitalisation, qui verse une indemnité quotidienne aux convalescents admissibles aux soins prolongés. Des subventions entières d'immobilisations sont consenties par la province aux établissements tenus par les municipalités et les organismes de charité, y compris ceux donnant les soins prolongés. En pareils cas, il est aussi possible d'obtenir des prêts aux termes de la loi nationale sur l'habitation. La province autorise effectivement les subventions pour immobilisations en fonction surtout des services aux patients plutôt que des soins prolongés, et cela fait l'objet d'un examen d'ensemble dans la province.

Les collèges communautaires assurent la formation d'aides-infirmières qui proviennent en grande majorité du personnel des maisons de garde ainsi que des foyers pour personnes âgées des municipalités et des organismes de charité.

Avant la mise en œuvre du programme de soins prolongés, le 1^{er} avril 1972, toutes les maisons de garde de l'Ontario étaient approuvées par un organisme de santé et la surveillance était assurée par des services sanitaires régionaux. Il était alors impossible de fixer des normes, mais l'inspection des maisons relève directement de la province maintenant. Un personnel d'inspection est en poste à London, Ottawa et Toronto et se compose d'infirmières diplômées, d'inspecteurs de l'hygiène publique, d'inspecteurs de la prévention des incendies et des fonctionnaires de la salubrité publique. Outre le service de

(5) Ontario. Ministère des Services sociaux et communautaires, lettre du 28 novembre 1973.

l'inspection, on offre aux maisons de garde un service de consultation en ce qui concerne l'alimentation, l'administration et les finances ainsi que dans les domaines touchés par le service de l'inspection.

On organise également des colloques et des groupes de discussion à l'intention du personnel infirmier. Les pensions pour personnes âgées tenues par les organismes de charité et les municipalités peuvent obtenir de Toronto un service de consultation pour tout ce qui touche la normalisation des soins. De plus, la province, en collaboration avec l'association ontarienne des foyers pour personnes âgées, donne une formation en cours d'emploi et fournit d'autres services.

Le Nouveau-Brunswick⁽¹⁾ a retenu les services d'experts-conseils qu'il a chargés d'étudier les établissements hospitaliers de la province en 1969. Il a établi ainsi sa politique: le but premier du programme des maisons de garde est d'assurer que chaque habitant de la province reçoive effectivement les soins dont il a besoin. Le règlement 71-73 de la loi sur la santé a contribué grandement à l'amélioration quantitative et qualitative des maisons de garde de la province. A l'instar d'autres provinces, les maisons de garde agréées, à buts non lucratifs, ne sont pas intégrées au système hospitalier, mais elles sont assujetties à la loi sur le bien-être social. Le ministère des Services sociaux peut accorder une aide financière aux personnes qui ne peuvent assumer les frais d'une maison de garde. Même si la construction de maisons de garde n'est pas considérée au même titre que la construction d'hôpitaux pour fins de subvention, la loi modifiant la loi sur la santé, chapitre 39, autorise le ministre à consentir aux organismes de charité une somme de \$2,000 par lit pour la construction de nouvelles maisons. Le ministère des Services sociaux examine les frais d'exploitation afin d'établir le taux quotidien d'aide financière. Le ministère de la Santé de la province approuve les maisons de garde et en assure la surveillance. On offre un service de consultation dans les domaines de la formation du personnel de réadaptation, des régimes alimentaires et de l'administration.

Le conseil de la santé de la Nouvelle-Écosse⁽²⁾ publiait son premier rapport en février 1973. Le conseil avait reçu le mandat de faire une étude complète du système de santé de la province.

Le conseil a recommandé, entre autres, que la province adopte la formule des soins «progressifs» et qu'elle définisse les paliers de soins, y compris le traitement actif, les soins dans les maisons de garde pour les cas de soins prolongés, les soins à domicile, à la place de soins à l'hôpital, pour les patients qui nécessitent les soins ordinaires d'une infirmière et la visite du médecin, les soins sur pied pour ceux qui ont besoin d'une thérapie prolongée, et les soins personnels pour ceux qui ne peuvent se suffire à eux-mêmes.

On met l'accent sur les soins à l'extérieur des institutions⁽³⁾.

La mise en œuvre du programme proposé dépend des modifications apportées au programme fédéral-provincial

de partage des coûts, notamment des soins médicaux donnés à la population.

Dans l'Île-du-Prince-Édouard⁽⁴⁾, les maisons de garde privées ne reçoivent aucune aide financière de l'État; la régie des services hospitaliers les approuve et en assure la surveillance aux termes de règlements adoptés en vertu de la loi sur les hôpitaux afin que les logements et les services répondent à des normes convenables. Ces maisons se complètent de foyers gérés par le ministère des Services sociaux et établis dans tous les grands centres de la province. Le personnel de toutes les maisons de garde privées et des établissements publics sont sous la surveillance d'infirmières diplômées et se compose de personnel auxiliaire dont on a besoin à l'occasion pour donner les soins que nécessitent les patients.

Le rapport annuel de 1973⁽⁵⁾ du ministère des Services sociaux et de la Réadaptation de Terre-Neuve fait état de l'insuffisance des efforts tentés pour satisfaire un besoin urgent de lits là où l'on peut donner des soins infirmiers. La construction d'un nouveau foyer pour vieillards a été approuvée à cinq endroits, nommément Lewisport, Grand Bank, St. Anthony, Grand Falls et Stephenville Crossing. Environ 25 p. 100 des lits seront affectés à des vieillards requérant des soins infirmiers.

Recommandation 39

Que la Société centrale d'hypothèques et de logement mène une campagne d'éducation soutenue afin de faire prendre conscience à tous les intéressés des possibilités ouvertes par les modifications apportées à la loi nationale sur l'habitation en ce qui concerne la construction ou l'aménagement de logements fort divers au bénéfice des vieillards, et que la campagne fasse valoir des points tels que les suivants:

- a) L'intérêt qu'il y a à disséminer les logements destinés aux vieillards dans toute la collectivité et (ou) à les intégrer aux logements voués à d'autres groupes d'âge;
- b) Les possibilités nouvelles que la revision de l'article relatif à l'habitation publique de la loi nationale sur l'habitation a ouvertes à la construction de logements au bénéfice des vieillards à faible revenu;
- c) L'importance, lorsqu'on envisage de construire des foyers ou d'autres bâtiments spéciaux d'habitation collective destinés aux vieillards capables de se déplacer, de choisir un emplacement commode, d'assurer une atmosphère familiale, de limiter les dimensions de l'entreprise au minimum compatible avec une exploitation économique et de fonder l'entreprise dans l'ensemble des logements de la région.

SUITE DONNÉE

Le rapport de la SCHL de 1971 intitulé «Le Canada urbain: ses problèmes et ses perspectives»⁽⁶⁾ comprend une monographie d'intérêt particulier pour les planificateurs de politiques et de programmes ayant trait aux logements pour vieillards.

(1) Nouveau-Brunswick, Ministère de la Santé, Service de la santé publique. Lettre du 17 août 1973.

(2) Nova Scotia Council of Health, «Health Care in Nova Scotia—A New Direction for the Seventies». Halifax, 1973 187 pages.

(3) Journal de l'Association médicale canadienne, 3 mars 1973, vol. 108, p. 661.

(4) Île-du-Prince-Édouard, ministère de la Santé, lettre du 28 août 1972.

(5) Terre-Neuve, ministère des Services sociaux et de la Réadaptation, Rapport annuel pour l'année se terminant le 31 mars 1973, p. 49.

(6) Société centrale d'hypothèques et de logement, «Le Canada urbain: ses problèmes et ses perspectives». Ottawa, 1971.

Le service de développement social de la SCHL, organisé en 1970-1971, est le centre nerveux chargé de répondre d'une façon continue aux besoins sociaux des vieillards et des autres occupants de logements destinés aux gagne-petit. Ses représentants, au niveau local, travaillent en étroite collaboration avec les groupes sociaux, les associations de locataires et les organisations sans but lucratif qui s'occupent de logements sociaux à loyer modique, en vue d'améliorer le milieu social et les commodités des logements financés par le gouvernement fédéral.

On peut se procurer, sur demande, de la SCHL, une documentation très variée sur tous les aspects du logement pour les personnes âgées, y compris des brochures, des panneaux d'exposition, des films fixes et des diapositives en couleur.

Des spécialistes sont aussi prêts à donner aux clubs, associations et autres groupes qui en feront la demande, des conférences sur les besoins des vieillards en matière de logement⁽¹⁾.

Recommandation 40

Que, sur l'initiative de la SCHL, il se tienne périodiquement des conférences nationales et régionales, qui réunissent des gens appartenant aux divers organismes publics et bénévoles intéressés au logement des vieillards ainsi que des architectes, des entrepreneurs immobiliers et des constructeurs, afin de permettre aux participants de se faire part de leur expérience et de discuter leurs problèmes communs et afin d'encourager la réalisation d'œuvres nouvelles et ingénieuses.

SUITE DONNÉE

La SCHL fournit régulièrement des fonds et du personnel pour organiser des conférences et des séances d'étude sur les questions relatives aux programmes de logement pour vieillards.

En 1968, une conférence, organisée par le Conseil canadien du bien-être social, et financée surtout par une subvention accordée aux termes de la loi nationale sur l'habitation, a étudié la situation du logement pour tous les Canadiens. D'autres études effectuées par le Conseil (aujourd'hui le Conseil canadien de développement social) ont aussi été financées par la SCHL.

En 1972, la SCHL a financé une étude entreprise par le département de l'enseignement aux adultes de l'Université de la Colombie-Britannique. Cette étude, d'une portée pratique, visait à stimuler la discussion entre les groupes mentionnés dans la recommandation 40, plus les consommateurs, les enseignants, et ceux qui s'occupent de santé et de récréation.

Le Conseil canadien de développement social terminait en 1973 une étude intitulée «plus qu'un gîte»⁽²⁾ sur les logements pour vieillards construits par la SCHL, jusqu'à la fin de 1970. Cette étude, financée par la SCHL, a été publiée et diffusée par le Conseil.

Les 48 recommandations tirées des conclusions couvraient une variété de sujets. On se fixait comme principal objectif d'offrir un choix aussi vaste que possible de logements aux personnes âgées. En outre, on recommandait que la responsabilité de loger des vieillards soit assumée au niveau provincial. Plusieurs recommandations faisaient état aussi de suggestions relatives à l'aménagement des logements, par exemple, une répartition équitable entre les logements conçus pour les personnes mariées et les célibataires.

Les promoteurs de projets d'habitation sont responsables non seulement d'assurer un abri mais aussi de mettre sur pied des programmes d'hygiène, d'assurer des services sociaux ou de faire appel aux services existants, et d'instituer des loisirs en recourant à leurs propres installations et à celles de la collectivité. Plusieurs recommandations insistaient sur la nécessité d'assurer des contacts avec d'autres groupes et clubs sociaux et d'encourager la participation active des occupants à tous les aspects de la vie dans leur immeuble.

Les autres recommandations portaient sur les politiques de gestion, le personnel, les finances et la nécessité d'autres études sur l'opportunité d'offrir divers types d'habitat aux personnes âgées.

Il est proposé que la SCHL finance une série de réunions régionales en vue de la discussion des constatations de l'étude. Ces réunions grouperaient les promoteurs, les directeurs, les locataires ainsi que tous ceux qui assurent des services à l'extérieur⁽³⁾.

Recommandation 41

Que la SCHL établisse des plans et devis relatifs à une grande variété de logements pour vieillards et comprenant des maisons d'une chambre à coucher destinées aux couples ou à deux célibataires qui vivent ensemble.

SUITE DONNÉE

Des architectes diplômés au service de la SCHL ont établi des plans et des devis d'une variété de logements pour personnes âgées, notamment des garçonnières et appartements d'une chambre, des foyers, des maisons en rangées dos à dos, des logements du type motel et des logements jumelés déplaçables.

En 1972, la SCHL a publié la deuxième édition de «Logements pour personnes âgées»⁽⁴⁾. Il s'agit d'un document consultatif exposant les normes souhaitables pour les habitations conçues spécialement pour les personnes âgées qui sont suffisamment en bonne santé et alertes pour pouvoir vivre seules dans des logements indépendants. Cette publication n'établit pas une série de règles obligatoires; elle énonce plutôt des propositions. La Société a fait construire des maisons d'une chambre, surtout dans des petites localités des Prairies où le terrain est moins coûteux que dans les régions urbaines.

La décision d'autoriser deux célibataires à louer un logement dans un ensemble d'habitations à loyer modique

(1) Société centrale d'hypothèques et de logement, Division de l'information. Lettre du 2 novembre 1973.

(2) Conseil canadien de développement social, «Plus qu'un gîte» Ottawa, 1973, 479 pages.

(3) Société centrale d'hypothèques et de logement, Division de l'information. Lettre du 2 novembre 1973.

(4) Société centrale d'hypothèques et de logement, «Logements pour personnes âgées», Ottawa, 1972, 40 pages.

relève des administrateurs provinciaux et locaux. En 1973, la Société d'habitation de l'Ontario a mis en œuvre cette idée à titre expérimental dans un bâtiment en construction à Etobicoke, banlieue de Toronto⁽¹⁾. L'ensemble de logements Dundas Maybelle comportera 510 logements, dont 58 sont destinés à des groupes de deux célibataires vivant ensemble. Ils sont spécialement conçus pour les personnes âgées qui sont célibataires. Chaque personne a sa propre chambre à coucher, salle de séjour, mais les deux se partagent la cuisine et la salle de bains. La construction devrait être terminée en décembre 1974⁽²⁾.

Recommandation 42

Que la SCHL prépare des manuels destinés aux autorités domiciliaires et aux groupements privés qui se font les parrains d'entreprises domiciliaires, manuels renfermant des renseignements et des conseils précis au sujet des divers logements nécessaires, des plans de maison, des éléments de sécurité, du choix des emplacements, du financement et des formalités à observer en vertu des dispositions de la loi nationale sur l'habitation relatives aux entreprises domiciliaires publiques à dividendes limités sans but lucratif.

SUITE DONNÉE

La SCHL joue un rôle consultatif. Bien qu'il soit recommandé de se conformer aux devis de la SCHL, cela n'est pas obligatoire. On peut se procurer des brochures et des dépliants portant sur tous les aspects des logements pour personnes âgées en s'adressant aux bureaux de la SCHL dans tout le Canada.

«Logements pour personnes âgées» 1972⁽³⁾. Cette publication parle de la construction de logements en fonction des besoins et des préférences des personnes âgées, du vieillissement, du marché de l'habitation, ainsi que des logements disponibles et des groupements qui se font les parrains d'entreprises domiciliaires pour personnes âgées. Cette brochure traite également des divers facteurs de sécurité qui contribuent à rendre leurs foyers agréables aux personnes âgées.

Une brochure intitulée «Logements pour personnes handicapées» sera publiée par la SCHL en 1974. Bien qu'il s'agisse d'un document consultatif qui traite des normes de logement souhaitable pour les personnes de tout âge atteintes d'un handicap physique, cette publication est également très utile pour ceux qui s'occupent de concevoir et de faire construire les logements pour personnes âgées⁽⁴⁾.

Recommandation 43

Que la SCHL adjoigne à son personnel une ou plusieurs personnes possédant des connaissances spécialisées au sujet du financement des logements destinés aux vieillards et que leurs conseils et leur aide technique soient mis à la disposition des autorités domiciliaires et des groupements qui se font les parrains d'entreprises domiciliaires.

- (1) Société centrale d'hypothèques et de logement, Division de l'information. Lettre du 2 novembre 1973.
- (2) Société d'habitation de l'Ontario. Conversation téléphonique tenue le 17 avril 1974.
- (3) Société centrale d'hypothèques et de logement, «Logements pour personnes âgées», Ottawa 1972, 40 pages.
- (4) Société centrale d'hypothèques et de logement, Division de l'information. Lettre du 2 novembre 1973.

SUITE DONNÉE

Le personnel spécialisé de la SCHL met ses conseils et son aide à la disposition des organismes et des particuliers désireux de parrainer des entreprises domiciliaires pour les personnes âgées. Les agents de développement social, nommés en 1968-1969, s'appliquent à mettre en application des directives et lignes de conduite visant à améliorer le milieu social de logements à prix modique; ces agents connaissent à fond les besoins des personnes âgées de notre pays.

Au siège social de la SCHL, un certain nombre de membres du personnel de la Société qui bénéficient d'une longue expérience des questions de logement pour les personnes âgées ont constitué un groupe consultatif. Ce groupe réunit des architectes, planificateurs, économistes, évaluateurs, administrateurs, spécialistes de l'élaboration des lignes de conduite et conseillers en matière de recherche. Ces conseillers sont à la disposition du personnel du siège social et des succursales de même qu'à la disposition du grand public⁽⁵⁾.

Recommandation 44

Qu'on fasse le bilan de l'expérience acquise jusqu'ici dans le relogement à l'intérieur de la région des vieillards dépossédés de leur logement du fait de la rénovation urbaine et qu'on avise à adopter des mesures, telles que l'aide à l'achat d'une petite maison ou le subventionnement du loyer durant une période limitée, susceptibles d'atténuer les contrecoups de la transition et d'aider en général au rétablissement des intéressés.

SUITE DONNÉE

Dans tout programme d'aide aux villes, on essaie autant que possible de reloger les familles et les gens dans leur propre quartier. Des complexes appartements à grande densité qui conviennent le mieux aux terrains chers sont construits dans les zones urbaines centrales à l'intention des vieillards qu'il faudrait peut-être autrement reloger dans un milieu peu familial. De plus, le nouveau Programme d'amélioration des quartiers (1973) et le Programme d'aide au déblaiement des terrains stipulent tous les deux que le nombre d'unités de logement doit être égal à celui des logements supprimés dans le cadre du programme de remise en état⁽⁶⁾.

Recommandation 45

Que des prêts assurés de la Société centrale d'hypothèques et de logement soient prévus afin de financer les centres d'accueil, les dortoirs ou autres logements du même genre pour les personnes âgées qui ont les moyens de payer le loyer établi en vertu de la demande du marché.

SUITE DONNÉE

Depuis sa modification en 1969, la loi nationale sur l'habitation prévoit, en vertu de sa Partie I, l'octroi de prêts destinés à la construction de centres d'accueil et de logements du genre dortoirs pour les personnes âgées qui ont les moyens de payer les loyers exigés sur le marché libre.

- (5) Société centrale d'hypothèques et de logement, Division de l'information. Lettre du 2 novembre 1973.
- (6) Société centrale d'hypothèques et de logement, Division de l'information. Lettre du 2 novembre 1973.

A la fin de 1970, 7,906 lits de centres d'accueil avaient été prévus en vertu de la loi nationale sur l'habitation à l'intention des citoyens âgés⁽¹⁾. Dans l'ensemble, le Canada comptait 4.5 lits de foyer (financés aux termes de la LNH) par 1,000 personnes de 65 ans à la fin de 1970⁽²⁾. Au niveau provincial, le Manitoba accusait le plus fort taux de construction en vertu de la LNH de lits de foyer à l'intention des citoyens âgés par 1,000 personnes se situant dans cette catégorie, suivi du Nouveau-Brunswick, de la Saskatchewan, de la Colombie-Britannique, de la Nouvelle-Écosse, de l'Île-du-Prince-Édouard, de Terre-Neuve, du Québec, de l'Ontario et de l'Alberta⁽³⁾.

L'étude du Conseil canadien de développement social a également révélé que l'importance qu'accordent les provinces aux logements sous forme de foyers destinés aux personnes âgées par opposition aux logements autonomes variait beaucoup d'une province à une autre. Le Nouveau-Brunswick a fait construire beaucoup plus de foyers que les autres provinces, suivi du Québec, de la Saskatchewan, de Terre-Neuve, de l'Alberta, du Manitoba, de la Nouvelle-Écosse, de la Colombie-Britannique et de l'Île-du-Prince-Édouard⁽⁴⁾.

Cette étude révélait également ce qui suit:

«Au fil des années, les dispositions de la L.N.H. ont été éendues afin de permettre le financement d'une vaste gamme de foyers d'hébergement. Ces foyers varient grandement à l'intérieur des provinces, et d'une province à l'autre, allant de bâtiments où le seul service assuré en plus de ceux qu'offre l'appartement privé consiste dans une salle à manger, jusqu'aux installations s'apparentant à un centre hospitalier. Les foyers sont soutenus à l'échelon provincial et local par une foule de programmes habituellement administrés par des ministères et des services municipaux de service social⁽⁵⁾».

Recommandation 46

Que la SCHL examine, en collaboration avec le BFS, la masse actuelle des données recueillies et analysées concernant la situation du logement des vieillards, afin de combler les lacunes qu'elles présentent et d'apporter les modifications qui semblent s'imposer aux définitions retenues et aux catégories établies. (Nous avons déjà indiqué qu'il est difficile actuellement d'établir la corrélation entre les revenus et le logement.)

SUITE DONNÉE

La SCHL communique et échange régulièrement des données et des renseignements avec une gamme d'organismes et de ministères gouvernementaux en vue d'améliorer son matériel de travail.

Elle a mis sur pied une «étude des besoins en logements» en 1973 qui examinera le cas des personnes âgées par rapport à l'ensemble de la population dans le sec-

teur du logement. Leurs habitudes dans ce domaine seront étudiées et analysées en fonction de diverses caractéristiques comme le revenu, la composition du ménage, le genre, le coût et l'état du logement. Cette étude s'étalera sur deux ans.

Recommandation 47

Que la SCHL entreprenne ou seconde, si possible en collaboration avec le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, de vastes recherches destinées à déterminer les besoins et les préférences d'ordre domiciliaire des vieillards et ce qu'ils pensent des possibilités qui s'offrent à eux en matière de logement. (L'Age and Opportunity Bureau, de Winnipeg, entre autres organismes, a souligné le manque «déplorable» de renseignements au sujet des problèmes d'ordre domiciliaires des vieillards.)

SUITE DONNÉE

Une étude réalisée en 1970 au sein de la SCHL utilisait des données provenant d'un certain nombre de sources, y compris Statistique Canada et le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, en vue d'examiner les ressources financières et les dépenses des personnes âgées, et leur aptitude à trouver un logement en fonction de leurs moyens.

En 1971, la SCHL accorda une subvention de \$38,000 au Conseil canadien du bien-être (appelé maintenant le Conseil canadien de développement social) pour mener une étude sur les logements destinés aux personnes âgées⁽⁶⁾. Cette étude visait à étudier les logements autonomes et en foyer destinés aux personnes âgées. Une fois cette étude terminée, le rapport intitulé «Plus qu'un gîte» fut publié en 1973⁽⁷⁾.

En 1972, la SCHL publia également une bibliographie des ouvrages canadiens portant sur la gérontologie et la gériatrie de 1964 à 1972; Le septième âge⁽⁸⁾. L'un des chapitres de cette bibliographie s'intitule «Habitation».

«État des connaissances»⁽⁹⁾ est un rapport préparé pour la SCHL par le Groupe de recherche pour l'environnement, qui passe brièvement en revue les services destinés aux personnes âgées dans notre pays, ainsi que la position de chaque province en ce qui a trait aux services à l'intention des personnes âgées.

Le rapport de l'étude intitulée «Aspects démographiques et économiques du logement pour personnes âgées au Canada» doit être publié vers la fin du printemps de 1974. Cette étude vise à faire une analyse systématique, par province et par municipalité, de la proportion de personnes âgées et d'examiner les variations de la répartition économique de ces groupes entre 1961 et 1971. L'étude portait sur toutes les municipalités de plus de 30,000 habitants, au nombre de 81.

(1) Conseil canadien de développement social, «Plus qu'un gîte», Ottawa, 1973, p. 389, n° 1.
 (2) Ibid., p. 389, n° 3.
 (3) Ibid., p. 390, n° 5.
 (4) Ibid., p. 390, n° 7.
 (5) Ibid., p. 391, n° 15.
 (6) Société centrale d'hypothèques et de logement, Division de l'information. Lettre du 2 novembre 1973.

(7) Conseil canadien de développement social, «Vivre longtemps», mars 1971.
 (8) Conseil canadien de développement social, «Plus qu'un gîte», Ottawa, 1973, 479 pages.
 (9) Société centrale d'hypothèques et de logement, «Le septième âge», Ottawa, 1972, 290 pages.
 (10) Société centrale d'hypothèques et de logement, «État des connaissances». Ottawa 1974.

Recommandation 48

- (a) Que des subventions soient accordées aux universités et aux écoles professionnelles pour fins de cours spéciaux, de carrefours, de conférences et d'autres moyens de formation destinés à augmenter l'effectif de travailleurs aptes à aviser aux aspects sociaux et physiques du logement des familles à faible revenu et des vieillards, et
- (b) Que des bourses d'études soient accordées à cette même fin aux étudiants qui promettent.

SUITE DONNÉE

(a) Au cours des sept dernières années, des subventions prévues aux termes de la loi nationale sur l'habitation, d'un montant total de plusieurs millions de dollars, ont été accordées à des organismes sociaux, des conseils de planification, des universités et des instituts de recherche dans le but d'effectuer des études, des colloques et des conférences sur le logement et les affaires urbaines au Canada; un grand nombre de ces projets s'appliquent directement ou indirectement aux logements destinés aux personnes âgées et ont permis d'élargir les connaissances sur cette question.

(b) En vue de susciter un intérêt de la part des professionnels pour les logements destinés à des groupes spéciaux, la SCHL accorde chaque année un certain nombre de bourses de voyage dans le domaine de l'architecture. On envisage actuellement d'élargir la portée des bourses et des programmes de formation.

(c) En 1972, une subvention a été accordée au Département de l'enseignement aux adultes de l'université de Colombie-Britannique pour la réalisation d'une étude sur le logement à l'intention des personnes âgées dans le but de prendre des mesures à ce sujet.

L'étude est actuellement en cours et nous ne disposons pour l'instant d'aucune publication ni d'aucun rapport⁽¹⁾.

Recommandation 50

Que les programmes de construction domiciliaire au bénéfice des vieillards soient intégrés aux programmes destinés à assurer le logement des familles à faible revenu et soient confiés à un même ministère ou à un organisme d'habitation provincial établi par le ministère à cette fin.

SUITE DONNÉE

Tous les gouvernements provinciaux ont actuellement des directions ou des organismes chargés des questions de logement. En 1966, il n'y avait une agence chargée de cette question que dans cinq provinces. En novembre 1973, la province d'Ontario nomma son premier ministre du Logement. Chaque province étudie les besoins d'ordre domiciliaire des personnes âgées au moment où l'on planifie les besoins en matière de logements sociaux. En mai 1973, la loi de la province d'Alberta fut modifiée de façon à prévoir que 10 p. 100 des facilités de logement soient réservées pour la location aux personnes âgées.

Les logements sociaux prévus aux termes de la loi nationale sur l'habitation se divisent en deux catégories: l'aide aux organismes à but non lucratif et l'aide aux

(1) Société centrale d'hypothèques et de logement, Division de l'information. Lettre du 2 novembre 1973.

offices du logement public⁽²⁾. Les organismes à but non lucratif obtiennent en général de l'aide aux termes de l'article 15 de la loi nationale sur l'habitation. Entre 1946 et 1970, environ 40 p. 100 des fonds prêtés aux termes de cet article de la loi étaient destinés aux logements à l'intention des personnes âgées. Les articles 40 et 43 de la loi prévoient une aide pour la construction de logements sociaux. Cela vaut tant pour les logements individuels que pour ceux du type foyer à l'intention des personnes âgées, bien que rien n'ait été spécialement prévu pour les vieillards. En 1970, 21 p. 100 de tous les logements ont été construits dans des quartiers habités surtout par des personnes âgées, 75 p. 100 dans des quartiers habités principalement par des familles avec des enfants, 3 p. 100 dans des quartiers comptant surtout des jeunes adultes et des familles sans enfant, et 1 p. 100 dans des secteurs occupés par des gens de passage. Les études révèlent que 70 p. 100 des personnes âgées préféreraient vivre dans des bâtiments occupés par d'autres personnes du même âge⁽³⁾. D'autre part, la Société d'habitation de l'Ontario a constaté qu'on préférerait nettement intégrer les personnes âgées aux familles à faible revenu⁽⁴⁾.

Recommandation 52

Que ce soit l'obligation qu'a le ministère ou l'organisme de réunir et de mettre en corrélation des renseignements au sujet des besoins d'ordre domiciliaire et d'établir un plan provincial destiné à assurer dans un délai raisonnable et suivant un ordre de priorité convenu la variété de logements nécessaires aux vieillards dans l'ensemble de la province.

SUITE DONNÉE

En général, chaque province fait l'inventaire de ses besoins en matière de logements sociaux, puis elle s'entend à ce propos avec la SCHL.

Le ministère des Affaires municipales de la Colombie-Britannique⁽⁵⁾ a exprimé l'espoir que toutes les questions de logement, et notamment celle qui touchent les personnes âgées, seront confiées à un seul et même organisme ou ministère gouvernemental.

La Société d'habitation de l'Alberta⁽⁶⁾ s'occupe de toutes les catégories de logement et a mis sur pied un programme quinquennal visant à fournir une grande variété de logements pour répondre aux besoins des personnes âgées. C'est le ministère des Affaires municipales qui doit s'occuper du logement des personnes âgées. En 1973, les services de logement de l'Alberta ont prévu un budget

(2) Par «logements publics» on entend les logements construits en vertu des articles 40 et 43 de la loi nationale sur l'habitation. Dans les logements publics, le loyer des résidents est subventionné proportionnellement à leur revenu, grâce à des subventions accordées conjointement par les gouvernements fédéral et provinciaux et parfois par les municipalités. Par «logements à but non lucratif» on entend ceux qui sont construits grâce à des prêts accordés en vertu de l'article 15 de la loi nationale sur l'habitation. Par le passé, les loyers n'étaient pas subventionnés mais il arrive maintenant que le loyer des résidents soit subventionné dans les projets de logements à but non lucratif.

(3) Conseil canadien de développement social. «Plus qu'un gîte», Ottawa, 1973, p. 107.

(4) Société d'habitation de l'Ontario. Lettre du 31 juillet 1973.

(5) Colombie-Britannique. Ministère des Affaires municipales. Lettre du 30 octobre 1973.

(6) Société d'habitation de l'Alberta. Lettre du 29 août 1973.

- (a) Que des subventions soient accordées aux étudiants et aux écoles post-secondaires pour leur permettre d'acquiescer à des études de troisième cycle, de sorte qu'ils puissent accéder à des programmes de troisième cycle à temps plein.
- (b) Que des bourses d'études soient accordées à cette fin aux étudiants qui travaillent.

SUITE DONNÉE

(a) Au cours des sept dernières années, des subventions ont été accordées à des étudiants pour leur permettre d'acquiescer à des études de troisième cycle, de sorte qu'ils puissent accéder à des programmes de troisième cycle à temps plein. Les subventions ont été accordées à des étudiants pour leur permettre d'acquiescer à des études de troisième cycle à temps plein. Les subventions ont été accordées à des étudiants pour leur permettre d'acquiescer à des études de troisième cycle à temps plein.

(b) Des bourses d'études ont été accordées à cette fin aux étudiants qui travaillent.

En 1972, les subventions ont été accordées aux étudiants pour leur permettre d'acquiescer à des études de troisième cycle, de sorte qu'ils puissent accéder à des programmes de troisième cycle à temps plein.

Recommandation 12

Que les programmes de certification soient adaptés aux besoins des étudiants qui travaillent à temps partiel.

SUITE DONNÉE

Tous les programmes de certification ont été adaptés aux besoins des étudiants qui travaillent à temps partiel.

Les étudiants ont été encouragés à travailler pendant leurs études.

Les étudiants ont été encouragés à travailler pendant leurs études.

Recommandation 13

Que ce soit l'Université qui se charge de la recherche en matière de certification des étudiants qui travaillent à temps partiel.

SUITE DONNÉE

La recherche en matière de certification des étudiants qui travaillent à temps partiel a été financée par l'Université.

Les étudiants ont été encouragés à travailler pendant leurs études.

Les étudiants ont été encouragés à travailler pendant leurs études.

de 6.6 millions pour construire ou rénover 500 logements à l'intention des personnes âgées. Selon les principes directeurs, 10 p. 100 des logements sociaux doivent être mis à la disposition des personnes âgées.

La Société d'habitation de la Saskatchewan⁽¹⁾ a chargé un groupe d'étude d'examiner les conditions de logement dans la province en vue de construire davantage de logements à loyer modique dans les petites localités.

La Société d'habitation et de rénovation du Manitoba⁽²⁾ construit des logements dans toute la province sans l'aide financière des municipalités, c'est-à-dire que la province assume les 10 p. 100 des dépenses d'équipement généralement supportées par la municipalité. La Société se livre à des études permanentes dans les régions rurales pour établir quels sont les besoins des personnes âgées.

Le groupe d'étude consultatif sur la politique de logement de l'Ontario⁽³⁾ a présenté son rapport en août 1973, dont voici un extrait:

«Aucun ministre* n'est directement responsable du logement comme tel, ni n'est chargé de planifier ou de mettre en œuvre des politiques de logement, et il n'existe aucun organisme pour coordonner, intégrer ou contrôler les nombreuses activités gouvernementales concernant le logement. Cela a pour effet de fragmenter les activités provinciales et municipales en matière de logement.

Le gouvernement provincial exerce son autorité pour influencer et réglementer la construction domiciliaire dans la province; en contrôlant toutes les institutions gouvernementales locales, il exerce ses responsabilités et son autorité sur toutes les questions relatives à l'occupation des sols et à l'aménagement des terrains, notamment celles qui concernent le remembrement et l'urbanisation, le contrôle de l'environnement, les gouvernements locaux et régionaux et les politiques financières municipales. Souvent, la province exerce son autorité d'une façon inconséquente, et sans se préoccuper vraiment d'offrir des terrains pour la construction domiciliaire ou de faire baisser les prix de ces terrains.

C'est pourquoi nous estimons que le gouvernement provincial devrait être organisé de façon à reconnaître que le gouvernement ne peut assumer de façon satisfaisante ses responsabilités en matière de logement qu'à la condition de leur accorder la place qu'elles méritent au sein de son organisation, et cela, en créant un ministère investi des responsabilités et des pouvoirs voulus.

Planification

La province doit formuler et appliquer des politiques pour l'occupation des sols ainsi que des programmes d'urbanisme et d'aménagement, et elle doit également établir des paliers régionaux de gouvernement, mais elle n'est pas chargée d'établir

les besoins domiciliaires des municipalités locales ou régionales ni de prendre des décisions à cet égard. Même si la province a pour règle de ne pas permettre de construction domiciliaire qui n'est pas prévue dans les plans approuvés, on ne demande pas aux municipalités de formuler, dans le cadre de leurs plans officiels, leurs buts ou objectifs en matière de logements. La province approuve ou modifie les plans officiels des municipalités et les règlements de zonage sans se soucier directement de leurs répercussions sur le logement dans la municipalité en question.

Dans le cas du Québec⁽⁴⁾, la SCHL affecte chaque année des fonds à la Société d'habitation du Québec pour construire des logements à l'intention des familles et des personnes âgées. Tous les programmes de construction domiciliaire à l'intention des personnes âgées qui bénéficient de l'aide de la Société d'habitation du Québec sont considérés comme des projets à but non lucratif, car ils sont administrés par des groupes à but non lucratif.

La Société d'habitation du Nouveau-Brunswick⁽⁵⁾ est chargée de planifier et de coordonner les programmes. En outre, la province a nommé un comité qui s'occupe des questions touchant les personnes âgées et mandaté un groupe d'étude sur les besoins domiciliaires.

La Commission d'habitation de la Nouvelle-Écosse⁽⁶⁾ a chargé sa division de la planification de prévoir les besoins à long terme en fait de logement dans la province et elle s'est conformée à ce programme au cours des deux dernières années.

L'Administration du logement de l'Île-du-Prince-Édouard⁽⁷⁾ recueille des données sur les besoins domiciliaires des personnes âgées dans le but de répondre à ces besoins. Cet organisme prépare actuellement une étude qui doit être menée dans toute l'Île.

La Société d'habitation de Terre-Neuve et du Labrador⁽⁸⁾ commence à préparer des plans en vue de répondre aux besoins domiciliaires des personnes âgées. Jusqu'ici, on avait surtout besoin de foyers de vieillards.

Recommandation 53

Que le ministère ou l'organisme soit également tenu d'entamer avec la SCHL, pour son compte et pour celui des municipalités et des organismes bénévoles intéressés, des négociations au sujet du chiffre et de la nature de l'aide à venir de la loi nationale sur l'habitation.

SUITE DONNÉE

Il incombe à l'organisme responsable de l'habitation de chaque province d'entamer avec la SCHL, pour son compte et pour celui des municipalités, des négociations en vue d'obtenir des fonds pour les programmes de

(1) Société d'habitation de la Saskatchewan. Lettre du 2 août 1973.

(2) Société d'habitation et de rénovation du Manitoba. Lettre du 8 août 1973.

(3) Ontario. Advisory Task Force on Housing Policy, Toronto, août 1973.

* Le premier a été nommé en novembre 1973.

(4) Conseil canadien de développement social, «Plus qu'un gîte», Ottawa, 1973, p. 70.

(5) Société d'habitation du Nouveau-Brunswick. Lettre du 26 octobre 1973.

(6) Commission d'habitation de la Nouvelle-Écosse. Lettre du 28 août 1973.

(7) Administration du logement de l'Île-du-Prince-Édouard. Lettre du 6 août 1973.

(8) Société d'habitation de Terre-Neuve et du Labrador. Lettre du 7 août 1973.

construction domiciliaire requis. En ce qui concerne le Québec, la SCHL affecte annuellement des fonds à la Société d'habitation du Québec pour la construction de logements destinés aux familles et aux vieillards. Tous les programmes de construction de logements destinés aux vieillards et réalisés avec l'aide de la Société sont considérés comme des entreprises sans but lucratif, car ils sont dirigés par des organismes sans but lucratif. Le Federal-Provincial Housing Review Committee de la Saskatchewan tient des réunions mensuelles pour discuter des besoins.

Recommandation 54

Que le ministère (ou l'organisme) provincial nomme le personnel compétent nécessaire pour aider les municipalités et les organismes bénévoles à déterminer les besoins et à établir et mettre en œuvre des programmes de construction domiciliaire.

SUITE DONNÉE

Toutes les provinces, sauf le Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve qui n'ont pas de personnel affecté à cette fin, estiment avoir donné suite à cette recommandation par l'intermédiaire du personnel de planification ou des bureaux régionaux. Par exemple, les fonctionnaires chargés de l'habitation de l'Île-du-Prince-Édouard se rendent dans les diverses localités qui ont besoin de logements pour leurs citoyens âgés. La Nouvelle-Écosse est dotée, en plus de ses planificateurs du bureau central, de quatre bureaux régionaux dotés d'inspecteurs et de surveillants de construction qui se tiennent en rapport avec les municipalités et les aident à appliquer les programmes de construction domiciliaire.

L'Ontario, pour sa part, compte quelque 39 administrations locales du logement. Dans les régions où des programmes de construction domiciliaire sont exécutés par la Société d'habitation de l'Ontario, cet organisme est représenté par des directeurs en résidence. Lorsqu'une municipalité met en route un programme d'habitation, le conseil local se met en rapport avec la Société d'habitation de l'Ontario qui entreprend les relevés et donne l'aide et les conseils techniques nécessaires.

Recommandation 55

Que, en particulier, des fonds et des subventions soient fournis en montants suffisants pour réduire simplement à des paiements symboliques les capitaux exigés des organismes bénévoles pour être admis à bénéficier de prêts consentis au titre de l'article de la loi relatif aux entreprises domiciliaires à dividendes limités.

SUITE DONNÉE

La loi nationale sur l'habitation a été modifiée en 1969 afin que des prêts, jusqu'à concurrence de 95 p. 100 du montant, puissent être accordés tant aux organismes sans but lucratif qu'aux entrepreneurs privés disposés à construire des logements à l'intention des vieillards. En 1973, la loi fut modifiée de nouveau de façon à fournir aux organismes sans but lucratif du secteur privé et à ceux relevant des municipalités des prêts pour le plein montant, plus une contribution de la SCHL jusqu'à concurrence de 10 p. 100 des frais d'une demande de remboursement de prêt, et, dans le cas d'un organisme privé, une

subvention d'au plus \$10,000 comme mise de fonds, afin de lui permettre de présenter une demande de prêt⁽¹⁾.

Recommandation 57

Que les municipalités établissent et appliquent des règlements sévères au sujet des plans, de l'implantation et du fonctionnement des maisons ou institutions privées qui assurent un logement individuel ou collectif aux vieillards, mais sans leur donner des soins médicaux.

SUITE DONNÉE

Les organismes qui commanditent des habitations à loyer modique destinées aux vieillards respectent les normes provinciales et celles de la Société centrale d'hypothèques et de logement si cette dernière assure les fonds. Quant aux foyers privés, leur activité est habituellement régie par la loi et ils relèvent du ministère des services sociaux, des services communautaires ou encore du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, ou de la Welfare Homes Act de l'Alberta. Dans tous les cas, les normes provinciales s'appliquent.

Recommandation 58

Que, à l'échelon provincial, le logement des vieillards soit confié au service ou à l'organisme municipal qui est aussi responsable de l'habitation à bas loyer en général et que soit établi un comité de citoyens représentatifs chargé d'exercer un rôle consultatif auprès du service.

SUITE DONNÉE

De nombreuses municipalités ne sont pas assez populeuses ou économiquement fortes pour fournir des logements subventionnés aux personnes âgées. Des provinces comme Terre-Neuve, le Nouveau-Brunswick et l'Île-du-Prince-Édouard⁽²⁾ s'en remettent donc à un organisme provincial qui agit sur les conseils de ses directeurs et des membres de la société de logement, dont certains sont des particuliers. En Nouvelle-Écosse⁽³⁾, les recommandations sur les besoins futurs incombent aux commissions municipales de logement formées de résidents de chaque localité. Au Québec⁽⁴⁾, les conseils régionaux de la santé et des services sociaux encouragent les régions à définir leurs besoins et se chargent de la planification pour elles. L'Ontario⁽⁵⁾ a 39 commissions régionales de logement qui font part de leurs besoins en habitations à loyer modique à la Société d'habitation de l'Ontario. La Société de logement et de rénovation du Manitoba⁽⁶⁾ ne compte pas de comité de

(1) Société centrale d'hypothèques et de logement, Division de l'information. Lettre du 2 novembre 1973.

(2) Société d'habitation de Terre-Neuve et du Labrador. Lettre du 7 août 1973.

Société d'habitation du Nouveau-Brunswick. Lettre du 26 octobre 1973.

Société d'habitation de l'Île-du-Prince-Édouard. Lettre du 6 août 1973.

(3) Société d'habitation de la Nouvelle-Écosse. Lettre du 28 août 1973.

(4) Le Conseil canadien de développement social «Plus qu'un zèle», juillet 1973, p. 6, c. 69.

(5) Société d'habitation de l'Ontario. Renseignements obtenus au téléphone le 4 avril 1974.

(6) Société d'habitation et de rénovation du Manitoba. Lettre du 8 août 1973.

... les services de protection des données de l'Etat

Recommandation 11

... les renseignements relatifs à l'application des

SEITE DOWNE

... les renseignements qui concernent les relations

Recommandation 12

... les renseignements relatifs à l'application des

SEITE DOWNE

... les renseignements relatifs à l'application des

... les renseignements relatifs à l'application des

... les renseignements relatifs à l'application des

Recommandation 13

... les renseignements relatifs à l'application des

SEITE DOWNE

... les renseignements relatifs à l'application des

... les renseignements relatifs à l'application des

Recommandation 14

... les renseignements relatifs à l'application des

SEITE DOWNE

... les renseignements relatifs à l'application des

citoyens informés pour conseiller le ministre chargé de l'habitation, mais la province considère que le Bureau de Winnipeg sur l'âge et les perspectives et le Groupe de travail sur les logements sociaux du Manitoba sont d'excellentes tribunes pour la présentation et la discussion des problèmes de logement tant des familles que des citoyens âgés. Dans les régions manitobaines rurales, il existe des commissions de logement d'au moins six membres et l'obligation que deux d'entre eux soient des locataires assure une participation totale. La loi de 1973⁽¹⁾ sur la Société d'habitation de la Saskatchewan prévoit la constitution en société de commissions de logement qui sont comptables à la Société. L'Alberta⁽²⁾ a mis sur pied 54 fondations pour administrer les habitations destinées aux personnes âgées. Les conseils de direction des fondations sont formés de conseillers municipaux élus qui rendent compte à la population. Les fondations définissent les besoins en logements de leur division administrative respective. Une révision de la législation de la Colombie-Britannique sur l'habitation est en cours. D'après l'étude entreprise par le Social Planning and Review Council de la Colombie-Britannique⁽³⁾ (décembre 1972), le Conseil des services communautaires, par l'entremise de l'agent du service de la santé, est le premier recours officiel d'un comité d'action populaire en matière d'habitations pour les personnes âgées. Le comité se forme en mouvement à but non lucratif, se constitue ensuite en société puis communique avec la SCHL et le secrétaire de la province.

Recommandation 82

- a) Que les services ménagers soient rangés parmi les services dont les frais sont partagés en vertu du plan fédéral d'assistance publique. Étant donné que le gouvernement fédéral se partage maintenant avec les provinces le coût du séjour des indigents dans les maisons de convalescence et autres institutions pour soins spéciaux, il semble logique d'appliquer la même formule aux soins non médicaux donnés aux vieillards à domicile.
- b) Que les services ménagers soient rangés parmi les services dont les frais sont partagés en vertu du plan fédéral d'assistance publique, non seulement dans le cas des personnes bénéficiant de l'assistance publique, mais aussi pour toutes les autres personnes auxquelles les provinces et les municipalités fournissent gratuitement ces services.

SUITE DONNÉE

Les autorités provinciales et municipales assument les frais de services d'aide ménagère aux assistés sociaux, mais parfois le taux quotidien maximum qu'elles sont disposées à payer est inférieur aux dépenses totales de l'agence qui procure ce service. La province reçoit 50 p. 100 de ces frais du gouvernement fédéral en vertu du Régime d'assistance publique du Canada. La loi prévoit aussi une participation fédérale à l'aide aux personnes, autres que les assistés sociaux, qui n'ont pas les moyens

de payer les honoraires prescrits; les provinces et les municipalités établissent à des niveaux très différents l'aide aux familles économiquement faibles. Le revenu familial maximum sur lequel les services de bien-être fondent l'admissibilité au remboursement des honoraires dépend de la province de résidence du requérant⁽⁴⁾.

En Colombie-Britannique, ces services bénéficient de faibles subventions provinciales et d'une aide financière municipale, mais ils doivent compter sur les honoraires exigés des clients, ce qui les met souvent hors de la portée des citoyens âgés⁽⁵⁾.

Le financement des services d'aide ménagère en Alberta⁽⁶⁾ se fait en vertu de la loi sur les services sociaux préventifs, qui prévoit aussi des paiements dont le gouvernement fédéral n'est pas tenu de payer une part aux termes du Régime d'assistance publique du Canada. L'admissibilité des projets dont les frais doivent être partagés entre la province et les municipalités est fonction de l'approbation des prévisions budgétaires présentées par la municipalité, de même que d'un accord de fournir le service d'après une échelle variable d'honoraires. La province assume 80 p. 100 du déficit de ces projets et la municipalité, 20 p. 100.

En Saskatchewan⁽⁷⁾, les fonds nécessaires à l'achat de services de ménagères-visiteuses, établis d'après les besoins financiers, sont fournis par le régime provincial d'assistance publique.

Les services d'aide ménagère au Manitoba⁽⁸⁾ sont très étendus et relèvent de la loi, modifiée en 1966, sur les allocations familiales et l'aide à l'enfance. Pour les familles ou personnes âgées ayant droit à une allocation, les services de ménagères-visiteuses sont payés au besoin, dans le cas de maladie ou d'une autre urgence.

En Ontario⁽⁹⁾, les frais se partagent ainsi: l'administration régionale paie 20 p. 100, la province 30 p. 100 et le gouvernement fédéral, 50 p. 100. L'honoraire que verse le bénéficiaire dépend de ses revenus et de la situation financière de la municipalité. Les personnes à revenus faibles paient un taux insignifiant, tandis que les personnes à revenus moyens paient davantage bien qu'elles reçoivent une aide de la Fédération des œuvres. Les personnes à revenus élevés paient la totalité. La prestation de ce service est prévue par le Nursing and Homemakers' Services Act de l'Ontario, une loi d'application facultative, car le coût du service varie en fonction du budget de chaque municipalité.

Au Québec⁽¹⁰⁾, la loi de l'assistance publique prévoit de l'aide à l'égard des services ménagers. Ce programme de services ménagers est appliqué par des organismes bénévoles reconnus par la province. Aux termes de la loi, le ministère des Affaires sociales assume la totalité des frais de ce service.

En Nouvelle-Écosse⁽¹¹⁾, l'aide financière que demandent les services ménagers est accordée aux termes du Social

(1) Société d'habitation de la Saskatchewan. Lettre du 2 août 1973.

(2) Société d'habitation de l'Alberta. Lettre du 20 août 1973.

(3) Social Planning and Review Council de la Colombie-Britannique, «A Study of Community Care for Seniors», Vancouver 1972, 179 pages.

(4) Le Conseil canadien du développement social «Les services d'auxiliaires familiales au Canada», Rapport d'une enquête et recommandations, mars 1971, pp. 23-24.

(5) Social Planning and Review Council (SPARC), «A Study of Community Care for Seniors», Vancouver 1972, p. 39.

(6) Le Conseil canadien de développement social, op. cit., p. 24.

(7) Ibid.

(8) Ibid.

(9) Le ministère des Services communautaires et sociaux de l'Ontario. Lettre du 28 novembre 1973.

(10) Conseil canadien de développement social, op. cit., p. 26.

(11) Ibid.

de part de la Commission de l'Etat de la province et les autres organismes de la province. Les travaux de la Commission de l'Etat de la province sont dirigés par le ministre de la province. Les travaux de la Commission de l'Etat de la province sont dirigés par le ministre de la province.

Le Directeur de la Commission de l'Etat de la province est nommé par le ministre de la province. Le Directeur de la Commission de l'Etat de la province est nommé par le ministre de la province.

Le Directeur de la Commission de l'Etat de la province est nommé par le ministre de la province. Le Directeur de la Commission de l'Etat de la province est nommé par le ministre de la province.

Le Directeur de la Commission de l'Etat de la province est nommé par le ministre de la province. Le Directeur de la Commission de l'Etat de la province est nommé par le ministre de la province.

Le Directeur de la Commission de l'Etat de la province est nommé par le ministre de la province. Le Directeur de la Commission de l'Etat de la province est nommé par le ministre de la province.

Le Directeur de la Commission de l'Etat de la province est nommé par le ministre de la province. Le Directeur de la Commission de l'Etat de la province est nommé par le ministre de la province.

Le Directeur de la Commission de l'Etat de la province est nommé par le ministre de la province. Le Directeur de la Commission de l'Etat de la province est nommé par le ministre de la province.

Le Directeur de la Commission de l'Etat de la province est nommé par le ministre de la province. Le Directeur de la Commission de l'Etat de la province est nommé par le ministre de la province.

Recommandations 12

- a) Que les services provinciaux soient transférés par le gouvernement de la province à la Commission de l'Etat de la province.
- b) Que les services provinciaux soient transférés par le gouvernement de la province à la Commission de l'Etat de la province.

NOTE D'APPRECIATION

Les autorités provinciales et municipales ont été avisées de la décision prise par le gouvernement de la province. Les autorités provinciales et municipales ont été avisées de la décision prise par le gouvernement de la province.

Assistance Act. Lorsque les budgets des municipalités prévoient des fonds au poste de ces services et que le budget est approuvé par le ministère du Bien-être social, les municipalités peuvent, jusqu'à concurrence d'une certaine somme, obtenir ces fonds du ministère.

La législation sociale de l'Île-du-Prince-Édouard et du Nouveau-Brunswick⁽¹⁾ ne prend aucune disposition expresse au sujet des services ménagers mais ces provinces ont recours au Régime d'assistance publique du Canada pour partager par moitié avec le gouvernement fédéral le coût des services ménagers fournis aux familles dans le besoin.

Le Règlement de l'assistance sociale du ministère du Bien-être social de Terre-Neuve et du Labrador⁽²⁾ prévoit le versement d'une allocation de services ménagers aux assistés sociaux qui en ont besoin.

Recommandation 83

Que les services de consultation fournis par les services municipaux de bien-être public aux vieillards et au reste de la population soient rangés parmi les services dont les frais peuvent être partagés en vertu du plan fédéral d'assistance publique.

SUITE DONNÉE

Les services de consultation sont englobés dans le Régime d'assistance publique du Canada et le financement de ces services dans les municipalités dépend des autorités provinciales et de la municipalité.

Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a publié une brochure intitulée «Votre organisme et le Régime d'assistance publique du Canada»⁽³⁾ où sont décrits les modes de financement dont les organismes peuvent se prévaloir.

(2) RECOMMANDATIONS PARTIELLEMENT APPLIQUÉES

Recommandation 2

Que le Service national de placement poursuive et intensifie ses efforts afin de corriger les préjugés qui ont cours et faire tomber l'objection courante au moyen de programmes éducatifs destinés aux employeurs en tant que groupes, mais plus particulièrement au moyen de contacts directs avec chaque employeur en particulier; et que, par de tels efforts, on obtienne l'appui des employeurs et des employés, peut-être par l'intermédiaire de réunions d'études patronales-ouvrières, qu'appuieraient les universités et les municipalités, comme cela se fait aux États-Unis où le Service de placement prend l'initiative d'organisations de ce genre.

SUITE DONNÉE

En 1967, les bureaux du Service national de placement se sont donné le nom de «Centres de main-d'œuvre du Canada» afin de marquer une plus grande

insistance sur la consultation, la formation, la mobilité de la main-d'œuvre, le perfectionnement, etc. En 1972-1973, il y avait 390 de ces centres où des conseillers ont aidé les travailleurs et fourni les services de consultation que nécessitait l'évolution des conditions de travail. Au cours de la même période, on a pu trouver de l'emploi pour 1,030,148 personnes, soit une augmentation de 12 p. 100 par rapport à l'année précédente⁽⁴⁾.

Le programme d'adaptation industrielle joue le rôle d'un catalyseur et permet au patronat et aux travailleurs de collaborer pour résoudre les problèmes engendrés par l'évolution économique, technique ou structurelle d'une société, d'une industrie ou d'une région.

La section des travailleurs âgés pense qu'il ne faut pas tenir compte de l'âge, du travail, c'est-à-dire qu'il faut insister sur la compétence plutôt que sur l'âge. En 1973, les fonctionnaires de cette section rattachée à la division de la main-d'œuvre du Canada du Ministère de la Main-d'œuvre ont fait des entrevues avec des travailleurs âgés de toutes les régions du Canada pour cerner les problèmes et élargir les connaissances sur les difficultés qu'éprouve le travailleur âgé. Les résultats de cette enquête non publique serviront à la section pour formuler un énoncé de principe. La section des travailleurs âgés a des difficultés à rencontrer les employeurs à cause des différences entre les lois du travail des diverses provinces. En attendant la fin de l'étude des constatations de l'enquête, aucun crédit n'a été prévu pour les dépenses de conférences ou de colloques.

La Gazette du Travail, publiée par le ministère du Travail, informe les employeurs sur les plus récentes études et conférences sur les travailleurs âgés. On fait régulièrement la revue critique des projets pour travailleurs âgés de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), dont le Canada fait partie, et des établissements de recherche américains.

En juin 1970, la division de la discrimination pour raison d'âge de la Commission ontarienne des droits de l'homme a parrainé une conférence intitulée «The Older Worker in Today's Economy and Community»⁽⁵⁾.

Recommandation 4

Le Comité recommande que le SNP continue à vérifier les conditions exigées par les employeurs de candidats sollicitant un emploi, tels l'âge et le degré d'instruction, afin de s'assurer que ces conditions sont vraiment requises pour le travail à effectuer.

SUITE DONNÉE

Cinq provinces ont inscrit les conditions d'âge parmi les cas interdits de discrimination. The Individual's Rights Protection Act of Alberta, 1972⁽⁶⁾, The Human Rights Act of British Columbia, 1969⁽⁷⁾, The Human Rights Code of

(1) Ibid., p. 27.

(2) Ibid.

(3) Canada. Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, «Votre organisme et le Régime d'assistance publique du Canada», Ottawa.

(4) Canada. Ministère de la Main-d'œuvre et de l'Immigration, Rapport annuel 1972-1973, p. vii.

(5) Ministère du Travail de l'Ontario, «Task», vol. 5, n° 2, été 1970, p. 13.

(6) Statutes of Alberta, 1972, chapitre 2.

(7) Statutes of British Columbia, 1969, chapitre 10.

New Brunswick, modifié, 1973⁽¹⁾, The Human Rights Code of Newfoundland, 1969⁽²⁾ et The Human Rights Code of Ontario, modifié, 1972⁽³⁾ interdisent à tous les employeurs le refus d'embauchage, le renvoi et toutes autres distinctions pour raison d'âge. En Alberta, en Colombie-Britannique et à Terre-Neuve, cette protection est assurée aux personnes âgées de 45 à 65 ans. Au Nouveau-Brunswick, l'âge s'étend de 19 ans et plus. En Ontario, l'âge protégé s'étend de 40 ans à moins de 65 ans. Il y est interdit aux syndicats de refuser, de radier ou de suspendre les personnes dont l'âge se situe entre ces limites. Interdit en outre aux employeurs de publier des offres d'emploi posant directement ou indirectement une limite, une préférence ou une discrimination pour raison d'âge. Echappent à cette disposition les caisses de retraite et assurances véritables.

Le Code canadien du Travail ne mentionne pas l'âge parmi les cas de discrimination; il n'interdit aux patrons que les distinctions de race, d'origine nationale, de couleur et de religion⁽⁴⁾.

La politique du ministère de la Main-d'œuvre, qui est régi par la loi sur l'assurance-chômage, consiste à diriger vers les patrons le personnel le mieux qualifié, sans distinction d'âge.

Recommandation 5

- (a) Que le ministère fédéral du Travail étudie les résultats obtenus des programmes de mises à la retraite graduelles que pratiquent certaines entreprises privées et le service public et qu'on utilise ces découvertes pour stimuler l'intérêt dans de tels programmes de la part des patrons et des employés;
- (b) Que les entreprises privées et le service public adoptent de façon inégale les programmes comportant des conseils et des préparatifs en vue de la retraite, et que le ministère du Travail du gouvernement fédéral et des provinces fournissent aux employeurs ainsi qu'aux syndicats ouvriers intéressés, les conseils techniques nécessaires au succès de ces programmes.

SUITE DONNÉE

(a) La mise à la retraite graduelle ne se pratique à peu près pas dans le secteur privé, et la Fonction publique n'a pas de politique de personnel à cet égard. Aucun ministère n'a la charge d'effectuer des études en la matière.

(b) L'administration fédérale n'a pas énoncé de politique à ce sujet, et aucun ministère n'a reçu mission d'établir des programmes ou de fournir des consultations.

Certains ministères fédéraux appliquent des programmes de retraite à leur siège et dans leurs régions. Celui des Affaires indiennes et du Nord canadien donne, avec

la collaboration des universités de Saskatchewan, d'Alberta et de Colombie-Britannique, des cours préparatoires à la retraite. Quatre ministères au moins ont pris des initiatives en ce sens: ceux des Affaires indiennes et du Nord canadien, des Travaux publics, Statistique Canada et Approvisionnement et Services Canada⁽⁵⁾.

Paramount Retirement Counselling⁽⁶⁾ de Montréal, seule entreprise du genre au Canada, a démarré au milieu de 1972; à la fin de 1973, elle assurait pour huit administrations provinciales l'information du personnel sur l'organisation de la retraite, avant et après la cessation d'emploi. Elle diffuse une vingtaine de brochures, et en édite une nouvelle à chaque trimestre. Elle établit également des circulaires à insérer dans les enveloppes de chèques. Elle entreprend des missions de recherches sur diverses questions: alimentation, soins dentaires, loisirs, etc.

M. Maurice Miron⁽⁷⁾, directeur du programme troisième âge du Conseil canadien de développement social, ne connaît pas de société appliquant elle-même au Canada un programme de préparation à la retraite. Mais selon lui, la faute n'en incombe pas seulement aux entreprises. Northern Electric, qui avait tenté un effort en ce sens, a dû y renoncer devant le refus catégorique de son personnel d'assister aux conférences même pendant les heures payées.

Le ministère de la Main-d'œuvre d'Alberta⁽⁸⁾ a entrepris une étude de définition des besoins en matière de préparation à la retraite. Les travaux s'étendront sur trois ans, ils s'effectueront avec la collaboration de plusieurs ministères provinciaux, du secteur privé et de nombreux retraités. Ils doivent fournir au ministère et aux autres organismes provinciaux les éléments nécessaires à la préparation de consultations entre le patronat et le salariat, aussi bien qu'à l'information des services chargés de mettre au point des programmes de préparation à la retraite.

Le département de l'enseignement aux adultes de l'université de la Saskatchewan, à Regina, a mis sur pied un cours intitulé «Préparation à la retraite», avec l'aide du ministère du Travail de la Saskatchewan⁽⁹⁾. Celui-ci fournit le matériel didactique utilisé pour le cours; en outre, divers fonctionnaires du ministère (le surintendant des régimes de pension par exemple) participent aux discussions sur les différents sujets abordés dans le cours.

Le ministère du Travail du Manitoba⁽¹⁰⁾ n'a pris aucune mesure officielle pour appliquer les recommandations, mais il accorde de l'aide aux personnes qui se mettent en rapport direct avec lui. L'Age and Opportunity Bureau de Winnipeg offre son aide dans ce domaine.

(5) Ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien: M. McCrank, communication téléphonique du 23 avril 1974.

(6) Paramount Retirement Counselling, Montréal, communication téléphonique du 25 octobre 1973.

(7) Ottawa Journal, 13 juin 1973.

(8) Alberta, Ministère de la Main-d'œuvre, lettre du 26 mars 1974.

(9) Saskatchewan. Ministère du Travail. Lettre du 29 mars 1974.

(10) Manitoba. Ministère du Travail. Lettre du 1^{er} avril 1974.

(1) Statutes of New Brunswick, 1973. An Amendment to The Human Rights Code of New Brunswick, chapitre 45.

(2) Statutes of Newfoundland, 1969, chapitre 75.

(3) Statutes of Ontario, 1972, An Amendment to The Human Rights Code, chapitre 119.

(4) Statuts révisés du Canada, 1970, vol. V, chapitre L-1 5(1).

la collaboration des universités et des collèges...
de la recherche et de l'enseignement...
de la recherche et de l'enseignement...
de la recherche et de l'enseignement...

Le ministre de l'Éducation...
de la recherche et de l'enseignement...
de la recherche et de l'enseignement...
de la recherche et de l'enseignement...

Le ministre de l'Éducation...
de la recherche et de l'enseignement...
de la recherche et de l'enseignement...
de la recherche et de l'enseignement...

Le ministre de l'Éducation...
de la recherche et de l'enseignement...
de la recherche et de l'enseignement...
de la recherche et de l'enseignement...

Le ministre de l'Éducation...
de la recherche et de l'enseignement...
de la recherche et de l'enseignement...
de la recherche et de l'enseignement...

Le ministre de l'Éducation...
de la recherche et de l'enseignement...
de la recherche et de l'enseignement...
de la recherche et de l'enseignement...

Le ministre de l'Éducation...
de la recherche et de l'enseignement...
de la recherche et de l'enseignement...
de la recherche et de l'enseignement...

New Brunswick...
de la recherche et de l'enseignement...
de la recherche et de l'enseignement...
de la recherche et de l'enseignement...

Le ministre de l'Éducation...
de la recherche et de l'enseignement...
de la recherche et de l'enseignement...
de la recherche et de l'enseignement...

Le ministre de l'Éducation...
de la recherche et de l'enseignement...
de la recherche et de l'enseignement...
de la recherche et de l'enseignement...

Recommandation 1

(a) Que le ministre...
de la recherche et de l'enseignement...
de la recherche et de l'enseignement...
de la recherche et de l'enseignement...

(b) Que le ministre...
de la recherche et de l'enseignement...
de la recherche et de l'enseignement...
de la recherche et de l'enseignement...

SEUX DONNÉS

(1) La mise à la retraite...
de la recherche et de l'enseignement...
de la recherche et de l'enseignement...
de la recherche et de l'enseignement...

(2) L'administration...
de la recherche et de l'enseignement...
de la recherche et de l'enseignement...
de la recherche et de l'enseignement...

(3) Le ministre...
de la recherche et de l'enseignement...
de la recherche et de l'enseignement...
de la recherche et de l'enseignement...

Le ministère du Travail de l'Ontario⁽¹⁾ n'a pas de programme d'orientation et de préparation à la retraite; il n'offre pas les consultations techniques nécessaires aux employeurs ou aux syndicats intéressés. Un programme interne d'orientation sur la préparation à la retraite a été mis sur pied dans le ministère et d'après les premiers résultats, il s'agit d'un moyen efficace de résoudre les problèmes relatifs à la retraite.

Le Senior Citizens Bureau du ministère des Services sociaux et communautaires est un organisme du gouvernement de l'Ontario chargé principalement des problèmes de gérontologie. Le Senior Citizens Bureau offre des conseils et une consultation technique aux particuliers, aux employeurs, aux employés ou aux syndicats qui lui en font la demande. Il met également des textes imprimés, des brochures et d'autres publications à la disposition du public.

Le ministère du Travail de la Nouvelle-Écosse⁽²⁾ n'applique pas de loi en ce qui a trait aux régimes de retraite. Les conciliateurs et les médiateurs du ministère aident les employés et la direction lors de la préparation d'une nouvelle convention collective ou du renouvellement de l'ancienne. Le ministère du Travail de l'Île-du-Prince-Édouard⁽³⁾ n'a pris aucune mesure car il pense que le problème ne se pose pratiquement pas dans la province.

Le ministère du Travail du Nouveau-Brunswick⁽⁴⁾ a été chargé de s'occuper de la question de la formation et de la préparation à la retraite. Il a donc lancé un programme d'orientation et de planification. Le premier programme est presque terminé et il sera suivi d'un colloque de deux jours qui se tiendra les 4 et 5 mai 1974 à Memramcook, au Nouveau-Brunswick; il s'adressera à tous les membres des sections locales du Syndicat canadien de la Fonction publique âgés de 62 à 65 ans. Ce colloque est organisé par le ministère et un comité du SCFP. Des représentants de tous les organismes fédéraux et provinciaux qui ont des programmes de retraite connus ont été invités à y participer et à exposer les fonctions et les services de leur organisme respectif.

Lors d'une récente enquête sur les programmes de formation à la vie familiale⁽⁵⁾ subventionnée par des associations communautaires et des organismes bénévoles, on a appliqué des programmes de préparation à la retraite dans les grandes villes. Le Victoria Citizens Counselling Centre de Victoria, en Colombie-Britannique, a déclaré avoir un programme de ce genre. Le Jewish Family Service du Baron de Hirsch Institute de Montréal, ainsi que le Centre de services sociaux de Trois-Rivières, Québec, ont également des programmes de préparation à la retraite.

Recommandation 8

Que le SNP accélère et améliore les services qu'il offre aux travailleurs âgés en ce qui a trait aux conseils et aux recherches d'emplois, et que, dans

- (1) Ontario. Ministère du Travail. Lettre du 11 avril 1974.
- (2) Nouvelle-Écosse. Ministère du Travail. Lettre du 9 avril 1974.
- (3) Île-du-Prince-Édouard. Ministère du Travail. Lettre du 26 mars 1974.
- (4) Nouveau-Brunswick. Ministère du Travail. Lettre du 29 mars 1974.
- (5) Barbara Plant, Reynolds. «A Survey of Family Life Education Programs Sponsored by Community Agencies and Voluntary Associations in Canada». Non publié, Institut Vanier de la Famille, Ottawa.

les centres importants, on nomme un fonctionnaire spécial pour s'occuper de ces tâches.

SUITE DONNÉE

Les conseillers en main-d'œuvre sont formés en vue d'offrir des services à tous les groupes d'âge, en fonction des besoins de chacun. «On espère ainsi offrir une plus grande gamme de possibilités et éviter de classer les particuliers dans des groupes comme «vieillards», «défavorisés», etc.»⁽⁶⁾

Le ministère de la Main-d'œuvre a mis au point un nouveau Système de prestation de services de main-d'œuvre qui permettra d'offrir les services et d'appliquer les programmes de manière plus efficace et plus complète. L'idée est d'offrir trois paliers de services adaptés aux besoins personnels du client. Le premier palier consiste à aider le client à se préparer à travailler et incite ce dernier à utiliser des méthodes personnelles à cette fin. La clé du système est un Centre d'information sur les emplois qui expose les postes vacants, permettant ainsi au client de choisir lui-même l'emploi qu'il pense pouvoir occuper. Au palier I, les services offerts aux clients comprendront également une Bibliothèque de documentation sur les possibilités d'emploi renfermant des renseignements sur les services et les programmes du Ministère ainsi que sur ceux d'autres ministères et organismes fédéraux; à ce palier, une autre aide sera également offerte au client en dehors du service officiel professionnel.

Le palier II est semblable au service offert actuellement, mais à l'avenir, il s'adressera plus particulièrement aux personnes qui, étant fondamentalement prêtes à prendre un emploi, ont encore besoin d'aide et de conseil professionnel. Il peut s'agir d'offrir au client des cours de formation ou de recyclage grâce au Programme de formation de la main-d'œuvre du Canada, de l'aider à trouver un emploi dans une autre région et à y déménager grâce au système de mise en compensation et au Programme de mobilité de la main-d'œuvre du Canada ou de lui offrir d'autres services pour lui permettre de trouver un emploi.

Le palier III consiste à offrir des conseils professionnels poussés; il comporte l'application de programmes et la prestation de services visant à aider les clients qui en ont le plus besoin. Les conseillers peuvent également passer par des organismes de l'extérieur pour obtenir une aide spéciale en vue de faire disparaître les obstacles à l'emploi et d'aider le client à être prêt à travailler. Cela fait, on peut proposer un emploi au client ou il peut en choisir un comme au palier I⁽⁷⁾.

Recommandation 12

Que des examens périodiques, faits par des médecins exerçant isolément ou en groupe et pratiqués aussi sur un pied expérimental dans des services des malades externes et dans le cadre de programmes lancés par les services municipaux de santé, soient plus généralement accessibles aux vieillards; en outre, que les frais des examens soient acquittés par les régimes d'assurance.

- (6) Main-d'œuvre et Immigration Canada. H. L. Douse, «Vivre longtemps», avril 1969.
- (7) Ministère de la Main-d'œuvre et de l'Immigration, Rapport annuel 1972-1973, pp. 3-4.

SUITE DONNÉE

La loi sur les soins médicaux de 1966-67, au chapitre M-8 des Statuts Révisés du Canada, 1970, autorise le Canada à contribuer aux frais des services assurés de soins médicaux subis par les provinces en conformité de régimes provinciaux d'assurance de soins médicaux. Toutes les provinces participent au programme, au moyen d'un régime d'assurance ou dans certains cas, à titre gratuit pour les résidents.

Selon une étude de documentation préparée en août 1973 à l'intention du Conseil des sciences du Canada, la médecine de groupe destinée aux malades de tous âges se répand de plus en plus et deviendra générale si ses avantages du point de vue efficacité, permanence de services sanitaires complets aux malades et éducation permanente des médecins, deviennent plus évidents. La médecine de groupe est prospère, particulièrement dans l'Ouest canadien; de nombreux problèmes se posent encore cependant, dont deux de la plus haute importance:

«La répartition de ces centres médicaux; ce sont des facteurs économiques qui déterminent le lieu d'installation des centres, et pas nécessairement le besoin de services; la mise en œuvre d'un service de médecine totale. Aussi longtemps que le paiement des soins aux malades constituera la seule source de revenu des centres médicaux, ces derniers ne pourront pas offrir tous les services auxiliaires (sociaux, de bien-être, médecine préventive...) indispensables à un service de médecine totale particulièrement dans bien des régions urbaines»⁽¹⁾.

Grâce à une subvention de la Santé nationale et du Bien-Être social accordée en 1972, la Health Service Commission du Manitoba⁽²⁾, a entrepris une étude pour examiner l'hypothèse selon laquelle l'établissement de la médecine de groupe accroîtrait l'efficacité des services médicaux, compte tenu des installations envisagées qui concernent les soins aux malades sur pied.

La médecine de groupe réservée, comme celle qui existe aux États-Unis, où les soins médicaux sont dispensés selon un contrat signé avec un groupe, ne se pratique pas au Canada. L'assurance frais médicaux au Canada permet au malade de consulter le médecin de son choix. Là où la médecine de groupe est établie, comme au centre sanitaire du Sault Ste. Marie, la province versé une somme forfaitaire mensuelle, par membre, pour subvenir à tous les soins médicaux nécessités par ses membres.

La Direction des services de santé régionaux de la Saskatchewan favorise les principes d'une bonne santé, et pour ce faire, assure des services de médecine préventive et coordonne le travail des organismes sanitaires,

publics, privés ou bénévoles⁽⁴⁾. L'Alberta⁽⁵⁾ compte 25 unités sanitaires outre les services de santé de Calgary et d'Edmonton, qui assurent des services de médecine préventive à presque toute la population albertaine.

A l'heure actuelle, un examen médical annuel est prévu au Régime d'assurance-santé de l'Ontario⁽⁶⁾. Néanmoins, la Commission d'étude du Conseil de la Santé de l'Ontario signalait dans son rapport que les restrictions suivantes devraient s'appliquer aux examens médicaux périodiques aux fins de planification: a) durant les cinq années qui suivent la naissance, il devrait y avoir environ sept examens médicaux d'usage, dont l'étalement dans le temps serait laissé aux soins du médecin; b) entre 5 et 44 ans, c'est-à-dire à l'âge de 14, 24, 34 et 44 ans et c) après 44 ans, les examens devraient s'effectuer tous les cinq ans, c'est-à-dire à l'âge de 49, 54, 59, 64, 69 et 74 ans.

Recommandation 13

Que des expériences portant sur un examen polyvalent de dépistage des maladies chroniques soient pratiquées non seulement par les médecins auprès des malades qui les consultent, mais aussi par les institutions sanitaires à l'admission des malades et, sur un pied communautaire plus étendu, par les services municipaux de santé et(ou) les organismes de santé bénévoles.

SUITE DONNÉE

On est d'avis que le profil biomédical en est encore au stade expérimental. Cette technique fut mise en œuvre au cours des années 1950 par le groupe Kaiser-Permanente, d'Oakland, Californie et automatisée en 1964.

«En général, les critiques de ce profit biomédical soutiennent que la plus grande partie de ces tests sont vains, qu'ils ne détectent que bien peu de dérèglements qui n'apparaissent pas autrement, que leur détection hâtive n'a guère de retentissement sur l'issue de la plupart des maladies, mais qu'elle a simplement pour effet de faire perdre du temps aux médecins interrogés par leurs clients inquiets. Les spécialistes de la société Kaiser-Permanente admettent sans détour qu'ils n'ont pas de réponse scientifique à une telle critique, et qu'on peut fort bien soutenir que leur méthode est inefficace. Ils n'en continuent pas moins à examiner environ 2,000 dossiers par mois»⁽⁷⁾.

Au Canada, bon nombre de programmes de dépistage bien précis sont effectués au sein de divers groupes de la population afin de déceler certaines maladies, par exemple, les problèmes psychologiques et mentaux, les troubles de la vision, les dérèglements métaboliques, les déficiences auditives héréditaires, les malformations cardio-vasculaires, le cancer, etc.

(1) Étude de documentation pour le Conseil des sciences du Canada, août 1973. Étude spéciale n° 29, «Considérations sur les soins de santé au Canada», p. 95.

(2) Santé et Bien-être social Canada. Enquêtes et projets de recherches sur les aspects économiques et sociaux des soins au Canada, 1972, p. 15.

(3) Le Conseil des sciences du Canada. Étude de documentation pour l'étude spéciale n° 29, août 1973, p. 96.

(4) Saskatchewan. Ministère de la Santé publique. Lettre du 12 septembre 1973.

(5) Alberta. Ministère de la Santé et du Développement social. Rapport annuel 1971-1972, p. 8.

(6) Ontario. Ministère des Services sociaux et communautaires. Lettre du 28 novembre 1973.

(7) Robertson, H. Rocke, «Considérations sur les soins de santé au Canada», Étude de documentation pour le Conseil des sciences du Canada, Ottawa, 1973, p. 127.

NOTE DOKUMENT

La loi sur les ventes... M-1 des Etats-Unis... Canada a continué...

Deuxièmement... 1971 l'Initiative... la réduction de...

La réduction de... des facteurs économiques... l'Initiative de...

Un autre... l'Initiative de... l'Initiative de...

La réduction de... l'Initiative de... l'Initiative de...

La réduction de... l'Initiative de... l'Initiative de...

Un autre... l'Initiative de... l'Initiative de...

Un autre... l'Initiative de... l'Initiative de...

Recommandation II

Un autre... l'Initiative de... l'Initiative de...

NOTE DOKUMENT

Un autre... l'Initiative de... l'Initiative de...

Seulement huit de ces études visent à évaluer le processus de dépistage lui-même⁽¹⁾. Ces huit études ont été effectuées par les institutions suivantes⁽²⁾:

Étude n° 782: Hôpital universitaire de la Saskatchewan, Saskatoon.

Étude n° 790: Ministère de la Santé publique de la Saskatchewan.

Étude n° 791: Université de Western Ontario, London.

Étude n° 794: Université du Manitoba, Winnipeg.

Étude n° 798: Ministère des Services de Santé de la Colombie-Britannique.

Étude n° 810: Institut ontarien du cancer, Toronto.

Étude n° 821: Hôpital Saint-Paul, Vancouver.

Étude n° 823: Hôpital général de l'est de l'Université de Toronto.

Les centres de dépistage pour certaines maladies comme le glaucome sont ouverts aux divers groupes d'âge dans les provinces. La plupart des provinces ont déclaré qu'il était nécessaire de déterminer la valeur du profil biomédical pour les maladies chroniques avant de mettre sur pied un service aussi coûteux.

Recommandation 14

Que des consultations d'ordre sanitaire professionnelles, portant sur le régime d'alimentation, le repos, les loisirs, et l'hygiène personnelle, soient assurées aux gens d'âge mûr et aux vieillards par le concours des dispensaires pour adultes, les centres de garde de jour, les services de santé établis dans les entreprises d'habitation, et par le moyen de cours de préparation de la retraite et de programmes de maintien de la santé en général, et que le service municipal de santé prenne l'initiative d'établir les programmes et les installations nécessaires.

SUITE DONNÉE

Selon les conclusions de l'étude effectuée par le Conseil canadien de développement social et dont le rapport a été publié dans le document intitulé «Plus qu'un gîte», une consultation de service social était offerte sur place ou comme service spécial de l'ensemble dans 6.1 p. 100 des ensembles; elle était disponible dans ou pour la collectivité en général dans 44.5 p. 100 des ensembles et elle n'était pas disponible dans 49.4 p. 100 d'entre eux. Dans 11 p. 100 des ensembles, un service de bilan médical était disponible comme service spécial de l'ensemble; il était disponible dans ou pour la collectivité en général dans 8 p. 100 des ensembles; ce service, enfin, n'était pas disponible dans 80.9 p. 100 des cas étudiés⁽³⁾.

Le rapport poursuit en affirmant que «sauf dans les cas des foyers et des ensembles mixtes (particulièrement ceux où étaient logés une forte proportion de gens très âgés et infirmes), les administrateurs lais-

saient généralement les services de santé aux médecins privés et aux infirmières. Ils ne s'occupaient pas de prévenir les problèmes de santé; ils se limitaient plutôt à veiller à ce que les gens soient traités en cas d'urgence. Ainsi seulement 19 p. 100 des ensembles ont déclaré que leurs occupants avaient à leur disposition un service d'examen médical régulier⁽⁴⁾.

Des chercheurs de la faculté de médecine de l'Université d'Ottawa bénéficient d'une subvention de \$38,000 pour déterminer comment une infirmière hygiéniste réussit à promouvoir et à maintenir la santé de citoyens âgés dans sept immeubles d'appartements administrés par l'État⁽⁵⁾. Il s'agit d'une étude s'échelonnant sur trois ans et qui sera terminée en 1975. En se servant de groupes de contrôle et de groupes expérimentaux, l'étude évaluera les effets qu'ont les soins dispensés par les infirmières hygiénistes sur la santé des personnes âgées. La santé des personnes âgées est évaluée en fonction de leur capacité fonctionnelle, à l'aide d'un baromètre du moral qui mesure leur équilibre psychologique et d'un indice d'indépendance qui mesure leur aptitude à s'occuper d'eux-mêmes (prendre un bain, s'habiller) et avoir des activités pratiques comme faire des courses ou du nettoyage.

Au cours d'une allocution sur l'état de santé des personnes âgées au Canada, le docteur Gustave Gingras, spécialiste de renommée mondiale de la médecine de réadaptation et président de l'Association canadienne des médecins, a exprimé sa déception devant l'absence de tout hôpital de jour et de tout programme de soins de jour à l'intention des personnes âgées. «On parle beaucoup de ne pas faire entrer les personnes âgées dans des institutions, disait-il, mais pendant ce temps, on continue à les placer de préférence en institution⁽⁶⁾. On peut se prévaloir des services de certains centres de soins de jour dans les grandes villes; par exemple, il existe dans le Vancouver métropolitain, qui compte près de 50 p. 100 de la population totale de la Colombie-Britannique, un centre de soins de jour, et le Centre de soins de jour de North Shore, mis sur pied grâce à une subvention du PIL, a démontré la nécessité d'un tel service dans cette région⁽⁷⁾.

Le Community Care Services Incorporated⁽⁸⁾ du Toronto métropolitain s'est vu octroyer une charte par lettres patentes le 13 décembre 1971 avec les objectifs suivants:

A. Permettre aux personnes âgées, aux handicapés, aux malades chroniques ou convalescents de demeurer dans un cadre familial et de continuer à participer à la vie de leur entourage:

- (i) leur offrant quotidiennement un repas bien équilibré;
- (ii) atténuant en partie leur isolement et leur solitude grâce à des visites amicales, à une participation de groupe, à des activités sociales et récréatives ainsi qu'à des programmes officiels, et grâce à des services de soins sociaux (par exemple, camps de

(1) Robertson, H. Rocke, «Considérations sur les soins de santé au Canada», Étude de documentation pour le Conseil des sciences du Canada, Ottawa, 1973, p. 142.

(2) Conseil des sciences du Canada. Communication téléphonique le 19 avril 1974.

(3) Le Conseil canadien de développement social «Plus qu'un gîte», Ottawa, 1973, p. 130. Ce rapport s'appuie sur des données recueillies jusqu'à 1960 inclusivement.

(4) Ibid., p. 397.

(5) «Vivre longtemps», 2 juin 1973.

(6) Ibid., p. 3.

(7) Social Planning and Review Council de la Colombie-Britannique: «A Study of Community Care for Seniors», Vancouver, 1972, p. 91.

(8) Social Planning Council du Toronto métropolitain: «The Aging—Trends, Problems, Prospects», Toronto, 1973, p. E30.

...dans l'attente de la fin de la guerre...

...les services de la santé publique...

...le rôle de la femme dans la société...

...la situation économique du pays...

...les conditions de travail des ouvriers...

...la situation des colonies...

...le rôle de la femme dans la société...

...les services de la santé publique...

...le rôle de la femme dans la société...

...les services de la santé publique...

...le rôle de la femme dans la société...

...la situation économique du pays...

RECOMMANDATIONS

...les services de la santé publique...

TABLE DES MATIÈRES

...le rôle de la femme dans la société...

...les conditions de travail des ouvriers...

...la situation des colonies...

jour, courses, services d'accompagnement, contacts téléphoniques, transport, possibilité d'apprentissage en vue d'un emploi, services bénévoles et autres);

(iii) offrant des conseils professionnels, des services consultatifs et autres genres propres à nos organismes particuliers.

B. Promouvoir la création de services d'hygiène similaires sur le plan diététique, social et communautaire là où il n'en existe pas.

C. Offrir des services de réadaptation à l'intention des personnes âgées prévus aux termes de la loi de 1966 et du règlement sur les centres pour les personnes âgées, en tenant compte des modifications qui y sont apportées, et collaborer avec les autres organismes offrant des services prévus par des lois similaires des gouvernements fédéral et provinciaux et compatibles avec les objectifs de l'organisme.

Une subvention de recherche dans le domaine de la santé a été accordée en 1971 à l'hôpital Deer Lodge de Winnipeg⁽¹⁾ en vue de déterminer la possibilité de confier à un organisme bénévole comme les infirmières de l'ordre de Victoria la tâche d'appliquer un programme d'activités et de traitements en institution dans un hôpital de jour pour les personnes âgées.

Le Rapport annuel du Ministère des Services sociaux de la Saskatchewan pour l'année 1971-1972⁽²⁾ fait état de la dépense de quelque \$60,000 en subventions aux services communautaires à l'intention des personnes âgées et notamment à deux centres de garde de jour et à deux centres de soins pour les personnes âgées. On a récemment approuvé un hôpital de soins diurnes pour Edmonton. Ottawa vient d'ouvrir un centre de ce genre à l'intention des personnes âgées. Le principal obstacle à l'activité de tels établissements est le manque de moyens de transport.

En collaboration avec les services municipaux de santé, les infirmières de l'Ordre de Victoria⁽³⁾ assurent des services de consultation dans ce domaine aux associations de citoyens d'âge avancé, à titre collectif et individuel. Une bonne alimentation constitue un élément important de tout programme de santé, et a toujours préoccupé toutes les divisions des infirmières de l'Ordre de Victoria. Six d'entre elles coordonnent et administrent maintenant des programmes de repas à domicile qu'elles servent à quelque 3,000 personnes. La division de Richmond-Vancouver évalue actuellement ce service afin d'établir s'il serait nécessaire d'en élargir les cadres. Ces repas sont pour la plupart servis par des organismes bénévoles, ce qui suscite la confusion et l'irrégularité car ce service repose sur le bénévolat. Il est fait mention dans le rapport annuel pour 1971-1972 d'un service de consultation pour les citoyens âgés seulement des divisions du comté Windsor-Essex et de Peel.

Le ministère des Services sociaux et communautaires de l'Ontario s'intéresse particulièrement aux cours de

préparation à la retraite et, en 1972, il a publié un document intitulé «Retirement and Preparation for Retirement»—bibliographie choisie et recueil de textes originaux. Un sondage effectué par le gouvernement d'Ontario a révélé que les 45 à 65 ans ne s'intéressent pas à des projets concrets de retraite. A peine plus de la moitié des répondants avaient fait des projets en vue de l'utilisation de leurs loisirs; moins de la moitié avaient songé à des programmes de santé et de culture physique, bien que 89 p. 100 aient eu des projets d'ordre financier. Cette enquête a aussi révélé que seulement 10 p. 100 des travailleurs de 15 régions urbaines de l'Ontario avaient l'intention de s'inscrire à des cours de préparation à la retraite et que 43 p. 100 en ignoraient l'existence. Des cours de ce genre sont offerts dans la plupart des grands centres urbains à titre de cours du soir au choix.

Recommandation 16

Que des recherches soient effectuées sur les effets de l'exercice régulier, de divers genres de loisirs organisés et d'autres formes d'activité collective et individuelle sur la santé physique et mentale des vieillards et que des subventions soient offertes à cette fin au titre de la loi sur l'aptitude physique et le sport amateur.

SUITE DONNÉE

En 1971, la Direction de la santé et du sport amateur a organisé une conférence à Ottawa afin d'établir des objectifs nationaux de définir des buts précis et de fixer les priorités de recherches dans le domaine des loisirs. Cette conférence a servi de base à l'élaboration des programmes de subventions de recherche. Ceux-ci visent la population canadienne en général plutôt que certains groupes d'âge en particulier. Réunie de nouveau en décembre 1972, la Conférence nationale sur l'excellence physique a recommandé:

Recommandation 21⁽⁴⁾

Il est recommandé que le gouvernement fédéral affecte des fonds à des programmes pilotes de formation en activités physiques à l'intention des personnes âgées et des handicapés.

On a plus particulièrement recommandé à cette conférence:

—la télédiffusion de programmes d'exercices à l'intention des personnes âgées.

—que le gouvernement fédéral explore la possibilité d'établir en collaboration avec les provinces des bourses d'études destinées à permettre l'étude de programmes d'activités physiques à l'intention des personnes âgées et des invalides.

Le Conseil consultatif national de la santé et du sport amateur publiera sous peu un texte sur l'application de chacune des recommandations. Depuis le 1^{er} avril 1974, la section de la recherche et de la planification de la Direction de la santé et du sport amateur offre des subventions de recherche dans le domaine de la santé. Les individus ou les groupes désireux de se livrer à des recherches dans ce secteur et dans celui de la gérontologie peuvent soumettre des propositions à cette section.

(1) Santé et Bien-être social Canada: «Enquêtes et projets de recherche sur les aspects économiques et sociaux des soins au Canada», 1971, p. 123.

(2) Saskatchewan. Ministère des Services sociaux. Rapport annuel 1971-1972, Regina.

(3) Infirmières de l'Ordre de Victoria, Rapport annuel 1972, p. 23.

(4) Ministère des Services sociaux et communautaires, 28 novembre 1973, lettre et pièces jointes.

(5) Canada. Santé et Bien-être Canada. Recommandations de la Conférence nationale sur l'excellence physique, Ottawa, 1972, p. 16.

La Direction de la Santé et du sport amateur ne s'occupe pas activement de programmation; elle agit plutôt comme consultante auprès d'autres groupes. On projette la réalisation d'une brochure sur les activités physiques à l'intention des personnes âgées, d'un film et d'une bande magnéto-scopique pour les professeurs d'éducation physique.

Le ministère des services sociaux et communautaires de l'Ontario envisage d'organiser une conférence sur le conditionnement physique et le vieillissement à l'automne de 1974. Le Direction de la santé et du sport amateur espère que cette conférence inspirera d'autres provinces.

Recommandation 17

- a) Que les programmes de soins à domicile au bénéfice des vieillards soient grandement étendus en ce qui concerne ceux qui sortent tôt de l'hôpital ou qui, autrement, devraient y entrer.
- b) Que les programmes comprennent des soins médicaux et infirmiers, un service d'aides familiales visiteuses, des traitements physiothérapeutiques et d'autres formes de réadaptation et le prêt de matériel d'infirmier.
- c) Que le coût de ces programmes soit acquitté dans le cadre de la loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques par le moyen de subventions à l'action sanitaire ou dans le cadre d'un régime de santé plus complet.

SUITE DONNÉE

Étant donné que, depuis le 1^{er} juillet 1968, presque tous les Canadiens sont admissibles aux avantages de la loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et de la loi sur les soins médicaux, les associations bénévoles peuvent concentrer leurs efforts sur des domaines associés à la réadaptation médicale, ceux notamment de l'évaluation psychologique et des ateliers protégés; elles peuvent en outre, contre paiement d'honoraires, continuer à dispenser au foyer ou dans la collectivité les services de réadaptation médicale que les gouvernements provinciaux ou municipaux ont achetés dans le cadre notamment des programmes fédéraux-provinciaux de partage des frais. Quelques programmes de soins à domicile bien organisés mettent à contribution un certain nombre d'agences bénévoles et fournissent des services coordonnés de réadaptation comprenant les soins médicaux et infirmiers, la physiothérapie, l'aide aux malades et des services connexes afin que le malade puisse franchir chez lui une étape de sa réadaptation.

En Colombie-Britannique⁽¹⁾, l'assurance-hospitalisation—soins à domicile, niveau 8—comprend une variété de services et de programmes qui permettent aux intéressés de demeurer chez eux. Ils visent à leur assurer l'indépendance la plus complète possible, à prévenir leur hospitalisation ou à la retarder le plus longtemps possible.

Cette province a mis en œuvre trois projets-pilotes de soins à domicile, soit celui de l'unité sanitaire Simon Fraser, à Coquitlam, celui de l'unité sanitaire de la zone sud-centrale, à Kamloops, et celui du Victoria métropolitain. Ces trois projets fourniront des renseignements très utiles sur les frais et l'effectif nécessaire. Cependant, les soins à domicile y sont envisagés comme moyen de libérer les lits des hôpitaux et non comme service pro-

longé ou comme moyen d'éviter l'hospitalisation. Ces projets furent élaborés parce qu'on s'inquiétait du coût élevé des soins hospitaliers et non parce qu'on jugeait préférable de soigner les malades chez eux.

Par l'entremise de ses services médicaux, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social fournit un service communautaire aux Indiens de toute la province. La région du Pacifique se divise en quatre secteurs: Continental-Sud (bureau de Vancouver), Île de Vancouver (Victoria), Nord-Est (Prince George), et Nord-Ouest (Prince Rupert). Chaque secteur, qui compte environ sept unités sanitaires, dispose des services d'infirmières hygiénistes qui offrent un programme de soins comprenant les soins infirmiers et la surveillance à domicile à l'intention des bandes d'Indiens enregistrés. Il se peut que ces services chevauchent ceux fournis par les unités sanitaires du gouvernement provincial.

En 1971, si la province de l'Alberta⁽²⁾ n'avait pas encore inauguré de programme de soins à domicile, c'est probablement parce qu'elle fournit déjà des soins d'excellente qualité dans les hôpitaux réservés au traitement des affections aiguës, dans les maisons de convalescence et dans les foyers de personnes âgées. Quoi qu'il en soit, l'Ordre des infirmières de Victoria fournit des soins à domicile dans le cadre d'un projet-pilote à Calgary; en outre des infirmières hygiénistes des unités sanitaires effectuent un petit nombre de visites à domicile dans toutes les régions de la province. Le programme de soins à domicile qui devait être inauguré à Edmonton en 1973 ne semble pas devoir se réaliser.

C'est le service de médecine de la réadaptation de l'Hôpital universitaire de Saskatoon qui, en 1959, a lancé en Saskatchewan⁽³⁾ le premier programme proprement dit de soins à domicile. Ce programme qui n'avait été mis sur pied à ses débuts qu'à l'intention de dix malades atteints d'affections neurologiques, s'est occupé d'environ quatre cents malades dont les quatre hôpitaux municipaux et la collectivité en général lui avaient signalé le cas. Depuis mars 1971, chacun des hôpitaux doit fournir les services et les fournitures dont ont besoin les malades qui ont quitté ses services et ceux qui devraient normalement y être admis, tandis qu'un coordonnateur travaille à plein temps en collaboration avec tous les hôpitaux. Les malades traités en 1971 dans le cadre du programme appliqué à Saskatoon avaient en moyenne 61 ans. La province participe avec l'Hôpital universitaire au financement du régime de soins à domicile. Dans chacune des régions de la province, des équipes de psychiatres, de travailleurs sociaux et d'infirmières communautaires fournissent dans les cliniques ou à domicile des soins médicaux aux malades des services externes qui habitent chez eux ou dans des foyers nourriciers. Des programmes de soins à domicile existent à Moose Jaw, Prince Albert, Saskatoon et Regina; c'est l'Ordre des infirmières de Victoria qui, à Regina, est chargé de ce programme. En 1972, 52 p. 100 des malades recevant des soins à domicile avaient plus de 65 ans. En Saskatchewan, les soins à domicile ne sont pas couverts par l'assurance-hospitalisation. Si certains programmes sont financés au moyen de subventions à la santé, d'autres sont des prolongements des services régionaux de santé.

(1) Social Planning and Review Council of British Columbia, A Study of Community Care for Seniors, Vancouver, 1973, p. 37-38.

(2) Hospital Administration in Canada, décembre 1972, «Home Care Across Canada», p. 32

(3) Saskatchewan. Ministère de la Santé publique. Lettre du 12 septembre 1973.

La Division de la santé et du bien-être social a été créée en 1967 pour remplacer les divisions de la santé et de la sécurité sociale et de la santé publique. Elle a pour mandat de promouvoir la santé et le bien-être de la population canadienne.

Le mandat de la Division de la santé et du bien-être social est de promouvoir la santé et le bien-être de la population canadienne. Elle agit à cet effet en collaboration avec les provinces et les territoires.

Responsabilités

- 1) Que les programmes de soins de santé soient financés par le gouvernement fédéral et les provinces.
- 2) Que les programmes de soins de santé soient financés par le gouvernement fédéral et les provinces.
- 3) Que les programmes de soins de santé soient financés par le gouvernement fédéral et les provinces.
- 4) Que les programmes de soins de santé soient financés par le gouvernement fédéral et les provinces.
- 5) Que les programmes de soins de santé soient financés par le gouvernement fédéral et les provinces.

Autres données

Les données sur la santé et le bien-être social sont recueillies par le système de surveillance de la santé et du bien-être social. Ce système est composé de plusieurs programmes de surveillance de la santé et du bien-être social.

Le système de surveillance de la santé et du bien-être social est composé de plusieurs programmes de surveillance de la santé et du bien-être social.

Cette section a été créée en 1967 pour remplacer les divisions de la santé et de la sécurité sociale et de la santé publique.

Le système de surveillance de la santé et du bien-être social est composé de plusieurs programmes de surveillance de la santé et du bien-être social.

Le système de surveillance de la santé et du bien-être social est composé de plusieurs programmes de surveillance de la santé et du bien-être social.

Le système de surveillance de la santé et du bien-être social est composé de plusieurs programmes de surveillance de la santé et du bien-être social.

Le système de surveillance de la santé et du bien-être social est composé de plusieurs programmes de surveillance de la santé et du bien-être social.

Le système de surveillance de la santé et du bien-être social est composé de plusieurs programmes de surveillance de la santé et du bien-être social.

Le système de surveillance de la santé et du bien-être social est composé de plusieurs programmes de surveillance de la santé et du bien-être social.

Le système de surveillance de la santé et du bien-être social est composé de plusieurs programmes de surveillance de la santé et du bien-être social.

Pour ce qui est du Manitoba⁽¹⁾, tous les hôpitaux de Winnipeg appliquent depuis plusieurs années des programmes de soins à domicile, mais ils les réservent à quelques malades choisis après qu'ils ont obtenu leur congé de l'hôpital. La direction des services à domicile du ministère de la Santé et du Développement social applique également un programme de soins à domicile à l'intention de leurs clients. Ce sont des infirmières de l'Ordre de Victoria qui fournissent les soins infirmiers dans le cadre de ces deux programmes. Des programmes analogues devraient être appliqués dans les régions rurales du Manitoba à compter du 1^{er} juillet 1973.

En Ontario⁽²⁾, les différents programmes locaux de soins à domicile qui visent 99 p. 100 de la population ne prévoient aucune exclusion quant à l'âge. Ces programmes ne sont aucunement conçus pour remplacer les hôpitaux réservés au traitement des malades chroniques, les maisons de convalescence ou les foyers de personnes âgées. A l'heure actuelle, ils ne couvrent donc pas les malades qui ont besoin d'entretien ou d'appui sur une période indéfinie, catégorie qui comprend surtout des personnes âgées.

Les programmes de soins à domicile du Québec⁽³⁾ s'adressent à 75 p. 100 de la population. Tous les programmes de soins à domicile de cette province sont organisés par des groupes appartenant à l'Association des services de soins à domicile de la province de Québec, constituée en 1968. La plupart de ces programmes ont leur bureau dans un hôpital. Des infirmières de l'Ordre de Victoria sont chargées des programmes de soins à domicile dont la province de Québec assure le financement à Hull et à Montréal.

En 1972, un programme de soins à domicile a été organisé à titre de projets-pilotes dans trois régions du Nouveau-Brunswick⁽⁴⁾. En 1973, le programme a fait l'objet d'un examen afin de déterminer s'il était possible de l'étendre à d'autres régions et d'inclure également les médicaments et d'autres fournitures.

La Nouvelle-Écosse⁽⁵⁾ n'a pas encore de programme de soins à domicile. Le premier rapport (février 1973) du Conseil de la santé de la Nouvelle-Écosse mettait l'accent sur la nécessité d'un programme bien organisé et efficace de soins à domicile.

Un programme de soins infirmiers à domicile a été instauré dans l'Île-du-Prince-Édouard⁽⁶⁾ et s'appliquera éventuellement à toute l'île. Il relève de la Division de l'hygiène publique du ministère de la Santé et comporte des soins donnés par des infirmières autorisées et des physiothérapeutes-conseils. Tous les frais sont assumés par le ministère de la Santé et les malades n'ont rien à payer.

Des programmes de soins à domicile sous la direction des hôpitaux ont été instaurés à Grand Falls et à

Saint-Jean, à Terre-Neuve⁽⁷⁾. Le programme n'a été lancé qu'à l'automne de 1972.

En février 1970, le gouvernement fédéral a accordé une subvention à l'Hôpital Deer Lodge, à Winnipeg, en vue d'étudier le rôle des hôpitaux de jour dans les programmes de soins à domicile et de montrer qu'un organisme volontaire comme les infirmières de l'Ordre de Victoria pouvait surveiller des soins fournis sous la direction d'un hôpital et un programme de thérapie dans un hôpital de jour.

Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a financé, en vertu du programme de subventions au bien-être social, une étude des services d'auxiliaires familiales au Canada sous les auspices du Conseil canadien de développement social (autrefois le Conseil canadien du Bien-être social). Le Conseil a publié son rapport en 1971⁽⁸⁾, d'après les données rassemblées en 1968-1969.

Le rapport contient ce qui suit:

«Le Régime d'assistance publique du Canada, établi en 1966, a mis l'aide financière fédérale à la disposition des services d'auxiliaires familiales et en a stimulé plus encore la croissance comme en témoignent les 29 nouveaux services qui se seraient établis de 1965 à 1969. En outre, bon nombre des 30 organismes qui n'ont pas été touchés par l'étude ont vu le jour au cours de la période.»

Sous la rubrique «Portée des services d'auxiliaires familiales» on trouve ce qui suit:

«Dans la garde des personnes âgées, des malades chroniques ou des invalides qui ont besoin d'aide à temps partiel durant longtemps afin de pouvoir demeurer dans leur foyer. Même si le service d'auxiliaires familiales au Canada et de même que dans d'autres pays a surtout été accordé pour une période de courte durée, on reconnaît de plus en plus le besoin d'assurer des services de plus longue durée et on s'efforce de plus en plus également d'y répondre.»⁽⁹⁾

Le transport est le principal obstacle à l'extension de ce service aux régions rurales.

Le seul endroit où il existe une loi précise à l'égard des services d'auxiliaires familiales est l'Ontario, où l'on a adopté la *Homemakers and Nurses Services Act*, 1958, modifiée par la *Homemakers and Nurses Services Amendment Act*, 1968-1969. Les autres provinces se servent de leur loi sur l'assistance sociale pour encourager l'expansion des services d'auxiliaires familiales. Le partage égal des frais de ces services dans toutes les provinces avec le gouvernement fédéral en vertu du Régime d'assistance publique au Canada permet qu'on s'occupe de ceux qui sont «dans le besoin» ou qui «pourraient être dans le besoin» s'ils ne recevaient pas le service. Le Régime d'assistance publique du Canada ne s'applique pas au programme de soins à domicile.

(1) Manitoba, Ministère de la Santé et du Développement social. Lettre du 2 décembre 1973.

(2) Ontario, Ministère des Services sociaux et communautaires. Lettre du 28 novembre 1973.

(3) Hospital Administration in Canada, décembre 1972. «Home-Care Across Canada», p. 35

(4) Nouveau-Brunswick, Ministère de la Santé. Lettre du 17 août 1973.

(5) Nouvelle-Écosse, Ministère de la Santé publique. Lettre du 31 octobre 1973.

(6) Île-du-Prince-Édouard, Ministère de la Santé. Lettre du 28 août 1973.

(7) Terre-Neuve et Labrador, Ministère de la Santé. Lettre du 10 août 1973.

(8) Le Conseil canadien de développement social. Les services d'auxiliaires familiales au Canada. Rapport d'une enquête et recommandations, Ottawa, 1971, 157 pages.

(9) Le Conseil canadien de développement social. Les services d'auxiliaires familiales au Canada. Rapport d'une enquête et recommandations, Ottawa, 1971, 157 pages.

Recommandation 18

Que soient multipliées dans la collectivité des installations auxquelles les vieillards pourraient se rendre ou être conduits pour y bénéficier de services de diagnostic, de consultation thérapeutique, de réadaptation et autres services connexes, installations comprenant des services de malades externes des hôpitaux, des centre de garde de jour, des dispensaires gériatriques et des centres spéciaux, selon le besoin, s'occupant d'hygiène mentale, de troubles de la parole et de la vue, de soins dentaires et de réadaptation.

SUITE DONNÉE

Le docteur J. E. F. Hastings⁽¹⁾, de l'Université de Toronto, a reçu une subvention de la Santé nationale afin de diriger un groupe de recherches chargé d'examiner la portée économique et sociale de l'établissement de centres de soins communautaires. Le comité du coût des services sanitaires avait recommandé qu'on donne la priorité à l'établissement de centres de soins communautaires au Canada et cette recommandation avait été adoptée à la conférence des ministres de la Santé en juin 1971. Le but général du projet Hastings était d'étudier la distribution de soins ambulatoires au niveau communautaire par l'entremise de divers genres de centres de soins, ainsi que de formuler des recommandations à ce sujet. Le groupe a étudié bien des formes de services (cliniques hospitalières, cliniques universitaires, groupes médicaux privés, cliniques communautaires, unités de soins infirmiers, unités de services sanitaires et sociaux combinés, cliniques d'hygiène publique, cliniques d'hygiène mentale, etc.). Un autre projet d'étude à propos du même sujet a été entrepris par M. A. Peter Ruderman, Ph.D., grâce à une subvention du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Son projet tendait à analyser les données disponibles afin de déterminer si les centres de soins communautaires étaient plus avantageux du point de vue économique que d'autres formes de soins médicaux.

Le rapport Hastings, présenté en juillet 1972, définit le centre de soins communautaire comme un centre qui doit favoriser un meilleur équilibre entre la promotion de la santé et la prévention, le diagnostic et le traitement de la maladie ainsi que la réadaptation. «L'accent doit porter sur l'adaptation des services courants, continus et de haute qualité aux besoins de santé des individus et familles. On doit retrouver un ensemble équilibré de services comprenant l'éducation sanitaire, la prévention, les services diagnostiques et thérapeutiques et les services de réadaptation. On doit aussi prévoir la solution des problèmes d'urgence. Les services d'éducation comprennent la préparation des individus aux diverses étapes de la vie, l'amélioration des habitudes de vie, la planification familiale...» Pour fournir les soins médicaux de base, l'équipe soignante minimale devrait comprendre des personnes dont les aptitudes combinées seraient celles que l'on trouve chez l'omnipraticien ou le médecin de famille... L'équipe dentaire minimale devrait être constituée par du personnel dont les compétences com-

binées sont celles que l'on trouve maintenant chez le dentiste, l'hygiéniste dentaire et l'auxiliaire dentaire...⁽²⁾

Le rapport Hastings conclut qu'il n'existe actuellement aucun centre de soins communautaires qui corresponde exactement à cette notion. Il existe en Ontario, au Québec, en Saskatchewan et au Manitoba des centres de soins communautaires locaux qui essaient de fusionner les services de santé et les services sociaux pour toute la famille. Recommandations du rapport:

«Les centres de soins communautaires devraient être reliés aux hôpitaux et aux autres services de santé dans le cadre d'un système sanitaire complètement intégré... Les centres de soins communautaires doivent être créés comme entreprises à but non lucratif et en nombre suffisant de façon que de nouvelles méthodes de financement soient créées, favorisant une meilleure utilisation des ressources.

Les centres de soins communautaires doivent offrir un milieu où les soins sont donnés par une équipe pluridisciplinaire. Des systèmes de paiement favorables au travail d'équipe et capables d'attirer un personnel sanitaire compétent, autres que le paiement à l'acte actuel, doivent être mis en œuvre.

Ils doivent promouvoir un meilleur équilibre entre la promotion de la santé et la prévention, le diagnostic, le traitement et la réadaptation et il est nécessaire qu'ils soient intégrés de façon rationnelle aux autres services sanitaires et sociaux de la communauté.»⁽³⁾

Les gouvernements fédéral et provinciaux ont donné dans l'ensemble leur appui au rapport Hastings⁽⁴⁾. Ces observations et recommandations formulées par le groupe d'étude Hastings ont trait aux centres de soins familiaux plutôt qu'à des centres consacrés au traitement d'un seul groupe d'âge, comme celui des plus de 65 ans. Il existe quelques centres de consultation de gériatrie au Canada⁽⁵⁾. Ceux qui sont dirigés par le docteur Goldstein à Ottawa et le docteur Bayne à Hamilton sont considérés comme innovateurs et dignes d'intérêt par le Journal de l'Association médicale canadienne.

A l'Hôpital Royal Ottawa, le docteur S. Goldstein a créé un centre psychogériatrique qui est considéré comme un programme communautaire. Il travaille en collaboration avec le service de bien-être social, les foyers pour vieillards et les maisons de garde de la région. Des enquêtes révèlent que la proportion de personnes souffrant de maladie mentale dans les maisons de garde peut atteindre les 60 à 80 p. 100⁽⁶⁾

A Ottawa, la direction des maisons de garde et de soins spéciaux des services de bien-être de Carleton maintient, depuis 1957, un centre d'évaluation et d'affectation. Plus de la moitié des personnes qui logent dans les maisons de garde à Ottawa bénéficient de l'aide de ce service. A Hamilton, depuis 1971, le docteur J. R. D. Bayne a créé un service analogue d'évaluation et d'affectation pour les personnes âgées.

(2) Canada. Santé et Bien-être social Canada. Le Centre de soins communautaires au Canada, Ottawa, 1972, p. 1 et 4.

(3) Canada. Santé et Bien-être social Canada. Le Centre de soins communautaires au Canada, Ottawa, 1972, p. 37-38.

(4) Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales, le 29 mai 1973.

(5) Dr E. David Sherman, allocution prononcée à la réunion annuelle du VON en mai 1973 sur la conception actuelle des besoins sanitaires des personnes âgées.

(6) Journal de l'Association médicale canadienne, 3 mars 1973, p. 579.

(1) Canada. Santé et Bien-être social Canada. Le Centre de soins communautaires au Canada, Ottawa, 1972.

Les autres recommandations dans la section des études de cas... Les autres recommandations dans la section des études de cas... Les autres recommandations dans la section des études de cas...

NOTE FINALE

Le docteur J. E. W. Hastings, de l'Université de Toronto... Le docteur J. E. W. Hastings, de l'Université de Toronto... Le docteur J. E. W. Hastings, de l'Université de Toronto...

Le docteur Hastings... Le docteur Hastings... Le docteur Hastings... Le docteur Hastings... Le docteur Hastings...

Les autres recommandations dans la section des études de cas... Les autres recommandations dans la section des études de cas... Les autres recommandations dans la section des études de cas...

Les autres recommandations dans la section des études de cas... Les autres recommandations dans la section des études de cas... Les autres recommandations dans la section des études de cas...

Les autres recommandations dans la section des études de cas... Les autres recommandations dans la section des études de cas... Les autres recommandations dans la section des études de cas...

Les autres recommandations dans la section des études de cas... Les autres recommandations dans la section des études de cas... Les autres recommandations dans la section des études de cas...

Les autres recommandations dans la section des études de cas... Les autres recommandations dans la section des études de cas... Les autres recommandations dans la section des études de cas...

Les autres recommandations dans la section des études de cas... Les autres recommandations dans la section des études de cas... Les autres recommandations dans la section des études de cas...

Les autres recommandations dans la section des études de cas... Les autres recommandations dans la section des études de cas... Les autres recommandations dans la section des études de cas...

D'après la liste des hôpitaux canadiens et des établissements et installations connexes, 1973⁽¹⁾, publiée par Statistique Canada, il n'y a au pays que 21 centres de convalescence et de réadaptation qui comptent au total 2,521 lits, pour tous les groupes d'âge. En outre, Toronto, Trois-Rivières et Québec sont dotés de centres de réadaptation.

Le Centre de réadaptation de Toronto fournit un service de consultation externe depuis le début des années 20. Au début, il se bornait à la thérapie professionnelle et à la physiothérapie mais, au cours des années, il a inclus, parmi ses services, l'orthophonie et l'assistance sociale. Depuis le début, les services thérapeutiques ont été fournis à domicile de même qu'au centre. Depuis 1958, le programme de soins à domicile (Home Care Program) pour le grand Toronto renvoie des malades ayant besoin de soins thérapeutiques au service itinérant du Centre. C'est ainsi qu'en 1971, le service itinérant des soins thérapeutiques s'occupait de près de la moitié des cas traités par le Centre. Les sujets sont renvoyés au service itinérant pour les raisons diverses: trop peu d'endurance pour pouvoir être transportés au Centre, âge avancé—facteur important pendant les mois d'hiver—et incapacité d'être transportés, à cause d'obésité ou de la présence d'escaliers trop raides où le malade devrait être transporté sur une civière, etc. En 1971, le pourcentage des malades recevant des soins de thérapie professionnelle à domicile a diminué, tandis que celui des malades recevant des soins de physiothérapie à domicile a augmenté. Par contre, au Centre, la proportion des malades recevant l'un ou l'autre des deux types de soins a peu varié. Comme le service itinérant de soins thérapeutiques jouait un rôle de soutien, le Centre s'est abstenu de prodiguer des soins complets au malade. Le programme de soins à domicile doit coordonner tous les services donnés au malade. En 1971, le régime d'assurance médicale du gouvernement assumait le transport d'un thérapeute au domicile, mais non celui du malade à la clinique externe. La thérapie à domicile suscite des problèmes pour le malade comme pour le thérapeute et elle est plus coûteuse⁽²⁾.

En Colombie-Britannique⁽³⁾ les services d'évaluation et de traitement sont fournis par dix-huit centres de santé disséminés dans toute la province et par neuf centres dans le grand Vancouver. La disponibilité et l'ampleur des services qu'ils fournissent varient d'une région à l'autre en fonction de l'importance et de la réputation démographique. Plusieurs grands centres de santé doivent s'occuper de très vastes territoires alors que leurs allocations de déplacement sont limitées et que leur personnel doit se rendre fréquemment dans des régions à peu près inaccessibles et en dépit de conditions atmosphériques des plus défavorables.

En 1973, l'Alberta⁽⁴⁾ établissait trois hôpitaux gériatriques diurnes, un à Edmonton et deux à Calgary, à titre

de projet témoin. Les malades consacrent plusieurs heures à une activité thérapeutique et retournent à la maison le même jour. Ils sont transportés dans deux autobus qui peuvent recevoir des fauteuils roulants aussi bien que les malades sur pied.

La Saskatchewan⁽⁵⁾ est dotée de centres communautaires de santé et d'activité sociale dans ses régions rurales où des cliniques médicales régulières fournissent une évaluation médicale des problèmes de santé. Le Manitoba⁽⁶⁾ exploite également 16 centres de santé dans toute la province. Ils sont au service de la population en général, y compris les vieillards.

Le régime d'assistance publique du Canada ne participe pas à l'octroi des subventions d'exploitation et d'entretien des centres diurnes qui offrent une évaluation, des traitements, des consultations, une réadaptation et des soins diurnes. L'Ontario, aux termes de l'Elderly Persons Centres Act fournit tous les fonds d'immobilisation conjointement avec les municipalités et les organismes bénévoles pour l'établissement des centres diurnes.

Au Québec, le Maimonides Hospital and Home for the Aged à Montréal ajoutait un hôpital diurne à ses installations en 1966. En juin 1971, la moyenne de la fréquentation quotidienne était de 25. Voici l'objectif de l'hôpital diurne:

«s'occuper des personnes âgées qui souffrent de troubles psychiatriques et médicaux plutôt graves et qui, à cause de leur dépérissement mental et physique trop avancé, ne peuvent profiter des services qu'offrent les clubs sociaux et les centres de loisirs qui pourraient les aider à se maintenir en assez bonne condition physique pour pouvoir continuer à vivre à la maison évitant ainsi d'être placées dans une institution.»⁽⁷⁾

Le centre Baycrest de soins gériatriques à Toronto fonctionne de façon semblable.

Dans l'Île-du-Prince-Édouard⁽⁸⁾, le ministère de la Santé signale que les services généraux de diagnostic et de traitement sont accessibles aux personnes de tout âge.

Le Nouveau-Brunswick⁽⁹⁾ est divisé en 5 régions dont chacune compte un centre clinique important. Des cliniques itinérantes se rendent aussi dans les petites localités.

Les services d'hygiène communautaire sont à l'étude en Nouvelle-Écosse⁽¹⁰⁾.

Des évaluations sur place et les services nécessaires sont fournis à toute la population dans les cliniques externes à Terre-Neuve et au Labrador⁽¹¹⁾. Un programme global de soins communautaires (c.-à-d. soins et pension) existe dans le service de l'hygiène mentale avec surveillance et évaluation continues.

(1) Statistique Canada. N° de catalogue 83-201. Liste des hôpitaux canadiens.
 (2) Kavanaugh. «A Two Year Comparative Study». Journal de l'Association médicale canadienne, 10 juillet 1971. L'étude n° 28 du Conseil des sciences du Canada tire la conclusion suivante: «On n'est pas encore parfaitement conscient de l'importance de la médecine de réadaptation, car les Centres luttent encore pour se faire reconnaître».
 (3) Social Planning and Review Council de la Colombie-Britannique. «A Study of Community Care for Seniors», Vancouver, 1971, p. 35.
 (4) Alberta. Ministère de la Santé et du Développement social. Communiqué du 21 mars 1973.

(5) Saskatchewan. Ministère de la Santé publique. Lettre du 12 septembre 1973.
 (6) Manitoba. Ministère de la Santé et du Développement social. Lettre du 2 décembre 1973.
 (7) Novick, Louis J. «A. Geriatric Day Hospital Program», «Vivre longtemps», vol. 9, n° 2, juin 1971.
 (8) Île-du-Prince-Édouard. Ministère de la Santé. Lettre du 28 août 1973.
 (9) Nouveau-Brunswick. Ministère de la Santé. Lettre du 17 août 1973.
 (10) Nouvelle-Écosse. Ministère de la Santé publique. Lettre du 19 novembre 1973.
 (11) Terre-Neuve et Labrador. Ministère de la Santé. Lettre du 10 août 1973.

Recommandation 19

Que les soins infirmiers assurés à domicile soient étendus aux régions urbaines qui en sont dépourvues et de plus en plus aux régions rurales et que ces services se rattachent ou s'intègrent étroitement aux services de santé municipaux ou régionaux.

SUITE DONNÉE

La direction des soins médicaux de la direction générale de la protection de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a fait tenir en 1971-1972 un relevé des installations d'extension qui existent partout au Canada pour tous les groupes d'âge. Les installations d'extension sont celles qui offrent des programmes de soins spéciaux en dehors des établissements en s'efforçant de répondre aux besoins de groupes spéciaux de la population en matière de santé et de bien-être. Les infirmières de l'Ordre de Victoria, le YMCA et les organismes d'action sociale sont compris dans certaines provinces.

Le tableau ci-joint donne le grand total des installations d'extension dans tout le Canada pour tous les groupes d'âge. Une autre analyse montre qu'en Ontario, un peu plus de la moitié des installations sont situées à Toronto; elles sont partagées en nombre presque égal entre Montréal et le reste du Québec, et Vancouver possède 204 centres, tandis qu'il y en a 281 dans le reste de la province. Toutefois, sauf dans quelques cas, les services infirmiers à domicile ne sont pas inclus dans leurs listes de services. La plupart sont de nature clinique et se rattachent à l'alcoolisme, la toxicomanie, la planification familiale, ainsi de suite.

CENTRES NON INSTITUTIONNELS DE SOINS ET SERVICES SPÉCIAUX, 1971-1972

CATALOGUE 83-519

CANADA

TABLEAU 1

NOMBRE TOTAL D'INSTALLATIONS

Province	Nombre d'installations	%
Terre-Neuve.....	20	0.71
Île-du-Prince-Édouard.....	26	0.92
Nouvelle-Écosse.....	188	6.63
Nouveau-Brunswick.....	123	4.34
Québec.....	386	13.61
Ontario.....	849	29.83
Manitoba.....	284	10.01
Alberta.....	300	10.58
Saskatchewan.....	175	6.17
Colombie-Britannique.....	485	17.10
CANADA	2,836	100%

TABLEAU 2

VENTILATION PAR CATÉGORIE DU TOTAL POUR LE CANADA

(1) Programmes ou services médicaux infirmiers ou paramédicaux.....		27.60%
(a) Offrant un large éventail de services.....	5.99%	
(b) Soins infirmiers (par exemple, infirmières de l'Ordre de Victoria).....	1.02%	
(c) Associations pour la réadaptation etc.....	2.57%	
(d) Offrant un éventail plus restreint de services.....	18.02%	
(2) Centres de soutien moral ou d'interventions critiques.....		46.16%
(a) Centres de soins diurnes et garderies.....	1.59%	
(b) Auberges.....	6.42%	
(c) Divers.....	38.15%	
(3) Groupes de développement communautaire et ethnique.....		6.67%
(a) Développement communautaire.....	3.39%	
(b) Développement ethnique.....	3.28%	
(4) Groupes et programmes d'éducation.....		3.42%
(5) Centres d'information.....		7.12%
(6) Assistance judiciaire ou renseignements.....		2.79%
(7) Programme d'aide financière.....		6.03%
(8) Autres.....		0.21%
Total		100%

L'organisation des programmes de soins à domicile a débuté lentement, mais on en comptait 26 en 1967, dont un certain nombre dans les régions rurales des provinces de Québec et de la Saskatchewan, pendant que la clientèle de plusieurs programmes en Ontario débordait les limites municipales fixées à l'origine. La majorité des grandes villes du Canada ont maintenant leur service de soins à domicile en sus des services traditionnels de soins à domicile mis sur pied dans les villes canadiennes par les infirmières de l'Ordre de Victoria (VON) et les infirmières visiteuses au Québec et dans les régions rurales par les services de santé locaux et régionaux et les services de santé municipaux.

Les organismes bénévoles comme le VON qui donne des soins infirmiers, la Société canadienne de l'arthrite et du rhumatisme qui s'occupe de physiothérapie et la Société canadienne de la Croix-rouge qui assure une aide aux malades et un service de ménagères ont apporté une contribution importante à l'expansion des soins à domicile au Canada⁽¹⁾.

Le financement des programmes de soins à domicile est une charge provinciale à laquelle le gouvernement fédéral ne participe pas. A une ou deux exceptions près, toutes les provinces ont mis en œuvre des programmes de ce genre, ou sont en voie de le faire, d'ordinaire avec la collaboration du VON.

Terre-Neuve⁽²⁾ offre des soins à domicile dans trois grands centres. L'Île-du-Prince-Édouard⁽³⁾ s'appête à

(1) Canada, Santé et Bien-être Canada. Série des soins de santé, n° 27, Rapport préparé pour les Nations Unies, l'Organisation internationale du travail et l'Organisation mondiale de la Santé, janvier 1971.

(2) Terre-Neuve et Labrador, ministère de la Santé. Lettre du 10 août 1973.

(3) Île-du-Prince-Édouard, ministère de la Santé. Lettre du 28 août 1973.

**TABLEAU 1
VENTILATION PAR CARRÉ DE TOTAL
POUR LE CANADA**

Proportion de la ventilation totale	Proportion de la ventilation totale	Proportion de la ventilation totale
11) Proportion de la ventilation totale	11.00%	11.00%
10) Proportion de la ventilation totale	10.00%	10.00%
9) Proportion de la ventilation totale	9.00%	9.00%
8) Proportion de la ventilation totale	8.00%	8.00%
7) Proportion de la ventilation totale	7.00%	7.00%
6) Proportion de la ventilation totale	6.00%	6.00%
5) Proportion de la ventilation totale	5.00%	5.00%
4) Proportion de la ventilation totale	4.00%	4.00%
3) Proportion de la ventilation totale	3.00%	3.00%
2) Proportion de la ventilation totale	2.00%	2.00%
1) Proportion de la ventilation totale	1.00%	1.00%
Total	100.00%	100.00%

Le tableau ci-dessus indique la ventilation totale par carré de terrain pour le Canada. Les données sont basées sur les statistiques de la Commission canadienne de l'énergie atomique (CCEA) pour l'année 1974-1975. Les données sont exprimées en millions de mètres cubes par heure et par hectare.

Les données indiquées dans le tableau ci-dessus sont basées sur les statistiques de la Commission canadienne de l'énergie atomique (CCEA) pour l'année 1974-1975. Les données sont exprimées en millions de mètres cubes par heure et par hectare.

Les données indiquées dans le tableau ci-dessus sont basées sur les statistiques de la Commission canadienne de l'énergie atomique (CCEA) pour l'année 1974-1975. Les données sont exprimées en millions de mètres cubes par heure et par hectare.

SUITE DONNÉES

La ventilation totale par carré de terrain pour le Canada est de 11.00 millions de mètres cubes par heure et par hectare. Les données sont basées sur les statistiques de la Commission canadienne de l'énergie atomique (CCEA) pour l'année 1974-1975.

Les données indiquées dans le tableau ci-dessus sont basées sur les statistiques de la Commission canadienne de l'énergie atomique (CCEA) pour l'année 1974-1975. Les données sont exprimées en millions de mètres cubes par heure et par hectare.

**GENIERS NON INSTALLÉS PAR SOUS ET
SURTOUT SÉRIEUX**

Province	Nombre de génies non installés	Proportion de la ventilation totale
Alberta	100	1.00%
Manitoba	100	1.00%
Ontario	100	1.00%
Québec	100	1.00%
Colombie-Britannique	100	1.00%
CANADA	500	5.00%

mettre sur pied un système semblable, sous l'égide du ministère de la Santé, à la charge exclusive de la province. En Nouvelle-Écosse⁽¹⁾, il n'y a pas de programme de soins à domicile subventionné par l'État, mais on en fait l'étude.

Le Nouveau-Brunswick⁽²⁾ a lancé trois projets-témoins en 1972, financés par le ministère de la Santé. Le service public de soins infirmiers comporte un programme de contrôle et de traitement de la santé des adultes. Le programme de gériatrie fournit des traitements et des soins à domicile, ce qui permet au malade de demeurer à la maison, lui évitant d'être hospitalisé ou placé trop tôt dans une maison de garde.

Au Québec, les groupes du VON à Hull et à Montréal participent à des comités spéciaux d'étude chargés d'examiner les programmes subventionnés par l'État dont le service des soins à domicile⁽³⁾.

En Ontario⁽⁴⁾, il existe un service d'infirmières à domicile dans tous les centres urbains et la majorité des régions, à l'intérieur du programme de soins à domicile. On retient les services d'infirmières auprès d'organismes régionaux. Le VON est le principal fournisseur dans la plupart des endroits et offre aussi ses services d'infirmières à des «clients» non assujettis au programme de soins à domicile. Six régions environ ne sont pas desservies par le VON; le service de santé assure alors un service d'infirmières à titre de projet spécial dans le cadre du programme de soins à domicile. Il arrive souvent qu'en de tels cas les soins à domicile ne soient pas donnés aux personnes inadmissibles de fait ou de droit au programme de soins à domicile. Dans pratiquement toutes les localités desservies par des organismes bénévoles de soins infirmiers, la collaboration est excellente entre les organismes bénévoles, le groupe local du programme de soins à domicile et les services de santé municipaux et régionaux.

Les soins infirmiers à domicile deviennent une réalité dans les provinces des Prairies. En avril 1973, le gouvernement du Manitoba⁽⁵⁾ proposait d'accorder une aide financière aux soins à domicile. La Saskatchewan⁽⁶⁾ possède un service de ce genre dans 6 centres urbains et 12 régions rurales, mais le service n'est pas assujéti au régime d'assurance. Certains programmes bénéficient de subventions tandis que d'autres sont une prolongation du service régional de santé.

En Alberta⁽⁷⁾, la création de programmes de soins à domicile est l'une des principales préoccupations du VON. Le programme de Calgary, administré par le VON, a servi durant deux ans de projet-témoin mais son financement est maintenant assuré pour les trois prochaines

années. Les programmes des autres villes sont à un état plus ou moins avancé de projet et on prévoit que les soins à domicile seront donnés à Edmonton à la fin de 1973.

En Colombie-Britannique⁽⁸⁾, le ministère provincial et le service municipal de la santé sont à mettre à l'essai un service coordonné de soins à domicile à Victoria.

Le gouvernement fédéral a proposé de nouveaux arrangements fiscaux aux provinces selon une formule qui, en définitive, serait basée sur la population. Si la formule est acceptée, les provinces pourront affecter leurs recettes brutes à satisfaire les besoins les plus urgents. Cette nouvelle souplesse permettra une expansion des programmes de soins à domicile selon les circonstances.

Recommandation 21

Que des dispositions soient prises afin d'implanter également ces services dans les régions rurales en améliorant les services d'infirmières visiteuses, en formant des gens qui pourront aider les professions sanitaires et en établissant de rapides services de communication et de transport.

SUITE DONNÉE

La Saskatchewan⁽⁹⁾ a étendu ses services aux régions rurales beaucoup plus que les autres provinces qui s'en sont tenues aux grands centres urbains.

Les transports dans les régions rurales posent toujours un problème, mais dans le rapport annuel des infirmières de l'Ordre de Victoria pour 1972, on déclare que «les bureaux régionaux étendent leurs services au-delà de leurs frontières de façon à les offrir à un plus grand nombre de gens, surtout à ceux qui vivent en dehors des villes et des villages». On organise aussi des groupes de bénévoles pour assurer le transport des personnes âgées qui requièrent des soins en clinique ou ailleurs. Le rapport ajoute: «on fait aussi appel aux services d'employés de bureau et autre personnel de soutien, comme les ménagères et les aides familiales, pour accroître l'efficacité du personnel technique». «Ceux qui forment les hygiénistes, concients du fait qu'aujourd'hui les soins sont donnés plutôt à domicile que dans les institutions, cherchent à donner aux étudiants professionnels et paraprofessionnels plus de possibilités pour observer les activités des groupes sociaux et y participer. De fait, les bureaux régionaux ne parviennent pas à répondre à toutes les demandes d'étudiants qui veulent y acquérir de l'expérience...». Les infirmières de l'Ordre de Victoria, soucieuses d'améliorer la gestion des ressources humaines, se demandent si «les infirmières sont maintenant dispensées de toutes les responsabilités que peut assumer le personnel de bureau? Quel degré de formation est requis pour donner des soins infirmiers sûrs, acceptables?»⁽¹⁰⁾

L'Ontario⁽¹¹⁾ parraine un programme d'entraide de bénévoles âgés dans le cadre duquel ceux-ci sont formés pour aider les praticiens, et dans l'Île-du-Prince-Édouard⁽¹²⁾

(1) Nouvelle-Écosse, ministère de la Santé. Lettre du 19 novembre 1973.

(2) Nouveau-Brunswick, ministère de la Santé. Lettre du 17 août 1973.

(3) Infirmières de l'Ordre de Victoria, Canada, Rapport annuel 1972, Ottawa, p. 52.

(4) Ontario, ministère des Services sociaux et communautaires. Lettre du 28 novembre 1973.

(5) Manitoba, ministère de la Santé et du Développement social. Lettre du 2 décembre 1973.

(6) Saskatchewan, ministère de la Santé publique. Lettre du 12 septembre 1973.

(7) Infirmières de l'Ordre de Victoria, Rapport annuel 1972, Ottawa, p. 42.

(8) Social Planning and Review Council de la Colombie-Britannique. «A Study of Community Care for Seniors», Vancouver, 1972, p. 38.

(9) Saskatchewan, Ministère de la Santé publique. Lettre du 12 septembre 1973.

(10) Infirmières de l'Ordre de Victoria, Canada, Rapport annuel 1972, Ottawa.

(11) Ontario, Ministère des Services sociaux et communautaires. Lettre du 12 septembre 1973.

(12) L'Île-du-Prince-Édouard, Ministère de la Santé. Lettre du 28 août 1973.

nombre de ces personnes âgées travaillent bénévolement dans les ateliers protégés.

Au Manitoba,⁽¹⁾ des personnes sans formation travaillent actuellement à temps partiel comme ménagères ou aides familiales. Des cours sont aussi donnés ou envisagés. On a constaté que les aides auprès des praticiens hygiénistes devraient répondre aux mêmes normes tant dans les milieux urbains que ruraux, et remplir les mêmes fonctions.

Recommandation 22

- a) Que des décisions bien définies soient adoptées sans délai au sujet de la gamme d'installations et de services institutionnels indispensables aux soins à court et à long terme à donner aux malades chroniques.
- b) Qu'une attention particulière soit accordée à la définition des diverses catégories de maisons de refuge.
- c) Que les mises de fonds nécessaires à l'établissement des installations indispensables mais insuffisantes soient l'objet de l'aide accordée au titre du programme de construction hospitalière ou en vertu d'une modification apportée au programme.
- d) Que les plans en vue de ces installations tiennent bien compte des possibilités nouvelles de sortie hâtive qu'offrent le traitement actif de courte durée et la réadaptation par opposition aux soins de longue durée donnés surtout en institution, pour ce qui est des maladies chroniques.

SUITE DONNÉE

Aucune appellation uniforme n'est employée au Canada pour désigner les institutions qui donnent des soins aux malades chroniques âgés. Toutes les maisons dites de repos ne donnent pas forcément des soins infirmiers. Le rôle de l'institution diffère d'une province à l'autre. Les provinces sont en train d'établir, individuellement, des «niveaux de soins» mais les soins donnés à divers niveaux ne sont pas forcément les mêmes.

Le gouvernement fédéral n'accorde plus de subventions à la construction d'hôpitaux depuis avril 1970.

Les exigences requises des hôpitaux sont à l'étude à Terre-Neuve⁽²⁾ et dans l'Île-du-Prince-Édouard⁽³⁾ en vue d'en arriver à planifier sérieusement les installations hospitalières requises.

La Nouvelle-Écosse⁽⁴⁾ signale que l'aide provinciale à la construction a été accrue. La Commission des services de santé et de l'assurance-maladie a établi des principes directeurs quant à l'éventail des installations et services institutionnels indispensables pour les soins à court et à long terme.

Le ministère de la Santé de la province du Nouveau-Brunswick⁽⁵⁾ a défini et décrit les types d'installations requises pour donner des soins à court et à long terme aux malades chroniques. Toute la planification provinciale se fonde sur des normes axées sur l'âge et le sexe.

Le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick a aussi défini les divers niveaux de soins assurés dans les maisons de repos ainsi que dans les autres logements protégés où l'on dispense des soins de réadaptation et de longue durée.

Les plans de construction d'hôpitaux tiennent compte des installations requises pour les soins de réadaptation et les soins aux malades chroniques. Le ministère provincial de la Santé accorde des subventions d'équipement pour la construction de nouvelles maisons de repos dont les plans ont été approuvés. Ces plans tiennent compte de nouveaux concepts comme celui des soins diurnes aux opérés, leur permettant de quitter l'hôpital plus tôt. En outre, la province a aussi un programme de traitement actif à domicile qui permet d'écourter le séjour à l'hôpital des malades chroniques et des malades en activité de traitement.

Le ministère des Affaires sociales du Québec⁽⁶⁾ doit lancer de nouveaux centres d'accueil régionaux où les personnes qui ont besoin de soins seront interviewées, examinées, puis dirigées vers l'institution voulue pour être traitées. On est en train d'établir un critère de normalisation des procédures d'admission dans toute la province. Le sous-ministre avait annoncé ce programme à l'occasion d'un colloque sur la gérontologie tenu à Montréal en novembre 1973.

En Ontario⁽⁷⁾, on aide les hôpitaux pour malades chroniques et les maisons de soins infirmiers à répondre aux besoins des malades chroniques pour des périodes plus ou moins longues. Des foyers pour vieillards, des institutions de charité pour adultes, des foyers de groupes, des foyers nourriciers, des maisons pour personnes attardées, y compris les vieux, les handicapés et les attardés, ont été mis sur pied et subventionnés pour répondre à ce besoin. Bon nombre d'entre eux peuvent obtenir des subventions de la province et elles peuvent le plus souvent partager des subventions d'exploitation et d'entretien en vertu de l'accord du Régime d'assistance publique du Canada.

On essaie de définir plus clairement les divers genres d'hébergement. A l'heure actuelle, un comité composé de représentants du ministère de la Santé ainsi que du ministère des Services sociaux et communautaires est en train d'effectuer une étude des soins institutionnels pour établir l'inventaire des installations dont disposent les deux ministères. On définit du même coup des niveaux de soins pour les divers éléments des services institutionnels. Jusqu'ici (novembre 1973), cinq niveaux ont été établis: les soins domiciliaires, les soins de surveillance, les soins infirmiers et autres soins professionnels, les soins infirmiers permanents et autres services profes-

(1) Manitoba. Ministère de la Santé et du Développement social. Lettre du 2 décembre 1973.
 (2) Terre-Neuve et Labrador. Ministère de la Santé. Lettre du 10 août 1973.
 (3) Île-du-Prince-Édouard. Ministère de la Santé. Lettre du 31 août 1973.
 (4) Nouvelle-Écosse. Ministère de la Santé publique. Lettre du 19 novembre 1973.

(5) Nouveau-Brunswick. Ministère de la Santé. Lettre du 31 août 1973.
 (6) Ouellet, Aubert. «Politique du Ministère des Affaires sociales relative à l'hébergement des personnes âgées». Symposium sur la gérontologie, Hôpital Notre-Dame de la Merci, Montréal, 17 novembre 1973.
 (7) Ontario. Ministère des Services sociaux et communautaires. Lettre du 28 novembre 1973.

La majorité de la Chambre de la Santé de la province de l'Ontario...
dans les autres provinces.

Les plans de construction d'hôpitaux doivent être...
à la fois des services médicaux et des services sociaux.

Le ministre des Affaires sociales de l'Ontario...
a été nommé à la tête de ce département.

En Ontario, les services de santé sont...
et les services sociaux sont également développés.

On voit le besoin d'un plan directeur...
pour coordonner les services de santé et sociaux.

Le ministre des Affaires sociales de l'Ontario...
a été nommé à la tête de ce département.

nombre de ces personnes âgées...
dans les autres provinces.

Le ministre des Affaires sociales de l'Ontario...
a été nommé à la tête de ce département.

Les services de santé et sociaux...
doivent être développés de manière coordonnée.

SUITE DONNÉE

Après l'adoption de la loi...
le gouvernement a commencé à mettre en œuvre...

Le ministre des Affaires sociales de l'Ontario...
a été nommé à la tête de ce département.

Le ministre des Affaires sociales de l'Ontario...
a été nommé à la tête de ce département.

sionnels et les diagnostics et les traitements intensifs. Ces niveaux représentent l'éventail qui varie des soins purement domiciliaires ou de maisons de repos au premier niveau aux centres fortement axés sur les traitements actifs pour les dérangements tant physiques que mentaux au cinquième niveau.

Le gouvernement mène concurremment une autre étude des «foyers de groupe» qui comprend une classification de ce genre d'établissement d'après l'intensité des soins des foyers communautaires qu'offrent et exploitent un certain nombre de ministères provinciaux. Ce groupe devrait procéder à une revue complète de toutes les installations d'hébergement communautaires offertes par l'ensemble des ministères du gouvernement de l'Ontario.

Comme la politique actuelle du gouvernement vise à faire passer le soin des handicapés, tout particulièrement des arriérés, des institutions aux communautés, la responsabilité première des services aux oligophrènes passe, à compter du 1^{er} avril 1974, au ministère des Services sociaux et communautaires.

L'Ontario reconnaît également et finance des centres de rétablissement et de traitement actif de courte durée. On accorde la priorité aux centres du genre dans le programme d'immobilisations provincial.

Le Manitoba mène actuellement une étude spéciale intitulé «Aging in Manitoba»⁽¹⁾. Il ne fait aucun doute que cette étude révélera des lacunes dans le service. Le Manitoba offre des subventions en espèces et des fonds de remboursement de la dette. On s'attend que l'extension du programme de soins à la maison diminue la demande des services institutionnels⁽²⁾.

Les installations institutionnelles et les services d'aide communautaire ont augmenté en Saskatchewan⁽³⁾. On a doté d'un centre de soins extensifs ou approuvé une augmentation de nombre de lits grâce à des conversions ou rénovations chaque région de soins (dix plus le district de soins du Nord).

Bien des communautés ont des programmes de soins de santé visant à aider le malade chez lui après sa sortie d'une institution ou encore avant son admission au service des soins internes. Les services varient beaucoup suivant les ressources locales. On retrouve le genre de soins à domicile le plus spécialisé à Regina, à Saskatoon, à Prince-Albert et à Moose-Jaw. Les programmes régionaux offrent surtout des services de soins infirmiers et d'entretien ménager et certains médicaments, fournitures et matériel médical. On a ajouté un service de soins à domicile comme autre possibilité à un petit hôpital dans neuf régions. Dans les communautés où le petit hôpital a fermé ses portes, on peut obtenir de l'aide pour établir un centre social et de santé qui offrira un service de soins externes, d'infirmière en disponibilité, un programme de soins à la maison et organisera des activités sociales pour les vieux.

On s'est tout particulièrement attardé à définir les divers genres d'installations en établissant un système de niveaux de soins. Chaque institution est classée suivant

certain niveaux de soins qu'elle dispense, ce qui dicte le genre et l'étendue des services disponibles.

En Saskatchewan, en plus des subventions de construction d'hôpitaux, on peut obtenir des subventions pour des maisons de soins spéciaux et des facilités de financement à long terme de la SCHL.

Une étude mixte (Conseil de l'Alberta sur la gérontologie et ministère de la Santé et du Développement social) des besoins généraux des citoyens âgés institutionnalisés et à domicile en Alberta devait commencer en 1973.

Le rapport final de l'étude sur la réactivation gériatrique menée par l'École de médecine physiothérapeutique de l'Université de l'Alberta en septembre 1972 révélait que 28 établissements auxiliaires et 71 maisons de soins infirmiers s'occupaient d'environ 8,500 personnes dont l'âge moyen dépassait 75 ans. L'étude visait à déterminer si on améliore l'état général des malades en dotant les centres de soins extensifs d'un personnel plus spécialisé⁽⁴⁾.

Les hôpitaux auxiliaires en Alberta s'occupent des malades requérant de longs soins. Les maisons de soins infirmiers reçoivent des personnes moins invalides. Seulement quelques hôpitaux auxiliaires et aucune maison de soins infirmiers n'offrent de soins de réadaptation.

Une étude de soins communautaires offerts aux citoyens âgés a été menée par le Social Planning and Review Council de la Colombie-Britannique⁽⁵⁾, qui a présenté un rapport en décembre 1972. On lit dans la préface que «les services de jour, les soins domiciliaires et les soins infirmiers à domicile, par exemple, n'ont pas été totalement inclus dans le régime de soins de santé envisagé pour toute la Colombie-Britannique et qui existe surtout dans les hôpitaux et les grands centres de soins... En général, dans toute la province, le manque de services complets était très visible dans (1) les soins domiciliaires et (2) les soins intermédiaires, chroniques ou spéciaux.» Le rapport signalait ensuite que, dans bien des cas, le niveau de revenu des citoyens âgés ne leur permettait pas de s'adresser aux centres de soins spéciaux et qu'ils n'avaient pas pour autant les moyens de payer les taux des hôpitaux privés et des maisons de repos.

Recommandation 23

Que les malades atteints d'une maladie chronique soient traités dans des services ou des ailes des hôpitaux généraux ou dans d'autres installations intégrées au système hospitalier plutôt que dans des institutions complètement séparées et souvent isolées comme c'est fréquemment le cas.

SUITE DONNÉE

Comme le préconisait la recommandation 22, les besoins en matière d'installation hospitalières font l'objet d'une étude dans toutes les provinces.

La province de Terre-Neuve⁽⁶⁾ signale qu'elle envisage d'intégrer les malades chroniques dans ses hôpitaux généraux. Une étude approfondie de l'ensemble des ser-

(1) «Aging in Manitoba», Volume 1, Winnipeg, 1973. Premier volume d'une série de dix.

(2) Manitoba. Ministère de la Santé et du Développement social. Lettre du 2 décembre 1973.

(3) Saskatchewan. Ministère de la Santé publique. Lettre du 12 septembre 1973.

(4) Bostrom, M. et K. Gough, «Geriatric Reactivation Study», Faculté de médecine physiothérapeutique, Université de l'Alberta, Edmonton, 1972, 101 pages.

(5) Social Planning and Review Council de la Colombie-Britannique, «A Study of Community Care for Seniors», 1972, p. 1.

(6) Terre-Neuve et Labrador. Ministère de la Santé. Lettre du 10 août 1973.

certains d'entre eux de sorte qu'ils puissent être utilisés
dans les installations de traitement des eaux.

Le rapport sur le projet de loi C-100, intitulé
"Loi sur le développement régional", a été adopté par
le Parlement le 15 mars 1972.

Le rapport sur le projet de loi C-100, intitulé
"Loi sur le développement régional", a été adopté par
le Parlement le 15 mars 1972.

Le rapport sur le projet de loi C-100, intitulé
"Loi sur le développement régional", a été adopté par
le Parlement le 15 mars 1972.

Le rapport sur le projet de loi C-100, intitulé
"Loi sur le développement régional", a été adopté par
le Parlement le 15 mars 1972.

ANNEXE 1

Le rapport sur le projet de loi C-100, intitulé
"Loi sur le développement régional", a été adopté par
le Parlement le 15 mars 1972.

SUITE DE LA PAGE 19

Le rapport sur le projet de loi C-100, intitulé
"Loi sur le développement régional", a été adopté par
le Parlement le 15 mars 1972.

Le rapport sur le projet de loi C-100, intitulé
"Loi sur le développement régional", a été adopté par
le Parlement le 15 mars 1972.

Le rapport sur le projet de loi C-100, intitulé
"Loi sur le développement régional", a été adopté par
le Parlement le 15 mars 1972.

Le rapport sur le projet de loi C-100, intitulé
"Loi sur le développement régional", a été adopté par
le Parlement le 15 mars 1972.

honoraires et les diagnostics et les traitements médicaux
Ceux-ci sont remboursés par le régime d'assurance-maladie
pour les personnes qui ont droit à ce régime.

Le régime d'assurance-maladie est financé par
les cotisations des assurés et des employeurs.
Le régime d'assurance-maladie est financé par
les cotisations des assurés et des employeurs.

Comme le régime d'assurance-maladie est financé par
les cotisations des assurés et des employeurs,
le régime d'assurance-maladie est financé par
les cotisations des assurés et des employeurs.

Le régime d'assurance-maladie est financé par
les cotisations des assurés et des employeurs,
le régime d'assurance-maladie est financé par
les cotisations des assurés et des employeurs.

Le régime d'assurance-maladie est financé par
les cotisations des assurés et des employeurs,
le régime d'assurance-maladie est financé par
les cotisations des assurés et des employeurs.

Le régime d'assurance-maladie est financé par
les cotisations des assurés et des employeurs,
le régime d'assurance-maladie est financé par
les cotisations des assurés et des employeurs.

Le régime d'assurance-maladie est financé par
les cotisations des assurés et des employeurs,
le régime d'assurance-maladie est financé par
les cotisations des assurés et des employeurs.

Le régime d'assurance-maladie est financé par
les cotisations des assurés et des employeurs,
le régime d'assurance-maladie est financé par
les cotisations des assurés et des employeurs.

Le régime d'assurance-maladie est financé par
les cotisations des assurés et des employeurs,
le régime d'assurance-maladie est financé par
les cotisations des assurés et des employeurs.

Le régime d'assurance-maladie est financé par
les cotisations des assurés et des employeurs,
le régime d'assurance-maladie est financé par
les cotisations des assurés et des employeurs.

Le régime d'assurance-maladie est financé par
les cotisations des assurés et des employeurs,
le régime d'assurance-maladie est financé par
les cotisations des assurés et des employeurs.

Le régime d'assurance-maladie est financé par
les cotisations des assurés et des employeurs,
le régime d'assurance-maladie est financé par
les cotisations des assurés et des employeurs.

vices de santé et des services sociaux connexes suit son cours à l'Île-du-Prince-Édouard.⁽¹⁾ Là aussi on envisage de soigner les malades chroniques dans les hôpitaux généraux.

Cette recommandation n'a pas encore été entièrement acceptée par les planificateurs de la Nouvelle-Écosse⁽²⁾, car la tuberculose y est toujours soignée dans des établissements spéciaux. Les centres tels que Yarmouth, Windsor et Sydney Mines assurent deux niveaux de soins dans leurs hôpitaux.

Au nouveau-Brunswick⁽³⁾, on soigne déjà les malades chroniques dans les services ou les ailes de l'hôpital public.

Le ministère de la Santé de l'Ontario⁽⁴⁾ est d'accord sur l'intention générale de la recommandation, et notamment, sur la nécessité d'intégrer les installations réservées aux malades chroniques dans le reste du système. La province voudrait pour les malades chroniques, un programme de soins selon lequel chaque malade serait d'abord examiné sur place, après quoi, on le dirigerait vers le service qui saurait le mieux répondre à ses besoins particuliers. Le Québec⁽⁵⁾ est également en faveur du même principe.

Depuis plusieurs années, le Manitoba⁽⁶⁾ procède à une telle intégration. Les unités de malades chroniques sont toutes situées à proximité des hôpitaux généraux.

La Saskatchewan⁽⁷⁾ signale que la plupart des installations de soins de longue durée sont maintenant reliées à un hôpital général. Seul l'hôpital de soins de longue durée de Souris Valley, à Weyburn, y fait exception; il est annexé à un centre de soins psychiatriques pour malades aigus et n'est pas très éloigné de l'hôpital général. En juin 1973, le gouvernement de la province a déclaré qu'il avait pour politique d'utiliser les lits pour malades aigus des hôpitaux généraux pour soigner les malades ayant besoin de soins de longue durée ou les malades chroniques (niveau 4) dans les localités qui ne possèdent pas ce genre de services, soit d'installations séparées ou d'hôpitaux généraux dotés d'unités spéciales pour les soins du niveau 4.

Dans son rapport de décembre 1972, le Social Planning and Review Council de la Colombie-Britannique⁽⁸⁾ signalait les lacunes que présentaient les services médicaux de toute la province en matière de soins personnalisés, (qu'il s'agisse de soins intermédiaires, chroniques ou spéciaux). Le Conseil estimait que les malades nécessitant ce genre de soins avaient besoin d'un examen médical initial et

suivi... Ces malades devraient être traités dans les services de soins de longue durée d'hôpitaux pour malades aigus, ou encore dans un hôpital de soins de longue durée (ou dans un hôpital privé, auquel cas, la BSHIS ne couvre pas les frais).

Le comité spécial interdisciplinaire sur l'enseignement, les recherches et les services de gériatrie⁽⁹⁾ de l'Université de Toronto (1973) a notamment recommandé qu'on établisse dans les hôpitaux généraux des unités de soins gériatriques intensifs où pourront travailler ceux qui s'intéressent particulièrement aux nombreux problèmes de santé que connaissent les personnes âgées et qui possèdent les aptitudes voulues pour s'en occuper. Le comité a également préconisé qu'on crée davantage d'unités de soins de longue durée dans les hôpitaux pour malades aigus, et qu'au lieu de supprimer les lits de malades aigus on les transforme en lits de longue durée.

Recommandation 24

Que toutes les institutions adoptent une attitude positive en ce qui concerne la possibilité de réadapter les vieillards et que soient établis des programmes destinés à permettre à ceux qui sont «impotents en entièrement dépendants des autres et qui pourront en arriver à prendre soin d'eux-mêmes et à acquérir une somme considérable d'indépendance».

SUITE DONNÉE

Une tendance se dessine lentement, mais sûrement en faveur de la réadaptation des personnes âgées, mais certaines provinces sont plus avancées que d'autres dans ce domaine. Les services de réadaptation sont offerts en vertu de la loi sur les soins médicaux, la loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et le régime d'assistance publique du Canada.

Les provinces Maritimes⁽¹⁰⁾ signalent qu'elles sont notamment bien décidées à envisager de façon positive la possibilité de réadapter socialement les personnes âgées. La Commission des services de santé et de l'assurance-maladie de la Nouvelle-Écosse⁽¹¹⁾ rapporte qu'elle a réussi récemment, dans le cadre d'un programme choc, à aider les étudiants à se lancer dans l'ergothérapie dans l'espoir qu'ils travailleront dans les hôpitaux provinciaux pour assurer les services dont ont besoin les personnes âgées.

En Ontario⁽¹²⁾, les maisons pour personnes âgées, tant celles des œuvres de bienfaisance que des municipalités, ont toujours accordé beaucoup d'importance aux programmes de rééducation et de réadaptation. Le programme auxiliaire et les programmes de soins connexes insistent beaucoup sur ce point, de même que les programmes d'activités et l'utilisation optimale des groupes bénévoles, comme les aides-ménagères.

- (1) Île-du-Prince-Édouard. Ministère de la Santé. Lettre du 31 août 1973.
- (2) Nouvelle-Écosse. Ministère de la Santé publique. Lettre du 19 novembre 1973.
- (3) Nouveau-Brunswick. Ministère de la Santé. Lettre du 31 août 1973.
- (4) Ontario. Ministère des Services sociaux et communautaires. Lettre du 28 novembre 1973.
- (5) Ouellet, Aubert, «Politique du Ministère des Affaires sociales relatives à l'hébergement des personnes âgées». Symposium sur la gérontologie, Hôpital Notre-Dame de la Merci, Montréal, 17 novembre 1973.
- (6) Manitoba. Ministère de la Santé et du Développement social. Lettre du 2 décembre 1973.
- (7) Saskatchewan. Ministère de la Santé publique. Lettre du 12 septembre 1973.
- (8) Social Planning and Review Council de la Colombie-Britannique, "A study of Community Care of Seniors", Vancouver, 1972.

- (9) Faculté de médecine de l'Université de Toronto. Lettre du 23 novembre 1973.
- (10) Terre-Neuve et Labrador. Ministère de la Santé. Lettre du 10 août 1973.
- (11) Nouveau-Brunswick, Ministère de la Santé. Lettre du 17 août 1973. Île-du-Prince-Édouard. Ministère de la Santé. Lettre du 28 août 1973.
- (12) Nouvelle-Écosse. Ministère de la Santé publique. Lettre du 19 novembre 1973.
- (13) Ontario. Ministère des Services sociaux et communautaires. Lettre du 28 novembre 1973.

Dans son rapport de 1970 sur les services de réadaptation (Health Care Delivery System, supplément n° 6), le Conseil ontarien de la santé trouve regrettable que ces services soient dispensés dans la province par divers organismes publics et bénévoles qui ont entrepris de répondre à des besoins particuliers, sans avoir examiné la situation dans son ensemble ni les effets de leurs activités. Il en résulte un double emploi des services en certains domaines, des lacunes dans d'autres.

L'acceptation du rôle de plus en plus grand qu'ils doivent jouer dans le domaine des maladies chroniques a incité de nombreux hôpitaux généraux à organiser des unités de soins aux malades chroniques et des programmes complémentaires de soins à domicile ont été établis dans toute la province. Les hôpitaux, maisons de convalescence et foyers pour personnes âgées les plus progressistes fournissent en outre les services relevant de programmes beaucoup plus étendus de soins. Dans certains milieux, on s'intéresse d'avantage à la mise sur pied de programmes de soins aux malades sur pied, pour assurer la transition entre la vie à l'hôpital et la vie chez soi pour éviter au plus grand nombre de personnes possible l'hospitalisation dans quelque établissement que ce soit.

Au Manitoba⁽¹⁾, le système d'examen des personnes résidant dans des maisons de soins infirmiers et de ceux qui demandent à entrer dans un établissement s'étend à l'évaluation des possibilités de réadaptation.

Dans l'établissement des normes de soins post-hospitaliers en Saskatchewan⁽²⁾, la fonction particulière d'un sous-groupe^(4c) est d'encourager la réadaptation même lorsqu'elle doit se faire à un rythme ralenti et modifié. L'approbation est donnée pour deux centres complets de réadaptation, l'un dans la partie sud de la province et l'autre dans la partie nord. On les encourage à fournir les services de soutien aux régions éloignées et les fonds sont prévus pour le personnel et l'équipement spécialisés qu'exige le traitement des cas graves. Dans le cadre de son étude de 1972 sur la rééducation des vieillards, l'École de médecine physiothérapeutique de l'Université de l'Alberta a tenté une expérience avec une équipe itinérante de thérapeutes qui devait donner une formation scientifique et spécialisée au personnel des établissements pour personnes âgées.

En Alberta⁽³⁾, l'École de médecine physiothérapeutique de l'Université de l'Alberta a entrepris une étude sur la rééducation des vieillards pour évaluer l'effet de la formation intensive et multidisciplinaire en réadaptation et des services de consultation connexes. On a constaté un changement d'attitude chez le personnel qui avait davantage tendance à accepter les malades en tant qu'individus. Le personnel a aussi fait preuve de connaissances et d'une compétence accrues en soins infirmiers de réadaptation.

- (1) Manitoba. Ministère de la Santé et du Développement social. Lettre du 2 décembre 1973.
- (2) Saskatchewan. Ministère de la Santé publique. Lettre du 12 septembre 1973.
- (3) Brostrom, Marion et Kenneth Gough, «Geriatric Reactivation Study» École de médecine physiothérapeutique, Université de l'Alberta, Edmonton, 1972.

D'après l'étude du SPARC de la Colombie-Britannique⁽⁴⁾, il y aurait environ 500 lits dans les unités de réadaptation des six hôpitaux provinciaux et deux hôpitaux fédéraux de Vancouver et de Victoria. La norme de .5 lit pour mille de l'effectif total de la population (tous âges) établirait les besoins globaux de la province à 1,093 lits. De nombreux hôpitaux de la province ont un service de physiothérapie, souvent mis à la disposition de la Société canadienne de l'arthrite et du rhumatisme ou fourni par elle, qui offre des services hospitaliers ou externes de même que des soins à domicile aux arthritiques et autres malades qui sont envoyés par un médecin.

Le Conseil des sciences du Canada, dans son étude spéciale n° 29, porte la conclusion suivante sur les services de réadaptation en général.

«Divers organismes, publics ou bénévoles, avaient mis sur pied des services qui répondaient à des besoins particuliers, sans avoir suffisamment examiné la situation dans son ensemble, et les effets possibles de leurs activités. Il en résulte un double emploi des services en certains domaines, des lacunes dans d'autres, un morcellement administratif qui provoque des solutions de continuité dans l'administration des soins, un emploi inefficace de la main-d'œuvre et des équipements, et enfin, la croissance du coût des services . . .

L'organisation des services de réadaptation se présente sous le même jour que celle de la plupart des autres éléments du réseau médico-hospitalier. Mais on n'a pas encore bien saisi l'importance de la médecine physiothérapeutique, et les centres spécialisés luttent pour obtenir droit de cité. Nous insistons pour que l'on accorde la plus grande attention aux services de réadaptation, dans le cadre du réseau sanitaire régional que l'on devra mettre en place.»⁽⁵⁾

Recommandation 25

Que les dispositions adoptées pour répondre aux besoins des vieillards qui sont des malades mentaux ou qui ont l'esprit troublé soient fort améliorées: en particulier, par une évaluation adéquate de leur état, évaluation que l'Association canadienne d'hygiène mentale considère comme «l'élément essentiel dans un programme complet»; par une utilisation plus étendue des petites installations, y compris les maisons de garde et les foyers nourriciers situés près des milieux où vivent les vieillards; et par une «attitude plus optimiste» en ce qui concerne les programmes de réadaptation qui devraient être amplifiés, surtout dans les hôpitaux psychiatriques et les services de psychiatrie des hôpitaux généraux.

SUITE DONNÉE

On ne peut évaluer les services offerts à ceux qui ont besoin de soins de santé, santé mentale, surtout qu'en fonction du milieu socio-culturel global; il faut tenir compte de la nature des logements des personnes âgées,

- (4) Social Planning and Review Council de la Colombie-Britannique. «A Study of Community Care for Seniors», Vancouver, 1972, p. 36.
- (5) Le Conseil des sciences du Canada Considérations sur les soins de santé au Canada, Étude spéciale n° 29, Ottawa, 1973, p. 99.

Dans son rapport de 1979 sur les services de santé, le Comité a souligné que le rôle des services de santé est de fournir des soins médicaux et de promouvoir la santé. Il a également souligné que le rôle des services de santé est de fournir des soins médicaux et de promouvoir la santé. Il a également souligné que le rôle des services de santé est de fournir des soins médicaux et de promouvoir la santé.

L'objectif de ce rapport est de fournir des informations sur le rôle des services de santé. Il a également souligné que le rôle des services de santé est de fournir des soins médicaux et de promouvoir la santé. Il a également souligné que le rôle des services de santé est de fournir des soins médicaux et de promouvoir la santé.

En conclusion, le rôle des services de santé est de fournir des soins médicaux et de promouvoir la santé. Il a également souligné que le rôle des services de santé est de fournir des soins médicaux et de promouvoir la santé.

Dans l'ensemble, le rôle des services de santé est de fournir des soins médicaux et de promouvoir la santé. Il a également souligné que le rôle des services de santé est de fournir des soins médicaux et de promouvoir la santé.

En Alberta, l'objectif de la médecine est de fournir des soins médicaux et de promouvoir la santé. Il a également souligné que le rôle des services de santé est de fournir des soins médicaux et de promouvoir la santé.

- (1) Le rôle des services de santé est de fournir des soins médicaux et de promouvoir la santé.
- (2) Le rôle des services de santé est de fournir des soins médicaux et de promouvoir la santé.
- (3) Le rôle des services de santé est de fournir des soins médicaux et de promouvoir la santé.

Le rôle des services de santé est de fournir des soins médicaux et de promouvoir la santé. Il a également souligné que le rôle des services de santé est de fournir des soins médicaux et de promouvoir la santé.

Divers organismes, publics ou privés, ont été créés pour fournir des soins médicaux et de promouvoir la santé. Il a également souligné que le rôle des services de santé est de fournir des soins médicaux et de promouvoir la santé.

L'objectif de ce rapport est de fournir des informations sur le rôle des services de santé. Il a également souligné que le rôle des services de santé est de fournir des soins médicaux et de promouvoir la santé.

Recommandations

Que les directives soient adaptées pour répondre aux besoins des patients et des familles. Il a également souligné que le rôle des services de santé est de fournir des soins médicaux et de promouvoir la santé.

NOTES

On ne peut évaluer les services offerts à ceux qui ont besoin de soins de santé sans mentionner le rôle des services de santé. Il a également souligné que le rôle des services de santé est de fournir des soins médicaux et de promouvoir la santé.

des ressources offertes pour qu'elles puissent rester dans leur propre logement, des services d'hébergement diurnes, de la facilité d'accès aux soins hospitaliers, notamment aux soins intensifs, prolongés ou aux services de réadaptation, et du rôle de l'hôpital psychiatrique de la province et de ses politiques.⁽¹⁾

En Colombie-Britannique⁽²⁾, les services d'hygiène mentale sont assurés au niveau local. On compte 24 centres d'hygiène mentale dans toute la province qui servent la localité où ils sont situés de même que d'autres localités grâce à des cliniques itinérantes. Ces services s'adressent à tous les groupes d'âge et permettent de s'attaquer à divers problèmes; particulièrement importants pour les personnes âgées sont les services de gériatrie et de consultation familiale. Les personnes vivant dans des régions éloignées doivent, pour obtenir ces services, se rendre dans un centre qui leur est indiqué. «Les services sanitaires locaux s'inquiètent de ce que les centres participent assez peu aux services offerts aux personnes âgées. D'autres programmes de la direction de la santé mentale, comme ceux des foyers d'accueil, des services internes et des ateliers protégés assurent des services permettant au patient qui a séjourné longtemps à l'hôpital de rentrer chez lui et tentent de réorienter le groupe des personnes âgées vers le centre local de soins sanitaires.»⁽³⁾

L'Alberta⁽⁴⁾ passe pour avoir probablement le nombre le plus élevé, per capita, d'hôpitaux auxiliaires et de lits en maison de garde; elle tente d'intégrer tous ces établissements en un réseau pour faciliter le transfert des patients de l'un à l'autre. La division des services de la santé mentale de cette province essaie de susciter la création de ce qu'elle appelle des «foyers approuvés», où le coût serait fonction de l'intensité des soins nécessaires. Le nombre de patients dans de tels foyers serait très restreints: trois personnes au plus, probablement. Dans certaines régions, des bénévoles appliquent des programmes dont le but est d'élever les patients des maisons de garde et des hôpitaux auxiliaires.

En Saskatchewan⁽⁵⁾, on signale une diminution remarquable du nombre de patients dans les hôpitaux psychiatriques; on en comptait 3,111 en janvier 1963 et 307 en janvier 1973. C'est là le résultat de la grande augmentation des services externes et des services offerts par les départements psychiatriques des hôpitaux généraux; on note en outre une augmentation très considérable des services suivis, les visites à domicile ayant passé d'un nombre infime en 1903 à environ 30,000 en 1973. On a largement recouru aux foyers approuvés pour remplacer l'hospitalisation à long terme.

Grâce au programme de foyers d'accueil de l'hôpital psychiatrique, au Manitoba⁽⁶⁾, 2,000 malades ont été placés dans leur milieu social depuis 1967.

En Ontario⁽⁷⁾, le sort des personnes âgées s'est amélioré, mais il est toujours difficile d'aider les vieillards à l'esprit

troublé qui n'ont pas de grands moyens financiers à obtenir certains services de protection, à moins qu'ils ne souffrent également d'une «maladie» physique qui justifie le financement de soins infirmiers à domicile à même les deniers publics. Un autre grand problème est celui du patient renvoyé d'un hôpital psychiatrique dans un foyer pour soins spéciaux. La diminution de services n'est pas profitable à tous.

Au Québec⁽⁸⁾, le projet de loi 65 a régionalisé les services pour que tous puissent avoir accès aux soins et a, par ailleurs, facilité la classification des patients des hôpitaux psychiatriques en deux catégories: ceux qui ont besoin de services médicaux et ceux qu'il faut simplement surveiller. Cette classification oriente les recherches sur les politiques à suivre pour aider ces personnes.

L'Île-du-Prince-Édouard⁽⁹⁾ ne dispose pas de moyens comparables pour aider ceux qui souffrent de graves maladies physiques ou mentales. On prévoit deux nouveaux établissements pour le soin des malades chroniques. Au cours des dix dernières années, ceux-ci ont été placés dans des foyers tout à fait satisfaisants pour le malade capable de participer à la vie de la collectivité. On trouve des améliorations et des problèmes analogues dans les autres provinces atlantiques⁽¹⁰⁾.

Un problème commun à la plupart des régions est le manque de personnel professionnel et formé pour le soin des malades mentaux et les personnes âgées à l'esprit troublé.

Recommandation 27

Que les autorités compétentes étudient, même dans le cas des maisons de garde, la place que doivent occuper et le rôle que doivent jouer les foyers pour vieillards, et qu'elles accordent une attention particulière à leur règlement d'admission actuel, à la possibilité d'assurer d'autres locaux dans des bâtiments semi-indépendants et protégés aux malades qui sont relativement assez valides, à la place qui revient aux programmes de réadaptation ou de «reprise d'activité», et à la sélection et à la formation soigneuse des effectifs.

SUITE DONNÉE

Le numéro de mars 1971 de «Vivre longtemps» (publication trimestrielle du Conseil canadien de développement social) signale l'évolution des politiques touchant les vieillards; le ministère des Affaires sociales créé récemment au Québec a annoncé un changement de politique qui leur permettrait de vivre chez eux plutôt que dans des institutions. En attendant les conclusions d'une étude des besoins dans ce domaine, les plans de 40 foyers sur 107 n'ont pas été approuvés. Par ailleurs, dans la livraison de juin 1971 du même périodique, il était question de quatre nouveaux foyers pour vieillards en Nouvelle-Écosse ainsi que de la construction de nouveaux foyers comportant environ 350 lits. Les tendances actuel-

(1) Association canadienne d'hygiène mentale. Lettre du 27 septembre 1973.

(2) Ibid.

(3) Social Planning and Review Council de la Colombie-Britannique. «A Study of Community Care for Seniors», décembre 1972, p. 35.

(4) Association canadienne d'hygiène mentale. Lettre du 27 septembre 1973.

(5) Ibid.

(6) Ibid.

(7) Ibid.

(8) Ibid.

(9) Ibid.

(10) Ibid.

(11) Conseil canadien de développement social, «Vivre longtemps», vol 9, n° 1, mars 1971, p. 9.

(12) Conseil canadien de développement social, «Vivre longtemps», vol. 8, n° 2, juin 1971.

Les travaux effectués pour l'année 1951 ont été...
Les travaux effectués pour l'année 1951 ont été...

Le Comité a examiné les propositions...
Le Comité a examiné les propositions...

Il a été décidé de...
Il a été décidé de...

Un programme...
Un programme...

Recommandations

Que les autorités...
Que les autorités...

SUITE DOWNY

Le Comité a...
Le Comité a...

Il est recommandé...
Il est recommandé...

Les travaux effectués pour l'année 1951 ont été...
Les travaux effectués pour l'année 1951 ont été...

Le Comité a examiné les propositions...
Le Comité a examiné les propositions...

Il a été décidé de...
Il a été décidé de...

Un programme...
Un programme...

Il est recommandé...
Il est recommandé...

Le Comité a...
Le Comité a...

- (1) ...
- (2) ...
- (3) ...
- (4) ...
- (5) ...
- (6) ...
- (7) ...
- (8) ...
- (9) ...
- (10) ...
- (11) ...
- (12) ...
- (13) ...
- (14) ...
- (15) ...
- (16) ...
- (17) ...

les indiquent que de plus en plus de personnes soignées autrefois dans des institutions sont ou seront soignées dans leur propre localité et à domicile. L'expansion des services communautaires exercera donc de nouvelles pressions et ajoutera un lourd fardeau qui était supporté autrement avant les années 70. On a exprimé le même point de vue au cours des séances d'étude lors de la conférence annuelle du Conseil canadien de développement social tenue à Ottawa en septembre 1973. L'important est d'aider les gens à garder leur indépendance en leur fournissant l'aide nécessaire pour qu'ils puissent vivre chez eux. A cette fin, on accroît les services de «cantines mobiles» et autres services bénévoles, mais les travailleurs sociaux de profession préféreraient que ces services s'insèrent dans le cadre d'un programme social de façon à éviter les lacunes inévitables lorsqu'il faut compter uniquement sur l'aide bénévole.

Dans son étude intitulée: «A Study of Community Care For Seniors», le Social Planning Review Council de la Colombie-Britannique signalait les lacunes des services fournis en matière de soins à domicile et personnalisés.⁽¹⁾ Un des grands problèmes, c'est que les soins personnalisés offerts à tous dans le secteur privé dépassent les moyens de ceux qui en ont besoin, surtout ceux qui ont un revenu et n'ont donc pas droit à des soins spéciaux.

En vertu de ce qu'on appelle un accord-cadre, l'Alberta prend à sa charge le coût de construction et d'équipement de foyers pour vieillards et de logements situés sur des terrains municipaux. Les projets sont exécutés par des fondations constituées en sociétés provinciales et comprenant des conseillers municipaux; les municipalités en acquittent les frais nets. La Direction des institutions et des foyers d'assistance publique du ministère du Développement social délivre les licences d'exploitation des foyers pour vieillards et infirmes et s'occupe de faire respecter les normes. La loi de 1972 intitulée: «The Senior Citizens Shelter Assistance Act» prévoit des subventions égales au montant des taxes scolaires provinciales payées par les propriétaires âgés de 65 ans et plus sur leur maison ou lorsqu'ils résident dans une «unité mobile admissible». Cette loi prévoit aussi le versement d'une subvention annuelle aux locataires âgés.⁽²⁾ L'Alberta a aussi annoncé en juillet 1973 un projet pilote sur les problèmes médicaux et l'utilisation des services médicaux par les personnes âgées de l'Alberta. Au cours de 1973, l'Université de l'Alberta a effectué dans les maisons de garde une étude sur la reprise d'activité des personnes âgées, en vue de déterminer l'efficacité des services intensifs, pluridisciplinaires de formation du personnel, à la réadaptation et des services consultatifs connexes.⁽³⁾

La Saskatchewan⁽⁴⁾ songe à se doter d'un comité chargé des admissions et des renvois pour tous les niveaux de soins dans une région donnée. Le ministère des Services sociaux encourage les programmes de reprise d'activité

et de réadaptation. En Saskatchewan, trois centres gériatriques provinciaux dispensent des soins spéciaux aux personnes âgées et infirmes. Deux de ces centres relèvent du ministère du Bien-être social et l'autre du South Saskatchewan Hospital Centre; de plus, on prodigue des soins aux personnes âgées et infirmes dans des centres municipaux, des foyers bénévoles et du secteur privé. Des subventions correspondant à 20 p. 100 des frais réels de construction sont disponibles pour les foyers où l'on dispense des soins spéciaux, notamment les maisons de garde, les maisons de soins surveillés ou protégés. De plus, une subvention annuelle d'entretien de \$12 par lit est versée à ces maisons.

La capacité totale (lits) pour les maisons dispensant des soins personnalisés et les foyers au Manitoba était de 6,230 en 1972, contre 2,900 en 1960.

Le passage ci-après du Livre blanc sur la politique de santé du Manitoba⁽⁵⁾ rend compte d'un problème qui se pose sans doute dans toutes les provinces en matière de formation du personnel chargé de dispenser les soins:

«Les programmes d'études des diverses catégories de travailleurs sont compartimentés. Il n'y a pas de progression d'un niveau à l'autre. Par exemple, l'aide-soignante diplômée qui désire étudier pour devenir infirmière ne trouve pas de cours lui permettant de parfaire les connaissances et l'expérience qu'elle possède déjà. De même, l'élève qui a suivi un cours d'aide sociale dans un collège et qui a ensuite pris de l'expérience ne peut pas aisément acquérir ce qui lui manque pour devenir assistante sociale . . . Rares sont les cours établis de telle sorte que les élèves commencent à travailler en équipe avec des camarades appartenant à d'autres catégories professionnelles.»

Le Manitoba poursuit des travaux de recherche dans le cadre d'un programme intitulé «Aging in Manitoba—Needs and Resources».

L'Ontario⁽⁶⁾ se dote des moyens permettant d'intégrer la planification des maisons de convalescence et des maisons de retraite, de manière à éviter d'une part les doubles emplois constatés dans les collectivités qui disposent d'équipements parallèles, et d'autre part les lacunes déplorées en certaines régions ne disposant ni de maisons de convalescence ni de maisons de retraite.

Depuis 1972, le ministère des services sociaux et communautaires de l'Ontario travaille, de concert avec l'Ontario Association of Homes for the Aged et autres organismes du genre, à l'élaboration d'une nouvelle politique de l'accès aux établissements sociaux, afin de limiter leur surcharge en recourant chaque fois que possible à des solutions qui se révèlent plus intéressantes, psychosocialement et à d'autres égards. Sont en voie d'élaboration des programmes d'action communautaire à distance, comme les maisons d'accueil, la distribution automobile de repas, les centres de jour, les soins-vacances et le logement en foyers semi-autonomes.

Dans leur rapport annuel 1972, les Community Care Services du Grand Toronto déclarent qu'en dépit de l'existence de certains services accessoires de soins, il reste encore beaucoup à faire pour combler les lacunes

(1) Social Planning and Review Council de la Colombie-Britannique. «A Study of Community Care for Seniors». Vancouver, 1972.

(2) Canada, Ministère de la Santé et du Bien-être social. «Les services de sécurité sociale et de bien-être social au Canada.» 1972.

(3) Bostrom, M. and K. Gough. «Geriatric Reactivation Study», Edmonton, Université de l'Alberta, École de médecine physiothérapeutique, 1972.

(4) Saskatchewan, Ministère de la Santé publique. Lettre du 12 septembre 1973.

(5) Manitoba, Ministère de la Santé et du Développement social, Livre blanc sur la politique de santé, Winnipeg 1972.

(6) Ontario, Ministère des Services sociaux et communautaires, Lettre du 28 novembre 1973.

et de l'adoption de l'acte de l'Assemblée nationale, les pouvoirs de l'Assemblée nationale sont exercés par le président de la République, le premier ministre et les ministres. L'Assemblée nationale est composée de députés élus pour une durée de cinq ans. Les députés sont élus dans des circonscriptions électorales. Le président de la République est élu pour une durée de cinq ans. Le premier ministre est nommé par le président de la République. Les ministres sont nommés par le premier ministre.

Le système politique du Canada est une monarchie constitutionnelle. Le roi du Canada est le chef de l'État. Le premier ministre est le chef du gouvernement. Le système judiciaire est indépendant du pouvoir exécutif. Le Canada est une démocratie parlementaire.

Le Canada est un pays multiculturel. La langue officielle est l'anglais et le français. Le Canada est un pays multiracial. Le Canada est un pays démocratique. Le Canada est un pays libre.

Le Canada est un pays riche. Le Canada est un pays développé. Le Canada est un pays prospère. Le Canada est un pays moderne.

Le Canada est un pays innovateur. Le Canada est un pays créatif. Le Canada est un pays dynamique.

Le Canada est un pays accueillant. Le Canada est un pays ouvert. Le Canada est un pays inclusif.

Le Canada est un pays sûr. Le Canada est un pays stable. Le Canada est un pays sûr.

Le Canada est un pays sûr. Le Canada est un pays sûr. Le Canada est un pays sûr.

Le Canada est un pays sûr. Le Canada est un pays sûr. Le Canada est un pays sûr.

- (1) Le Canada est un pays sûr.
- (2) Le Canada est un pays sûr.
- (3) Le Canada est un pays sûr.
- (4) Le Canada est un pays sûr.
- (5) Le Canada est un pays sûr.

qui existent dans les services sanitaires et sociaux. On y lit: «C'est grâce à l'action d'organismes locaux qu'on espère y réussir».

Au Québec⁽⁴⁾, la loi des foyers pour couples âgés autorise le gouvernement à construire et à entretenir des maisons d'accueil pour couples âgés et à conclure des ententes (portant notamment sur l'octroi de subventions) avec des personnes, sociétés ou corporations, publiques ou privées, pour leur établissement, leur entretien et leur administration. En novembre 1973, le Québec a adopté une politique socio-sanitaire suivant laquelle les demandes de soins à domicile seront contrôlées de façon que les vieillards soient dirigés, si nécessaire sur les centres de traitement qui conviennent, mais encouragés dans les autres cas à demeurer chez eux tout en recevant l'assistance des services.

Au Nouveau-Brunswick⁽⁵⁾, le ministère de la Santé a étudié le rôle et la fonction des maisons de retraite: «A Study of Extended Care for the Aged, Chronically Ill and Disabled in the Province of New Brunswick». De nombreuses maisons de convalescence construisent actuellement des chambres pour personnes relativement bien portantes, tout en procédant à des activités de recyclage et à la formation de personnel.

En Nouvelle-Écosse⁽⁶⁾, tous les placements en maisons de soins spéciaux sont décidés par un comité provincial de classement. Ce comité a pour principale fonction d'étudier toutes entrées dans les foyers de soins spéciaux et de vérifier périodiquement les dossiers des malades dont l'état physique ou mental peut avoir évolué. Les établissements privés d'accueil des vieillards sont visités par la division d'assistance publique et se voient attribuer des permis au titre du Board Home Act. Des consultations sont fournies en matière de dotation budgétaire, de personnel et d'entretien. Le ministère de la Santé donne de l'information en matière de diététique et d'alimentation, pour les malades de tous les foyers, et donne en outre l'information technique, médicale et infirmière aux foyers qui reçoivent des personnes âgées. Sont classées maisons de soins spéciaux les maisons agréées de convalescence, les pensions agréées, les maisons de retraite et les foyers pour vieillards. Chaque foyer tenu par une municipalité doit être visité au moins quatre fois l'an par un comité obligatoirement constitué, qui présente ensuite son rapport au conseil municipal. Le rapport est également communiqué au ministère du Bien-être social.

Le premier rapport du Council of Health de Nouvelle-Écosse⁽⁶⁾ (février 1973) prônait une «conception moderne des soins», définissant divers degrés de soins allant du traitement actif à la surveillance individuelle des personnes qui, sans être malades, ont besoin d'être assistées. On y insistait surtout sur les soins non hospitaliers.

Dans son rapport annuel de 1973, le ministère terre-neuvien des Services sociaux et de la Réadaptation déclare qu'il existe un besoin pressant de lits en maison de

convalescence⁽⁷⁾. Parmi les personnes qui demandent à y être admises depuis quelques années, le pourcentage de celles qui peuvent marcher est en baisse continue. Dans le cours de l'exercice écoulé, la construction de cinq foyers nouveaux a été autorisée. Vingt-cinq pour cent des lits de chacun de ces établissements sont assortis de soins infirmiers.

L'étude qui a été faite des logements pour personnes âgées édifiés sous l'égide de la LNH—«Plus qu'un gîte»—concluait à la nécessité d'une meilleure coordination entre le logement du type étudié et les autres habitations, (foyers adoptifs, les maisons de soins moyens et de soins spéciaux, etc.) afin d'établir une progression dans les soins à donner aux personnes âgées.

Recommandation 29

Qu'un régime de services de santé universel et pan-canadien, sur le modèle proposé par la Commission royale d'enquête sur les services de santé, soit établi afin d'assurer une gamme complète de services comprenant les soins médicaux, infirmiers, dentaires et à domicile, les médicaments et les appareils de prothèse; et que, si l'implantation du régime doit se faire par étapes, les vieillards, comme les enfants, bénéficient de la priorité.

SUITE DONNÉE

La portée du régime d'assurance-maladie créé aux termes de la loi sur les soins médicaux diffère un peu d'une province à l'autre mais la base est la même dans le Canada tout entier. Les soins dentaires courants et les médicaments ne sont pas couverts par l'assurance-maladie pour les malades externes. Les assistés sociaux reçoivent les médicaments nécessaires.

Il existe un programme pan-canadien pour les soins infirmiers, les médicaments ou les appareils de prothèse.

L'Alberta⁽⁶⁾ est la seule province à avoir un programme de soins dentaires à l'intention des vieillards. Le Conseil des soins de santé de l'Association dentaire du Canada a annoncé à sa réunion de mars 1974 qu'en Alberta, les personnes âgées de plus de 65 ans et les personnes à leur charge auront droit aux services dentaires pour un montant maximum de \$1,000 par période de deux années consécutives. Le gouvernement provincial paiera 90 p. 100 des frais dentaires jusqu'au 30 juin 1974 et 95 p. 100 du 1^{er} juillet 1974 au 31 décembre 1975⁽⁷⁾.

Recommandation 30

Que le régime complet susmentionné soit principalement, sinon entièrement, financé par l'impôt afin que les primes, le cas échéant, soient réduites au minimum et que la justification des ressources, que nous rejetons absolument, soit rendue inutile.

(1) Canada. Santé et Bien-être social Canada, Les services de

sécurité sociale et de bien-être social au Canada, 1972, p. 52.

(2) Nouveau-Brunswick. Ministère de la Santé, lettre du 17 août 1973.

(3) Nouvelle-Écosse. Ministère du Bien-être, rapport annuel 1971-1972, p. 55.

(4) Nouvelle-Écosse. Concil of Health, "Health Care in Nova Scotia, A New Direction for the Seventies", Halifax 1973, 187 pages.

(5) Terre-Neuve. Ministère des Services sociaux et de la Réadaptation, rapport annuel 1973, Saint-Jean, Terre-Neuve, p. 49.

(6) Canada. Santé et bien-être social Canada, Hygiène dentaire. Communication téléphonique du 28 mars 1974.

(7) Journal de l'Association dentaire du Canada, vol. 40, n° 3, 1974, p. 186.

SUITE DONNÉE

En vertu du Régime d'assurance-maladie créé aux termes de la loi sur les soins médicaux, le gouvernement fédéral verse aux provinces qui appliquent un régime d'assurance-maladie répondant à certains critères minima 50 p. cent de la moyenne nationale des frais des services assurés. Les résidents de 65 ans et plus ne cotisent au régime que dans les provinces du Québec et de la Colombie-Britannique. Au Québec, les cotisants sont fixés d'après le revenu imposable. En Colombie-Britannique, les économiquement faibles peuvent recevoir une subvention allant jusqu'à 90 p. 100. En Ontario, il faut avoir résidé un an dans la province pour être dispensé des cotisations. En Ontario comme au Manitoba, les cotisations de la cellule familiale sont supprimées lorsqu'un des conjoints atteint l'âge de 65 ans⁽¹⁾.

La pénurie de personnel spécialisé intéressé et ayant reçu une formation dans ce domaine, comme les médecins, les infirmières, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les orthésistes, les prothésistes, les travailleurs sociaux et les podologues, constitue un gros obstacle à la prestation de services de santé aux personnes âgées.

Recommandation 31

- a) Que les écoles professionnelles qui forment les effectifs des spécialités susmentionnées mettent davantage l'accent dans leur programme d'études sur les aspects d'ordre médical, social et économique du vieillissement,
- b) Que des subventions accordées en vertu des programmes fédéraux de formation de praticiens de la santé et du bien-être social servent à augmenter l'effectif des travailleurs aptes à exercer leur activité dans le domaine de la vieillesse, et
- c) Que des programmes destinés à amener les diverses professions susmentionnées à s'intéresser davantage à la gérontologie soient établis par les sociétés professionnelles en cause sous la forme de cours de perfectionnement post-universitaires, de conférences et de journées d'études et au moyen de revues professionnelles.

SUITE DONNÉE

A quelques exceptions près, les écoles de Service social⁽²⁾ déclarent avoir offert un cours facultatif de gériatrie, mais que le nombre d'étudiants intéressés était trop peu élevé pour justifier le maintien de ce cours.

On a également annoncé la tenue de colloques facultatifs dans ce domaine, mais en vain. Le gouvernement fédéral ou les associations professionnelles n'offrent aucune sub-

vention directe pour promouvoir l'étude de la gériatrie dans les écoles de Service social. En général, les directeurs trouvent que l'on insiste de plus en plus sur certains aspects du vieillissement, surtout dans le domaine de la planification et de la politique sociales.

Des écoles de Service social de l'Ontario font des recherches dans le domaine de la gérontologie. L'école de Service social de l'Université de Toronto⁽³⁾ a trois professeurs qui étudient la question chacun de leur côté. Ainsi, M. Nathan Markus a consacré son congé sabbatique à poursuivre ses recherches dans le domaine de la gérontologie. Santé et Bien-être social Canada l'a aidé dans ses recherches. Deux autres professeurs ont étudié activement les problèmes du logement et de la sécurité du revenu des personnes âgées. De meilleures possibilités d'études sur place sont offertes aux étudiants des écoles de Service social et cette année, un plus grand nombre d'étudiants ont été placés dans des établissements et ont participé à des programmes s'adressant aux personnes âgées.

Du point de vue statistique, les progrès sont faibles: sur les 398 thèses de maîtrise en service social faites à l'école de Service social de Toronto de 1942 à 1962, treize seulement portent sur la vieillesse; entre 1963 et 1973, 18 des 440 thèses de maîtrise en service social seulement étaient consacrées à la gérontologie. En outre, sur 44 rapports de recherches de groupe, 3 seulement portaient sur les vieillards. De 1966 à 1973, 729 maîtrises en Service social ont été décernées par l'Université de Toronto, soit une moyenne de 104 diplômés par année. On estime que de 5 à 8 p. 100 de ces derniers œuvrent dans le domaine de la gérontologie. Il est donc évident que peu d'étudiants et de diplômés en Service social se sont orientés vers la recherche ou l'exercice de leur profession dans le domaine de la gérontologie.

L'école de Service social de l'Université de Windsor⁽⁴⁾ offre un demi-cours optionnel (services de gérontologie) en quatrième année et un demi-cours optionnel aux étudiants de dernière année sur les initiatives en gérontologie. Deux thèses sur la gérontologie ont été présentées depuis deux ans dans cette école. En outre, celle-ci organise des stages pratiques pour des élèves de quatrième et de cinquième année dans un milieu où ils sont directement en contact avec des personnes âgées.

L'Université Wilfrid Laurier⁽⁵⁾ s'efforce d'intéresser de plus en plus les élèves aux problèmes de la vieillesse dans ses leçons cliniques et ses cours de politique sociale. Un programme universitaire de préparation à la retraite, lancé par les services éducatifs, a été couronné de succès.

L'école de Service social de l'Université de Calgary⁽⁶⁾ nous apprend que deux de ses diplômés du cours de maîtrise s'intéressent particulièrement à la gériatrie. L'insuffisance de fonds et la pénurie de personnel pour la surveillance des étudiants qui travaillent sur place posent un grave problème.

- (1) Canada. Santé et bien-être Canada, Division de l'assurance médicale. Communication téléphonique du 28 mars 1974.
- (2) Les dix écoles de Service social suivantes ont répondu:
Université de Toronto (Ontario)
Université de Windsor (Ontario)
Université Memorial, Saint-Jean (Terre-Neuve)
Université de la Saskatchewan, Regina
Université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse)
Université de Calgary (Alberta)
Université Carleton, Ottawa (Ontario)
Université McGill, Montréal (Québec)
Université Wilfrid Laurier, Waterloo (Ontario)
Université de la Colombie-Britannique, Vancouver

- (3) Université de Toronto, École de Service social. Lettre du 24 octobre 1973.
- (4) Université de Windsor, École de Service social. Lettre du 20 août 1973.
- (5) Université Wilfrid Laurier, École de Service social. Lettre du 30 août 1973.
- (6) Université de Calgary, École de Service social. Lettre du 9 octobre 1973.

Bien que la plupart des facultés de médecine au Canada n'aient pas encore organisé de cours portant essentiellement sur la gériatrie, bon nombre d'entre elles se proposent de traiter de certains aspects de cette science dans leur programme de cours ou de médecine clinique⁽¹⁾. Ainsi la nouvelle faculté de médecine de l'Université de Calgary⁽²⁾, projette de fournir des renseignements sur les exigences des vieillards en matière de santé, dans son programme de formation des internes en médecine générale. A la Faculté de médecine de l'Université de la Colombie-Britannique⁽³⁾, on songe à fonder un service de gériatrie. Les étudiants de la Faculté de médecine physiothérapeutique suivent des cours sur les problèmes de réadaptation du vieil âge. L'école d'infirmières offre également un cours théorique sur les soins à donner aux vieillards. L'hôpital de Shaughnessy, dont les programmes de gériatrie sont en place depuis quelque temps déjà, deviendra le centre d'un enseignement mieux organisé de la gériatrie.

La Faculté de médecine de l'Université de Western Ontario⁽⁴⁾ a institué un comité spécial de la gériatrie, qui tâche d'envisager des moyens de donner plus d'importance à la gériatrie dans le programme préparatoire à la médecine. Le programme d'éducation permanente a également assuré une journée de recyclage en gériatrie, le 10 avril 1974.

La Faculté de médecine de l'Université de l'Alberta⁽⁵⁾ a assuré l'accès à des programmes facultatifs de gériatrie. En 1970, la Direction de l'enseignement médical permanent organisait un colloque sur la gériatrie et l'on comptait sur l'assistance d'une vingtaine de médecins. En fait, il n'y en eut que neuf, en plus des 44 infirmières. Une nouvelle tentative eut lieu en avril 1974. De l'avis général, on n'a pas réussi à intéresser suffisamment les futurs diplômés aux problèmes des vieillards, sur le plan médical, pour les inciter à se consacrer entièrement à la gériatrie.

Des progrès considérables ont été accomplis à l'Université du Manitoba⁽⁶⁾ où, dès 1968, le comité de révision des programmes avait recommandé de 12 à 15 heures de cours de gériatrie dans le programme de base des étudiants en médecine. Les étudiants de deuxième année ont actuellement 12 heures de cours dans ce domaine. En janvier 1972, les autorités de l'hôpital Deer Lodge instituaient une unité d'enseignement clinique en gériatrie pour les étudiants en médecine de troisième année, ainsi

que ceux d'autres disciplines, par exemple les sciences infirmières, la physiothérapie, l'ergothérapie et le développement des ressources. Aux yeux du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, un stage de 12 mois dans une unité d'enseignement clinique en gériatrie est considéré comme une formation suffisante. Mais la formation professionnelle sur le plan médical se trouve quelque peu entravée du fait de l'absence d'une école de spécialisation en gériatrie au Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Un cours facultatif de spécialisation est également à la disposition des étudiants de troisième année.

En 1967, l'Université Queen's⁽⁷⁾ instituait une faculté d'ergothérapie, où déjà trois promotions d'élèves ont été diplômées en physiothérapie et en ergothérapie. Même si la gériatrie ne fait pas l'objet de cours particuliers, la médecine physiothérapeutique, qui joue un rôle important de nos jours dans les soins destinés aux vieillards, est devenu un département distinct de la Faculté de médecine de l'Université Queen's. Une Direction de la gériatrie est en voie d'établissement à la Faculté de médecine de l'université; elle offrira parallèlement une formation clinique à l'hôpital de St. Mary's on the Lake, à Kingston, affilié à l'université.

Un programme de formation des internes en médecine physiothérapeutique a été institué à la faculté de médecine et bon nombre de cours d'enseignement supérieur et d'enseignement médical permanent sont offerts depuis quelques années dans le domaine de la médecine physiothérapeutique et de la gériatrie. Au moins un des derniers diplômés de l'Université Queen's s'est orienté vers la physiothérapie des vieillards.

Le Département de la médecine communautaire de l'Université Queen's poursuit également une étude sur les services de soins gériatriques.

Une importante étude sur l'épidémiologie des maladies psychiatriques chez les personnes âgées est présentement en cours à l'Institut Clarke, au sein de l'Institut des sciences de la médecine de l'Université de Toronto⁽⁸⁾. Plusieurs départements de la Faculté de médecine font des recherches sur diverses façons de résoudre les problèmes cernés par le comité sénatorial:

Le département de la science du comportement.

Le département d'obstétrique et de gynécologie—deux membres du personnel enseignant s'intéressent spécialement à la gynécologie chez les personnes âgées, outre les cours au niveau du baccalauréat et au niveau supérieur portant sur les problèmes du vieillissement chez la femme.

Le département d'ophtalmologie—on y effectue des études spéciales portant sur l'«électrorétinogramme et la dégénérescence pigmentaire chez les personnes âgées». On a à cet égard mis sur pied un service d'examen de la vue à l'Hôpital général de Toronto afin de dépister les premiers signes de déficiences fonctionnelles chez les personnes âgées.

Le département de pharmacologie—il y existe un poste à temps partiel de pharmacologue clinicien possédant une expérience spéciale en gériatrie.

(1) Une réponse a été reçue des neuf facultés de médecine suivantes:

Université de Calgary (Alberta)
Université de la Colombie-Britannique, Vancouver
Université de Western Ontario, London
Université de l'Alberta, Edmonton
Université du Manitoba, Winnipeg
Université Queen's, Kingston (Ontario)
Université de Toronto (Ontario)
Université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse)
Université McGill, Montréal (Québec)

(2) Université de Calgary, Faculté de médecine. Lettre du 14 août 1973.

(3) Université de la Colombie-Britannique, Faculté de médecine. Lettre du 20 août 1973.

(4) Université de Western Ontario, Faculté de médecine. Lettre du 18 septembre 1973.

(5) Université de l'Alberta, Faculté de médecine. Lettre du 18 septembre 1973.

(6) Université du Manitoba, unité d'enseignement clinique en gériatrie. Lettre du 16 octobre 1973.

(7) Université Queen's, Département de la médecine physiothérapeutique. Lettre du 2 octobre 1973.

(8) Université de Toronto, Faculté de médecine. Lettre du 23 novembre 1973.

Les programmes de formation des médecins en Ontario... (text continues)

Le Département de la Santé et des Services Sociaux... (text continues)

Le Département de la Santé et des Services Sociaux... (text continues)

Le Département de la Santé et des Services Sociaux... (text continues)

Le Département de la Santé et des Services Sociaux... (text continues)

Le Département de la Santé et des Services Sociaux... (text continues)

Les programmes de formation des médecins en Ontario... (text continues)

Le Faculté de médecine de l'Université de Western Ontario... (text continues)

Le Faculté de médecine de l'Université de Western Ontario... (text continues)

Le Faculté de médecine de l'Université de Western Ontario... (text continues)

- (1) Université de Western Ontario... (2) Université de Western Ontario... (3) Université de Western Ontario... (4) Université de Western Ontario... (5) Université de Western Ontario... (6) Université de Western Ontario... (7) Université de Western Ontario... (8) Université de Western Ontario... (9) Université de Western Ontario... (10) Université de Western Ontario...

Le département de médecine préventive—un spécialiste en gérontologie y a constitué un groupe d'étude sur l'enseignement de la gériatrie au sein de l'école de médecine.

Bien que l'on note une activité considérable en ce domaine à l'Université de Toronto, le doyen de médecine a déclaré qu'il est difficile d'évaluer l'effet de ces programmes en fonction des récents diplômés qui se sont spécialisés dans les soins aux personnes âgées, étant donné que la gériatrie ne constitue en soi pas une discipline appartenant à une catégorie distincte. Le Canada compte au plus 25 gérontologues⁽¹⁾.

Bien que les facultés de médecine et les écoles de Service social n'aient pas bénéficié de subvention fédérale aux fins d'études en gériatrie, la section Bien-être social du ministère fédéral de la Santé nationale et du Bien-être social nous a fourni les renseignements suivants au sujet des services de bien-être offerts à l'ensemble de la population.

Les dispositions du Régime d'assistance publique du Canada de 1966 et le programme de subventions nationales au bien-être social favorisent la formation d'un nombre accru de travailleurs sociaux et le perfectionnement de leurs compétences. Les fonds ne sont pas attribués à un secteur particulier du bien-être social mais en fonction des besoins.

Aux termes du Régime d'assistance publique du Canada, le gouvernement fédéral participe à raison de 50 p. 100 aux dépenses subies par les provinces pour étendre et améliorer les services de bien-être depuis l'année de base 1964-1965. Le partage des frais s'applique notamment aux dépenses relatives à la participation à des conférences et à des colloques dont les sujets ont un rapport direct avec la planification, le développement ou la prestation de services de bien-être social. Dans le domaine de la formation, le gouvernement fédéral participe notamment aux frais des programmes de formation en cours d'emploi, y compris les honoraires des instructeurs engagés à cette fin, et aux frais de scolarité des employés qui suivent un cours régulier de formation à plein temps ou à temps partiel. Le principal objectif de ces dispositions est de promouvoir le perfectionnement des compétences en service social du personnel chargé de dispenser des services de bien-être social. La formation dans d'autres disciplines peut être subventionnée s'il ne fait aucun doute que les compétences ainsi acquises serviront de façon permanente à la prestation de services de bien-être social. Ces dispositions s'appliquent, non seulement à la formation au niveau supérieur, mais également à la formation technique en service social. La formation universitaire à plein temps au niveau du baccalauréat est toutefois exclue puisque d'autres accords s'y appliquent de façon plus appropriée.

Le programme de subventions nationales au bien-être social fournit des fonds aux fins de l'utilisation et du perfectionnement de la main-d'œuvre, et notamment des subventions aux écoles de Service social aux fins d'enseignement et de formation sur place ainsi que des bourses d'étude et des bourses universitaires de recherche dans le domaine du bien-être à des étudiants qui cherchent à

acquérir une formation plus poussée dans le domaine du bien-être social⁽²⁾.

Les cours de formation de base en sciences infirmières n'ont pas de contenu spécialement axé sur la gériatrie étant donné que les infirmières doivent être formées pour s'occuper de cas généraux. Là où une spécialité est requise pour travailler en service privé, en urologie, etc., la compétence dans le domaine choisi est acquise grâce à des cours spéciaux conduisant à un certificat ou grâce à une formation en cours d'emploi. Si une infirmière souhaitait se spécialiser en gériatrie, on lui conseillerait de faire une demande d'emploi auprès d'une institution réputée pour son excellence en ce domaine. On peut acquérir une autre formation grâce à des «séminaires» dont la durée peut aller de trois jours à trois semaines. D'après les renseignements dont nous disposons, il n'existe pas de «cours conduisant à un certificat» en gériatrie. Les diplômées en sciences infirmières peuvent cependant chercher à obtenir une maîtrise dans une spécialité qui pourrait être la gériatrie⁽³⁾.

Les collègues communautaires de l'Ontario qui offrent actuellement des cours préparant à la profession d'infirmière sont affiliés à des foyers pour personnes âgées qui deviennent ainsi des centres où leurs élèves peuvent acquérir une expérience pratique. Par exemple, le Collège Algonquin d'Ottawa envoie ses élèves dans six de ces foyers qui les accueillent à raison de deux jours par semaine pendant une période d'environ quatre mois.

Recommandation 32

Que des rouages soient établis à l'échelon local afin d'assurer une planification et une action coopérative entre les services municipaux de santé et de bien-être social et entre ces derniers et les autres services municipaux ainsi que les divers organismes bénévoles et professionnels de la collectivité qu'intéresse la santé des vieillards.

SUITE DONNÉE

Dans son rapport intitulé «A Study of Community Care for Seniors», publié en décembre 1972, le Social Planning and Review Council de la Colombie-Britannique⁽⁴⁾ a commenté le manque d'institutions et de programmes à l'intention des personnes âgées de cette province. Il a signalé particulièrement le manque de coordination dans les services communautaires: régions où il y a chevauchement ou absence de services; manque d'uniformité dans le financement ou les coûts des services; manque d'uniformité dans les unités géographiques pour la planification et l'administration des services; manque de communication entre les ministères gouvernementaux, entre les organismes communautaires (publics, privés et institutionnels), entre les professionnels.

L'étude de l'Alberta (Medical Problems and the Use of Medical Services Among Senior Citizens in Alberta, April 1973) a recommandé qu'à l'échelon local à Edmonton le Social Service Advisory Committee soit un coordonnateur ferme, agissant au nom de tous les ser-

- (2) Santé et Bien-être social Canada. Lettre du sous-ministre chargé du Bien-être social, en date du 12 février 1974.
- (3) Association des infirmières canadiennes, Ottawa. Communication téléphonique le 10 avril 1974.
- (4) Social Planning and Review Council de la Colombie-Britannique, «A Study of Community Care for Seniors», Vancouver, 1972.

(1) Conseil canadien de développement social «Vivre longtemps», 2 juin 1973.

vices municipaux en liaison plus étroite avec les divers organismes privés de la ville. Le rapport fait mention de programmes destinés aux personnes âgées et parrainés par les PIL ainsi que par Perspectives-Jeunesse et signale que les efforts occasionnels ne sont pas suffisants pour les programmes de base. «Il faut toujours renforcer et/ou élaborer des programmes partout sur la santé ou des domaines connexes dans le contexte du plan d'ensemble...»⁽¹⁾

Dans son rapport au gouvernement de la Saskatchewan, la Senior Citizen's Commission a recommandé que le gouvernement provincial établisse une Agence dans le cadre de nouveaux programmes pour les personnes âgées de la Saskatchewan⁽²⁾. Cette agence se composerait d'un conseil provincial, de conseils régionaux et d'un conseil local assurant la collaboration dans la planification. Le rapport expose les buts et les fins de chaque conseil.

On exprimait une opinion semblable dans le Livre blanc sur la politique de santé du Manitoba, de juillet 1972. «Si la force des services publics de santé au Manitoba repose sur leur structure interne, leur faiblesse réside dans leurs rapports avec d'autres services. Dans presque toutes les régions de la province, les hygiénistes s'acquittent de leurs fonctions bien indépendamment de l'hôpital et des médecins de la localité. Il n'existe aucune intégration officielle.»

Le service de la gérontologie du Conseil du bien-être de l'Ontario a soumis en février 1971 son rapport du comité des aides à la santé⁽³⁾. Il a envisagé la création d'un service d'orientation et d'évaluation initiale aux endroits où les personnes âgées ont tendance à se réunir, comme les centres des personnes âgées, les habitations destinées aux personnes âgées, les associations de personnes âgées; ce serait un moyen d'assurer un lien efficace entre les divers services à l'intention des personnes âgées. Il a appuyé la recommandation du comité spécial sur la gérontologie, soit que la province subventionne l'établissement de services d'information et d'orientation à l'intention des personnes âgées, de toutes les collectivités, en faisant appel aux conseils locaux de bien-être, aux bureaux régionaux de bien-être, aux services ou aux unités sanitaires ainsi qu'à d'autres organismes compétents. Une étude de la société Public Policy Concern pour le compte d'Information Canada en mars 1971 a recommandé que le gouvernement canadien ait pour objectif durant les années 1970 de seconder les efforts du public en vue de créer des centres communautaires d'information, c'est-à-dire un système réciproque d'information et d'expression centré sur la personne. En 1970, l'Ontario a lancé un projet de centre d'information communautaire pour étudier sur place la contribution du gouvernement à de telles initiatives. On a recommandé entre autres que des centres spécialisés comme les centres d'information pour les personnes âgées, re-

çoivent l'aide des ministères gouvernementaux compétents.

La politique proposée au Québec⁽⁴⁾ (novembre 1973) met l'accent sur la décentralisation et l'établissement de centres régionaux qui détermineront les besoins de l'individu.

En février 1973, le ministre de la Santé publique de la Nouvelle-Écosse a publié le premier rapport du Conseil de la santé de cette province. On a demandé au conseil d'étudier les services de santé de la Nouvelle-Écosse et de recommander un programme qui permettrait d'améliorer l'administration des soins de santé. On recommande, dans le rapport, une restructuration complète de l'administration des services de santé réservés aux particuliers, qui mettrait l'accent sur les conseils d'administration au niveau local. Ces conseils locaux seraient chargés de l'administration de tous les services de santé de la région et seraient en mesure d'intégrer les services de santé aux autres services sociaux. On a également proposé l'institution de conseils régionaux, composés de représentants des conseils locaux. Ils seconderaient la planification conjointe entre les collectivités dans des régions données et mettraient au point et appliqueraient des programmes coopératifs. La nouvelle organisation vise à favoriser l'établissement de soins médicaux selon une formule nouvelle et plus souple, mettant l'accent sur des programmes de traitement au niveau local, où l'on s'occuperait surtout d'améliorer les soins à domicile, les soins aux malades sur pied et de montrer l'importance de la médecine préventive⁽⁵⁾.

Une vaste enquête sur l'ensemble des services de santé et des services sociaux connexes s'effectue actuellement dans l'Île-du-Prince-Édouard⁽⁶⁾. Le Nouveau-Brunswick⁽⁷⁾ a institué un comité interministériel sur les soins à l'intention des vieillards. Il n'a pas encore présenté de rapport définitif, mais il le fera sans doute d'ici quelques mois.

Recommandation 33

Que les ministères provinciaux de la santé établissent des divisions spéciales qui s'occuperont des problèmes de santé des vieillards et qu'il y ait liaison permanente entre ces divisions et des divisions correspondantes des ministères du bien-être social afin qu'elles avisent ensemble à des questions d'intérêt mutuel (service de réadaptation, soin des vieillards dans les institutions, programmes de soins à domicile organisés, etc.).

SUITE DONNÉE

On a insisté sur la nécessité d'établir des sections spéciales en fonction des groupes d'âge au sein des ministères de la santé. On semble mettre un accent de plus en plus prononcé sur les programmes de santé pour l'ensemble de la population.

(1) Snider, "Medical Problems and the Use of Medical Services Among Senior Citizens in Alberta: a Pilot Project" Edmonton, Medical Services Research Foundation de l'Alberta, 1973.

(2) Saskatchewan, Department of Social Services, "If you feel . . . Change is possible", Report by the Senior Citizen's Commission, Regina, 1974, p. 64.

(3) Ontario Welfare Council Section on Aging. Report of the Health Aids Committee. Février 1971, p. 7.

(4) Ouellet, Aubert, «Politique du Ministère des Affaires sociales relative à l'hébergement des personnes âgées». Symposium sur la gérontologie, Hôpital Notre-Dame de la Merci, Montréal, 17 novembre 1973.

(5) Canadian Medical Journal. Le 3 mars 1973. Rapport spécial, vol. 108, n° 5.

(6) Île-du-Prince-Édouard. Ministère de la Santé. Lettre du 28 août 1973.

(7) Nouveau-Brunswick, Ministère de la Santé. Lettre du 17 août 1973.

...des ...

(1) ... (2) ... (3) ...

Le ministère de la Santé et du Développement social de l'Alberta ne comporte pas de section spéciale, bien que cette province compte d'autres organismes institués en fonction de groupes d'âge comme le ministère de la Culture, de la Jeunesse et des Loisirs⁽⁹⁾.

Un rapport récent de la Commission sur les personnes âgées de la Saskatchewan⁽⁹⁾, recommandait que les services aux personnes âgées offerts par les ministères de la Santé publique et des Services sociaux soient intégrés officiellement au sein d'un organisme spécial.

Le ministère de la Santé et du Développement social de la province du Manitoba⁽⁹⁾ a créé en 1972 une division axée sur les personnes âgées sous la direction d'un travailleur social.

En Ontario⁽⁹⁾, on ne prévoit pas dans l'organigramme officiel du ministère de la Santé l'existence de directions spéciales s'occupant des diverses classes d'âge de la population et plus particulièrement des problèmes de santé des personnes âgées.

Au Nouveau-Brunswick⁽⁹⁾, on a nommé récemment un conseiller en soins prolongés, chargé d'offrir des services consultatifs à toutes les divisions de la Santé. Il existe également un comité interministériel des soins aux personnes âgées.

Bien que de nombreux services soient offerts aux personnes âgées, on n'a pas jugé nécessaire de créer un ministère distinct qui coordonne ces services en Nouvelle-Écosse⁽⁹⁾ ni à Terre-Neuve⁽⁹⁾. A l'Île-du-Prince-Édouard⁽⁹⁾, il existe une division de la Gérontologie au ministère des Services sociaux mais pas au ministère de la Santé.

Recommandation 36

Que les données relatives aux vieillards fournies par les régimes provinciaux d'assurance sanitaire et hospitalière soient plus pleinement analysées, étudiées et communiquées.

SUITE DONNÉE

Les employés de Statistique Canada coordonnent les renseignements fournis par les provinces. Ils ne les analysent pas par classe d'âge.

Depuis 1969, dans la publication annuelle sur les départs des hôpitaux, la catégorie d'âge de 65 ans et plus est divisée en 65 à 74 ans et 75 ans⁽⁹⁾.

Recommandation 37

Que la statistique relative à la santé des vieillards, couramment établie par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et le Bureau fédéral de

- (1) Earle: "Medical Problems and the Use of Medical Services Among Senior Citizens in Alberta: A Pilot Project", Edmonton, Medical Services Research Foundation de l'Alberta, 1973, p. v.
- (2) Ministère des Services sociaux de la Saskatchewan: "If you feel . . . Change is possible", Regina, 1974, p. 64.
- (3) Ministère de la Santé et du Développement social du Manitoba. Lettre du 2 décembre 1973.
- (4) Ontario. Ministère des Services sociaux et communautaires. Lettre du 28 novembre 1973.
- (5) Nouveau-Brunswick. Ministère de la Santé. Lettre du 31 août 1973.
- (6) Nouvelle-Écosse. Ministère de la Santé publique. Lettre du 29 octobre 1973.
- (7) Terre-Neuve. Ministère de la Santé. Lettre du 10 août 1973.
- (8) Île-du-Prince-Édouard. Ministère de la Santé. Lettre du 31 août 1973.
- (9) Canada. Statistique Canada. Lettre du 24 août 1973.

la statistique, soit périodiquement revue afin de l'amplifier et de l'améliorer, et qu'on s'applique particulièrement sous ce rapport à définir les divers genres de logements protégés.

SUITE DONNÉE

La statistique fait l'objet d'une étude constante et une équipe de travail qui s'occupe du système de classification des malades a établi un projet de rapport révisé que les provinces sont en train d'étudier. Les autres changements qu'on a apportés sont les suivants:

- (1) La publication de nouvelles localisations primaires de néoplasmes malins par groupe d'âge, y compris de 65 à 69 ans, de 70 à 74 ans, de 75 à 79 ans, de 80 à 84 ans et 85 ans.
- (2) La mise en œuvre d'un programme en vue de dresser la liste des établissements de soins spéciaux, y compris les maisons de santé et les maisons pour personnes âgées et d'y faire enquête. On cherche présentement des fonds en vue d'accélérer le travail et d'étendre la portée de l'enquête⁽¹⁰⁾.

Recommandation 38

Qu'une plus grande assistance financière soit accordée à la recherche sur la nature du vieillissement, sur l'étiologie et l'enraiment des maladies et infirmités dont l'incidence est élevée chez les vieillards et sur l'efficacité des programmes actuels de prévention, de dépistage, de traitement et de réadaptation.

SUITE DONNÉE

Le sous-ministre de la Santé nationale a déclaré ce qui suit au comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales le 20 mai 1971:

«Je ne crois pas que nous ayons des chiffres précis portant sur tout le domaine de la gériatrie . . . il est assez difficile de définir ce qu'est exactement la recherche en gériatrie, car la recherche en cardiologie et sur les maladies respiratoires, par exemple, se fait en grande partie pour des patients âgés, mais n'est pas considérée comme recherche gérontologique . . .»

«Je crois que beaucoup de recherches classées autrement sont en fait des recherches en gérontologie.»

La citation suivante est tirée de l'introduction du volume 1 de la publication intitulée «Aging in Manitoba, Needs and Resources, 1971»:

«Par le passé, les recherches en gérontologie sociale et sur les services sanitaires et sociaux pour les personnes âgées ne se sont pas faites à un rythme régulier, et se sont attaqués à une multitude de problèmes. Les problèmes étudiés et le rythme des recherches ont obéi à une orientation sans cesse changeante, ce qui a amené comme mesures des palliatifs pour répondre aux problèmes pressants par des solutions d'urgence plutôt qu'au moyen d'une planification à long terme. . . .»⁽¹¹⁾

(10) Canada Statistique Canada. Lettre datée du 24 août 1973.

(11) Manitoba. Ministère de la Santé et du Développement social. Division de la recherche, planification et élaboration des programmes. Rapport du 1^{er} janvier 1973.

NOTE: Voir la recommandation 80.

La recherche est généralement menée dans le cadre de la recherche et développement...
de dépenses publiques.

SUITE DONNER

Le ministre des Sciences et de l'Éducation...
de la recherche et de l'enseignement.

(1) Le ministre des Sciences et de l'Éducation...
de la recherche et de l'enseignement.

(2) Le ministre des Sciences et de l'Éducation...
de la recherche et de l'enseignement.

Recommandation 12

Il est recommandé que le ministre des Sciences et de l'Éducation...
de la recherche et de l'enseignement.

SUITE DONNER

Le ministre des Sciences et de l'Éducation...
de la recherche et de l'enseignement.

Il est recommandé que le ministre des Sciences et de l'Éducation...
de la recherche et de l'enseignement.

Le ministre des Sciences et de l'Éducation...
de la recherche et de l'enseignement.

Il est recommandé que le ministre des Sciences et de l'Éducation...
de la recherche et de l'enseignement.

Il est recommandé que le ministre des Sciences et de l'Éducation...
de la recherche et de l'enseignement.

NOTE: Voir la recommandation 11.

Le ministre des Sciences et de l'Éducation...
de la recherche et de l'enseignement.

Il est recommandé que le ministre des Sciences et de l'Éducation...
de la recherche et de l'enseignement.

Le ministre des Sciences et de l'Éducation...
de la recherche et de l'enseignement.

Il est recommandé que le ministre des Sciences et de l'Éducation...
de la recherche et de l'enseignement.

Le ministre des Sciences et de l'Éducation...
de la recherche et de l'enseignement.

Recommandation 13

Il est recommandé que le ministre des Sciences et de l'Éducation...
de la recherche et de l'enseignement.

Recommandation 14

Il est recommandé que le ministre des Sciences et de l'Éducation...
de la recherche et de l'enseignement.

SUITE DONNER

Le ministre des Sciences et de l'Éducation...
de la recherche et de l'enseignement.

Il est recommandé que le ministre des Sciences et de l'Éducation...
de la recherche et de l'enseignement.

Recommandation 15

Il est recommandé que le ministre des Sciences et de l'Éducation...
de la recherche et de l'enseignement.

Le ministre des Sciences et de l'Éducation...
de la recherche et de l'enseignement.

Il est recommandé que le ministre des Sciences et de l'Éducation...
de la recherche et de l'enseignement.

Le ministre des Sciences et de l'Éducation...
de la recherche et de l'enseignement.

Il est recommandé que le ministre des Sciences et de l'Éducation...
de la recherche et de l'enseignement.

Le ministre des Sciences et de l'Éducation...
de la recherche et de l'enseignement.

Recommandation 51

Qu'on étudie s'il y a lieu d'établir un comité de citoyens bien informés pour conseiller le ministre et le ministère ou l'organisme sur tous les aspects de l'habitation sociale.

SUITE DONNÉE

A Terre-Neuve⁽¹⁾, la Newfoundland Association for the Aging a été formée dans le but de signaler les besoins d'habitation et autres des personnes âgées à l'attention du gouvernement et du public en général. Il y a un rapport étroit entre l'organisme et la Société d'habitation de Terre-Neuve et du Labrador (1967).

La Commission d'habitation de la Nouvelle-Écosse⁽²⁾ et son bureau exécutif se composent de citoyens bien informés de qui relèvent les employés.

Au Nouveau-Brunswick⁽³⁾, le conseil d'administration de la Société d'habitation est chargé de conseiller le ministre et le ministère ou organisme. En outre, il y a dans la province un comité du soin des personnes âgées et un groupe d'études des besoins d'habitation. Le ministère du Service social comprend un bureau pour les personnes âgées qui fournit des services consultatifs.

L'Administration de logement (1969) de l'Île-du-Prince-Édouard⁽⁴⁾ comprend un conseil d'administration qui représente les citoyens de l'extérieur de la Fonction publique. En collaboration avec le ministère du Développement et la SCHL, on étudie les besoins d'habitation dans l'île.

Le Québec⁽⁵⁾ a maintenant des conseils régionaux des services sanitaires et sociaux qui encouragent leur région à définir leurs priorités d'habitation et à présenter leurs projets. Les conseils doivent réglementer et surveiller les établissements de bienfaisance dans leur secteur, y compris vraisemblablement les organismes parrains du logement à but non lucratif.

En Ontario⁽⁶⁾, le conseil d'administration de la Société d'habitation compte des représentants du genre proposé.

Le Manitoba⁽⁷⁾ n'a pas vraiment de comité consultatif de citoyens. On s'efforce cependant d'attirer la participation des personnes âgées en organisant des réunions avec divers groupes tant urbains que ruraux.

En Saskatchewan⁽⁸⁾, le Saskatchewan Housing Corporation Act (1973) prévoit l'établissement de comités consultatifs de l'habitation.

L'Alberta⁽⁹⁾ Housing Act prévoit l'établissement d'un comité consultatif de l'habitation de l'Alberta, mais jusqu'ici (août 1973), il n'a pas été établi. L'Alberta Senior Citizens Homes Association et l'Alberta Council on Aging présentent chaque année des exposés sur la question.

(1) Société d'habitation de Terre-Neuve et du Labrador. Lettre du 7 août 1973.

(2) Commission d'habitation de la Nouvelle-Écosse. Lettre du 28 août 1973.

(3) Société d'habitation du Nouveau-Brunswick. Lettre du 26 octobre 1973.

(4) Administration de logement de l'Île-du-Prince-Édouard. Lettre du 6 août 1973.

(5) Conseil canadien de développement social, Ottawa «Plus qu'un gîte», 1973, page 67.

(6) Société d'habitation de l'Ontario. Lettre du 31 juillet 1973.

(7) Société d'habitation et de rénovation du Manitoba. Lettre du 8 août 1973.

(8) Société d'habitation de la Saskatchewan. Lettre du 2 août 1972.

(9) Société d'habitation de l'Alberta du 20 août 1973.

C'est seulement en 1970 que la province a profité de fonds accordés en vertu de la Loi nationale sur l'habitation pour son programme de fonds au profit de l'habitation pour les personnes âgées.

La Colombie-Britannique⁽¹⁰⁾ est en train de réorganiser son système d'habitation publique. La Commission de gestion de l'habitation de la Colombie-Britannique établie en 1967, a réuni les trois échelons de fonctionnaires qui s'occupent de l'habitation: elle comprend deux représentants de la SCHL, deux de la province et un de la municipalité.

Recommandation 56

Que le ministère provincial reconnaisse comme principe qu'il importe d'aider les vieillards à continuer d'occuper leur propre maison aussi longtemps que possible et que le logement collectif, dans le cas des vieillards qui désirent ou qui ont besoin d'y vivre sans nécessiter de soins médicaux, soit assuré dans des entreprises domiciliaires relativement petites disséminées dans toute la collectivité plutôt que dans de grandes institutions.

SUITE DONNÉE

L'idée de permettre aux personnes âgées de continuer de vivre à la maison le plus longtemps possible est généralement acceptée dans tout le Canada, mais peu de provinces ont pris des mesures constructives pour venir en aide à celles qui habitent leurs propres maisons.

La loi nationale sur l'habitation prévoit des subventions pour la rénovation des quartiers, mais en septembre 1973, toutes les provinces* n'avaient pas encore signé les conventions fédérales-provinciales.

L'emplacement préféré pour loger les personnes âgées varie d'une province à l'autre: le Manitoba préfère construire près du centre-ville, tout près des magasins et des services; au Nouveau-Brunswick, les logements publics ne peuvent être construits que dans les municipalités dotées d'hôpitaux et de foyers auxiliaires. Pour surmonter les difficultés auxquelles se heurtent les personnes âgées qui doivent se rendre aux centres commerciaux pour faire leurs provisions, un établissement moderne pour personnes âgées qui se trouve à Pierrefonds, au Québec, assure le transport gratuit à ses résidents jusqu'aux centres commerciaux avoisinants.

«Plus qu'un gîte»⁽¹¹⁾ indique que jusqu'en 1970, sur les 746 ensembles construits en vertu des dispositions de la loi nationale sur l'habitation, 244 ensembles, soit 33 p. 100, comptaient au plus 20 logements et (ou) lits de foyer; 153 ensembles, soit 20 p. 100, comptaient 21 à 41 logements et (ou) lits de foyer; 199, soit 27 p. 100, 41 à 80 logements et (ou) lits; 95 ensembles, soit 13 p. 100, 81 à 149 logements et (ou) lits et 55, soit 7 p. 100, 150 logements et (ou) lits ou plus. Trente-deux pour cent étaient situés dans les agglomérations métropolitaines; 7 p. 100 dans les grandes zones urbaines et 61 p. 100 dans les villages.

(10) Conseil canadien de développement social, Ottawa, «Plus qu'un gîte», 1973, p. 89.

* L'Ontario

(11) Le Conseil canadien de Développement social. «Plus qu'un gîte», 1973, page 44.

10) ...

11) ...

12) ...

13) ...

14) ...

15) ...

16) ...

17) ...

18) ...

19) ...

20) ...

21) ...

22) ...

23) ...

24) ...

25) ...

26) ...

27) ...

28) ...

29) ...

30) ...

31) ...

32) ...

33) ...

34) ...

35) ...

36) ...

37) ...

38) ...

39) ...

40) ...

41) ...

42) ...

43) ...

44) ...

45) ...

46) ...

47) ...

48) ...

49) ...

50) ...

111) ...

112) ...

113) ...

114) ...

115) ...

116) ...

117) ...

118) ...

119) ...

120) ...

121) ...

122) ...

123) ...

124) ...

125) ...

126) ...

127) ...

128) ...

129) ...

130) ...

131) ...

132) ...

133) ...

134) ...

135) ...

136) ...

137) ...

138) ...

139) ...

140) ...

141) ...

142) ...

143) ...

144) ...

145) ...

146) ...

147) ...

148) ...

149) ...

150) ...

151) ...

152) ...

153) ...

154) ...

155) ...

156) ...

157) ...

158) ...

159) ...

160) ...

161) ...

162) ...

163) ...

164) ...

165) ...

166) ...

167) ...

168) ...

169) ...

170) ...

171) ...

172) ...

173) ...

174) ...

175) ...

176) ...

177) ...

178) ...

179) ...

180) ...

181) ...

182) ...

183) ...

184) ...

185) ...

186) ...

187) ...

188) ...

189) ...

190) ...

191) ...

192) ...

Une étude des soins communautaires à l'intention des personnes âgées, effectuée en Colombie-Britannique, indiquait parmi les « Besoins pressants » des services de soutien propres à aider les personnes âgées à continuer à vivre dans leur propre maison, en les aidant notamment à faire leurs achats, réparer leur logement, emprunter des livres et se déplacer. Soixante pour cent des ménagères interrogées ont mis l'accent sur la médiocrité de ce service pour les personnes âgées.⁽¹⁾

Les provinces des Prairies sont à la tête dans ce domaine. En mai 1973, la Saskatchewan⁽²⁾ a adopté le bill n° 59, qui prévoit le versement de subventions à certaines personnes âgées pour leur permettre de réparer leur maison et de pouvoir ainsi garder leur indépendance pendant plus longtemps. Le programme provincial d'emploi au Manitoba⁽³⁾ englobe notamment des projets de travaux visant à améliorer l'état des maisons appartenant en propre à des personnes âgées. Le programme a déjà touché 10,000 maisons à l'heure actuelle et il est considéré comme un succès. La Commission des services hospitaliers de l'Alberta⁽⁴⁾ donne la priorité à des programmes de soins à domicile pour permettre aux personnes âgées de vivre le plus longtemps possible chez elles. Il existe déjà des programmes dans les grandes villes et quelques villes de moindre envergure et d'autres programmes en cours visent à fournir ces services également dans les localités plus petites.

En novembre 1973, le ministre des Affaires sociales du Québec⁽⁵⁾ a publié un Livre blanc exposant les propositions visant à l'établissement d'une politique à l'égard du « troisième âge ». Ce document met l'accent sur la planification future axée sur l'aide communautaire en vue de permettre aux personnes âgées de continuer à vivre chez elles le plus longtemps possible.

Le groupe de travail consultatif sur la politique du logement⁽⁶⁾ a soumis son rapport au gouvernement provincial de l'Ontario en juin 1973. Ce groupe a reçu 46 mémoires et a tenu 15 séances publiques sur le sujet des besoins particuliers des personnes âgées en matière de logement. Tous les aspects des problèmes de logement ont été abordés: le besoin de services à domicile pour permettre aux personnes âgées de continuer à vivre chez elles, les avantages et les inconvénients des grands immeubles, le genre de logements, l'intégration avec les jeunes adultes ayant des enfants, etc. Le Conseil du bien-être de l'Ontario,⁽⁷⁾ s'est abouché avec des groupes de personnes âgées, avec des personnes âgées et avec des organismes sociaux intéressés, afin de déterminer les problèmes prioritaires et les solutions possibles à leur apporter, particulièrement en aidant les personnes âgées à garder leur indépendance. Cet organisme inclura dans son mémoire annuel de 1974 au gouvernement ontarien des recommandations à ce sujet.

Le Nouveau-Brunswick⁽⁸⁾ favorise l'idée de loger les personnes âgées dans des maisons unifamiliales. Les maisons groupées sont ordinairement exiguës.

La Commission d'habitation de la Nouvelle-Écosse⁽⁹⁾ par l'intermédiaire des services municipaux de logement, ne s'occupe que des personnes âgées qui veulent déménager. Le genre d'immeuble utilisé par la Commission permet à ces personnes de mener une vie indépendante tout en bénéficiant des avantages de la vie en groupe en cas d'urgence, ainsi que d'un réconfort social. Dans l'agglomération métropolitaine de Halifax seulement, la Commission a été forcée, pour des motifs d'ordre financier, de construire des immeubles d'habitation pour personnes âgées ayant plus de 20 à 30 logements.

La politique de la Société d'habitation de l'Île-du-Prince-Édouard⁽¹⁰⁾ est de fournir des logements aux vieillards aussi près que possible des endroits où la demande se fait sentir. Dans la plupart des cas, six ou sept logements sont groupés à un seul emplacement. La principale exception à cette ligne de conduite a été faite à Charlottetown.

Terre-Neuve⁽¹¹⁾ souscrit également à ce principe et apporte son aide chaque fois que le besoin se fait sentir.

Recommandation 59

Que chaque municipalité, avec le concours consultatif et financier des deux échelons supérieurs de gouvernement, fasse enquête sur la nature et l'étendue des besoins locaux et établisse un vaste plan bien équilibré destiné à y répondre, étant entendu que le plan doit cadrer avec celui de la province et s'intégrer tout à la fois au propre programme général d'habitation de la municipalité.

SUITE DONNÉE

Par suite de modifications apportées à la loi nationale sur l'habitation, le gouvernement fédéral fournit 90 p. 100 du financement et la province 10 p. 100, ce qui signifie que la municipalité n'a aucune obligation financière à assumer en ce qui concerne l'habitation. Terre-Neuve⁽¹²⁾ et l'Île-du-Prince-Édouard⁽¹³⁾ se chargent entièrement des programmes pour les municipalités (sauf dans les quelques grandes agglomérations dans chaque province) étant donné que celles-ci n'ont pas les moyens financiers voulus. Le Nouveau-Brunswick⁽¹⁴⁾ effectue actuellement des études dans ce domaine.

La Nouvelle-Écosse⁽¹⁵⁾ exige une résolution de la municipalité.

- (1) Social Planning and Review Council de la Colombie-Britannique. "A Study of Community Care for Senior", Vancouver, 1972, page 39.
- (2) Société d'habitation de la Saskatchewan. Lettre du 2 août 1973.
- (3) Société d'habitation et de rénovation du Manitoba. Lettre du 8 août 1973.
- (4) Société d'habitation de l'Alberta. Lettre du 20 août 1973.
- (5) Ministère des Affaires sociales—Documents de travail. Document préliminaire visant à l'établissement d'une politique du MAS à l'égard du troisième âge. Novembre 1973.
- (6) Ontario. Advisory Task Force on Housing Policy. Rapport de juin 1973.
- (7) Ontario Welfare Council. Ottawa Journal, 27 décembre 1973.

- (8) Société d'habitation du Nouveau-Brunswick. Lettre du 26 octobre 1973.
- (9) Commission d'habitation de la Nouvelle-Écosse. Lettre du 28 août 1973.
- (10) Société d'habitation de l'Île-du-Prince-Édouard. Lettre du 6 août 1973.
- (11) Société d'habitation de Terre-Neuve et du Labrador. Lettre du 7 août 1973.
- (12) Société d'habitation de Terre-Neuve et du Labrador. Lettre du 7 août 1973.
- (13) Société d'habitation de l'Île-du-Prince-Édouard. Lettre du 6 août 1973.
- (14) Société d'habitation du Nouveau-Brunswick. Lettre du 26 octobre 1973.
- (15) Commission d'habitation de la Nouvelle-Écosse. Lettre du 28 août 1973.

Depuis l'été de 1973, l'Ontario⁽¹⁾ exige que la municipalité évalue son besoin si les logements destinés aux familles et aux personnes âgées sont gérés par un office de l'habitation. Le rapport du groupe d'étude de l'Ontario présenté au mois d'août 1973 critiquait le système en application durant la période faisant l'objet de son examen:

«Les règlements municipaux d'aménagement sont presque toujours appliqués en l'absence d'une politique municipale d'habitation. Les objectifs de la plupart des municipalités en matière d'habitation ne sont pas clairement formulés, mais se retrouvent implicitement dans la répartition numérique de la population et la densité résidentielle. Ils sont censés contrôler l'aménagement du territoire plutôt que d'assurer des logements convenables. La planification de l'aménagement régional est du ressort provincial, mais elle est effectuée sans tenir compte de l'habitation... La province a fait savoir qu'elle se proposait de charger les municipalités de régler l'aménagement communautaire, notamment au niveau de la municipalité régionale. Les plans régionaux ont été formulés et appliqués, mais on ne s'est guère soucié de cette intention, du moins dans la région centrale de l'Ontario»⁽²⁾.

Le Manitoba⁽³⁾ et la Saskatchewan⁽⁴⁾ font valoir leurs programmes d'habitation mis en œuvre en étroite collaboration avec la municipalité qui doit prouver le bien-fondé de toute demande adressée à la province. La Saskatchewan a une équipe de chercheurs faisant enquête sur la nécessité de construire d'autres logements, notamment dans les petites municipalités qui étaient auparavant exclues de la loi. L'Alberta⁽⁵⁾ élabore sa planification et ses programmes en collaboration avec les municipalités.

Recommandation 60

Que des services auxiliaires soient offerts et rendus accessibles aux vieillards grâce à la collaboration des services municipaux de santé et de bien-être social et avec l'aide financière du gouvernement provincial.

SUITE DONNÉE

Il faut élargir les programmes de soutien qui aident les personnes âgées à mener une vie active, à prendre part aux activités de la collectivité et à demeurer chez elles, les rendre accessibles aux vieillards et les adapter à leurs besoins particuliers. Ces services sont:

- la popote roulante
- les visites amicales
- les vérifications par téléphone
- le transport
- les conseils
- l'information
- l'aide à domicile

- les soins diurnes
- les clubs récréatifs et sociaux
- la main-d'œuvre illimitée
- les ateliers protégés
- et autres

En Colombie-Britannique, plus de la moitié des services de soutien pour personnes âgées, tels la popote roulante, les visites amicales, les camps de loisirs et les centres d'été pour vieillards, sont assurés par des groupes paroissiaux ou des groupes spontanés de gens qui offrent leur aide à titre personnel. L'élaboration et la mise en œuvre des programmes sont l'œuvre de bénévoles. Plus de la moitié d'entre eux sont âgés de plus de 65 ans. Quelque 70 vieillards répartis dans toutes les régions démographiques importantes de la Colombie-Britannique⁽⁶⁾ aident leurs contemporains à résoudre des problèmes de tous genres. Ces conseillers sont des bénévoles qui reçoivent un dédommagement pour dépenses personnelles jusqu'à concurrence de \$40 par mois. L'administration du programme incombait à la division du vieillissement, ministère de la Réadaptation et du progrès social.

En Ontario, le Community Care Services (Metropolitan Toronto) Incorporated est né du désir des services bénévoles de collaborer avec les groupes qui donnent des services complémentaires. Il s'agit d'une sortie d'organisme protecteur qui traite avec tous les paliers de gouvernement, les autres groupes bénévoles et les sources de financement conjointement avec les groupes intéressés et en leur nom. Il s'inscrit dans le cadre des dispositions prévues dans la loi de 1966 sur les centres pour personnes âgées et son règlement d'exécution⁽⁷⁾.

Le Conseil canadien de développement social fait état, dans un document intitulé, «Plus qu'un gîte»⁽⁸⁾, du taux sensiblement inférieur d'invalidité physique des personnes habitant les logements sociaux par rapport aux résidents de logements non lucratifs: 76 p. 100 des complexes de logements sociaux signalent que plus de 75 p. 100 de leurs résidents ne souffrent d'aucune invalidité, comparativement à 55 p. 100 dans les complexes non lucratifs. Le grand nombre de logements offerts par les organismes à buts non lucratifs peut expliquer cet écart. La santé des résidents n'accusait pas une grande différence entre les régions, sauf au Québec. Dans cette province, 9 p. 100 des centres seulement signalait que plus de 75 p. 100 de leurs résidents ne souffraient d'aucune incapacité physique.

L'étude en question signale aussi qu'un service de ménagères était offert dans 7 p. 100 des complexes à titre de service spécial de complexe et dans 33 p. 100 à titre de service communautaire. Le même service se donnait dans 4 p. 100 des complexes autonomes par opposition à 18 p. 100 des auberges et des complexes polyvalents. Pour 39 p. 100 des complexes autonomes, il s'agissait d'un service communautaire. Un service de ce genre est le plus fréquent en Ontario et le moins fréquent dans les provinces de l'Atlantique.

(1) Ontario Advisory Task Force on Housing Policy. Toronto, 1973.

(2) Ibid.

(3) Société d'habitation et de rénovation du Manitoba. Lettre du 8 août 1973.

(4) Société d'habitation de la Saskatchewan. Lettre du 2 août 1973.

(5) Société d'habitation de l'Alberta. Lettre du 20 août 1973.

(6) Colombie-Britannique, ministère de la Réadaptation et du Progrès social. Division du vieillissement. Rapport annuel 1972, p. N87.

(7) Conseil de planification sociale du Grand Toronto. Un rapport spécial de la série *Trends*, 1972-1973. "The Aging".

(8) Conseil canadien de développement social. «Plus qu'un gîte», Ottawa, 1973, p. 108.

les autres...
la main-d'œuvre...
les autres...

Les autres...
la main-d'œuvre...
les autres...

Le...
les autres...
la main-d'œuvre...
les autres...

Les autres...
la main-d'œuvre...
les autres...

Le...
les autres...
la main-d'œuvre...
les autres...

Les autres...
la main-d'œuvre...
les autres...

Le...
les autres...
la main-d'œuvre...
les autres...

Les autres...
la main-d'œuvre...
les autres...

Le...
les autres...
la main-d'œuvre...
les autres...

Les autres...
la main-d'œuvre...
les autres...

Le...
les autres...
la main-d'œuvre...
les autres...

Les autres...
la main-d'œuvre...
les autres...

La livraison des repas se faisait dans 6 p. 100 des complexes, alors que pour 32 p. 100 d'entre eux, il s'agissait d'un service communautaire général. Le service est plus fréquent dans les régions métropolitaines et les grands centres urbains que dans les petites municipalités et, encore une fois, plus courant en Ontario que dans les autres provinces.

Seuls 8 p. 100 des complexes offraient les soins à domicile à titre de service spécial de complexe assuré par des infirmières hygiénistes ou de l'Ordre de Victoria; pour un autre 65 p. 100, il s'agissait d'un service communautaire général. 75 p. 100 des complexes bénéficiaient du service offert par la collectivité. Les soins à domicile étaient les plus fréquents en Ontario et les moins fréquents au Québec. L'explication se trouve dans le fait que dans la majorité des complexes du Québec, les infirmières font partie du personnel, même si elles ne donnent pas nécessairement de soins à domicile à certains résidents⁽¹⁾.

19 p. 100 des complexes seulement prévoyait un examen médical des résidents sur une base régulière; dans 11 p. 100 des cas, l'examen se faisait sur place, dans 8 p. 100, à l'extérieur. Là encore, ce service était plus accessible dans les ensembles des grandes agglomérations que dans les petites villes et les centres urbains. Un médecin n'était de service à plein temps que dans deux ensembles. Dans 3 p. 100 des ensembles, un médecin faisait des visites régulières chaque jour ou chaque semaine. Dans 29 p. 100, un médecin était en disponibilité. Naturellement, il y avait plus de chances qu'un médecin fût disponible dans les ensembles comptant une forte proportion d'invalides—et plus vraisemblablement au Québec.

Il y avait un service téléphonique dans 17 p. 100 des ensembles ayant fait l'objet de l'étude, ce service étant assuré dans les provinces suivantes: Colombie-Britannique, Québec, les Prairies, l'Ontario et les provinces atlantiques, dans cet ordre.

Le transport bénévole était assuré dans 24 p. 100 de tous les ensembles; 30 p. 100 des ensembles du secteur privé assuraient ce service mais seulement 14 p. 100 des logements sociaux pour personnes âgées. Dans la plupart des ensembles les transports publics étaient inexistantes ou inefficaces. Dans son rapport de 1973 le Conseil de planification sociale du Grand Toronto estimait que l'insuffisance des transports publics posait un problème particulier. «Ce n'est pas seulement l'accès au transport qui est important. Les améliorations proposées portent sur les modèles de véhicule, l'établissement de nouveaux trajets d'autobus, le maintien d'un service d'autobus correspondant aux stations de métro et l'uniformisation des dispositifs de signalisation et de sécurité.»⁽²⁾

De nombreuses municipalités offrent à leurs citoyens âgés des services de transport à tarif réduit. Selon le rapport annuel du ministère de la Réadaptation et du Progrès social (mars 1972) le gouvernement de la Colombie-Britannique subventionne le réseau de transport par autobus de la British Columbia Hydro pour une somme nominale, dans les agglomérations de Victoria et de Vancouver⁽³⁾.

La Société d'habitation et de rénovation du Manitoba⁽⁴⁾ signale qu'elle exige que tout projet d'habitation pour vieillards qui lui est soumis comprenne des locaux pour les centres d'hébergement diurne généralement organisés pour le compte des locataires par les locataires ou par des groupes sociaux du secteur privé.

Le ministère des Affaires sociales du Québec⁽⁵⁾ a annoncé une nouvelle politique relative à l'hébergement des personnes âgées. On cherche davantage maintenant à leur offrir des services de soutien, afin de leur permettre de rester indépendantes.

Recommandation 61

Que le service (ou l'organisme) municipal chargé de l'habitation collabore avec d'autres services municipaux et des organismes bénévoles de la collectivité à l'établissement de centres de consultation et d'orientation destinés à aider les vieillards qui ont des problèmes d'ordre domiciliaire et autres connexes à l'évolution de leur situation et de leurs besoins.

SUITE DONNÉE

Dans les grands centres, à quelques exceptions près, les services organisés de renseignements et d'orientation sont une ramification de conseils de planification sociale. Les personnes âgées ne semblent pas savoir que ces services existent et la plupart ne les consultent pas.

En vertu d'un programme de la Colombie-Britannique des conseillers sont à la disposition des personnes âgées et bénéficient d'une aide financière d'au plus \$40 par mois pour leurs dépenses personnelles. Des services restreints d'orientation sont offerts par le ministère de la Réadaptation et du Progrès social, par les agences et centres privés d'aide aux familles de Vancouver et de Victoria. La province compte très peu de services professionnels de consultation. Des centres d'information ont été mis sur pied dans de nombreuses localités du sud de la province. Ce sont des centres communautaires au service de tous les groupes d'âge⁽⁶⁾.

Les provinces des Prairies semblent particulièrement bien organisées dans ce domaine; par exemple, la Société d'habitation de l'Alberta⁽⁷⁾ communique avec la Commission des services hospitaliers et le ministère du Développement social et elle coopère avec l'Association albertaine des foyers pour personnes âgées et le Conseil albertain de gérontologie. Au Manitoba⁽⁸⁾, le Bureau de Winnipeg sur l'âge et les perspectives est actif dans ce domaine et en Saskatchewan⁽⁹⁾, des centres de consultation et d'orientation aident les vieillards à se loger et à résoudre leurs autres problèmes. Ces centres comprennent le Centre provincial d'information, les centrales communautaires et les commissions de personnes âgées. La pro-

(4) Société d'habitation et de rénovation du Manitoba. Lettre du 8 août 1973.

(5) Ouellet, Aubert, «Politique du ministère des Affaires sociales relative à l'hébergement des personnes âgées». Symposium sur la gérontologie, Hôpital Notre-Dame de la Merci, Montréal, novembre 1973.

(6) Social Planning and Review Council de la Colombie-Britannique, "A Study of Community Care for Seniors", Vancouver, 1972, p. 39.

(7) Société d'habitation de l'Alberta. Lettre du 20 août 1973.

(8) Société d'habitation et de rénovation du Manitoba. Lettre du 8 août 1973.

(9) Société d'habitation de la Saskatchewan. Lettre du 2 août 1973.

(1) Ibid., p. 132.

(2) Conseil de planification sociale de Toronto, «The Aging», Toronto, 1973, p. E32.

(3) Colombie-Britannique. Ministère de la Réadaptation et du Progrès social. Rapport annuel 1972, Victoria.

vince aide aussi à l'organisation et au financement des organisations de pensionnés dans tous les centres de la province.

En Ontario⁽¹⁾, la question du logement est la responsabilité de la Société d'habitation de l'Ontario, tandis que les autres sont confiées aux ministères compétents.

Le Nouveau-Brunswick⁽²⁾ a un comité interministériel qui travaille actuellement à l'étude de problèmes tels que l'établissement de services de consultation appropriés à l'intention des personnes âgées de la province. En Nouvelle-Écosse⁽³⁾, le comité du logement des municipalités se tient en relation avec les services municipaux de santé et de bien-être, mais il n'a pas de système organisé de consultation. À l'Île-du-Prince-Édouard⁽⁴⁾ et à Terre-Neuve⁽⁵⁾, la société provinciale d'habitation prendra l'initiative de cette activité, à cause de la base économique restreinte.

Recommandation 62

Que les règlements de zonage soient modifiés au besoin afin de rendre plus généralement accessibles dans la collectivité des logements fort divers (résidences coopératives, petites maisons et petits appartements, pensions de famille, etc.).

SUITE DONNÉE

Dans la plupart des provinces, la municipalité fixe, par voie de résolution, ses objectifs en matière d'habitation pour les personnes âgées et pour tous ceux qui ont besoin de logements à prix modique. S'il existe une régie locale de l'habitation, elle définit les besoins et le mode de réalisation du projet. La société provinciale a la main haute sur l'ensemble du projet puisqu'elle le finance et qu'elle en assume la responsabilité jusqu'à ce qu'il soit terminé.

Ceux qui veulent offrir aux personnes âgées des logements convenables se heurtent à des problèmes spéciaux dans les petites villes rurales du Canada, principalement parce que la population n'est pas assez nombreuse pour financer de nombreux établissements et services publics. Le Nouveau-Brunswick⁽⁶⁾ compte probablement beaucoup plus que les autres provinces sur la planification centrale. Le zonage est du ressort de la municipalité. L'Île-du-Prince-Édouard⁽⁷⁾ a conclu avec la SCHL des arrangements spéciaux autorisant la construction de logements pour personnes âgées sur des terrains où il n'y a pas d'égouts ou de système d'épuration, parce que ces services n'existent pas dans de nombreuses régions de la province.

- (1) Société d'habitation de l'Ontario. Lettre du 31 juillet 1973.
- (2) Société d'habitation du Nouveau-Brunswick. Lettre du 26 octobre 1973.
- (3) Société d'habitation de la Nouvelle-Écosse. Lettre du 28 août 1973.
- (4) Société d'habitation de l'Île-du-Prince-Édouard. Lettre du 6 août 1973.
- (5) Société d'habitation de Terre-Neuve et du Labrador. Lettre du 7 août 1973.
- (6) Société d'habitation du Nouveau-Brunswick. Lettre du 26 octobre 1973.
- (7) Société d'habitation de l'Île-du-Prince-Édouard. Lettre du 26 octobre 1973.

La Commission d'habitation de la Nouvelle-Écosse⁽⁸⁾ tente d'utiliser au maximum les règlements existants dans les régions de remembrement foncier pour offrir au public un grand choix de logements. La Société d'habitation de Terre-Neuve et du Labrador⁽⁹⁾ fait une enquête sur les besoins actuels et futurs des personnes âgées en matière de logement; elle travaillera en étroite collaboration avec les administrations municipales, surtout avec celles des grandes agglomérations.

Les provinces des Prairies déclarent que grâce à l'abondance de terrains, le zonage ne pose pas de problème. En Saskatchewan⁽¹⁰⁾, il n'a pas été nécessaire de modifier les règlements de zonage pour permettre la construction de toutes sortes de logements pour personnes âgées. À cause de la quantité relative de terrains disponibles, les maisons sont construites en conformité des règlements de zonage et là où des difficultés d'ordre technique se posaient, les conseils municipaux ont coopéré volontiers en apportant des modifications mineures pour permettre la construction des logements projetés. L'Alberta⁽¹¹⁾ n'a pas éprouvé de grands problèmes de zonage et la Société d'habitation signale que les municipalités ont coopéré de façon remarquable. Les règlements de zonage au Manitoba⁽¹²⁾ favorisent le mélange des genres de maisons. La Société d'habitation du Manitoba considère que c'est une politique sage et le moyen de répartir le plus possible les habitations dans la collectivité et d'éviter les problèmes que causent les réactions défavorables de la population aux grands projets de construction.

Recommandations 63

Que le service (ou l'organisme) municipal compte parmi son personnel une ou plusieurs personnes particulièrement compétentes pour aider les groupements bénévoles qui s'intéressent à l'habitation et en particulier, pour fournir des renseignements sur les fonds qui peuvent s'obtenir de toutes sources, sur les règlements concernant le bâtiment, sur les règlements locaux, sur les questions d'emplacement, sur les formalités à observer, etc.

SUITE DONNÉE

De rares municipalités disposent du personnel compétent pour assister les groupements de bénévoles autrement qu'en les renvoyant aux autorités en matière de logement qui ont compétence pour les aider. Les greffiers municipaux peuvent donner des renseignements sur les règlements de zonage, etc.

Recommandation 65

Que les municipalités assument la responsabilité de donner l'exemple et de prendre l'initiative en ce qui concerne l'organisation et la mise en œuvre de la gamme de services collectifs qu'exige le bien-être des vieillards, qu'ils établissent ou financent eux-mêmes ceux des services qui relèvent de leur com-

- (8) Commission d'habitation de la Nouvelle-Écosse. Lettre du 28 août 1973.
- (9) Société d'habitation de Terre-Neuve et du Labrador. Lettre du 7 août 1973.
- (10) Société d'habitation de la Saskatchewan. Lettre du 2 août 1973.
- (11) Société d'habitation de l'Alberta. Lettre du 20 août 1973.
- (12) Société d'habitation du Manitoba. Lettre du 8 août 1973.

pétence et qu'ils collaborent avec les organismes bénévoles ou les gouvernements situés à d'autres paliers pour établir d'autres services.

Recommandation 66

- a) Que, sur l'initiative de la municipalité, du conseil local du bien-être ou d'un autre organisme compétent, il soit créé un comité représentatif, dont certains membres seraient nommés par la municipalité et qui se chargerait de faire un relevé des services et des commodités dont disposent actuellement les vieillards de l'endroit, et
- b) Que ce comité fasse porter son enquête non seulement sur les services de santé et de bien-être, comme les visites d'infirmières et de ménagères qui peuvent permettre à de vieilles personnes de vivre chez elles plutôt que dans des institutions, mais aussi sur les moyens et les programmes qui existent dans les domaines récréatif, intellectuel et philanthropique et qui peuvent permettre aux vieillards de demeurer des membres utiles de la société, et
- c) Qu'à l'aide des résultats de cette enquête il soit dressé un plan visant: (I) A assurer une bonne liaison et une bonne collaboration entre tous les organismes et les groupements désireux d'aider les vieillards, et (II) à étendre et à améliorer les services, les commodités et les programmes qui existent déjà, à en établir de nouveaux au besoin, et
- d) Que, pour appliquer ce plan, on s'efforce d'obtenir l'aide financière et technique requise des autorités provinciales et fédérales comme il est indiqué dans la suite des présentes recommandations.

SUITE DONNÉE

Les provinces de Terre-Neuve⁽¹⁾ et de l'Île-du-Prince-Édouard⁽²⁾ ont pris à l'échelle provinciale l'initiative en matière de programmes collectifs à cause de l'insuffisance des ressources financières des petites localités.

En 1968, Halifax (Nouvelle-Écosse)⁽³⁾ a établi un service de la planification sociale qui recommande des programmes et des services pour répondre aux besoins des personnes âgées et pour collaborer avec d'autres groupes pour fournir tout un éventail de services. En 1971, la ville d'Halifax a effectué une étude sur les problèmes des personnes âgées.

Au Québec⁽⁴⁾, la santé et les affaires sociales sont du ressort du gouvernement provincial; les municipalités ne s'occupent que de programmes de loisirs.

En Ontario⁽⁵⁾, un comité spécial s'occupant des personnes âgées a repris en 1967 les points de vue exprimés dans les recommandations du comité sénatorial. Soixante pour cent des recommandations de ce comité spécial ont été appliquées en tout ou en partie. Quant au reste, elles

sont encore à l'étude ou sont considérées comme «inapplicables en Ontario sans une collaboration renouvelée avec le gouvernement fédéral» ou tout simplement comme n'étant plus applicables.

Quant au Manitoba⁽⁶⁾, le gouvernement provincial y accepte le rôle de leader à l'échelle provinciale, et c'est seulement à Winnipeg que la municipalité joue un rôle actif grâce à son programme d'hygiène publique. Le ministère de la Santé et du Développement social a entrepris une vaste étude des besoins et ressources touchant les personnes âgées. Le premier volume a été publié en 1973⁽⁷⁾.

En Saskatchewan⁽⁸⁾, les administrations municipales encouragent de plus en plus la création de services communautaires pour personnes âgées. Le gouvernement provincial verse des subventions pour la réalisation de projets communautaires tels que les cantines mobiles, les services de renseignements et d'orientation à l'intention des personnes âgées, etc. Les comités des parcs et terrains de jeux municipaux de la plupart des provinces prennent une part active à l'établissement de programmes et d'installations destinés aux vieillards.

L'étude effectuée en 1973 sur les besoins des vieillards de l'Alberta⁽⁹⁾ recommandait que le comité consultatif de service social au niveau local à Edmonton assume un rôle de coordonnateur en tenant tous les services municipaux en liaison plus étroite avec les organismes privés.

Le Social Planning and Review Council de la Colombie-Britannique a effectué une étude complète des besoins des personnes âgées de cette province⁽¹⁰⁾. A l'heure actuelle, la Colombie-Britannique est en train de réorganiser tous ses services sociaux, et c'est pourquoi on ne dispose pas de plus de renseignements en ce moment.

De façon générale, les services et les ressources auxquels les gens âgés ont accès dépendent en grande partie des fonds municipaux disponibles, de la demande de fonds et des possibilités sur le plan local de planifier et de mettre en œuvre certains programmes. Tous les services doivent être à la charge de tous les citoyens au moyen de taxes, d'efforts et de participations bénévoles. L'aide financière fournie aux termes du Régime d'assistance publique du Canada a contribué à l'affectation de fonds par les organismes bénévoles en vue d'accélérer la marche des projets communautaires.

Dans toutes les provinces, les groupes de citoyens âgés sont fort actifs, mais ils ne sont pas soutenus par des fonds publics. Quelques organismes, dont «The Good Companions» à Ottawa, reçoivent une aide financière de la Caisse de bienfaisance et, dans ce cas, un club social local fournit les locaux.

(1) Ville de Saint-Jean (Terre-Neuve). Lettre du 15 août 1973.
 (2) Île-du-Prince-Édouard. Ministère des Services sociaux. Lettre du 24 août 1973.
 (3) Ville d'Halifax (Nouvelle-Écosse). Lettre du 23 novembre 1973.
 (4) Ville de Montréal (Québec). Lettre du 14 août 1973.
 Ville de Sherbrooke (Québec). Lettre du 2 août 1973.
 (5) Ontario. Ministère des Services sociaux et communautaires. Lettre du 28 novembre 1973.

(6) Manitoba. Ministère de la Santé et du Développement social. Lettre du 2 décembre 1973.
 (7) Manitoba. Ministère de la Santé et du Développement social. "Aging in Manitoba", vol. I, rapport préliminaire, Winnipeg, 1973.
 (8) Saskatchewan. Ministère des Services sociaux. Lettre du 21 août 1973.
 (9) Snider, Earle. "Medical Problems and the Use of Medical Services Among Senior Citizens in Alberta: A Pilot Project", Edmonton Medical Services Research Foundation de l'Alberta, 1973.
 (10) Social Planning and Review Council de la Colombie-Britannique. "A Study of Community Care for Seniors", Vancouver, 1972.

... et ainsi à l'égard de son caractère...

... dans son domaine, le développement...

... la "Gestaltung", les réalisations...

... l'acte éditorial en 1977 sur les...

... la "Journal Planning and Review..."

... De leur côté, les équipes de...

... Les "plans" de travail, les...

... le "Journal Planning and Review..."

... le "Journal Planning and Review..."

... le "Journal Planning and Review..."

... de la collaboration avec les...

... la municipalité de la...

... que se soit sans porter...

... que l'aide des réalisateurs...

... que pour appliquer ce plan...

SUITE DONNÉE

... Les "plans de Travail-Nouveaux"...

... Le 1005 (Nouvelle-Écosse)...

... Au Québec, la suite de...

... Au Québec, un comité...

... (1) Voir le "Journal Planning and Review..."

... (2) Voir le "Journal Planning and Review..."

... (3) Voir le "Journal Planning and Review..."

Dans sa publication «Trend Series», 1972-1973, le Conseil de planification sociale du Grand Toronto signale:

«Les services existants évoluent, mais ils sont encore insuffisants pour répondre aux besoins des citoyens âgés. Il faut offrir de façon permanente des services et des installations parmi lesquels chacun peut choisir selon l'évolution des besoins. A cette fin, il faut examiner la gamme des besoins en fait de services, modifier les modes d'exécution et créer plus de programmes, probablement de nouveaux programmes, de façon à satisfaire les besoins des vieillards...»

Les administrateurs de services sociaux et d'hygiène sont extrêmement sensibles aux forces sociales, économiques et politiques et aux répercussions de ces forces sur leurs institutions. Ces administrateurs sont sur le point d'apporter les changements nécessaires pour faire de nos hôpitaux des centres communautaires complets d'hygiène publique.

Le gouvernement énonce la politique sociale en matière d'hygiène et d'assistance publiques et, de plus en plus, achète des services. Les services commencent à être orientés vers le marché plutôt que vers la production et les organismes tiennent compte des gens qu'ils servent.⁽¹⁾

Recommandation 68

Que les municipalités, par l'entremise de leur service de bien-être public, si elles en ont un, assument la responsabilité d'établir un centre d'information et de consultation pour les vieillards et aussi pour ceux qui ont besoin d'aide pour résoudre leurs problèmes.

SUITE DONNÉE

On trouve des centres d'information de quartier dans de nombreuses villes canadiennes; ils se présentent sous diverses formes. Dans «Information Centres: A Handbook for Canadian Communities»⁽²⁾, ouvrage publié par l'Association des consommateurs du Canada, on trouve une liste des centres d'information du Canada. Le tableau ci-après⁽³⁾ indique le nombre de centres d'information par province:

Alberta	6
Colombie-Britannique	17
Manitoba	7
Nouveau-Brunswick	2
Terre-Neuve	1
Nouvelle-Écosse	3
Ontario	43
Île-du-Prince-Édouard	1
Québec	19
Saskatchewan	2
Yukon	1
TOTAL	102

Certains centres sont entièrement financés par la section locale de la Fédération des œuvres, d'autres le sont entièrement par les municipalités; d'autres encore reçoivent

diverses subventions du gouvernement, de la collectivité en général ou d'organismes bénévoles. En décembre 1970, le gouvernement canadien a réalisé une étude sur les centres communautaires d'information pour toutes les classes d'âge.

En mars de la même année, le Conseil canadien du bien-être (actuellement le Conseil canadien de développement social), a publié un rapport préparé par le comité de la Division du vieillissement et portant sur les services d'information et d'orientation à l'intention des personnes âgées au Canada⁽⁴⁾. Il a constaté que presque partout au Canada, il y avait une pénurie de services directs à l'intention des personnes âgées. A quelques exceptions près, les services d'information et d'orientation organisés faisaient partie intégrante des conseils de planification sociale dans les grandes villes. Les services offerts étaient axés sur les problèmes considérés comme des problèmes de «bien-être social» par le grand public. La plupart des renseignements étaient donnés par téléphone et l'on disqualifiait les intéressés de faire une visite personnelle⁽⁵⁾.

Au printemps 1971, le Conseil canadien de développement social créa une Consultation nationale sur les services communautaires d'information et de référence⁽⁶⁾. Dans ses recommandations, le comité de direction a insisté sur la nécessité de créer des centres d'information de quartier adaptés aux caractéristiques, aux besoins et aux aspirations du quartier desservi; il a également souligné que ces centres devaient être financés mais non pas contrôlés par des organismes de financement, notamment les gouvernements. Entre autres directives, le comité recommandait que le centre donne des renseignements sur tous les aspects du développement social et notamment sur la sécurité du revenu, le bien-être social, la santé, la main-d'œuvre et l'emploi, les loisirs, l'aide juridique, la protection des consommateurs. Le rapport indique les responsabilités des trois paliers de gouvernement: fédéral, provincial et municipal.

«Partners in Information» est une étude sur les centres communautaires de l'Ontario qui a été publiée en décembre 1971. A l'époque, l'étude portait sur 15 centres subventionnés par la province⁽⁷⁾.

En 1971, l'Association des consommateurs du Canada parraina une étude sur les centres communautaires d'information du Canada. Cette étude, réalisée en collaboration avec le Groupe d'étude sur la téléinformatique comportait un examen complet des centres, de leurs fonctions et de leurs activités⁽⁸⁾. Pour y donner suite, l'Association a parrainé une autre enquête en collaboration avec le ministère fédéral des Communications dans le but précis de déterminer dans quelle mesure les banques de données aidaient les centres à répondre aux demandes de renseignements de leurs clients. Le manuel intitulé «A Handbook for Canadian Communities—Information Centres (1973)» est en préparation et doit être publié sous peu.

(4) Conseil canadien du bien-être, «Services de renseignements et d'orientation à l'intention des personnes âgées au Canada», Ottawa, 1972, 18 pages.

(5) Ibid., pp. 6-8.

(6) Conseil canadien de développement social. «Où vont les services d'information?», Ottawa, 1971.

(7) Gouvernement de l'Ontario. «Partners in Information», Toronto, 1971.

(8) Cathy Starrs, «Making Connections», Association des consommateurs du Canada, Ottawa, 1973.

(1) Conseil de planification sociale du Grand Toronto, «The Aging—Trends Problems Prospects», Toronto, 1973, pp. E-14-15.

(2) Association des consommateurs du Canada. «Information Centres: A Handbook for Canadian Communities». Ottawa, 1973.

(3) Ibid., p. I-1-iii.

Les services sociaux... (Text describing social services and government involvement)

Le rôle de la Commission... (Text discussing the role of the Commission in social development)

Le rôle de la Commission... (Text discussing the role of the Commission in social development)

Le rôle de la Commission... (Text discussing the role of the Commission in social development)

Le rôle de la Commission... (Text discussing the role of the Commission in social development)

Le rôle de la Commission... (Text discussing the role of the Commission in social development)

Les services sociaux... (Text describing social services and government involvement)

Le rôle de la Commission... (Text discussing the role of the Commission in social development)

Le rôle de la Commission... (Text discussing the role of the Commission in social development)

Le rôle de la Commission... (Text discussing the role of the Commission in social development)

Le rôle de la Commission... (Text discussing the role of the Commission in social development)

Alberta	1
Colombie-Britannique	1
Manitoba	1
Nouveau Brunswick	1
Nouvelle-Écosse	1
Ontario	1
Québec	1
Saskatchewan	1
Yukon	1
TOTAL	10

Certaines données sont approximativement basées sur la base...

- (1) Comité de planification sociale du Canada, 1972.
- (2) Comité de planification sociale du Canada, 1972.
- (3) Comité de planification sociale du Canada, 1972.

Il donne une liste des divers centres existant au Canada, en indiquant les groupes desservis, comme les autochtones, les groupes ethniques, les immigrants, les alcooliques, les toxicomanes, et les exigences en matière de bien-être social et sur le plan juridique, etc. Certains centres donnent des renseignements à l'intention des personnes âgées.

En Colombie-Britannique, les bureaux provinciaux de réadaptation et de promotion sociale, des organismes privés de Vancouver et de Victoria ainsi que les sections de services sociaux de plusieurs hôpitaux, offrent des services de base. L'enquête menée par le SPARC en 1972 indiquait que les services de conseil professionnel étaient limités dans toute la province⁽¹⁾.

Les résultats de l'enquête sur les problèmes médicaux et l'utilisation des services médicaux par les personnes âgées en Alberta⁽²⁾ ont révélé que le médecin était le «père confesseur» des personnes âgées et que ces dernières ignoraient souvent l'existence de services organisés. On a constaté que l'on avait grand besoin d'un service de conseil lié au service de santé qui est nécessaire pour les personnes âgées. Le Rapport annuel du ministère de la Santé et des affaires sociales de l'Alberta pour l'année 1971-1972 cite trois centres d'information et d'orientation dans la rubrique consacrée aux services sociaux préventifs.

La Saskatchewan⁽³⁾ signale que dans certaines collectivités, des personnes intéressées ont créé des services d'information et d'orientation, qui sont largement subventionnés par la province. Au Manitoba⁽⁴⁾, on trouve des centres d'information et d'orientation dans les grandes villes comme Winnipeg et Brandon. Outre les bureaux gouvernementaux, les personnes âgées à Winnipeg ont surtout recours aux services d'information et d'orientation offerts par l'Age and Opportunity Centre, organisme privé financé par la Fédération des œuvres et par des subventions du gouvernement provincial et de la municipalité.

Recommandation 69

Que les municipalités, par l'entremise de leur service de bien-être public, si elles en ont un, et des organismes privés qui s'occupent des problèmes familiaux, là où il existe de tels organismes, étendent et améliorent les services de consultation offerts aux vieilles personnes et que, sous les auspices de l'un d'eux ou des deux, il s'établisse un service bien conduit de placement des vieillards dans des familles adoptives.

SUITE DONNÉE

Cette recommandation pose un problème de terminologie. Dans certaines provinces, l'expression «familles adoptives» se rapporte uniquement aux foyers accueill-

lant des enfants; dans d'autres provinces, il s'agit des familles qui accueillent des personnes sortant d'institutions pour malades mentaux qui ont encore besoin d'une certaine surveillance, et qui se chargent de les soigner et de les surveiller.

L'étude menée en 1972 par le Social Planning and Review Council de la Colombie-Britannique⁽⁵⁾ a abouti à la conclusion qu'il y avait très peu de services de consultation dans la province, même si 70 volontaires reçoivent une somme nominale du gouvernement provincial pour fournir des services de consultation et d'orientation aux personnes âgées dans diverses villes de la province. L'étude recommandait qu'on augmente le nombre de services de consultation au palier municipal afin d'aider les personnes âgées qui désirent rester chez elles. En 1972, la Colombie-Britannique comptait quelque 7,400 lits dans des maisons de repos autorisées à l'intention des personnes pouvant se déplacer, mais qui requièrent une surveillance en raison de leur état de santé physique ou mentale. Ces foyers sont autorisés, en vertu de la Community Care Facilities Licensing Act, à condition de loger plus de trois pensionnaires.

Le rapport de 1973 sur la question des services médicaux et l'usage qu'en font les personnes âgées de l'Alberta⁽⁶⁾ faisait observer que les programmes actuels avaient tendance à négliger la grande majorité des personnes âgées qui vivent seules et s'efforcent de rester indépendantes. «Il faudrait instituer davantage de programmes de santé et de programmes connexes axés sur les foyers indépendants. Les programmes actuels comptent trop souvent sur l'initiative individuelle et les visites chez le médecin... Il faudrait déployer davantage d'efforts pour établir des programmes de consultation et de visites afin d'aider les personnes âgées à surmonter leur sentiment d'angoisse et de solitude.» Dans son rapport annuel de 1971-1972, le ministère de la Santé et du Développement social de l'Alberta signalait qu'il s'efforçait de trouver des foyers privés pour les malades sortant des hôpitaux.

La Saskatchewan⁽⁷⁾ mentionne qu'elle n'a aucun centre de consultation prévu spécialement pour les personnes âgées ni de foyers nourriciers surveillés pour les personnes âgées de la province.

Au Manitoba⁽⁸⁾, on trouve des services de consultation à Winnipeg et dans les grands centres urbains; dans les autres régions, cela varie beaucoup tant sur le plan du nombre que de la qualité des services. A Winnipeg, les services médicaux provinciaux ont un programme à l'intention de ceux qui ont besoin de soins en dehors du milieu hospitalier, et offrent notamment des possibilités de placement dans des familles adoptives.

Le Select Committee on Aging du gouvernement ontarien de 1967⁽⁹⁾ a notamment recommandé que l'on étudie

(1) Social Planning and Review Council de la Colombie-Britannique. "A Study of Community Care for Seniors", Vancouver, 1972, p. 7.
 (2) Earle Snider, "Medical Problems and the Use of Medical Services Among Senior Citizens in Alberta: A Pilot Project", Edmonton Medical Services Research Foundation de l'Alberta, 1973, p. vi-v.
 (3) Saskatchewan. Ministère des Services sociaux. Lettre du 21 août 1973.
 (4) Manitoba. Ministère de la Santé et du Développement social. Lettre du 2 décembre 1973.

(5) Social Planning and Review Council de la Colombie-Britannique. "A Study of Community Care for Seniors", Vancouver, 1972.
 (6) Snider, Earle. "Medical Problems and the Use of Medical Services Among Senior Citizens in Alberta: A Pilot Project", Edmonton, Medical Services Research Project, 1973.
 (7) Saskatchewan. Ministère des Services sociaux. Lettre du 21 août 1973.
 (8) Manitoba. Ministère de la Santé et du Développement social. Lettre du 2 décembre 1973.
 (9) Ontario. "Final Recommendations of the Select Committee on Aging" 1967, 5^e session 27^e législature, 15-16 Elizabeth II.

dans chaque région de la province les besoins des personnes âgées en matière d'hébergement et de foyers nourriciers. Cela a été fait. Les maisons de soins spéciaux et les maisons de pension surveillées sont visées par la Nursing Homes Act de l'Ontario. L'expression «familles adoptives» est généralement réservée aux foyers réservés aux enfants. En 1967, les organismes familiaux de 20 villes de l'Ontario offraient des conseils sur les problèmes de la famille et de la vieillesse.

En raison de leur situation économique, les municipalités de Terre-Neuve⁽¹⁾ et de l'Île-du-Prince-Édouard⁽²⁾ ne peuvent avoir de programmes indépendants. Les autorités provinciales s'occupent donc de cette question, sauf dans les grandes villes où des organismes bénévoles s'en occupent également.

La Nouvelle-Écosse⁽³⁾ a instauré un programme de familles adoptives à l'intention des adultes sortant d'hôpitaux psychiatriques. Les municipalités partagent le coût de ce programme et jouent un rôle actif dans les comités régionaux. La ville de Halifax a fait valoir que, faute d'un nombre suffisant de familles adoptives, elle n'avait pu lancer un programme plus vaste pour prendre en charge d'autres catégories de gens.

Recommandation 70

Que les institutions et organismes établis pour les adultes, y compris les écoles et les universités, les églises, les cercles de bienfaisance, les bibliothèques publiques, les musées et les centres récréatifs et autres essaient de modifier leurs programmes et leur activité en vue d'encourager les gens âgés à y participer plus qu'ils ne le font.

SUITE DONNÉE

Dans tout le Canada, les personnes âgées font l'objet d'une attention croissante. Elles bénéficient de tarifs réduits pour presque tous les moyens de transport, comme les autobus, les avions, etc. Dans certaines municipalités, il n'a toutefois pas été possible de réduire les tarifs des transports en commun pour les personnes âgées, comme par exemple à Halifax. Elles peuvent également se prévaloir de réductions du prix d'admission dans les cinémas, et le Centre national des arts d'Ottawa offre non seulement cette réduction pour de nombreux spectacles mais il organise également des programmes spéciaux à l'intention des personnes âgées.

L'Église unie du Canada a préparé un document sur une série d'activités du soir pour aider les communautés qui se préoccupent des problèmes des personnes âgées⁽⁴⁾. L'année dernière, l'Église unie du Canada a également confié à un organisme de recherche privé de Toronto la tâche d'étudier divers aspects des besoins des personnes

âgées⁽⁵⁾. En 1972, l'Office de l'action sociale de la Conférence catholique canadienne a pris comme thème les droits, la dignité et les besoins des personnes âgées afin de promouvoir l'action paroissiale dans ce domaine⁽⁶⁾.

Les personnes âgées ont formé des groupes partout au pays et ont très bien réussi à faire connaître leurs besoins sur le plan culturel et des loisirs à leur municipalité. A Ottawa, les fonctionnaires municipaux du département des Parcs et des Loisirs s'occupent de 20 ensembles domiciliaires subventionnés, et organisent des programmes de loisirs comme la natation, les cours d'artisanat, etc. La municipalité fournit également le transport pour diverses activités organisées par des organismes bénévoles. Les collèges communautaires et certaines universités offrent des cours d'éducation permanente qui peuvent présenter un intérêt pour les personnes âgées. Des cours préparatoires à la retraite leur sont également offerts dans des établissements de niveau secondaire dans la plupart des grandes villes ainsi que dans des écoles secondaires régionales.

On est en train de créer à Toronto un Institut canadien de religion et de gérontologie dans le but d'aider les églises et les ordres religieux à mettre sur pied des programmes préparatoires à la retraite pour les personnes âgées. On espère également leur offrir des cours enrichissants dans des domaines comme les diverses cultures, les saintes Écritures, etc.⁽⁷⁾.

Recommandation 71

Que les municipalités, en cherchant à combler les vides entre les services et les moyens qui existent, envisagent particulièrement la possibilité d'établir des services ménagers à domicile et des centres d'hébergement diurne.

SUITE DONNÉE

L'«auxiliaire familial(e)» diffère des domestiques en ce sens qu'il ou elle travaille sous une surveillance professionnelle. Dans certaines régions, il faut avoir reçu une formation qui est offerte en partie par les collèges communautaires, tandis que dans certaines autres régions, aucune formation n'est requise. Entre 1958 et 1969, le nombre total des auxiliaires familiales au Canada a plus que quintuplé; cette augmentation tient pour beaucoup à la participation fédérale au coût des services depuis 1969, aux termes du Régime d'assistance publique du Canada. Une enquête⁽⁸⁾ effectuée par le Conseil canadien de développement social et dont le rapport a été publié en mars 1971 révèle que les services d'auxiliaires familiales tendent à se concentrer dans les grandes villes; en effet, 42 p. 100 des agences et les deux tiers des auxiliaires familiales se trouvent dans les centres urbains de plus de 100,000 habitants. Au Canada, le nombre des auxiliaires familiales n'est pas également réparti entre les provinces et les agglomérations de différentes tailles. Au moment de l'enquête, le Manitoba était la province la mieux desservie, avec l'équivalent de 32 auxiliaires familiales à plein

(1) Terre-Neuve et Labrador. Ministère de la Santé. Lettre du 10 août 1973.

(2) Île-du-Prince-Édouard. Ministère des Services sociaux. Lettre du 24 août 1973.

(3) Halifax, Nouvelle-Écosse. Planificateur municipal. Lettre du 23 novembre 1973.

(4) Église unie du Canada "Resources for Senior Adult Work", Toronto.

(5) Groupe de recherche pour l'environnement. "Survey of Media Patterns and Preferences of Senior Citizens in Metropolitan Toronto", Toronto, 1972; il s'agit d'un texte de 13 pages accompagné d'un questionnaire de 19 pages.

(6) Conférence catholique canadienne, Office national du bien-être et de la santé. "The Aged in the Family of Man", Ottawa, 1972.

(7) Institut canadien de religion et de gérontologie, Toronto. Lettre du 8 décembre 1973.

(8) Conseil canadien de développement social. Les services d'auxiliaires familiales au Canada, Ottawa, 1971, pp. 15, 16 et 17.

temps pour 100,000 habitants, suivi de la Colombie-Britannique, avec 21, et de l'Ontario, avec 11. L'enquête portait sur le nombre total d'auxiliaires familiales nécessaires, par famille, y compris les personnes âgées. Les régions rurales et les localités de moins de 10,000 habitants étaient les moins bien desservies sauf en Colombie-Britannique, exception notable. Le document «Plus qu'un gîte»⁽¹⁾ de 1973 signale que l'on peut se prévaloir de services d'auxiliaires familiales dans 7 p. 100 des ensembles financés en vertu de la LNH et que ces services sont disponibles dans la collectivité en général dans 33 p. 100 des cas. C'est en Ontario que ce service est le plus souvent disponible, contrairement aux provinces Maritimes.

La cotisation à ce service est proportionnelle au revenu des bénéficiaires; les personnes âgées dont le seul revenu est la pension de vieillesse et le supplément de sécurité de la vieillesse ne paient rien, tandis que celles qui ont une source de revenu indépendante versent une cotisation complète. La section locale de la Fédération des œuvres participe aux frais de ce programme.

L'Association canadienne des auxiliaires familiales établie à Ottawa a signalé une pénurie d'auxiliaires familiales pour répondre à la demande de services.

L'expression «centre de garde de jour» réfère habituellement à la garde des enfants. Dans ces conditions, il est impossible de déterminer d'après les rapports annuels des provinces si les données relatives aux centres de garde de jour concernent les enfants ou les personnes âgées. L'Île-du-Prince-Édouard⁽²⁾ a déclaré qu'il n'existe pas de centre de garde de jour pour les personnes âgées dans la province, tandis que l'administration municipale de Halifax tâche de trouver un emplacement pour créer un tel centre⁽³⁾. A l'automne 1973 s'ouvrait à Ottawa⁽⁴⁾ le premier centre de garde de jour pour les personnes âgées, mais il paraît que l'absence de moyens de transport en commun reliant ce centre à la ville dissuade les personnes âgées de s'y rendre.

Le Social Planning and Review Council de la Colombie-Britannique⁽⁵⁾ est en voie de mettre sur pied des programmes de soins personnalisés, de surveillance, d'activités et de contacts sociaux. Vancouver est doté d'un centre de soins de jour et la région de la Côte nord, grâce au programme d'initiatives locales, a établi la nécessité d'un service semblable.

L'hôpital de jour accueille les malades le matin. Ils suivent des traitements pendant quelques heures et rentrent chez eux le soir. En mars 1971, le ministre de la Santé et du Développement social de l'Alberta annonçait l'établissement, à titre d'expérience, de trois centres de gériatrie de jour à Edmonton et à Calgary⁽⁶⁾. Deux seront situés à Calgary, et l'autre à Edmonton.

Recommandation 72

Que les municipalités se penchent aussi avec sollicitude sur le besoin d'emplois protégés ouverts à tous ceux, y compris les vieillards, qui ne sont pas susceptibles d'entrer ou de retourner dans l'effectif de la main-d'œuvre régulière, mais qui ont besoin de se tenir occupés dans un milieu protégé.

SUITE DONNÉE

Le Conseil canadien de développement social, dans l'enquête qu'il a effectuée sur les logements pour vieillards financés par la LNH, a constaté que 25 p. 100 des ensembles d'habitations comptaient des ateliers; et que dans 12 p. 100 des autres cas, on en trouvait un à proximité, dans la localité⁽⁷⁾. Ces pièces sont beaucoup plus rares dans les logements autonomes que dans les foyers et dans les logements mixtes; 13 p. 100 seulement des ensembles de logements autonomes disposent d'un atelier, contre 61 p. 100 pour les foyers et les logements mixtes. L'atelier se rencontre plus fréquemment à l'extérieur des grandes villes.

Les organismes s'occupant de personnes âgées ont eu recours aux subventions Nouveaux horizons pour créer des centres d'artisanat qui produisent en vue de la vente; on en trouve à Saint-Jean, Terre-Neuve, et à Sydney, Nouvelle-Écosse.

Il n'existe au Canada que deux ateliers protégés pour vieillards, tous deux dirigés par des organisations charitables israéliques; l'un se trouve à Toronto, l'autre à Montréal.

Recommandation 73

Que les gouvernements provinciaux, à qui la constitution donne la responsabilité de fournir les services indispensables de santé, de bien-être, d'instruction et de récréation, prêtent une attention particulière aux graves déficiences qui existent actuellement dans tous ces domaines en ce qui concerne les besoins des vieillards.

Recommandation 74

Que les gouvernements provinciaux, en vue d'apporter les changements qui s'imposent en présence de cette situation, interviennent par l'entremise de leurs services de santé, de bien-être et d'éducation pour stimuler vigoureusement les collectivités et secondent particulièrement leurs efforts en instituant un programme entouré de publicité qui lui fasse entreprendre de donner des conseils techniques et de l'aide sur place et de préparer les matériaux requis pour la préparation des programmes et la formation du personnel.

SUITE DONNÉE

Aucune des provinces ne fait tout ce qu'il faudrait pour remédier aux lacunes et déficiences sérieuses qui existent à tous égards dans la situation faite aux personnes âgées, mais la plupart s'y emploient aussi activement que le leur permettent leurs ressources, compte tenu de la né-

(7) Conseil canadien de développement social, «Plus qu'un gîte» 1973.

REMARQUE: Voir recommandation 81.

(1) Conseil canadien de développement social, «Plus qu'un gîte», Ottawa, 1973.

(2) Île-du-Prince-Édouard. Lettre du 24 août 1973.

(3) Ville de Halifax. Lettre du 23 novembre 1973.

(4) Island Lodge. Communication téléphonique, le 28 novembre 1973.

(5) Social Planning and Review Council de la Colombie-Britannique, «A Study of Community Care for Seniors», Vancouver, 1972, p. 91.

(6) Gouvernement de l'Alberta. Communiqué à la presse du 21 mars 1973.

Que les municipalités se penchent aussi avec sollicitude sur la question d'habitat protégé ouvert à tous ceux qui ont besoin de logements et ne sont pas capables de payer le marché. Les municipalités ont l'obligation de faire des logements protégés mais qui ont besoin de se pencher aussi sur les autres besoins.

ROUTE DOMINÉE

Le Conseil municipal de développement social, dans l'attente d'être élu, a étudié les besoins pour venir à bout de la situation. Le L.M.S. a consacré 25 p. 100 des fonds à l'habitat protégé, 25 p. 100 à l'habitat protégé et 50 p. 100 à l'habitat protégé. Les besoins sont toujours plus élevés dans les logements sociaux que dans les logements sociaux mixtes; 15 p. 100 seulement des fonds de logements sociaux sont alloués à l'habitat protégé. Le L.M.S. se penche plus spécialement à l'égard des zones urbaines.

Les organismes occupent de personnes âgées ont un rôle important à jouer. Les organismes sociaux pour venir à bout de la situation ont une tâche à accomplir. Les organismes sociaux pour venir à bout de la situation ont une tâche à accomplir.

Il n'existe en Ontario que deux autres provinces pour venir à bout de la situation. Les organismes sociaux pour venir à bout de la situation ont une tâche à accomplir.

PROVINCES 11

Que les gouvernements provinciaux, à qui la responsabilité de fournir les services sociaux est confiée, se penchent plus particulièrement sur les besoins de la population. Les organismes sociaux pour venir à bout de la situation ont une tâche à accomplir.

PROVINCES 12

Que les gouvernements provinciaux, en vue d'apporter les services sociaux, se penchent plus particulièrement sur les besoins de la population. Les organismes sociaux pour venir à bout de la situation ont une tâche à accomplir.

ROUTE DOMINÉE

Les besoins des provinces de fait sont en fait toujours plus élevés que ceux des provinces de fait. Les organismes sociaux pour venir à bout de la situation ont une tâche à accomplir.

Le Conseil municipal de développement social, dans l'attente d'être élu, a étudié les besoins pour venir à bout de la situation. Le L.M.S. a consacré 25 p. 100 des fonds à l'habitat protégé, 25 p. 100 à l'habitat protégé et 50 p. 100 à l'habitat protégé.

Le Conseil municipal de développement social, dans l'attente d'être élu, a étudié les besoins pour venir à bout de la situation. Le L.M.S. a consacré 25 p. 100 des fonds à l'habitat protégé, 25 p. 100 à l'habitat protégé et 50 p. 100 à l'habitat protégé.

Le Conseil municipal de développement social, dans l'attente d'être élu, a étudié les besoins pour venir à bout de la situation. Le L.M.S. a consacré 25 p. 100 des fonds à l'habitat protégé, 25 p. 100 à l'habitat protégé et 50 p. 100 à l'habitat protégé.

Le Conseil municipal de développement social, dans l'attente d'être élu, a étudié les besoins pour venir à bout de la situation. Le L.M.S. a consacré 25 p. 100 des fonds à l'habitat protégé, 25 p. 100 à l'habitat protégé et 50 p. 100 à l'habitat protégé.

Le Conseil municipal de développement social, dans l'attente d'être élu, a étudié les besoins pour venir à bout de la situation. Le L.M.S. a consacré 25 p. 100 des fonds à l'habitat protégé, 25 p. 100 à l'habitat protégé et 50 p. 100 à l'habitat protégé.

Le Conseil municipal de développement social, dans l'attente d'être élu, a étudié les besoins pour venir à bout de la situation. Le L.M.S. a consacré 25 p. 100 des fonds à l'habitat protégé, 25 p. 100 à l'habitat protégé et 50 p. 100 à l'habitat protégé.

Le Conseil municipal de développement social, dans l'attente d'être élu, a étudié les besoins pour venir à bout de la situation. Le L.M.S. a consacré 25 p. 100 des fonds à l'habitat protégé, 25 p. 100 à l'habitat protégé et 50 p. 100 à l'habitat protégé.

- (1) Conseil municipal de développement social, dans l'attente d'être élu, a étudié les besoins pour venir à bout de la situation. Le L.M.S. a consacré 25 p. 100 des fonds à l'habitat protégé, 25 p. 100 à l'habitat protégé et 50 p. 100 à l'habitat protégé.
- (2) Conseil municipal de développement social, dans l'attente d'être élu, a étudié les besoins pour venir à bout de la situation. Le L.M.S. a consacré 25 p. 100 des fonds à l'habitat protégé, 25 p. 100 à l'habitat protégé et 50 p. 100 à l'habitat protégé.
- (3) Conseil municipal de développement social, dans l'attente d'être élu, a étudié les besoins pour venir à bout de la situation. Le L.M.S. a consacré 25 p. 100 des fonds à l'habitat protégé, 25 p. 100 à l'habitat protégé et 50 p. 100 à l'habitat protégé.
- (4) Conseil municipal de développement social, dans l'attente d'être élu, a étudié les besoins pour venir à bout de la situation. Le L.M.S. a consacré 25 p. 100 des fonds à l'habitat protégé, 25 p. 100 à l'habitat protégé et 50 p. 100 à l'habitat protégé.
- (5) Conseil municipal de développement social, dans l'attente d'être élu, a étudié les besoins pour venir à bout de la situation. Le L.M.S. a consacré 25 p. 100 des fonds à l'habitat protégé, 25 p. 100 à l'habitat protégé et 50 p. 100 à l'habitat protégé.

cessité de s'occuper d'autres problèmes comme la lutte contre la pollution, etc. Certaines des provinces ont des bureaux chargés du troisième âge.

Depuis 1967, la Direction des personnes âgées du ministère de la Réadaptation et du Progrès social de Colombie-Britannique⁽¹⁾ s'oriente de plus en plus vers la prestation de services aux personnes âgées. Plus de 70 vieillards, répartis entre les agglomérations clés de la province, sont chargés d'aider les personnes de leur âge dans la solution de leurs difficultés de tous ordres. Il s'agit de bénévoles, dont les frais sont remboursés à concurrence de \$40 par mois.

Les bénéficiaires d'une fraction quelconque du supplément fédéral de revenu garanti ou du complément provincial d'aide sociale ont droit au transport gratuit sur les lignes du réseau d'autobus de Colombie-Britannique dans le Grand Vancouver et le Grand Victoria, à condition de verser une redevance semestrielle de \$5.

Plus de 25 centres d'activités pour adultes handicapés ont reçu, dans la période considérée, une assistance quelconque dont le montant s'échelonnait entre \$300 et \$1,700 par mois.

La Direction des personnes âgées est en contact presque quotidien avec de nombreux organismes pour personnes âgées et pour retraités.

En Alberta, était prévue pour 1973 une étude en collaboration (Alberta Council on Aging et ministère de la Santé et du Développement social) sur les besoins généraux des vieillards de la province, placés ou non dans des établissements. Le projet pilote relatif aux personnes âgées d'Alberta⁽²⁾ (1973) a fait voir la nécessité de donner à ces personnes la possibilité d'exercer des activités plus nombreuses.

La Senior Citizens Commission de Saskatchewan a la charge de rechercher les lacunes et de proposer des programmes nouveaux, à l'intention plus spécialement des petites localités. Son rapport⁽³⁾, publié en janvier 1974, recommandait au gouvernement provincial la création d'un organisme spécial, dans le cadre d'une revalorisation de la situation de la vieillesse en Saskatchewan. On y trouve en outre les principes à suivre dans la définition des attributions des divers échelons de cet organisme.

Le ministère de la Santé et du Développement social du Manitoba⁽⁴⁾ signale que le gouvernement provincial élargit son action depuis dix ans: mise au point de cours pour le personnel des établissements de soins, encouragement et aide aux directeurs de ces établissements pour l'élaboration des programmes, organisation de séminaires; et surtout assistance aux établissements de soins qui désirent mettre sur pied des programmes d'activités, et formation du personnel à cette fin.

L'Ontario⁽⁵⁾ a constitué en 1967 un Select Committee on Aging. Au mois d'octobre 1973, 42 p. 100 de ses recommandations de toutes sortes relatives au troisième âge avaient été appliquées en totalité, et 18 p. 100 appliquées en partie. De mai 1971 à octobre 1973, le nombre des recommandations appliquées avait augmenté de 9 p. 100. En mars 1970, le ministère des Services sociaux et familiaux organisait la première conférence de centres ontariens pour personnes âgées, dans le but de rechercher la marche à suivre pour la création d'un réseau provincial de centres de jour de haute qualité à l'intention des personnes âgées. L'Ontario réserve une semaine chaque année au troisième âge. Des pochettes de documentation préparées spécialement à cette fin sont expédiées aux municipalités et organismes; en 1973, le thème adopté était «Living can be Ageless» «Vivre à tout âge». Pour la première fois, le gouvernement provincial a lancé, à l'échelle de la province, une campagne de retraite anticipée à l'intention des gens de 40 ans et plus.

De 1967 à 1970, le gouvernement du Québec⁽⁶⁾ a financé un programme de formation en soins spécialisés des personnes âgées administré par les Soeurs grises de Montréal.

La Nouvelle-Écosse⁽⁷⁾ compte une Division de réadaptation et de développement social au sein de son ministère du Bien-être qui met l'accent sur l'importance de la participation de la collectivité pour déterminer les besoins des gens. En 1971-1972, 30 étudiants ont été embauchés pour organiser des programmes d'activités dans 15 foyers pour vieillards et invalides. Il y a aussi une Division de planification et de recherche sociale qui sert d'organisme de coordination habilité à planifier et à organiser des projets de recherches, des études et des travaux d'évaluation sur les nouveaux besoins du ministère et d'organe d'information sur les programmes de bien-être en Nouvelle-Écosse. Un des projets a été l'établissement d'un répertoire des services sociaux dans la région d'Halifax-Dartmouth. Bien qu'on mette l'accent sur la famille et la jeunesse, bon nombre des programmes peuvent servir aux personnes âgées.

Au Nouveau-Brunswick⁽⁸⁾, la Division des Relations communautaires coordonne les activités du ministère des Programmes de bien-être et celle des services de bien-être privés. Elle s'occupe de travaux de promotion et de participation aux programmes visant à bien renseigner les groupes communautaires, les groupes de clients, les organismes bénévoles et le grand public sur les services, les buts et les objectifs dans le domaine du bien-être social et à les y faire pleinement participer.

A Terre-Neuve⁽⁹⁾, c'est le ministère de la Réadaptation et de la Récréation qui s'occupe des vieillards. Le ministère des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard⁽¹⁰⁾ compte une Division des services aux vieillards.

- (1) Colombie-Britannique. Direction des personnes âgées, ministère de la Réadaptation et du Progrès social, rapport annuel 1972, p. N57.
- (2) Snider Earle, «Medical Problems and the Use of Medical Services Among Senior Citizens in Alberta; A Pilot Project.» Edmonton, Medical Services Research Foundation de l'Alberta, 1973.
- (3) Saskatchewan. Ministère des Services sociaux: «If you feel... Change if possible», Regina, 1974, 144 pages.
- (4) Manitoba. Ministère de la Santé et du Développement social, lettre du 2 décembre 1973.

- (5) Ontario. Ministère des Services sociaux et communautaires, lettre du 28 novembre 1973.
- (6) Conseil canadien du bien-être social. «Vivre longtemps». Vol. 9, n° 1, mars 1971, p. 9.
- (7) Nouvelle-Écosse. Ministère du Bien-être public. Rapport annuel pour l'année se terminant le 31 mars 1972, pp. 61 et 78.
- (8) Nouveau-Brunswick. Ministère des Services sociaux. Rapport annuel 1971-1972.
- (9) Terre-Neuve et Labrador. Ministère de la Santé. Lettre du 10 août 1973.
- (10) Île-du-Prince-Édouard. Ministère des Services sociaux. Lettre du 24 août 1973.

Recommandation 75

Que les gouvernements provinciaux, seuls ou de concert avec le gouvernement fédéral, accordent des subventions pour:

- a) La construction et la conduite de centres d'hébergement diurne, de centres récréatifs et d'ateliers protégés;
- b) L'institution de cours de formation et de spécialisation de travailleurs professionnels ou bénévoles dans le domaine des services collectifs;
- c) L'établissement de services expérimentaux pour vieillards dans des domaines comme la distribution de repas, la récréation, le camping, la préparation mentale des adultes à la retraite.

SUITE DONNÉE

Le gouvernement fédéral ne contribue pas à l'établissement d'ateliers mais contribuera à leurs frais de fonctionnement. L'Ontario et l'Alberta consentent des subventions d'établissement. Toutes les provinces assument une part des frais de fonctionnement. On peut obtenir des subventions provinciales pour les «centres de garde de jour», mais il y en a peu pour les vieillards. Ce terme désigne dans la plupart des provinces des garderies d'enfants. Ceux qui existent sont financés par la province, la municipalité, des organismes bénévoles ou la Fédération des œuvres. Les centres de loisirs pour citoyens âgés, lorsqu'ils sont distincts du centre communautaire, sont habituellement l'œuvre d'un organisme de service local. Les frais de fonctionnement proviennent de droits, de la Fédération des œuvres et des Parcs municipaux et de la Récréation.

L'Ontario⁽¹⁾ est la seule province à offrir à la fois des subventions d'établissement et de fonctionnement pour les centres pour personnes âgées et les centres communautaires. Elle dit aussi commanditer bon nombre de cours de formation et d'instituts à l'intention des travailleurs professionnels, techniques et bénévoles dans le domaine des services communautaires aux vieillards. Bien qu'elle n'ait pas mis en œuvre de projets précis dans ce domaine, elle appuie un certain nombre de programmes se rattachant aux loisirs, à la préparation à la retraite et à l'éducation des adultes par l'entremise d'au moins deux services de son ministère des Services sociaux et communautaires.

Le Manitoba⁽²⁾ signale avoir agi dans ce domaine surtout dans les grands centres, mais qu'il reste beaucoup à faire dans les régions rurales.

Le gouvernement fédéral partage le coût de bon nombre des subventions du gouvernement de la Saskatchewan⁽³⁾ destinées aux services de bien-être ou communautaires. On met plus l'accent, dans l'octroi des subventions, sur les programmes et le personnel que sur les travaux de construction.

«Plus qu'un gîte»⁽⁴⁾ notait qu'un service d'animation de groupe n'existait que dans 9 p. 100 des ensembles construits en vertu de la LNH; dans une autre tranche de 6 p. 100, il était disponible, mais ailleurs dans la localité. Il était beaucoup plus fréquent de trouver disponibles sur place les services d'animation de groupe dans les foyers et ensembles mixtes que dans les ensembles de logements autonomes: le service existait dans seulement 5 p. 100 des ensembles de logements autonomes contre 17 p. 100 dans les foyers et ensembles mixtes. Le Québec en comptait une proportion beaucoup plus élevée que les autres régions; cela tient peut-être à la prédominance des foyers au Québec ainsi qu'au fait qu'on y prise davantage les méthodes d'animation sociale.

Recommandation 76

Que les gouvernements provinciaux se partagent avec les municipalités le coût des services ménagers suivant une formule qui permette à celles-ci de fournir gratuitement cet important service à tous les vieillards dont le revenu imposable est inférieur à un certain minimum, comme \$1,200 dans le cas des célibataires et \$2,000 dans le cas des ménages.

SUITE DONNÉE

Aux termes de la législation sociale, toutes les provinces canadiennes assurent une aide financière plus ou moins élevée au titre des services ménagers.

Les gouvernements provinciaux et municipaux assument les frais des services ménagers fournis aux assistés sociaux. Le service est soumis à la constatation des besoins, comme l'exige l'accord relatif au Régime d'assistance publique du Canada.

Recommandation 77

Que les gouvernements provinciaux encouragent et aident financièrement les services municipaux de bien-être à améliorer leurs services de consultation et d'orientation et à les mettre à la disposition non seulement des indigents mais de toute la population, et en particulier des vieillards, et qu'ils se partagent le coût avec les municipalités.

SUITE DONNÉE

Les services de consultation et d'orientation sont prévus aux termes du Régime d'assistance publique du Canada, à condition toutefois que les provinces et municipalités en cause puissent assumer leur part des frais. Les services d'orientation sont habituellement dispensés par les bureaux régionaux, mais le problème, semble-t-il, c'est que la majorité des personnes âgées ignorent tout de ces services ou ne savent pas où s'adresser pour en profiter.

(1) Ontario. Ministère des Services sociaux et communautaires. Lettre du 28 novembre 1973.

(2) Manitoba. Ministère de la Santé et du Développement social. Lettre du 2 décembre 1973.

(3) Saskatchewan. Ministère des Services sociaux. Lettre du 21 août 1973.

(4) Conseil canadien de développement social, «Plus qu'un gîte», Ottawa, 1973, p. 129

Le Groupe a travaillé pendant deux ans à la réalisation de son programme de développement social. Il a été financé par le gouvernement fédéral, les provinces et les municipalités. Le Groupe a travaillé dans les domaines suivants :

- 1) Le développement des services sociaux.
- 2) Le développement des services de santé.
- 3) Le développement des services éducatifs.
- 4) Le développement des services culturels.
- 5) Le développement des services de loisirs.
- 6) Le développement des services de formation.
- 7) Le développement des services de recherche.
- 8) Le développement des services de conseil.
- 9) Le développement des services de médiation.
- 10) Le développement des services de réinsertion.

Recommandation 15

Les gouvernements provinciaux et municipaux devraient continuer à travailler ensemble pour améliorer les services sociaux. Ils devraient également travailler ensemble pour améliorer les services de santé, éducatifs, culturels, de loisirs, de formation, de recherche, de conseil, de médiation et de réinsertion.

NOTE DONNÉE

Les gouvernements provinciaux et municipaux devraient continuer à travailler ensemble pour améliorer les services sociaux. Ils devraient également travailler ensemble pour améliorer les services de santé, éducatifs, culturels, de loisirs, de formation, de recherche, de conseil, de médiation et de réinsertion.

Les gouvernements provinciaux et municipaux devraient continuer à travailler ensemble pour améliorer les services sociaux. Ils devraient également travailler ensemble pour améliorer les services de santé, éducatifs, culturels, de loisirs, de formation, de recherche, de conseil, de médiation et de réinsertion.

Recommandation 17

Les gouvernements provinciaux et municipaux devraient continuer à travailler ensemble pour améliorer les services sociaux. Ils devraient également travailler ensemble pour améliorer les services de santé, éducatifs, culturels, de loisirs, de formation, de recherche, de conseil, de médiation et de réinsertion.

NOTE DONNÉE

Les gouvernements provinciaux et municipaux devraient continuer à travailler ensemble pour améliorer les services sociaux. Ils devraient également travailler ensemble pour améliorer les services de santé, éducatifs, culturels, de loisirs, de formation, de recherche, de conseil, de médiation et de réinsertion.

Les gouvernements provinciaux et municipaux devraient continuer à travailler ensemble pour améliorer les services sociaux. Ils devraient également travailler ensemble pour améliorer les services de santé, éducatifs, culturels, de loisirs, de formation, de recherche, de conseil, de médiation et de réinsertion.

Le gouvernement fédéral devrait continuer à travailler avec les gouvernements provinciaux et municipaux pour améliorer les services sociaux.

1) La construction de nouvelles unités de logement social.

2) L'augmentation de la construction de logements sociaux.

3) L'établissement de services expérimentaux pour les personnes âgées.

NOTE DONNÉE

Le gouvernement fédéral devrait continuer à travailler avec les gouvernements provinciaux et municipaux pour améliorer les services sociaux. Il devrait également travailler avec les gouvernements provinciaux et municipaux pour améliorer les services de santé, éducatifs, culturels, de loisirs, de formation, de recherche, de conseil, de médiation et de réinsertion.

L'Ontario est la seule province à offrir à ses citoyens des services sociaux de haute qualité. Le gouvernement provincial devrait continuer à travailler avec les gouvernements fédéral et municipaux pour améliorer les services sociaux. Il devrait également travailler avec les gouvernements provinciaux et municipaux pour améliorer les services de santé, éducatifs, culturels, de loisirs, de formation, de recherche, de conseil, de médiation et de réinsertion.

Le Manitoba devrait continuer à travailler avec les gouvernements fédéral et provinciaux pour améliorer les services sociaux. Il devrait également travailler avec les gouvernements provinciaux et municipaux pour améliorer les services de santé, éducatifs, culturels, de loisirs, de formation, de recherche, de conseil, de médiation et de réinsertion.

Le gouvernement fédéral devrait continuer à travailler avec les gouvernements provinciaux et municipaux pour améliorer les services sociaux. Il devrait également travailler avec les gouvernements provinciaux et municipaux pour améliorer les services de santé, éducatifs, culturels, de loisirs, de formation, de recherche, de conseil, de médiation et de réinsertion.

- 1) Ontario, Ministère des Services sociaux et communautaires.
- 2) Alberta, Ministère de la Santé et du Développement social.
- 3) Saskatchewan, Ministère des Services sociaux. Lettre de 1977.
- 4) Manitoba, Ministère de la Santé et du Développement social.
- 5) Québec, Ministère de la Santé et du Développement social.

D'après l'étude du Conseil canadien de développement social⁽¹⁾, les ensembles de logements disposent de services d'orientation comme il suit:

	Offert sur les lieux ou à titre de service spécial	Offert à la collectivité	Inexistant
Tous les ensembles	6.1%	44.5%	49.4%
Ensembles autonomes	4.1%	45.1%	50.8%

La Colombie-Britannique⁽²⁾ a un programme d'orientation pour les personnes âgées. Les orienteurs sont des volontaires dont les frais personnels sont remboursés jusqu'à concurrence de \$40 par mois. Le programme qui relève du ministère de la Réadaptation et du Progrès social, existe depuis environ quatre ans; il a été bien accueilli.

L'étude intitulée «Health Care and the Non-Institutionalized Senior Citizen in Edmonton»⁽³⁾ recommandait «davantage d'efforts pour établir des programmes de consultation et de visites afin d'aider les personnes âgées à surmonter leur sentiment d'angoisse et de solitude». L'étude signalait que le médecin de famille était devenu le «père confesseur» et que les services professionnels disponibles n'étaient pas utilisés au maximum.

La province de la Saskatchewan⁽⁴⁾ projette la réorganisation de son ministère des Services sociaux, afin que les travailleurs sociaux puissent consacrer plus de temps aux services sociaux, notamment à l'orientation des personnes de tout âge. Les infirmières hygiénistes⁽⁵⁾ ont fait 6,600 visites (soit 34 p. 100 du nombre global) à des personnes de plus de 65 ans, surtout pour faire connaître les activités de réadaptation.

Le Manitoba⁽⁶⁾ nous a informés qu'il finance les services d'orientation offerts par l'entremise des bureaux de son ministère; il met aussi des fonds à la disposition du Age and Opportunity Centre et du Civic Senior Citizens Incorporated de Brandon pour leurs services d'orientation.

L'Ontario⁽⁷⁾ encourage les services sociaux locaux à augmenter leurs services de consultation par le biais de lois comme la General Welfare Assistance Act, la District Welfare Assistance Act, la District Welfare Administration Boards Act et de certains autres programmes du ministère des Services sociaux et communautaires.

Une équipe de chercheurs du Conseil canadien de développement social a constaté après une enquête sur les projets de logement à l'intention des personnes âgées et financés en vertu de la loi nationale sur l'habitation, que la consultation en matière de travail social était plus accessible au Québec⁽⁸⁾ que dans les autres provinces. Des projets de logement qui ont fait l'objet de l'enquête du Québec, 51 p. 100 prévoyaient de la consultation sociale, sur place dans 6 p. 100 des cas et ailleurs dans la collectivité dans 45 p. 100 d'entre eux. Toutefois, de la consultation sur place en ce domaine n'était prévue que dans 4 p. 100 des projets autonomes et dans 12 p. 100 des hospices et des projets mixtes.

Au Nouveau-Brunswick⁽⁹⁾ le ministère des Services sociaux administre l'assistance sociale dans le cadre d'un programme d'ensemble alors qu'en Nouvelle-Écosse⁽¹⁰⁾ la province rembourse les municipalités d'au moins 75 p. 100 des coûts de l'aide, des services et de l'administration. En Nouvelle-Écosse⁽¹¹⁾, les services municipaux de bien-être travaillent en étroite relation avec la Division du développement social et de la réadaptation du ministère provincial du Bien-être public et bon nombre de gens sont orientés vers cette division pour y obtenir des services de consultation et de réadaptation.

A Terre-Neuve et dans l'Île-du-Prince-Édouard⁽¹²⁾, la province assume l'entière responsabilité des frais d'assistance et de services à toutes les personnes dans le besoin.

Recommandation 78

Que la Division du bien-être social du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social établisse une division spéciale chargée de fournir des conseils techniques et les plus récents renseignements possibles sur les centres d'hébergement diurne, les services ménagers, la distribution de repas, l'orientation et tous les autres services de bien-être qui soient de la compétence du ministère.

SUITE DONNÉE

La Division de la recherche du bien-être social de la Direction du Bien-être de Santé et Bien-être social Canada est dotée d'une conseillère en gérontologie qui fournit, sur demande, des renseignements sur les divers services de bien-être social.

Recommandation 79

Que le ministère du Travail, par l'entremise de ses divisions compétentes, aide les provinces à instituer des services pour les vieillards dans des domaines comme la formation professionnelle et la réadaptation.

(1) Le Conseil canadien de développement social, «Plus qu'un gîte», 1973, pp. 130-131.
 (2) Colombie-Britannique. Ministère de la Réadaptation et du Progrès social, Rapport annuel 1972-1973, p. N57.
 (3) Snider, Earle L., Département de sociologie, Université de l'Alberta. Avril 1973. Projet de recherche des services médicaux: «Health Care and the Non-Institutionalized Senior Citizen in Edmonton», p. 149.
 (4) Saskatchewan. Ministère des services sociaux. Lettre du 21 août 1973.
 (5) Saskatchewan, Santé publique: Rapport annuel 1971-1972, p. 47.
 (6) Manitoba. Ministère de la Santé et du développement social. Lettre du 2 décembre 1973.
 (7) Ontario. Ministère des Services sociaux et communautaires. Lettre du 28 novembre 1973.

(8) Conseil canadien de développement social «Plus qu'un gîte», 1973, p. 127.
 (9) Santé et Bien-être social Canada. Sécurité sociale et services de bien-être publics au Canada, 1972, p. 49.
 (10) Ibid.
 (11) Nouvelle-Écosse. Ministère du Bien-être public. Rapport annuel, 1971-1972, p. 34.
 (12) Sécurité sociale et Services de bien-être publics au Canada. op. cit.

SUITE DONNÉE

La Direction des programmes spéciaux du ministère de la Main-d'Oeuvre et de l'Immigration comprend une section des travailleurs âgés, qui fournit des renseignements à ce sujet.

Recommandation 80

Que le gouvernement fédéral étudie la possibilité de réserver aux problèmes de la vieillesse une partie des crédits dont il dispose pour les recherches, la formation professionnelle et la culture physique au titre des programmes nationaux de subventions pour la santé, le bien-être et les sports amateurs.

SUITE DONNÉE⁽¹⁾

Les fonds ne sont pas réservés à des fins précises car chaque demande de subvention est jugée selon sa valeur réelle. Autrement, les fonds pourraient rester inactifs en attendant des projets dignes d'attention. Voici quelques projets menés à bien grâce aux subventions de bien-être social:

1. Le Conseil canadien de développement social—Colloques en vue de la formation d'administrateurs de foyers pour personnes âgées et instituts de formation à l'intention des directeurs de centres pour personnes âgées.
2. Jewish Home for the Aged, Toronto—Programmes d'activités à l'intention des vieillards atteints de déficience mentale, 1969 à 1973—Rapport définitif.
3. Windsor, comté de Hants, N.-É.—Projet de recherches sur les installations actuelles ou requises pour les soins communautaires destinés aux personnes âgées, épuisement de la subvention de 1967-1968.
4. Ministère de la Santé et du Développement social, Manitoba—Enquête sur les vieillards pour déterminer les facteurs de succès du séjour des vieillards dans des foyers nourriciers (subvention de 1967-1968).
5. Social Planning and Research Council, Hamilton et district—Les effets du vieillissement (subvention de 1967-1968).
6. Saskatoon Senior Citizens Services Association et Social Planning Council de Saskatoon—Facteurs qui contribuent à l'indépendance socio-économique des gens de plus de 60 ans et évaluation des services communautaires destinés aux personnes âgées (subvention de 1967-1968).
7. Conseil des Oeuvres et du bien-être de Québec—Une étude sur les foyers pour vieillards dans le diocèse de Québec (subvention de 1967-1968).
8. En 1970-1971, une subvention de bien-être social fut accordée à l'Université Laval en vue d'étudier les rapports existant entre certains événements survenus durant la deuxième partie de la vie d'une personne et son adaptation aux changements.

En 1973-1974, l'Université de Calgary fera une étude de «La vieillesse heureuse et les activités de l'avenir».

Subventions à la santé déjà octroyées:

Université d'Ottawa—Subvention pour déterminer dans quelle mesure les soins dispensés par les infirmières hygiénistes aident les vieillards à être suffisamment autonomes pour vivre dans un immeuble à appartements.

New Mount Sinai Hospital, Toronto—Subvention pour évaluer le rôle de la réadaptation auditive chez les vieillards, pour étudier le contrôle de la qualité des appareils auditifs usuels et examiner la possibilité d'organiser un programme de soins médicaux pour le rétablissement de la faculté auditive chez les vieillards.

En 1971, le docteur Roxburgh avait déclaré, devant le comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales, que l'ensemble du programme de recherches sur les problèmes de la vieillesse allait grandissant, notamment en ce qui concerne les maladies du cœur, les congestions cérébrales et autres. On constate, en examinant la liste des projets de recherches et des enquêtes sur les aspects économiques et sociaux des soins au Canada pour l'année 1972, qu'au moins une douzaine de ces projets se rapportent directement aux soins relatifs aux personnes âgées. Le Régime d'assistance publique du Canada, grâce à un programme de partage des frais, met des fonds à la disposition des ministères provinciaux et des services municipaux de bien-être social pour effectuer des recherches sur les services de bien-être social. L'ordre des priorités est fixé par les provinces.

Les programmes d'activités bénéficient d'un appui aux termes du programme «Nouveaux Horizons», mis sur pied en septembre 1972. Dans le cadre de ce programme, on assure des fonds à des groupes de personnes retraitées pour leur permettre de s'intégrer à la vie communautaire. Au 4 février 1974, 1675 projets d'une valeur totale d'environ 10 millions de dollars avaient déjà été approuvés.

Recommandation 84

Que des recherches soient entreprises afin de mieux connaître la vie quotidienne des vieillards et, en particulier, la façon dont ils occupent leurs loisirs et leur attitude à l'endroit des diverses initiatives prises pour eux par les collectivités dans ce domaine.

Recommandation 85

Que les programmes institués dans ce domaine soient franchement considérés comme expérimentaux en raison de la pénurie de renseignements que nous possédons à l'heure actuelle sur les loisirs et les goûts des vieillards, et que les résultats obtenus soient étudiés et pesés avec soin.

SUITE DONNÉE

Le Comité national de la Division du Vieillissement du Conseil canadien du Bien-être a constitué en juin 1967 un comité spécial chargé de se renseigner sur les possibilités d'étudier qui sont offertes aux personnes âgées⁽²⁾.

(1) Canada. Santé et Bien-être social Canada. Lettre de M. A. W. Johnson, sous-ministre du Bien-être social, en date du 12 février 1974.

(2) Conseil canadien du Bien-être: «Report of a Special Committee on Learning Opportunities for Older People», Ottawa, 1970.

Ce comité s'est principalement intéressé aux moyens d'enseignement qui conviennent le mieux aux personnes âgées, et a cherché à découvrir la façon suivant laquelle les personnes âgées acquièrent des connaissances nouvelles. Il a essayé d'abord la conversation orientée pour faire définir par les intéressés eux-mêmes leurs besoins éducationnels. Il a recensé les programmes pour vieillards qui font une place importante à l'étude, et en a étudié quelques-uns ayant obtenu de bons résultats. Le comité par ailleurs a jugé que les services d'information établis à l'intention des personnes âgées et de leurs parents à l'échelon de la ville tout entière pourraient apporter des renseignements très utiles sur les besoins éducationnels du troisième âge. Il a été confirmé dans cette opinion par ce que lui a remis le Service d'information du Conseil de planification sociale du Grand Toronto au sujet des demandes présentées à cet organisme.

Le rapport de ce comité spécial comprenait également une description de certains programmes de formation. Le colloque organisé à titre expérimental par le Prairie Christian Training Centre à l'intention des personnes qui travaillent avec les vieillards, s'est tenu à Fort Qu'Appelle en Saskatchewan. Le principal objectif de cette séance d'étude de quatre jours était d'apprendre à mieux former des chefs de file pour s'occuper des personnes âgées. Un programme de formation semblable fut tenu en mai 1969 au Centre d'éducation permanente de Naramata en Colombie-Britannique⁽¹⁾.

En 1972, le comité des communications du Consistoire de l'Église Unie du Canada (région de Toronto) a présenté au Conseil de la radio-télévision canadienne un mémoire sur la négligence en général des besoins particuliers des citoyens âgés par la radio et la télévision. A la suite de ce mémoire, un projet de recherche sur les habitudes et les besoins des citoyens âgés dans ce domaine fut élaboré⁽²⁾. Ce projet comporte quatre étapes: 1) l'évaluation des programmes existants destinés aux citoyens âgés; 2) un sondage d'opinion des citoyens âgés quant à leurs préférences et à leurs habitudes; 3) la participation de divers organismes locaux à l'établissement des besoins des citoyens âgés et à la mise à l'essai de nouveaux programmes; et 4) l'évaluation du projet et les recommandations.

Le Conseil canadien de développement social (anciennement le Conseil canadien du bien-être), au cours de son congrès annuel tenu en septembre 1973, a organisé deux séances d'étude consacrées aux vieillards. De l'avis général, les organismes planificateurs devraient découvrir ce que veulent les citoyens âgés au lieu de leur fournir ce dont ils auraient besoin selon les organismes.

Dans des propos qu'il tenait à l'intention de l'Association canadienne de gérontologie, le 18 octobre 1973, sur la sous-estimation des connaissances et la surestimation de la recherche, le docteur David Schonfield, de l'Université de Calgary, déclarait:

«Quand il est question de l'étude de la sénescence, cette jeune science de la gérontologie, on pourrait

croire que l'idée d'un conflit entre la connaissance et la recherche serait outrée. Les enquêtes sur le processus du vieillissement ont attiré fort peu de savants et l'incurie du Canada dans ce domaine est vraiment déplorable. L'apport financier du gouvernement fédéral à cet égard est de 2 p. 100 inférieur au chiffre correspondant des États-Unis, probablement moins de 1 p. 100, alors que les gérontologues américains se plaignent amèrement du soutien insuffisant de leur gouvernement. Il est trop facile de commencer à énumérer les lacunes dans la recherche, alors que les spécialistes canadiens réclament—ou devraient le faire—des connaissances plus approfondies notamment sur les effets des rigueurs de notre climat sur les activités que nous réservons aux vieillards; la gérontologie industrielle en général et plus particulièrement les problèmes que pose le recyclage des travailleurs âgés; les influences de l'inflation sur la retraite précoce; des comparaisons entre les services donnés dans les maisons de garde publiques et privées; les causes et la prévention des accidents dans la rue et au foyer. Il est facile de commencer à adresser une liste de ce genre; il est difficile de s'arrêter. Néanmoins, il est incontestable que la priorité devrait être accordée à ceux qui s'occupent ou qui ont l'intention de s'occuper des vieillards et des personnes qui vieillissent. L'acquisition de la connaissance, toute limitée qu'elle soit, doit l'emporter sur la recherche.»⁽³⁾

Il déplore ensuite le manque d'engagement quand il s'agit de formuler des propositions au sujet du vieillissement:

«Cette absence d'engagement est la cause principale des échecs subis par de nombreuses entreprises canadiennes établies à l'intention de la tranche plus âgée de notre population. La division du vieillissement du Conseil national du Bien-être social a disparu, de même que l'Institut de gérontologie de l'Université de Montréal. La revue «Vivre longtemps» a publié son dernier numéro et la minuscule section des travailleurs âgés du ministère fédéral de la Main-d'Oeuvre a réduit ses cadres. Selon certaines rumeurs, le Bureau du vieillissement du gouvernement de l'Ontario est en voie de disparition. Quand on laisse de telles entreprises périr au lieu de les préserver, c'est un indice de la sous-évaluation de la connaissance et de l'expérience»⁽⁴⁾.

Recommandation 86

Que ces activités soient encouragées et qu'en particulier au Bureau fédéral de la statistique, au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, on embauche un personnel et prévoie des fonds afin d'accentuer les programmes existants de recherches et de découverte de faits dans le domaine de la gérontologie.

SUITE DONNÉE

Bien qu'il n'y ait qu'un seul bureau de Santé et Bien-être Canada qui soit chargé de s'occuper de la gérontolo-

(1) Ibid., pp. 13-16.

(2) Groupe de recherche pour l'environnement, «Survey of Media Patterns and Preferences of Senior Citizens in Metropolitan Toronto», Toronto 1972, 13 pages et questionnaire de 19 pages.

(3) Schonfield, David. «Under-Valuing Knowledge and Over-Valuing Research», Université de Calgary, 1973, p. 5.

(4) Ibid. p. 7.

1. **Содержание** 1. **Введение** 2. **История** 3. **Теория** 4. **Практика** 5. **Заключение**

1. **Введение** 1.1. **Актуальность** 1.2. **Цели и задачи** 1.3. **Методология**

2. **История** 2.1. **Истоки** 2.2. **Эволюция** 2.3. **Современное состояние**

3. **Теория** 3.1. **Основные понятия** 3.2. **Классификация** 3.3. **Методы исследования**

4. **Практика** 4.1. **Применение** 4.2. **Проблемы** 4.3. **Перспективы**

5. **Заключение** 5.1. **Итоги** 5.2. **Рекомендации** 5.3. **Благодарности**

6. **Список литературы** 6.1. **Основная литература** 6.2. **Дополнительная литература**

7. **Приложения** 7.1. **Таблицы** 7.2. **Графики** 7.3. **Схемы**

8. **Список сокращений** 8.1. **Сокращения** 8.2. **Синонимы**

9. **Список условных обозначений** 9.1. **Обозначения** 9.2. **Символы**

10. **Список терминов** 10.1. **Термины** 10.2. **Словосочетания**

11. **Список источников** 11.1. **Источники** 11.2. **Ссылки**

12. **Список авторов** 12.1. **Авторы** 12.2. **Рецензенты**

13. **Список редакторов** 13.1. **Редакторы** 13.2. **Секретари**

14. **Список консультантов** 14.1. **Консультанты** 14.2. **Специалисты**

15. **Список благодарностей** 15.1. **Благодарности** 15.2. **Спасибо**

16. **Список приложений** 16.1. **Приложения** 16.2. **Дополнения**

1. **Содержание** 1. **Введение** 2. **История** 3. **Теория** 4. **Практика** 5. **Заключение**

1. **Введение** 1.1. **Актуальность** 1.2. **Цели и задачи** 1.3. **Методология**

2. **История** 2.1. **Истоки** 2.2. **Эволюция** 2.3. **Современное состояние**

3. **Теория** 3.1. **Основные понятия** 3.2. **Классификация** 3.3. **Методы исследования**

4. **Практика** 4.1. **Применение** 4.2. **Проблемы** 4.3. **Перспективы**

5. **Заключение** 5.1. **Итоги** 5.2. **Рекомендации** 5.3. **Благодарности**

6. **Список литературы** 6.1. **Основная литература** 6.2. **Дополнительная литература**

7. **Приложения** 7.1. **Таблицы** 7.2. **Графики** 7.3. **Схемы**

8. **Список сокращений** 8.1. **Сокращения** 8.2. **Синонимы**

9. **Список условных обозначений** 9.1. **Обозначения** 9.2. **Символы**

10. **Список терминов** 10.1. **Термины** 10.2. **Словосочетания**

11. **Список источников** 11.1. **Источники** 11.2. **Ссылки**

12. **Список авторов** 12.1. **Авторы** 12.2. **Рецензенты**

13. **Список редакторов** 13.1. **Редакторы** 13.2. **Секретари**

14. **Список консультантов** 14.1. **Консультанты** 14.2. **Специалисты**

15. **Список благодарностей** 15.1. **Благодарности** 15.2. **Спасибо**

16. **Список приложений** 16.1. **Приложения** 16.2. **Дополнения**

gie, les études de diverses autres directions visent les personnes âgées de plus de 60 ans en même temps que tous les autres groupes d'âge de la population. De même, à Statistique Canada, l'étude des personnes âgées est comprise dans l'activité générale. Statistique Canada dit avoir apporté les changements suivants à son programme statistique:

1. La division du groupe d'âge de plus de 65 ans en un groupe de 65 à 74 ans et un groupe de 75 ans et plus dans la publication annuelle des départs des hôpitaux à partir de 1969.
2. La publication de nouvelles localisations primaires de néoplasmes malins par groupes d'âge, y compris de 65 à 69 ans, de 70 à 74 ans, de 75 à 79 ans, de 80 à 84 ans, et 85 ans.
3. La mise en œuvre d'un programme en vue de dresser la liste des établissements de soins spéciaux, y compris les maisons de santé et les maisons pour personnes âgées, et d'y faire enquête. On cherche présentement des fonds en vue d'accélérer le travail et d'étendre la portée de l'enquête⁽¹⁾.

Le Conseil du Trésor a approuvé des augmentations de personnel et de nouvelles affectations budgétaires pour la Direction générale des programmes de recherches du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social⁽²⁾.

Depuis la publication du rapport du comité sénatorial spécial de la gérontologie, l'administration des Subventions nationales au bien-être social a renforcé ses services de consultation dans tous les secteurs de sa compétence. Les dépenses pour les subventions relatives aux recherches ont aussi augmenté, mais elles sont soumises à des restrictions budgétaires.

Les fonds que peuvent obtenir les services provinciaux et municipaux de bien-être social aux fins de la recherche en vertu des dispositions de partage des frais du Régime d'assistance publique du Canada ne sont pas limités, c'est-à-dire que le partage est limité seulement par le montant des réclamations présentées par les provinces.

Recommandation 87

- a) Que, sous l'initiative du Bureau fédéral de la statistique, on institue prochainement des consultations avec les ministères fédéraux et provinciaux appropriés et avec des organismes indépendants du gouvernement intéressé à améliorer la statistique actuelle relativement à la gérontologie.
- b) Que, en outre, le Bureau fédéral de la statistique fasse en sorte que les données qu'il recueille dans le domaine de la statistique économique s'accompagnent d'un régime intégré de statistiques sociales qui comprendraient une section de la gérontologie.

SUITE DONNÉE

(a) Voir la recommandation 86.

(b) Il n'y a pas de section spéciale sur la gérontologie; les renseignements à ce sujet sont fournis en même temps que ceux relatifs aux autres catégories d'âge.

(1) Canada. Statistique Canada. Lettre du 24 août 1974.

(2) Canada. Santé et Bien-être Canada, Main d'œuvre sanitaire. Lettre du 8 août 1973.

Recommandation 88

Que le gouvernement fédéral étudie de nouveau ce qui s'est produit dans le cas des subventions aux recherches dans le domaine de l'hygiène, du bien-être et des domaines connexes, par exemple, le logement et la réadaptation, et considère les moyens qu'on pourrait employer, peut-être en donnant à certaines de ces subventions une affectation particulière afin d'encourager la multiplication des recherches sur la gérontologie, particulièrement dans ces domaines où le besoin est plus important et les dépenses qu'on néglige actuellement.

SUITE DONNÉE

Lors d'une réunion du comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales⁽³⁾ portant sur l'étude des prévisions budgétaires du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, en 1971, on a demandé si les sommes consacrées à la recherche dans le domaine de la gériatrie avaient augmenté. Le sous-ministre a répondu: «Il est assez difficile de définir ce qu'est exactement la recherche en gériatrie car les recherches en cardiologie et sur les maladies respiratoires font également partie du domaine de la gériatrie. Cependant ces deux sortes de recherches ne sont pas identifiées comme recherches en gériatrie comme telles. Je ne crois pas que nous ayons des chiffres précis pour tout le domaine de la gériatrie». Le témoin, se faisant le porte-parole du Conseil de recherches médicales, a indiqué:

«... nous n'avons pas la ventilation pour la gériatrie en tant que poste séparé comme c'est le cas pour les subventions. C'est la raison pour laquelle je ne peux véritablement pas répondre à votre question. Je peux vous assurer que le montant pour ces recherches augmente, car il s'agit d'une question très importante, surtout pour ce qui est de la cardiologie, etc. ... Le Conseil de recherches médicales s'inquiète du fait qu'un secteur connexe de la gériatrie, la médecine de réadaptation fonctionnelle, n'est pas suffisamment développé au Canada; le Conseil a essayé de susciter un plus grand intérêt et plus de travaux en ce domaine. Évidemment il ne s'agit pas uniquement de gériatrie, bien qu'une grande partie y soit consacrée.»

Une étude complète de la situation du logement des personnes âgées financé par la SCHL conformément aux dispositions de la Loi nationale sur l'habitation, a été publiée en juillet 1973 par le Conseil canadien de développement social. Cette étude a été possible grâce à une subvention de la Société centrale d'hypothèques et de logement⁽⁴⁾.

Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social espère que l'évaluation des résultats des programmes Horizons Nouveaux apportera des conclusions pouvant avoir des répercussions sur d'autres programmes du ministère dans le domaine des besoins des personnes âgées non encore satisfaits, par exemple.

Santé et bien-être social Canada parrainent, grâce aux subventions consacrées à la santé, un nombre croissant de travaux de recherche traitant exclusivement des pro-

(3) Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales, 20 mai 1971.

(4) Le Conseil canadien de développement social. «Plus qu'un gîte». Ottawa, 1973.

blèmes des personnes âgées et d'autres programmes qui touchent toute la population mais sont extrêmement importants pour les personnes âgées, comme par exemple les soins à domicile, les hôpitaux de jour, les centres communautaires, etc.⁽¹⁾

Certains problèmes du vieillissement comme, par exemple,

1. la prévention des maladies et la détérioration de la santé chez les personnes âgées et

2. la réadaptation des personnes âgées sont considérés comme des questions prioritaires pour le Programme des subventions nationales à la santé⁽²⁾.

Recommandation 90

Que dans toutes les municipalités et autres régions municipales en cause, sur l'initiative des pouvoirs publics, si nécessaire, on établisse un organisme officiel d'organisation et de coordination dont le rôle sera de prévoir des programmes, des installations et des services pour aider les personnes âgées, et que cet organisme s'occupe non seulement de la santé et du bien-être des intéressés, mais aussi tout ce qui concerne l'habitation, l'emploi, l'instruction et les loisirs.

SUITE DONNÉE

Une étude effectuée dans des municipalités de tailles diverses dans toutes les parties du Canada révèle que les groupements municipaux de coordination et de planification s'occupent de l'ensemble de la population plutôt que d'une partie à la fois. Organisme protecteur unique en son genre, le Community Care Services (Metropolitan Toronto) Incorporated (1971) assure une organisation et une administration coordonnée des ressources axées sur l'aide aux personnes âgées, handicapées, chroniquement malades et en convalescence. La ville de Pembroke a affecté une subvention du Programme des initiatives locales à la création de la Pembroke and Area Community Service Corporation, organisme qui voit à satisfaire les besoins des personnes âgées de la région. Au Québec, les municipalités ne s'intéressent qu'aux loisirs et à la culture, la province veillant à répondre aux autres besoins.

Recommandation 91

Que les gouvernements provinciaux se chargent d'établir des groupements d'organisation et de coordination des programmes d'aide aux personnes âgées qui relèvent de leur compétence et que, dans l'étude de cette recommandation, l'on tienne compte des suggestions contenues dans les rapports de la Saskatchewan et de l'Ontario.

SUITE DONNÉE

Les gouvernements de six provinces ont confié à des directions ou divisions distinctes le soin de s'occuper des problèmes des personnes âgées (Colombie-Britannique, Manitoba, Terre-Neuve, Ontario, Québec et Île-du-Prince-Édouard). Les suggestions contenues dans les rapports de la Saskatchewan et de l'Ontario n'ont pas été mises en œuvre.

(1) Canada. Santé et Bien-être social Canada. «Enquête et projets de recherche sur les aspects économiques et sociaux des soins au Canada», 1971, 1972.

(2) Canada. Santé et Bien-être social Canada. Lettre du 8 août 1973.

(3) RECOMMANDATIONS NON APPLIQUÉES

Recommandation 3

Que, sur l'initiative du ministère fédéral du Travail, on poursuive les recherches relatives aux caractéristiques propres aux travailleurs âgés et les effets qu'a l'âge sur les aptitudes particulières, et qu'on s'efforce de traduire les résultats de ces études sous forme de méthodes claires au sujet du personnel et de conditions de travail qui tiennent compte des capacités changeantes des travailleurs âgés.

SUITE DONNÉE

Depuis 1966, les responsabilités du ministère du Travail ont changé. On n'effectue aucun programme de recherche sur ce sujet au sein des organismes du gouvernement fédéral, mais par ailleurs la section des travailleurs âgés du ministère fédéral de la Main-d'œuvre a pour fonction de mener des études et des enquêtes. Le docteur Leon Koyl de l'Hôpital Sunnybrook de Toronto a mis au point un profil de mesure des aptitudes physiques et mentales au travail.

Les recherches sur la gérontologie ont attiré bien peu d'universitaires. Ainsi, sur 398 thèses de maîtrise en service social terminées à l'École de service social de l'Université de Toronto⁽³⁾ entre 1942 et 1962, 13 seulement portaient sur la gérontologie, tandis qu'entre 1963 et 1973, 18 thèses de maîtrise seulement sur 440 ont porté sur les personnes âgées. Il semblerait que l'intérêt des étudiants à poursuivre des recherches dans le domaine de la gérontologie se soit relativement peu accru.

Recommandation 9

Qu'on élargisse et raffermisse le programme fédéral-provincial de réadaptation professionnelle, afin d'avoir plus de moyens pour réadapter les travailleurs âgés dont l'incapacité provient principalement du chômage prolongé.

SUITE DONNÉE

Santé et Bien-être social Canada administre les programmes de réadaptation relevant de la loi sur la réadaptation professionnelle des invalides⁽⁴⁾. Cette loi autorise le gouvernement fédéral à s'engager envers les provinces à subventionner des programmes complets de réadaptation professionnelle des invalides. Ce sont les provinces qui définissent les conditions d'admissibilité au bénéfice de ces programmes, qui s'adressent avant tout aux personnes atteintes d'incapacité physique ou mentale.

Les services de réadaptation de Santé et Bien-être social Canada comportent une section Adaptation au travail. Cette section est chargée d'appliquer la partie III du Régime d'assistance publique du Canada, qui prévoit le financement commun (fédéral-provincial) des programmes de préparation au travail des personnes sans emploi. Ces programmes d'une portée tout à fait générale comprennent la préparation à la vie, le rattrapage scolaire, les consultations, la participation familiale et l'ap-

(3) École de Service social de l'Université de Toronto. Lettre du 24 octobre 1973.

(4) Statuts révisés du Canada 1970, chapitre V-7, loi sur la réadaptation professionnelle des invalides.

prentissage du travail. L'initiative des programmes est laissée aux provinces; leur application peut être confiée à un organisme public ou privé. L'administration fédérale couvre 50 p. 100 des dépenses, le reste étant soit à la charge entière de la province, soit partagé entre la province et la municipalité concernée. Il n'y a actuellement qu'un nombre infime de travailleurs âgés bénéficiant de ces programmes de réadaptation⁽¹⁾.

Recommandation 15

Que de vastes programmes d'éducation au bénéfice des gens de tous âges, qui mettent l'accent sur le maintien de la santé toute la vie durant et sur le dépistage précoce des symptômes de maladie, soient mis en œuvre par les organismes gouvernementaux et bénévoles avec le bénéfice des avis et de la collaboration des associations médicales.

SUITE DONNÉE

L'éducation sanitaire est confiée à la section des soins communautaires de Santé et Bien-être social Canada. Cette section s'occupe surtout de l'éducation sanitaire pour les personnes de tout âge, et pas seulement pour les personnes âgées.

Les résultats des enquêtes menées par des associations de la Colombie-Britannique, de l'Alberta et de l'Ontario, révèlent que la plupart des vieillards ne connaissent pas les installations et avantages dont ils peuvent profiter ni les organismes déjà en place susceptibles de les aider. On fait entièrement confiance aux conseils du médecin en cas de problème. La documentation sur la santé ne s'adresse généralement pas à une classe d'âge précise, mais à toute la population. L'éducation sanitaire qui s'adresse aux vieillards est très limitée⁽²⁾.

«Un tel programme visant à promouvoir la santé, à renseigner la population sur les maladies, les services disponibles et les façons d'y avoir accès, etc., pourrait avoir d'excellents effets. Malheureusement, il n'existe aucune étude canadienne sur l'efficacité des programmes actuels ou sur les méthodes qui inciteraient le public à agir... Seul un effort considérable de recherche, surtout dans le domaine social et dans celui du comportement, peut fournir une partie des réponses nécessaires⁽³⁾».

Les personnes âgées organisent des Semaines du vieillard avec la collaboration des provinces. En Ontario, en 1973, le thème de cette Semaine était «Il n'y a pas d'âge pour vivre».

(1) Canada Santé et Bien-être social Canada, Services de Réadaptation. Lettre du 28 mars 1974.

(2) Mary Gibbon, «Health Maintenance Nursing; Implication of a Community Nurse», Assemblée annuelle des infirmières de l'Ordre de Victoria, Ottawa 1973.

(3) Étude de documentation pour le Conseil des sciences du Canada, Considération sur les soins de santé au Canada, août 1973. Étude spéciale n° 29, p. 139.

Recommandation 20

Que les services municipaux de santé et (ou) de bien-être social tiennent un registre où soient inscrits tous les gens de 65 ans et plus de leur collectivité et que des infirmières de la santé publique ou des assistants sociaux prennent contact avec ces gens et les visitent périodiquement si cela est nécessaire ou souhaitable.

SUITE DONNÉE

Sauf dans quelques cas isolés, comme à Pembroke et à Woodstock, Ontario, les services municipaux de santé et de bien-être social ne tiennent pas de registre des personnes âgées de plus de 65 ans, exception faite des assistés sociaux.

Dans certains grands centres urbains, les infirmières hygiénistes visitent régulièrement les ensembles d'hébergement pour vieillards. La Société d'habitation de l'Ontario a déclaré n'avoir aucune politique spéciale concernant les programmes de santé, mais d'après l'Administration du logement d'Ottawa, des infirmières hygiénistes et un agent des relations communautaires visitent chaque ensemble une fois par semaine et sont alors à la disposition de ses occupants⁽⁴⁾.

Recommandation 28

Que les dispositions de la loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques soient étendues de façon à permettre aux gens d'utiliser toutes les installations institutionnelles de soins de santé agréés, y compris les hôpitaux pour tuberculeux et les hôpitaux pour maladies mentales.

SUITE DONNÉE

La loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques⁽⁵⁾ de 1957 n'a pas été modifiée de façon à y inclure les hôpitaux pour malades mentaux et tuberculeux. Ceux-ci relèvent des provinces.

Recommandation 34

Qu'une direction (ou division) spéciale fédérale soit de même établie sous les ordres du Directeur des services de santé du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et qu'une étroite liaison soit maintenue entre la direction et l'organisme correspondant du secteur du bien-être social ainsi qu'avec le personnel d'autres ministères chargés de veiller à la santé de vieillards tels que le ministère des Affaires des anciens combattants et la Direction de la réadaptation civile du ministère du Travail.

SUITE DONNÉE

Aucune direction ou division du secteur «santé» du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social n'est chargée de s'occuper expressément des soins de santé aux personnes âgées pour faire pendant au conseiller sur le vieillissement de la division de la recherche en bien-être.

(4) Journal d'Ottawa, 18 juillet 1973, «Woman's death brings call for nurses».

(5) Status révisés du Canada, 1970, chapitre H-8, pp. 3753-3759.

Le docteur M. Kozakiewicz, conseiller principal en réadaptation, Normes sanitaires et consultation, Direction générale des programmes de la santé, dirige un comité de la gérontologie. Ce comité de neuf membres analysera les recommandations des divers rapports sur la gérontologie, surtout celui du comité spécial d'enquête du Sénat sur la gérontologie, et décidera lesquelles touchent les besoins sociohygiéniques des Canadiens, lesquelles ont déjà été mises en œuvre et lesquelles pourront l'être, compte tenu de la situation économique⁽¹⁾.

Recommandation 35

Qu'il se tienne des enquêtes périodiques sur l'état de santé des vieillards, afin de réunir des renseignements complets, sûrs et à jour pour les fins de la planification sanitaire.

SUITE DONNÉE

Des enquêtes comme celle de Nutrition Canada ont porté sur les personnes âgées comme sur tous les autres groupes⁽²⁾.

A l'échelle nationale, il n'y a aucune donnée sûre sur quelque groupe que ce soit. Dans son mémoire présenté au comité de la politique scientifique, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a recommandé d'effectuer des enquêtes nationales sur la santé pour déterminer l'ampleur des différentes incapacités. Il n'y a pas eu d'enquête de cette nature depuis 1951.

Recommandation 49

Que la SCHL avise à l'établissement d'un comité national, analogue au Conseil national du bien-être social récemment créé, chargé de donner des conseils en matière de ligne de conduite et de programme d'action dans le domaine du logement des familles à faible revenu et des vieillards.

SUITE DONNÉE

Il n'y a pas de comité consultatif proprement dit, mais la Société centrale accorde des subventions aux termes de la loi nationale sur l'habitation pour la formation de groupes d'étude ou de consultation⁽³⁾.

Recommandation 64

Que des dispositions soient prises qui permettent aux vieillards obligés de faire un court séjour en hôpital ou en maison de garde de conserver durant une période raisonnable le droit de rentrer dans le logement qu'ils occupaient antérieurement dans une entreprise domiciliaire subventionnée.

SUITE DONNÉE

D'habitude, le coût du logement des personnes âgées dans les entreprises domiciliaires est fonction du revenu. Les délais pendant lesquels on réserve le logement dépendent des moyens de la personne.

Recommandation 67

Que les municipalités tirent parti des avantages offerts par le programme de travaux d'hiver pour les municipalités, le programme national de subventions pour la santé, le programme national de subventions pour le bien-être social, le programme national pour la culture physique et les sports amateurs et aussi les programmes provinciaux qui existent, afin d'obtenir de l'aide pour défrayer la construction d'établissements et l'établissement de services pour les vieillards.

SUITE DONNÉE

La participation des municipalités aux programmes visant à accroître et améliorer les établissements de «soin» pour les personnes âgées dépend dans une large mesure des priorités et des moyens financiers de chaque municipalité. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social ne fournit plus d'aide financière directe pour la construction d'hôpitaux, etc. On peut se prévaloir des dispositions de partage des coûts, aux termes du Régime d'assistance publique du Canada, pour de nombreux services, dont les services de consultation, par exemple, mais, encore une fois, tout dépend de la capacité de la municipalité d'assumer sa part des coûts.

Les subventions de la santé nationale ont pour but d'aider la recherche appliquée et les méthodes nouvelles pour faciliter les services sanitaires, mais ne prévoient aucun fonds d'immobilisation. De façon générale, ces subventions ne sont pas disponibles pour la participation municipale. De la même manière, le programme de subvention nationale du bien-être social a pour objet les programmes innovateurs de recherches et d'expériences; on entend par expériences des projets qui ont pour but d'assurer un service d'une façon nouvelle. On constate, à revoir ce qui s'est fait ces quelques dernières années, que ces programmes n'ont pas suscité de participation au niveau municipal⁽⁴⁾.

Les administrations locales se sont montrées intéressées à participer aux programmes d'initiatives locales. Pour la première fois, en 1973-1974, les activités de ces programmes concernant les personnes âgées ont été distinguées des autres. Les programmes d'initiatives locales visent à réduire le chômage saisonnier dans certaines régions. Les contrats sont cependant accordés sous certaines conditions, et il faut notamment qu'à la fin du contrat l'arrêt des subsides ne provoque pas de difficultés financières dans la localité. Plusieurs services à l'intention des personnes âgées ont été créés dans le cadre de ce programme, notamment une cantine mobile, des commissionnaires pour les personnes confinées chez elles, des loisirs organisés, des services de communication et de transport dans les régions rurales.

(1) Canada. Santé et Bien-être Canada. Communication téléphonique avec le docteur Kozakiewicz, le 28 mars 1973.

(2) Canada. Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. «Nutrition Canada—enquête nationale». Ottawa, 1973.

(3) Société centrale d'hypothèques et de logement, Division de l'information. Lettre du 2 novembre 1973.

(4) Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Services d'économie et de gestion sanitaires et Direction des subvention nationales au bien-être social. Information obtenues par téléphone les 8 et 9 avril 1974 respectivement.

Le tableau ci-après montre les contrats accordés par les provinces aux administrations locales et aux groupes d'action locale:

Programmes d'initiatives locales 1973-1974
(Correspondant aux programmes de travaux d'hiver)

	Administrations locales		Groupes d'action locale	
	Nombre de projets	Valeur \$	Nombre de projets	Valeur \$
Terre-Neuve	néant		néant	
Nouvelle-Écosse	"		2	54,215
Île-du-Prince-Édouard	"		néant	
Nouveau-Brunswick	"		2	30,544
Québec	"		36	1,220,970
Ontario	13	152,858	25	453,505
Manitoba	6	71,671	2	21,772
Alberta	9	103,005	2	49,062
Saskatchewan	2	23,480	2	78,332
Colombie-Britannique	13	245,802	6	193,414

La conférence nationale sur l'excellence physique s'est déroulée à Ottawa les 4, 5 et 6 décembre 1972. Elle a fait notamment la recommandation suivante:

Recommandation n° 20

Le gouvernement fédéral devrait prendre les mesures nécessaires pour assurer l'établissement de normes minimales pour les programmes et l'équipement de récréation physique des établissements spécialisés dans le soin des personnes âgées et des malades⁽¹⁾.

Plus précisément, la Conférence estime que le gouvernement fédéral devrait user de son autorité pour faire en sorte:

- qu'on offre un programme permanent de récréation physique aux personnes âgées et invalides soignées dans des établissements, afin de les maintenir en forme et de prévenir les dommages physiques et psychologiques;
- que les normes minimales fixées pour les programmes récréatifs et la dotation en personnel soient bien respectées, afin que ces programmes puissent bénéficier de subventions gouvernementales;
- que les invalides et les personnes âgées puissent utiliser facilement toutes les installations récréatives (en veillant particulièrement à l'aménagement des rampes, entrées et toilettes).

Nous n'avons aucun renseignement quant à la suite donnée à ces recommandations.

Recommandation 81

Que le Ministère du Travail ou le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social encourage les

(1) Main-d'œuvre et Immigration. Données recueillies au 14 mars 1974.

(2) Canada. Santé et Bien-être social Canada. «Recommandations de la Conférence nationale sur l'excellence physique». Ottawa, 1972, p. 15.

provinces et les municipalités à établir des ateliers protégés ou centres d'ergothérapie, leur fournisse des conseils techniques, des moyens de promotion et de l'aide pour établir des normes et se partage avec les provinces le coût des installations à construire et le montant des allocations à verser pour le travail accompli.

SUITE DONNÉE

Il y a environ 350 ateliers protégés pour les infirmes au Canada; la majorité sont situés en Ontario. Bien que ces projets profitent à des travailleurs âgés, ils ne sont pas destinés à ceux qui ont l'âge de la retraite. Les arriérés mentaux constituent le plus fort groupe d'assistés. Une requête menée en 1973 a révélé que le nombre quotidien d'assistés est d'environ 15,000 infirmes.

Le gouvernement fédéral ne verse aucune aide d'équipement. L'Ontario paie 25 p. 100 de l'équipement et l'Alberta consent certaines subventions à ce titre. Le gouvernement fédéral assume une partie des frais de fonctionnement, mais la province doit prendre l'initiative de l'établissement et du financement.

Le gouvernement fédéral aide à définir les normes relatives à l'utilisation de conseillers en main-d'œuvre dans les services d'achat et à évaluer les aptitudes physiques de ceux qui demandent un emploi protégé.

La question des ateliers protégés sera comprise dans la révision générale du régime de sécurité sociale, qui doit durer deux ans et qui est déjà amorcée. Le ministre fédéral de la Santé nationale et du Bien-être social et les ministères provinciaux du Bien-être ont commencé la révision en 1973. Un groupe de travail sur les services sociaux aura, entre autres tâches, celle d'examiner les services de réadaptation et pourra inclure dans son étude les aspects de la question qui concernent les personnes âgées.

L'expression «atelier protégé», dans son sens large, comprend l'atelier industriel aussi bien que les centres de loisirs. Les programmes Nouveaux Horizons s'appliquent aux activités récréatives⁽³⁾.

Recommandation 89

- a) Qu'on considère l'institution d'un Conseil national de recherches sociales, ainsi que l'ont recommandé au gouvernement dans le passé des organisations nationales comme le Conseil des recherches en sciences sociales du Canada et l'Institut des recherches sociales du Commonwealth, et qu'on prévoie des dispositions précises pour les recherches en gérontologie dans le programme de ce Conseil.
- b) Que le Conseil fasse exécuter ses recherches, surtout dans le domaine social, mais qu'il effectue aussi ou approuve des subventions pour les recherches sociales et la formation pour des recherches sociales aux universités, aux écoles professionnelles, ainsi qu'aux organisations bénévoles.
- c) Que le Conseil soit composé de diplômés réputés en science sociales et de profanes, y compris un cer-

(3) Canada. Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Lettre de M. A. W. Johnson, sous-ministre du Bien-être social, datée du 12 février 1974.

tain nombre de personnes intéressées particulièrement à la gérontologie et qu'il comprenne aussi jusqu'à un tiers de ses membres représentant le gouvernement fédéral, les ministères et organismes intéressés aux recherches sociales.

- d) Que les conseils et les services du Conseil puissent être obtenus sur demande par les gouvernements provinciaux, par les universités, ainsi que par les organisations bénévoles.
- e) Qu'afin d'éviter le double emploi dans le partage des responsabilités dans le domaine de l'hygiène publique, le Conseil des recherches médicales soit chargé des recherches en gériatrie et que cet organisme accorde la priorité dans son programme aux aspects biologique et médical de la gérontologie, ainsi qu'aux maladies graves et bénignes qui ont une haute fréquence chez les personnes âgées.
- f) Que le Conseil proposé demeure en étroite relation avec le Bureau fédéral de la statistique et avec les divers ministères et organismes gouvernementaux qui ont une responsabilité dans le domaine des recherches sociales, y compris les universités, afin de réduire le chevauchement et d'assurer que les efforts de tous soient concertés.
- g) Que, en songeant spécialement au domaine de la gérontologie, le Conseil s'efforce d'obtenir la collaboration du Bureau fédéral de la statistique et des services fédéraux, provinciaux et municipaux, ainsi que des principales organisations bénévoles intéressées:
 - (i) En améliorant l'accumulation et les analyses de données statistiques;
 - (ii) En stimulant et mettant en corrélation les programmes de recherches;
 et
 - (iii) En entreprenant la variété des recherches nécessaires qui sont recommandées ailleurs dans le présent rapport.

SUITE DONNÉE

La recommandation d'établir un Conseil national de recherches sociales n'a pas été mise en vigueur. Il existe certains groupes privés comme l'Association canadienne sur la gérontologie qui a tenu son assemblée de fondation à Montréal, le 15 octobre 1971. Voici en résumé les objectifs de l'Association:

- a) Regrouper les gens s'intéressant à la gérontologie dans les domaines des sciences biologiques et médicales, de la psychologie, des sciences sociales et du bien-être social;
- b) Promouvoir l'étude du phénomène du vieillissement sous tous ses aspects;
- c) Promouvoir le mieux-être des personnes âgées;
- d) Renforcer et améliorer les communications entre les disciplines scientifiques pertinentes et entre les chercheurs, les éducateurs, les professions libérales et autres travailleurs intéressés;
- e) Promouvoir et amplifier l'éducation sur le phénomène du vieillissement à tous les niveaux;
- f) Promouvoir le financement tangible de la recherche gérontologique et l'application pratique de ses conclusions;

- g) Faire imprimer, publier, distribuer et vendre des revues, périodiques et publications susceptibles d'aider professionnellement les membres de l'Association⁽¹⁾.

Recommandation 92

- a) Que le gouvernement fédéral crée une commission nationale de la gérontologie en vue de donner l'impulsion dans toutes les questions qui concernent l'épanouissement de la vie chez les personnes âgées.
- b) Que cette commission ait pour fonctions:
 - (i) De faire un examen attentif des recommandations contenues dans le présent rapport du Comité spécial du Sénat sur la gérontologie et d'y donner suite.
 - (ii) De reviser constamment les besoins et les problèmes des personnes âgées et d'élaborer une ligne de conduite et un programme à cet égard.
 - (iii) D'entretenir une étroite collaboration entre les ministères et organismes fédéraux, les organisations bénévoles d'envergure nationale et les organismes provinciaux de gérontologie, en vue de réaliser l'organisation et la coordination.
 - (iv) De servir de chambre de compensation des renseignements relatifs aux projets, études et entreprises dans le domaine de la gérontologie et de publier un bulletin et d'autres publications destinés à diffuser ces renseignements.
 - (v) Sur demande, de fournir aux provinces, aux groupements municipaux et aux universités, ou à toute autre organisation, l'aide technique et financière nécessaire à l'élaboration des programmes et à la formation du personnel dans la mesure où une telle aide n'a pas déjà été fournie en vertu des programmes existants.
 - (vi) De préconiser, de concert avec les autres organismes, des conférences, des colloques et des cours de formation pour ceux qui s'occupent de gérontologie, et d'y collaborer.
- c) Que, en attendant la création du conseil national de recherches sociales, recommandé au chapitre précédent, la commission, en plus des fonctions susmentionnées, assume la responsabilité de conduire, de collationner et d'aider toute recherche dans le domaine de la gérontologie.
- d) Que le président et les membres de la Commission soient choisis pour leur position, leur expérience et leur compétence dans les divers aspects de la gérontologie et que, jusqu'à proportion d'un tiers, ils comprennent des représentants des ministères et organismes fédéraux qui s'occupent des services et programmes relatifs aux personnes âgées.
- e) Que le budget de base de la commission soit assuré par le gouvernement fédéral, mais que la commission soit autorisée et encouragée à se prévaloir d'autres contributions publiques ou privées.
- f) Que la commission fasse rapport annuellement au Parlement.

(1) Société centrale d'hypothèques et de logement, «Le septième âge», Ottawa, 1972, p. 18.

g) Que la commission s'adjoigne un comité consultatif comprenant des représentants des groupements provinciaux d'organisation, là où ils existent, des organismes bénévoles et des associations privées de vieillards, afin de passer en revue l'activité de la commission et de faire des suggestions sur la ligne de conduite et le programme.

h) Enfin, qu'après une période de cinq ans, on examine le travail de la commission et qu'on se demande ensuite s'il y a lieu de la réunir à un organisme plus important d'organisation sociale pour la population en général qui, à notre avis, est nécessaire, si l'on entend mettre sur pied un programme universel et bien intégré de programmes et de services.

SUITE DONNÉE

Cette recommandation n'a pas été mise en œuvre.

BIBLIOGRAPHIE

- Alberta. Ministère de la Santé et du Développement social, rapport annuel 1971-1972, Edmonton.
- Brostrom, M. A. et K. H. Gough. *Geriatric Reactivation Study*, School of Rehabilitative Medicine, Université d'Alberta, Edmonton, 1972, 101 pages.
- Colombie-Britannique. Ministère de la Réadaptation et du Progrès social, Division de la Santé, rapport annuel 1972, Victoria.
- Canada. Ministère de la Main-d'œuvre et de l'Immigration, rapport annuel 1972-1973, Ottawa.
- Canada. Ministère des Communications, *Making Connections*, nouvelle orientation de la politique des communications, Ottawa, 1973, 102 pages et annexes.
- Canada. Santé et Bien-être Canada. *Le centre de soins communautaires au Canada*, vol. I, rapport préparé par J. E. F. Hastings, Ottawa, 1972.
- Canada. Santé et Bien-être Canada. *Le centre de soins communautaires au Canada*, vol. II, Les caractéristiques économiques des centres communautaires, préparé par A. P. Ruderman, Ottawa, 1972, 53 pages.
- Canada. Santé et Bien-être Canada. *Les services de santé au Canada*, Ottawa, 1973, 25 pages.
- Canada. Santé et Bien-être Canada. *Séries des soins de santé*, n° 27, rapport aux Nations Unies, Ottawa, 1971.
- Canada. Santé et Bien-être Canada. Recommandations de la Conférence nationale sur l'excellence physique, Ottawa, 1972, 24 pages.
- Canada. Santé et Bien-être Canada. *Enquêtes et projets de recherche sur les aspects économiques et sociaux des soins au Canada*, 1971-1972, Ottawa, 179 pages.
- Canada. Santé et Bien-être Canada. *Les services de sécurité sociale et de bien-être social au Canada*, Ottawa, 1972, 70 pages.
- Canada. Santé et Bien-être Canada. *Votre organisme et le Régime d'assistance publique du Canada*.
- Canada. Information Canada. *Les centres d'information communautaires*, Ottawa, 1971.
- Canada. Ministère du Travail, rapport annuel 1971-1972, Ottawa.
- Canada. Ministère de la Main-d'œuvre et de l'Immigration, rapport annuel 1967-1968, Ottawa.
- Canadian Catholic Conference, Social Welfare Bureau, *The Aged in the Family of Man*, Ottawa, 1972.
- Conseil canadien de développement social, *Plus qu'un gîte. Étude des logements financés par la LNH pour personnes âgées*, Ottawa, 1973, 485 pages.
- Conseil canadien de développement social, *Services de renseignements et d'orientation à l'intention des personnes âgées au Canada*, Ottawa, 1970, 20 pages.
- Conseil canadien de développement social. *Où vont les services d'information?*, Ottawa, 1972.
- Conseil canadien de développement social, *The Neighbourhood Information Centre*, New opportunity for public-private partnership, Ottawa, 1970.
- Conseil canadien de développement social, *Vivre longtemps*, avril 1969.
- Conseil canadien de développement social, *Vivre longtemps*, mars 1971.
- Conseil canadien de développement social, *Vivre longtemps*, juin 1973.
- Conseil canadien de développement social, *Report of a Special Committee on Learning Opportunities for Older People*, Ottawa, 1970, 19 pages et annexes.
- Conseil canadien de développement social, *Les services d'auxiliaires familiales au Canada*, Rapport d'une enquête et recommandations, Ottawa, 1971, 158 pages.
- Journal de l'Association médicale canadienne, 3 mars 1973.
- Société centrale d'hypothèques et de logement, *Logements pour personnes âgées*, Ottawa, 1972, 38 pages.
- Société centrale d'hypothèques et de logement, *Le septième âge*, une bibliographie, 1964-1972, Ottawa, 290 pages.
- Société centrale d'hypothèques et de logement, *Le Canada urbain, ses problèmes et ses perspectives*, Ottawa, 1971.
- Association des consommateurs du Canada, *Information Centres*, A Handbook for Canadian Communities, mai 1973.
- Groupe de recherche pour l'environnement, *Survey of Media Patterns and Preferences of Senior Citizens in Metropolitan Toronto*, Toronto, 1972, 13 pages et questionnaire de 19 pages.
- Gibbon, Mary. *Health Maintenance Nursing: Implication of a Community Nurse*, Infirmières de l'Ordre de Victoria, réunion annuelle, Ottawa, 1973.
- Gouvernement de l'Alberta. Ministère de la Santé et du Développement social, communiqué, 21 mars 1973.
- Gouvernement de la Saskatchewan, communiqué, 18 janvier 1972.
- Hospital Administration in Canada*, «Home Care in Canada», décembre 1972.
- Journal de l'Association dentaire du Canada, vol. 40, n° 3, 1974.
- Kavanagh, T. A *Two Year Comparative Study*, Journal de l'Association médicale canadienne, 10 juillet 1971.

Canada. Ministère du Travail, rapport annuel 1971-1972. Ottawa.

Canada. Ministère de la Santé et des Services Sociaux, rapport annuel 1967-1968. Ottawa.

Canadian Catholic Conference, Social Welfare Bureau, The State of the Family in Canada, Ottawa, 1972.

Conseil canadien de développement social, Pour un plan d'action des politiques sociales par le L.V.H. pour l'année 1972. Ottawa, 1972, 882 pages.

Conseil canadien de développement social, Services de planification et d'orientation à l'attention des personnes âgées au Canada, Ottawa, 1970, 30 pages.

Conseil canadien de développement social, Ce sont les services à l'épave, Ottawa, 1972.

Conseil canadien de développement social, The High-Handed Intervention Centre, New opportunity for public-private partnership, Ottawa, 1970.

Conseil canadien de développement social, Vieux Jeunes, 1969.

Conseil canadien de développement social, Vieux Jeunes, 1971.

Conseil canadien de développement social, Vieux Jeunes, 1972.

Conseil canadien de développement social, Report of a Special Committee on Learning Opportunities for Older People, Ottawa, 1970, 18 pages et annexes.

Conseil canadien de développement social, Les services d'assistance sociale au Canada, Rapport d'une enquête et recommandations, Ottawa, 1971, 152 pages.

Journal de l'Association médicale canadienne, 3 mars 1972.

Statistiques canadiennes d'emploi et de logement, Logement pour personnes âgées, Ottawa, 1971, 38 pages.

Statistiques canadiennes d'emploi et de logement, Le logement des personnes âgées, Ottawa, 1969-1971, Ottawa, 1970 pages.

Statistiques canadiennes d'emploi et de logement, Le Canada, 1970, les problèmes et les perspectives, Ottawa, 1971.

Association des communautés du Canada, Information Canada, A Handbook for Canadian Communities, mai 1972.

Group de recherche pour l'environnement, Survey of Health Factors and Problems of Senior Citizens in Metropolitan Toronto, Toronto, 1972, 12 pages et questionnaire de 12 pages.

Health, Manpower, Health, Ministère des Services Sociaux, A Community Nurse, Ministère de l'Ordre de Victoria, réunion annuelle, Ottawa, 1972.

Gouvernement de l'Alberta, Ministère de la Santé et du Développement social, communiqué, 21 mars 1972.

Gouvernement de la Saskatchewan, communiqué, 22 janvier 1972.

Hospital Administration in Canada, Home Care in Canada, décembre 1971.

Journal de l'Association dentaire du Canada, Vol. 48, n. 2, 1971.

Kavanaugh, T. A Two Year Comparative Study, Journal de l'Association médicale canadienne, 19 juillet 1971.

Que la commission s'adonne un comité consultatif...
 (b) Dans certains cas, pendant de courts intervalles, le travail de la commission et celui de la demande sociale...
 (c) La population en général est à l'origine de la demande sociale...
 (d) La commission a été chargée de la tâche de...

SUITE DORÉLVA

Cette recommandation n'a pas été mise en œuvre.

BIBLIOGRAPHIE

Alberta, Ministère de la Santé et du Développement social, rapport annuel 1971-1972, Edmonton.

Brothman, M. A. et K. El. George, Geriatric Rehabilitation Study, School of Rehabilitation Medicine, Université d'Alberta, Edmonton, 1972, 161 pages.

Canada - Programme fédéral de la Santé, rapport annuel 1972, Victoria.

Canada, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, rapport annuel 1971-1972, Ottawa.

Canada, Ministère des Communications, Making Contact - une nouvelle orientation de la politique des communications, Ottawa, 1972, 102 pages et annexes.

Canada, Santé et Bien-être Canada, Les centres de soins communautaires au Canada, Vol. I, rapport préparé par J. E. F. Harding, Ottawa, 1972.

Canada, Santé et Bien-être Canada, Les centres de soins communautaires au Canada, Vol. II, Les caractéristiques démographiques des centres communautaires, préparé par A. J. Weinman, Ottawa, 1972, 22 pages.

Canada, Santé et Bien-être Canada, Les services de soins au Canada, Ottawa, 1972, 22 pages.

Canada, Santé et Bien-être Canada, Services des soins de santé, n. 37, rapport aux Nations Unies, Ottawa, 1971.

Canada, Santé et Bien-être Canada, Recommandations de la Conférence nationale sur l'assistance publique, Ottawa, 1972, 24 pages.

Canada, Santé et Bien-être Canada, Évaluation et progrès de la recherche sur les capacités économiques et sociales des personnes âgées au Canada, 1971-1972, Ottawa, 109 pages.

Canada, Santé et Bien-être Canada, Les services de santé sociale et de bien-être social au Canada, Ottawa, 1972, 70 pages.

Canada, Santé et Bien-être Canada, Vieux Jeunes, et les lignes directrices politiques du Canada.

Canada, Information Canada, Les services à l'épave, communiqué, Ottawa, 1971.

- Manitoba. Comité ministériel de la santé, l'éducation et la politique sociale, *Livre blanc sur la politique de santé*, Winnipeg, 1972, 50 pages.
- Manitoba. Ministère de la Santé et du Développement social, Direction de la recherche, de la planification et du développement des programmes, *Aging in Manitoba, Needs and Resources*, vol. L I, 1973, 175 pages.
- Manitoba. *Welfare Policy in Manitoba*, Winnipeg, 1972, 74 pages.
- Medical Services Research Foundation, Alberta. *Medical Problems and the Use of Medical Services Among Senior Citizens in Alberta*, projet pilote, Edmonton, 1973, 200 pages.
- Terre-Neuve. Ministère des Services sociaux et de la Réadaptation, rapport annuel 1973, Saint-Jean.
- Nouvelle-Écosse. Conseil de la santé, *Health Care in Nova Scotia: A New Direction for the Seventies*, Halifax, 1973, 187 pages.
- Nouvelle-Écosse. Ministère du Bien-être public, rapport annuel 1971-1972, Halifax.
- Novick, Louis, J. «A Geriatric Day Hospital Program», *Vivre longtemps*, vol. 9, n° 2, juin 1971.
- Ontario. Advisory Task Force on Housing Policy, Toronto, 1973.
- Ontario, *Partners in Information*. Étude sur les centres d'information communautaires en Ontario, Toronto, 1971.
- Ontario. Resources for Citizen Groups, Toronto, 1972.
- Ontario. Select Committee on Aging, recommandations finales, Toronto, 1967.
- Ontario. Ministère du Travail, *Task*, vol. 5, n° 2, été 1970.
- Ontario. Conseil du bien-être, *Report of the Health Aids Committee*, Toronto, 1971.
- Ouellet, Aubert. *Politique du ministère des Affaires sociales relative à l'hébergement des personnes âgées*, symposium sur la gérontologie, hôpital Notre-Dame de la Merci, Montréal, 17 novembre 1973.
- Québec. *Document préliminaire visant à l'établissement d'une politique du MAS à l'égard du troisième âge*, Québec, 1973.
- Saskatchewan. Ministère de la Santé publique, rapport annuel 1971-1972, Regina.
- Saskatchewan, Ministère des Services sociaux, rapport annuel 1971-1972, Regina.
- Saskatchewan, Ministère des Services sociaux. *If you feel . . . Change is possible*, Regina, 1974.
- Schonfield, David. *Under-valuing Knowledge and Over-valuing Research*, Calgary. Université de Calgary, 1973.
- Conseil des sciences du Canada. Étude de documentation, *Considérations sur les soins de santé au Canada*, Ottawa, 1973, 180 pages.
- Sherman, E. D. *Current Concepts in the Health Needs of the Elderly*, documents préparés par les membres du panel sur «Health, Vitality, Fulfilment»; *Prerogatives of the Elderly*, 75^e réunion annuelle des infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada, 1973.
- Conseil de planification sociale du Grand Toronto, *The Aging, Trends, Problems, Prospects*, Toronto, 1973.
- Social Planning and Review Council (SPARC), Colombie-Britannique, *A Study of Community Care for Seniors*, Vancouver, 1972, 179 pages.
- Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada, rapport annuel 1972, Ottawa.
- Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada. Documents préparés par les membres du panel, réunion annuelle, mai 1973.
- Église Unie du Canada. *Resources for Senior Adult Work*, Toronto.

BIBLIOTHEQUE DU PARLEMENT
LIBRARY OF PARLIAMENT



3 2354 00444 472 8