

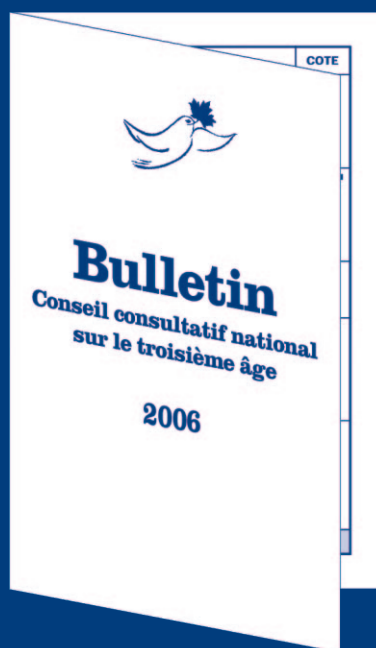


Les aînés au Canada

Bulletin

2006

Conseil consultatif national sur le troisième âge



Les aînés au Canada

Bulletin 2006

Conseil consultatif national sur le troisième âge

Pour de plus amples renseignements, communiquez avec :

Conseil consultatif national sur le troisième âge
Immeuble Jeanne-Mance
Indice de l'adresse : 1908A1
200 promenade Églantine
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9
Tél. : 613-957-1968

Télééc. : 613-957-9938
Courriel : info@naca-ccnta.ca
Internet : www.ccnta.ca

La Division du vieillissement et des aînés (DVA) de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) fournit un appui fonctionnel au Conseil consultatif national sur le troisième âge. Cette publication est disponible, sur demande, en formats substitués. On peut aussi la consulter sur Internet à l'adresse donnée plus haut.

© Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2006

N° de cat. HP30-1/2006F
ISBN 0-662-72656-1

Also available in English: *Seniors in Canada. 2006 Report Card.*

Conseil consultatif national sur le troisième âge

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) a été créé par décret le 1^{er} mai 1980, afin de conseiller le ministre de la Santé sur les questions du vieillissement de la population canadienne et de la qualité de vie des aînés. Le Conseil étudie les besoins et les problèmes des aînés, recommande des mesures correctives, assure la liaison avec les autres groupes qui s'intéressent aux questions de vieillissement, favorise les discussions avec le grand public, et publie et diffuse de l'information. Le Conseil est composé d'au plus dix-huit membres provenant de toutes les régions du Canada. Les membres sont choisis en raison de leur intérêt et de leur expertise dans le domaine du vieillissement. Ils font bénéficier le Conseil de leur expérience, de leurs préoccupations et de leurs compétences.

Membres du Conseil (2006)

Gilbert Barrette, Québec

Lloyd Brunet, Territoires du Nord-Ouest

Bhupinder Kaur Dhillon, Colombie-Britannique

Robert Dobie, Québec

Reg MacDonald, Nouveau-Brunswick

Verdon Mercer, Terre-Neuve et Labrador

Roberta Morgan, Yukon

Mohindar Singh, Manitoba

Mike Sommerville, Ontario

Dédicace

Le CCNTA dédie ce document à la mémoire de Betty Havens, décédée le 1^{er} mars 2005. Durant toute sa vie professionnelle, Betty Havens a œuvré à l'amélioration des conditions de vie des aînés. En 1971, elle a conçu et mis sur pied l'étude longitudinale sur le vieillissement intitulée *Aging in Manitoba*, dont elle a été chercheuse principale jusqu'à son décès. Il s'agit encore de l'étude longitudinale la plus complète sur le sujet qui existe au Canada. Betty s'est vu décerner de nombreux honneurs au cours de sa vie, le dernier étant celui de l'Ordre du Canada, en 2005.

Le Conseil tient à reconnaître l'immense contribution de Betty Havens à nos connaissances sur le vieillissement au Canada et à souligner sa précieuse participation au comité d'experts qui a guidé l'élaboration et la production du tout premier *Bulletin des aînés*, en 2001.

Remerciements

La création de ce document repose sur l'effort conjoint de nombreuses personnes oeuvrant au bien-être des aînés. Le CCNTA remercie tous ceux et celles qui ont contribué à l'élaboration, à la révision et à la production de ce rapport.

Le Conseil remercie tout particulièrement les membres du comité d'experts qui ont aidé à choisir les indicateurs et les sources de données, à réviser les tendances, en plus de donner de précieux conseils pour l'attribution des notes. Ces membres, qui ont judicieusement guidé le CCNTA tout au long du projet, sont : Bubs Coleman, Robert Dobie, Janet Fast, Réjean Hébert, Gerald Hodge, Laurent Martel, Lynn McDonald, Louise Plouffe, Luis Rodriguez et Mohindar Singh. L'affiliation des membres du comité est présentée en page 60.

Les différents chapitres de ce document ont été rédigés par Ian Clark, Marie-Lynne Foucault et Barbara Sérandour, Division du vieillissement et des aînés (DVA), Agence de santé publique du Canada (ASPC).

Avant-propos

Le *Bulletin 2006* du CCNTA examine la situation actuelle des aînés du Canada, poursuivant ainsi un travail de surveillance des tendances entrepris il y a quelques années. Ce travail avait donné lieu à la publication d'un premier *Bulletin*, en 2001. Les bulletins du CCNTA ont pour tâche de faire rapport sur le degré de bien-être des aînés canadiens grâce à une évaluation de leur état de santé, de leur accès à des soins de santé de qualité, de leur situation financière, de leurs conditions de vie et de leur participation à la société canadienne.

Le *Bulletin 2001* tentait de répondre à la question « Comment se portent les aînés du Canada? » Le Conseil souhaitait que son évaluation de la situation contribue à soutenir l'action dans le secteur des politiques visant à améliorer la santé et la qualité de vie des aînés canadiens. En 2003, le Conseil publiait un *Bulletin intérimaire* qui examinait plus particulièrement les secteurs définis comme *priorités d'action* dans le *Bulletin 2001*.

Le *Bulletin 2006* continue d'évaluer la situation des aînés au Canada – en se basant sur les données les plus récentes – et compare cette situation à celle de 2001 lorsqu'il est possible de le faire. Le Conseil espère que le présent bulletin jettera encore davantage de lumière sur les mesures à privilégier et qu'il injectera une nouvelle énergie dans l'action concertée des personnes qui travaillent à améliorer la qualité de vie des aînés.

Nous espérons que vos commentaires et réactions aux informations présentées dans le *Bulletin 2006* contribueront à faire des bulletins du CCNTA des outils de plus en plus performants pour améliorer la situation des aînés canadiens.

Le président,

Robert Dobie
CCNTA

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Conseil consultatif national sur le troisième âge | iii |
| Dédicace | iii |
| Remerciements | iv |
| Avant-propos | v |
| | |
| Introduction | 1 |
| | |
| Question 1 – Quel est l'état de santé des aînés? | 5 |
| | |
| Question 2 – Le système de santé répond-il aux besoins des aînés? | 16 |
| | |
| Question 3 – Quelle est la situation financière des aînés? | 28 |
| | |
| Question 4 – Dans quelles conditions vivent les aînés? | 38 |
| | |
| Question 5 – Les aînés participent-ils pleinement à la vie de la société? | 48 |
| | |
| Évaluation globale | 57 |
| | |
| Liste des tableaux et graphiques | 59 |
| | |
| Membres du comité d'experts 2006 | 60 |
| | |
| À vous la parole — formulaire d'évaluation | 61 |

Introduction

Ce rapport présente une analyse de données nationales sur les aînés du Canada, les personnes de plus de 65 ans. Il examine leur état de santé, leur accès à des soins de santé de qualité, leur situation financière, leurs conditions de vie et leur participation à la vie de la société.

Comme pour le premier bulletin du CCNTA en 2001, le *Bulletin 2006* a été élaboré en consultation avec de nombreuses personnes, dont des spécialistes de la gérontologie, des représentants d'organismes nationaux d'aînés et des analystes politiques du gouvernement fédéral. Avec leur aide, le CCNTA a identifié les meilleurs indicateurs pour évaluer la situation des aînés dans les secteurs critiques et a interprété les résultats livrés par ces indicateurs. Le *Bulletin 2006* examine la situation en posant les cinq mêmes questions qu'en 2001 :

- Quel est l'état de santé des aînés?
- Le système de santé répond-il aux besoins des aînés?
- Quelle est la situation financière des aînés?
- Dans quelles conditions vivent les aînés?
- Les aînés participent-ils pleinement à la vie de la société?

L'organisation du rapport

Chacun des chapitres correspond à l'une des cinq questions. Dans chaque chapitre, la section « **À propos de l'information** » décrit les sources de données et met en évidence les changements survenus depuis 2001. La section « **Bilan** » résume ensuite les principaux résultats pour le chapitre.

Le « **Sommaire** » présente sous forme de tableau les indicateurs utilisés, les périodes de référence et les tendances qui se dégagent – là où celles-ci étaient claires. Lorsque l'interprétation des données était possible, une note a été attribuée pour chaque indicateur.

Les « **Points forts** » et « **Points faibles** » fournissent l'analyse des résultats. Les mêmes indicateurs sont souvent abordés dans les deux sections puisque, sous certains aspects, ils peuvent être soit positifs, soit négatifs. Chacun des chapitres débouche sur les « **Priorités d'action** » établies à partir des défis relevés.

Les « **Sources des données** » et les « **Références** » qui ont servi à établir le rapport sont présentées à la fin de chaque chapitre.

L'attribution des notes

Attribuer une note est toujours un exercice subjectif et les lecteurs ne seront certainement pas tous d'accord avec les évaluations du CCNTA. Le Conseil estime avoir amélioré son exercice de notation avec cette édition du bulletin, grâce à une approche en quatre étapes :

1. Établir la **tendance** de chaque indicateur (c.-à-d., amélioration, détérioration ou situation stable);
2. Évaluer la **situation actuelle** de chaque indicateur (c.-à-d., situation bonne, mauvaise ou indéterminée);
3. Traduire ces deux dimensions – tendance et situation actuelle – en une note pour chaque indicateur;
4. Accorder une note pour chaque question et une note pour l'ensemble des questions examinées dans le *Bulletin 2006* (voir l'encadré « Les notes »).

Les notes attribuées aux résultats des indicateurs sont :

- A** – très bien
- B** – bien, amélioration nécessaire
- C** – satisfaisant, nette amélioration nécessaire
- D** – insatisfaisant

Pour chaque indicateur, la **tendance** a été déterminée en utilisant les intervalles de confiance à 95 %¹ pour comparer les estimés disponibles à l'époque du *Bulletin 2001* avec ceux disponibles aujourd'hui. La période utilisée pour la comparaison est de cinq ans en moyenne. La comparaison porte principalement sur les changements qui touchent tous les aînés. S'il y a lieu, les différences selon le sexe et l'âge sont également mentionnées. Lorsque les intervalles de confiance n'étaient pas disponibles et qu'une tendance semblait manifeste – c'est le cas de plusieurs indicateurs des questions 3, 4 et 5 –, les membres du comité d'experts ont contribué à déterminer la tendance. Le rapport mentionne les différences dans les tendances seulement si elles sont jugées significatives. Autrement, la tendance est considérée comme « stable ».

L'évaluation de la **situation actuelle** a été faite au moyen de comparaisons avec d'autres groupes d'âge et avec d'autres pays de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques) et selon le jugement des experts du comité.

Dans la mesure du possible, les lacunes et les limites de l'évaluation des indicateurs sont présentées dans le texte. Par exemple, puisqu'il était impossible d'interpréter l'information sur les aînés vivant seuls, aucune note n'a été attribuée. Par ailleurs, comme les notes tiennent compte à la fois de la tendance et de la situation actuelle de chaque indicateur, certains indicateurs à tendance stable peuvent être assortis d'une bonne ou d'une mauvaise note selon l'évaluation de la situation actuelle. De façon similaire, même lorsqu'une tendance est inconnue, une note peut quand même avoir été attribuée.

¹ Il s'agit d'une analyse statistique permettant d'identifier les changements réels plutôt que les fluctuations aléatoires.

Les notes

Pour **chaque question**, les notes attribuées aux indicateurs ont été converties en chiffres (A=4, B=3, C=2, D=1). La moyenne de ces chiffres a ensuite été remplacée par une nouvelle note selon la formule suivante :

| De | À | Note |
|------|--------|------|
| 1 | < 1,5 | D |
| 1,5 | < 1,75 | C- |
| 1,75 | < 2,25 | C |
| 2,25 | < 2,5 | C+ |
| 2,5 | < 2,75 | B- |
| 2,75 | < 3,25 | B |
| 3,25 | < 3,5 | B+ |
| 3,5 | 4 | A |

La **note globale** attribuée à la situation des aînés canadiens est une moyenne des notes attribuées aux cinq questions.

Cette méthode suppose que chaque indicateur a la même valeur dans chacune des questions et que chaque question contribue de manière égale à la note globale.

Comparaison avec le Bulletin 2001

Le *Bulletin 2006* comporte de nettes améliorations par rapport au *Bulletin 2001*, en ce qui a trait au nombre et à la qualité des indicateurs, ainsi qu'à l'attribution des notes. Les résultats reposent sur une analyse effectuée à partir des bases de données plutôt qu'uniquement de données publiées. De plus, les données recueillies et les indicateurs développés permettent maintenant d'évaluer dans quelle mesure le système de soins de santé répond aux besoins des aînés (Question 2), évaluation impossible en 2001.

Compte tenu de ces améliorations, il est difficile de comparer les notes attribuées en 2006 à celles de 2001. Par exemple, dans l'édition de 2001, aucune note n'avait été attribuée pour la question 2, les indicateurs n'ont pas été notés, et la note d'ensemble de chaque chapitre se basait uniquement sur les tendances. De plus, comme l'édition de 2001 était la toute première de la série, les périodes de référence étaient plus longues que celles de la présente édition, qui porte généralement sur les cinq dernières années. À la fin du rapport, le Conseil procède toutefois à une évaluation globale qui compare la situation actuelle des aînés à celle qui prévalait en 2001.

Limites

Malgré les améliorations, le *Bulletin 2006* a ses limites. Ainsi, la plupart des données rendent compte de la situation des personnes vivant dans les *ménages privés*, ce qui représente 93 % de tous les aînés, mais seulement 66% de ceux âgés de plus de 85 ans². L'exclusion de la population institutionnalisée dans la plupart des enquêtes limite toute discussion sur les aînés les plus âgés à une sous-population (celle des plus âgés qui sont bonne santé et ont certaines caractéristiques). Cette limite s'applique en particulier à la question 1 (état de santé), mais également aux autres questions. Plusieurs des enquêtes utilisées excluent aussi le Yukon, le Nunavut et les Territoires du Nord-Ouest. De plus, la plupart des données reposent sur les déclarations volontaires des répondants et peuvent être biaisées, notamment par la propension à fournir des réponses « socialement acceptables » à certaines questions. Malgré cette faiblesse, plusieurs chercheurs privilégient les auto-évaluations obtenues par déclaration volontaire aux autres mesures considérées plus objectives.

Le *Bulletin 2006* analyse des données nationales portant sur les aînés canadiens – un groupe qui représente 4,2 millions de personnes et une diversité prodigieuse de situations influencées par l'âge, le sexe, le vécu, le revenu, les différences régionales et culturelles, etc. Il décrit principalement la situation globale des aînés, mais il souligne souvent les différences selon l'âge et le sexe. Les différences selon la province ou le territoire de résidence, l'appartenance à un peuple autochtone, le statut d'immigrant, l'état matrimonial ou le revenu sont abordées seulement si elles sont pertinentes.

² En 2001, 23 % des hommes et 35 % des femmes de plus de 85 ans vivaient dans des institutions.

Question 1 : Quel est l'état de santé des aînés?

Aperçu

L'état de santé des aînés est un déterminant important de leur bien-être et de la satisfaction qu'ils éprouvent face à leur vie. Le *Bulletin 2006* reprend la plupart des sujets abordés dans l'édition de 2001, comme l'espérance de vie, l'auto-évaluation de l'état de santé, les habitudes personnelles liées à la santé, les chutes et blessures, la santé mentale et le suicide. Les nouveaux indicateurs comprennent un relevé plus détaillé des maladies chroniques, des limitations d'activité, des fractures de la hanche, de la nutrition, du poids et de la santé dentaire.

À propos de l'information

- Le présent chapitre s'appuie majoritairement sur *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC). Les premiers résultats de l'ESCC 3.1, qui portent sur les six premiers mois de 2005 (janvier à juin), ont été comparés à ceux de l'ESCC 1.1 (2000-2001). Lorsque les données de 2005 ne sont pas disponibles pour un indicateur donné, les comparaisons sont tirées de l'ESCC 2.1 (2003) et de *l'Enquête nationale sur la santé de la population* de 1998-99³.
- Faute de données récentes, l'indicateur « sens de cohérence » a été remplacé par l'auto-évaluation de la santé mentale.
- Les nouvelles données sur la nutrition fournies par l'ESCC 2.2 (2004) constituent un ajout important au *Bulletin 2006*.

Bilan

NOTE : B -

Les aînés présentent un bilan de santé inégal. Du côté des nombreux points positifs, il faut mentionner l'augmentation de l'espérance de vie à 65 ans et les gains quant à la santé fonctionnelle. Les aînés évaluent aussi leur santé physique et leur santé mentale de façon très favorable. De plus, l'évaluation indique une diminution des douleurs chroniques et de l'insuffisance de poids chez les aînés. Toutes ces améliorations sont moins marquées chez les femmes, notamment chez les plus âgées.

Les tendances négatives comprennent l'augmentation de l'obésité et d'un certain nombre de maladies chroniques. Il n'y a pas non plus de nettes améliorations relativement à plusieurs problèmes relevés dans le premier bulletin, comme le manque d'activité physique et les chutes, à l'exception des hospitalisations à la suite d'une fracture de la hanche. De plus, le taux de suicide chez les hommes plus âgés demeure encore très élevé.

³ Ces enquêtes diffèrent quant à la proportion d'entrevues réalisées par téléphone et en personne, ce qui peut influencer sur certaines réponses.

Sommaire – Question 1

| Sujet | Indicateurs | Période de référence | Tendance F : femmes H : hommes | Note |
|--|--|----------------------|--------------------------------------|------|
| Indicateurs globaux | Espérance de vie à 65 ans | 1999 et 2003 | Amélioration | A |
| | Espérance de vie sans dépendance à 65 ans | 1996 et 2002 | H : Amélioration F : Stable | B |
| | Auto-évaluation de la santé | 2000-01 et 2005 | Amélioration | A |
| | Santé fonctionnelle | 1998-99 et 2003 | Amélioration | B |
| Maladies chroniques | Au moins une maladie chronique | 2000-01 et 2005 | Détérioration | C |
| | Arthrite ou rhumatisme | | Détérioration | C |
| | Diabète | | Détérioration | C |
| | Hypertension | | Inconnue | — |
| | Maladies du coeur | | Amélioration | B |
| | Douleur ou malaise chronique | 1998-99 et 2003 | H : Amélioration F : Stable | B |
| Limitations des activités | Dépendance à l'égard des activités de la vie quotidienne (AVQ) | 1998-99 à 2005 | Stable | C |
| | Dépendance à l'égard des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) | 1998-99 à 2005 | H : Stable F : Détérioration | C |
| Habitudes personnelles liées à la santé | Activité physique | 2000-01 et 2005 | H : Détérioration F : Stable | C |
| | Tabagisme | 2000-01 et 2005 | Stable | B |
| | Nutrition | 2004 | Inconnue | C |

Sommaire – Question 1 (suite)

| Sujet | Indicateurs | Période de référence | Tendance | Note |
|--|---|----------------------|---------------|------|
| Blessures, notamment les chutes | Blessures | 1998-99 et 2003 | Stable | C |
| | Hospitalisations à la suite d'une chute | 1998-99 et 2002-03 | Stable | B |
| | Hospitalisations à la suite d'une fracture de la hanche | 2000 et 2005 | Amélioration | B |
| Santé physique | Obésité | 2000-01 et 2005 | Détérioration | C |
| | Poids insuffisant | 2000-01 et 2005 | Amélioration | B |
| | Santé buccale | 2003 | Inconnue | — |
| Santé mentale | Auto-évaluation de la santé mentale | 2002 et 2005 | Amélioration | A |
| | Suicide | 1997-99 et 2001-03 | Stable | B |

Points forts

- **L'espérance de vie à 65 ans** a encore augmenté au cours des derniers cinq ans. Les hommes de 65 ans peuvent espérer vivre en moyenne 17,4 ans et les femmes, 20,8 ans. Ces niveaux placent le Canada parmi les pays de l'OCDE qui ont la plus grande espérance de vie à 65 ans. De 1999 à 2003, l'espérance de vie à 65 ans a augmenté d'un an pour les hommes et de 0,6 an pour les femmes.
- Les tendances observées quant à l'**espérance de vie sans dépendance à 65 ans** entre 1996 et 2002 sont quelque peu différentes pour les hommes et les femmes. Les hommes ont vu leur espérance de vie sans dépendance augmenter de 0,5 an pour atteindre 13,2 ans en 2002. L'espérance de vie sans dépendance des femmes était également de 13,2 ans en 2002, stable depuis 1996.
- Les aînés continuent d'**évaluer leur santé** favorablement, et ce, davantage encore de 2000-01 à 2005. En 2005, 74 % des aînés estimaient être en bonne, très bonne ou excellente santé, contre 70 % cinq ans plus tôt. Cette hausse est légèrement plus marquée chez les hommes, mais elle est présente tant chez les personnes de 65 à 74 ans que chez celles de 75 ans et plus.
- Il y a eu de nettes améliorations relativement à la **santé fonctionnelle** des aînés, en particulier chez les hommes. Cet indicateur inclut huit dimensions du fonctionnement (vue, ouïe, élocution, mobilité, dextérité, sentiments, cognition et douleur). En 2003, 74 % des

hommes estimaient avoir une santé fonctionnelle très bonne ou parfaite, comparativement à 66 % en 1998-99. La hausse était plus modeste chez les femmes, de 63 à 64 %.

- Une étude récente de Statistique Canada indique que le pourcentage d'**ânés en bonne santé** est sensiblement le même, que les ânés vivent en milieu urbain ou rural⁴.
- La proportion des hommes de plus de 65 ans rapportant des **douleurs ou malaises chroniques** modérés ou graves a décru, passant de 22 à 18,5 % entre 1998-99 et 2003. Cette diminution n'est pas significative pour les femmes. La douleur augmente de beaucoup les risques de limitation des activités et de dépendance.
- Le nombre d'**hospitalisations pour fracture de la hanche** a aussi diminué. Les données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) indiquent une baisse importante entre 2000 et 2005 des taux annuels d'hospitalisation pour fracture de la hanche, soit une baisse de 618 à 544 pour 100 000 personnes âgées de 65 ans et plus.
- Pour ce qui est du **tabagisme**, le pourcentage de fumeurs quotidiens a diminué légèrement au cours des cinq dernières années, passant de 10,4 à 9,3 % (la différence n'est toutefois pas significative). Les ânés fument beaucoup moins que les autres adultes canadiens (environ 20 % chez les 20 à 64 ans). Plus du tiers des ânés n'ont jamais fumé (48 % des femmes et 19 % des hommes) et 13 % des ânés ont cessé de fumer au cours des cinq dernières années.

La santé buccale

L'ESCC 2.1 (2003) contenait des questions sur la santé dentaire, sujet jusque là sous-représenté dans les enquêtes. On y apprend que 20 % des ânés sont incapables de mastiquer une pomme crue ou des aliments fermes. Ces problèmes augmentent avec l'âge et touchent 31 % des femmes de 85 ans et plus.

Ces difficultés imposent des limites quant au choix des aliments, ce qui peut avoir des répercussions sur la nutrition et donc sur l'évolution de plusieurs maladies. Elles peuvent également amener les gens à changer leurs habitudes sociales, notamment à s'isoler au moment des repas.

Au cours des dernières années, les ânés ont davantage visité leur dentiste. Le nombre d'ânés ayant rapporté posséder des assurances couvrant les soins dentaires a aussi augmenté (voir Question 2).

- Le **poids insuffisant** reste un problème largement méconnu. Il est associé à la malnutrition et à la fragilité. Les ânés trop maigres risquent davantage d'être victimes de chutes et de fractures, notamment à la hanche. La définition courante du poids insuffisant est fondée sur un indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 18,5⁵. Santé Canada estime cependant que cette norme s'applique moins bien aux ânés. Aux fins de ce rapport, la norme a été fixée à 22, suivant en cela un certain nombre d'études épidémiologiques⁶. Si l'on applique cette définition, 17 % des ânés avaient un poids insuffisant en 2005, ce qui représente une baisse

⁴ Quatre critères ont été utilisés pour définir la bonne santé : la santé fonctionnelle, l'indépendance à l'égard des activités instrumentales de la vie quotidienne et la perception de la santé physique et mentale. Sheilds, M. et L. Martel. *Des ânés en bonne santé*.

⁵ Pour calculer l'IMC, on divise le poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille exprimé en mètres. Avec cette norme, 2,5 % des ânés étaient considérés comme ayant un poids insuffisant en 2005.

⁶ Cette norme a été suggérée par Hélène Payette, spécialiste des questions de nutrition et de poids corporel chez les ânés.

de 3 points de pourcentage par rapport à 2000-01. Le poids insuffisant est plus fréquent chez les femmes âgées (21 %) que chez les hommes âgés (12 %).

- Les aînés évaluent leur **santé mentale** de façon très positive. En 2005, 95 % des aînés estimaient que leur santé mentale était bonne, très bonne ou excellente, une augmentation de 1,5 points de pourcentage par rapport à 2002.
- En mai 2006, la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées publiait des **guides de pratiques exemplaires** portant sur la dépression, le délire, le suicide et la santé mentale dans les établissements de soins de longue durée.

Points faibles

- Malgré les tendances favorables dégagées pour l'ensemble du pays quant à l'**espérance de vie**, à l'**espérance de vie sans dépendance** et à l'**auto-évaluation de la santé**, il existe encore des écarts importants. Ainsi, en 2003, au Nunavut et dans les Territoires du Nord-Ouest, où la population autochtone est élevée, les aînés avaient une espérance de vie inférieure de près de quatre ans à la moyenne nationale⁷.
- Le pourcentage d'aînés rapportant une bonne santé diminue également avec le **revenu**. En 2003, 62 % des aînés ayant les revenus les plus élevés étaient en bonne santé, comparativement à 41 % des aînés ayant des revenus inférieurs ou moyens-inférieurs⁸.

Les peuples autochtones

Les Autochtones de plus de 65 ans vivant hors réserve sont plus enclins que l'ensemble des aînés du pays à considérer leur état de santé comme passable ou mauvais (44 % vs 30 % en 2001) et à faire état de maladies chroniques telles que le diabète, qui touchait près de 25 % des femmes et 20 % des hommes en 2001. Selon Santé Canada, la prévalence du diabète serait encore plus élevée dans les réserves.

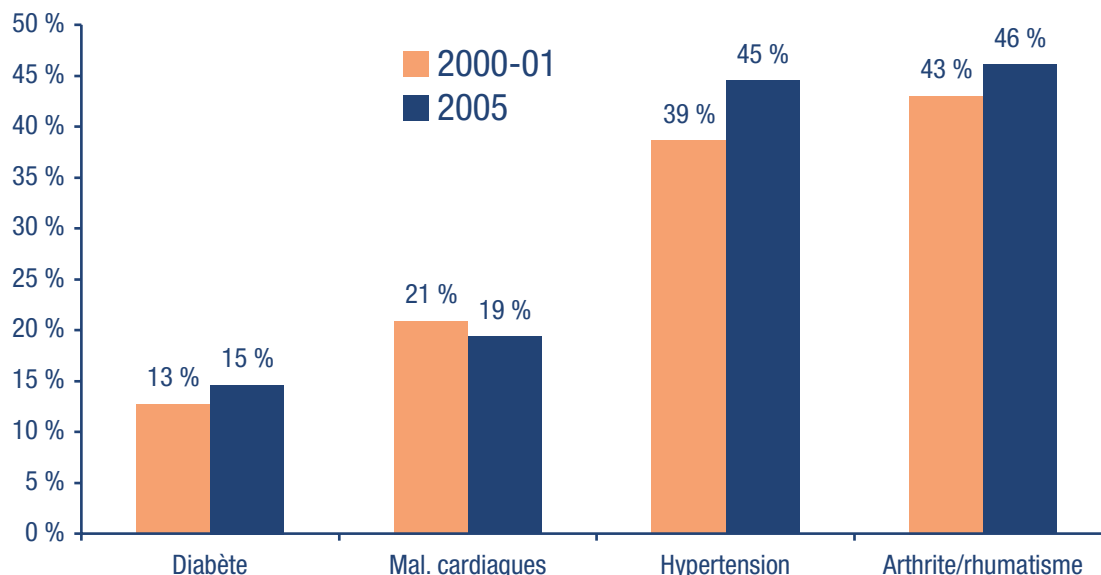
Source : Enquête auprès des peuples autochtones de 2001.

- La prévalence des **maladies chroniques** a augmenté. En 2005, 91 % des aînés rapportaient au moins une maladie chronique diagnostiquée par un professionnel de la santé, comparativement à 87 % en 2000-01.
- Certaines **maladies chroniques** sont malheureusement plus répandues qu'il y a cinq ans, à l'exception des **maladies cardiaques** (graphique 1.1). Il faut souligner que l'**hypertension** a connu une forte hausse au cours des cinq dernières années, de 39 % en 2000-01 à 45 % en 2005. Si cette tendance semble au premier abord négative, ce changement peut s'expliquer en partie par l'adoption de nouveaux critères de détection.

⁷ Les données d'espérance de vie pour ces territoires doivent être interprétées avec prudence étant donné les petits nombres dans l'échantillon.

⁸ Sheilds, M. et L. Martel, *op. cit.*

Graphique 1.1 Pourcentage des aînés affectés par des maladies chroniques, 2000-01 et 2005



Source : Données de CANSIM et de l'ESCC analysées par l'ASPC.

- Les hommes et les femmes ne sont pas touchés de la même manière par les maladies chroniques (tableau 1.1).

Tableau 1.1 Prévalence des maladies chroniques chez les aînés selon le sexe, 2005

| | Hommes | Femmes |
|--------------------------------|--------|--------|
| Diabète | 17 % | 13 % |
| Cardiopathie | 23 % | 17 % |
| Hypertension | 41 % | 48 % |
| Arthrite ou rhumatisme | 37 % | 54 % |
| Douleurs chroniques* | 13 % | 23 % |
| Au moins une maladie chronique | 89 % | 93 % |

* Données de 2003

Source : Données de CANSIM et de l'ESCC analysées par l'ASPC.

- Les problèmes de santé imposent davantage de limitations d'activité aux aînés qu'aux personnes plus jeunes. Néanmoins, la grande majorité des aînés vivant à domicile sont autonomes. En 2005, seulement 7 % des aînés rapportaient avoir besoin d'aide dans les **activités de la vie quotidienne (AVQ)** : prendre un bain, s'habiller, manger, prendre des médicaments ou se déplacer dans la maison. Ce niveau de dépendance est le même qu'en 2000-01 et en 2003.
- Les **activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)** comprennent des activités telles que préparer les repas, faire des courses, aller à des rendez-vous ou faire le ménage. En 2005, 22,4 % des aînés avaient besoin d'aide pour l'une ou l'autre de ces activités, une hausse par rapport au taux de 19,5 % établi en 1998-99. Ce sont surtout les femmes qui

enregistrent une augmentation (de 23 à 28 %) alors que la dépendance est demeurée autour de 15,5 % pour les hommes.

- Une analyse plus complète de la limitation des activités doit inclure les aînés qui vivent dans les **institutions de soins de longue durée**. En 2001, 7,4 % des aînés – dont 32 % des plus de 85 ans – vivaient dans de telles institutions (voir Question 2).

Les aînés ayant des incapacités

Le taux d'incapacité augmente avec l'âge. En 2001, il passait de 31 % chez les aînés de 65-74 ans à 53 % chez ceux de 75 ans et plus. Le taux était de 40,5 % pour l'ensemble des aînés. Les incapacités les plus fréquentes étaient aux plans suivants :

- mobilité (32 % des aînés)
- agilité (29 %)
- douleur (25 %)
- audition (16 %)

Source : Un profil de l'incapacité au Canada, 2001 : tableaux.

- Malgré l'importance de **l'activité physique** pour la prévention des maladies chroniques et de la dépendance ainsi que pour le maintien de la santé mentale, une majorité d'aînés ont une vie sédentaire⁹. En fait, la situation n'a guère changé depuis 2001 : le taux de sédentarité chez les aînés était encore 62 % en 2005. De 2000-01 à 2005, le taux a d'ailleurs augmenté de 53 à 55 % chez les hommes. Les femmes sont davantage inactives (67 % en 2005).
- Cette tendance à la sédentarité n'est pas unique aux aînés : jusqu'à 75 ans, les taux d'inactivité des aînés sont équivalents à ceux des autres adultes canadiens (de 56 % à 58 % pour les 35-64 ans vs 56 % pour les 65-74 ans). Cette réalité est cependant préoccupante puisque plusieurs recherches montrent qu'il n'est jamais trop tard pour bénéficier des bienfaits de l'activité physique.
- Les trois quarts des femmes de plus de 75 ans étaient inactives en 2005. Il faut souligner que les problèmes de santé n'expliquent pas à eux seuls la sédentarité des aînés. Pour bon nombre d'aînés, l'activité physique ne fait pas partie du quotidien, soit parce qu'ils ne sont pas sensibilisés à ses bienfaits, même plus tard dans la vie, soit parce qu'ils en nient l'importance en raison d'une attitude âgiste.
- En 2005, les **fumeurs quotidiens** de plus de 65 ans consommaient en moyenne 15 cigarettes par jour et la moitié d'entre eux fumaient depuis 52 ans.
- Une saine nutrition aide à réduire les maladies chroniques, l'usage des médicaments et le recours aux services de santé. Pourtant, comme c'est le cas pour les Canadiens plus jeunes, de nombreux aînés n'avaient pas de saines **habitudes alimentaires** en 2004 (tableau 1.2).

⁹ Cet indicateur est basé sur des réponses à des questions traitant de la fréquence, de la durée et de l'intensité de la participation à diverses activités physiques.

Tableau 1.2 Habitudes alimentaires des aînés (71 ans et plus) selon le sexe, 2004

| | Hommes | Femmes |
|-----------------------------------|--------|--------|
| Pas assez de fruits et légumes* | 52 % | 60 % |
| Pas assez de produits laitiers* | 79 % | 84 % |
| Pas assez de produits céréaliers* | 43 % | 66 % |
| Trop de gras** | 21 % | 17 % |

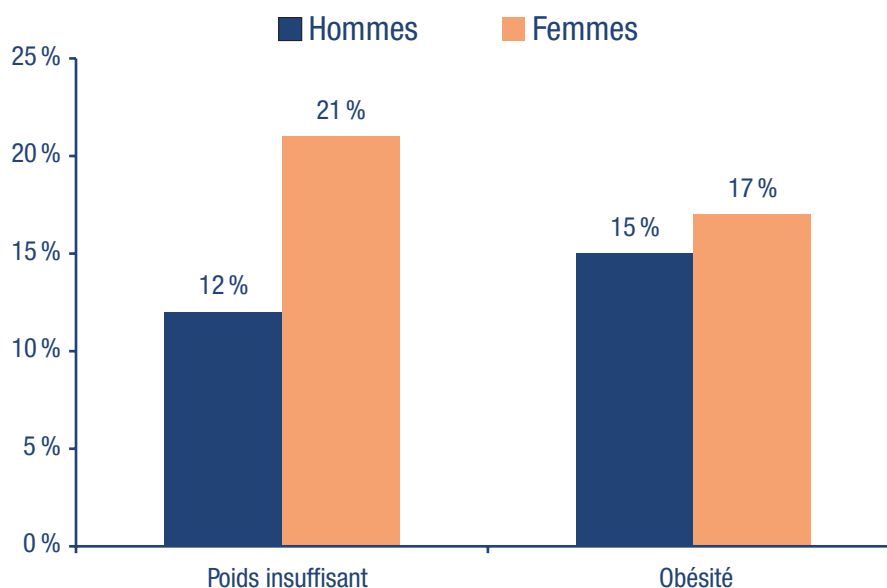
* Moins que la quantité minimale recommandée de portions

** Plus de 35 % des calories

Source : *Vue d'ensemble des habitudes alimentaires des Canadiens, 2004.*

- L'accès à une alimentation saine dépend en partie du revenu. En 2000-01, 7 % des aînés vivaient dans des ménages où prévalait **l'insécurité alimentaire**. Le Bilan-faim 2005 indiquait qu'en moyenne, 7 % des utilisateurs de banques alimentaires étaient des aînés. On retrouvait le plus haut pourcentage d'aînés bénéficiant de dépannage alimentaire d'urgence à l'Île-du-Prince-Édouard (12,2 %), en Nouvelle-Écosse (12,0 %), en Alberta (10,4 %) et au Nouveau-Brunswick (9,2 %).
- **L'obésité** est récemment devenue un problème de santé publique au Canada et ailleurs dans le monde. Les études révèlent que les risques de mortalité et les limitations fonctionnelles augmentent chez les aînés obèses (chez ceux qui ont un indice de masse corporelle (IMC) égal ou supérieur à 30). Le taux d'obésité a légèrement augmenté de 2000-01 à 2005, passant de 14,5 à 16,1 %. Ce sont les femmes de 65 à 74 ans qui accusent l'augmentation la plus forte, soit de 17 à 21 %. Le taux d'obésité des personnes de plus de 75 ans demeure le plus faible (12 %). Les problèmes d'obésité sont légèrement plus fréquents chez les femmes âgées (17 %) que chez les hommes âgés (15 %) (graphique 1.2).

Graphique 1.2 Prévalence des problèmes de poids chez les aînés selon le sexe, 2005



Note: Poids insuffisant = IMC de moins de 22; Obésité = IMC de 30 et plus

Source : *Données de l'ESCC analysées par l'ASPC.*

- En 2003, 8 % des aînés ont souffert de **blessures** qui leur ont imposé des limitations¹⁰. Les femmes de 75 ans et plus courent un plus grand risque d'être blessées, avec un taux de blessures de 10 %.
- Les blessures provoquées par les **chutes** peuvent avoir des effets désastreux sur la santé et sur l'autonomie des aînés. En 2003, 5 % d'entre eux ont fait une chute. De 1998-99 à 2002-03, le taux annuel d'hospitalisation à la suite d'une chute est resté stable, à près de 16 pour 1 000 aînés. Ce taux est plus élevé chez les femmes de 85 ans et plus, atteignant 46 pour 1 000 en 2002-03.
- Les chutes suscitent souvent la **peur de tomber**. Un récent sondage indique que plus de la moitié des répondants âgés de plus de 65 ans sont préoccupés par les chutes¹¹. Parmi eux, 60 % rapportent que cette préoccupation les a amenés à limiter leurs activités physiques, et 45 %, à réduire leurs activités sociales.
- Le dernier indicateur, le **taux de suicide**, touche plus particulièrement les hommes. De 2001 à 2003, il y a eu en moyenne 20 suicides par an pour chaque tranche de 100 000 hommes de 65 ans et plus. Il s'agit d'une légère diminution (non significative), comparativement au taux moyen de la période de 1997 à 1999 (23 pour 100 000). En comparaison, le taux annuel moyen de suicide des femmes de plus de 65 ans était de 4 pour 100 000 entre 2001 et 2003¹².
- Les hommes de plus de 85 ans sont toujours les plus susceptibles de mettre fin à leurs jours (taux annuel moyen de 30 pour 100 000 de 2001 à 2003). Ce niveau est stable par rapport à celui de la période précédente, mais il demeure supérieur à celui des hommes plus jeunes.

Priorités d'action

Les mesures à prendre au regard de l'état de santé des aînés sont :

- assurer un meilleur suivi des maladies chroniques (p.ex., auto-gestion et soutien communautaire pour encourager le choix d'un style de vie plus sain);
- améliorer les habitudes personnelles liées à la santé (en particulier l'activité physique et la nutrition);
- bonifier les programmes de prévention des blessures, en particulier des chutes; et
- réduire les taux de suicide chez les hommes plus âgés (85 ans et plus).

¹⁰ Comparativement à 7 % en 1998-1999, mais la différence n'est pas statistiquement significative.

¹¹ 24 % se disent très préoccupés et 32 % plutôt préoccupés.

¹² Soit le même que celui de 1997 à 1999.

Sources des données - Question 1*

- **Espérance de vie à 65 ans** : CANSIM*, tableau 102-0511 et *Décès 2003*, Statistique Canada, 2005. N° de cat. 84F0211XIF.
<http://www.statcan.ca/francais/freepub/84F0211XIF/84F0211XIF2003000.pdf>
- **Espérance de vie en santé à 65 ans** : « L'espérance de vie en santé chez les personnes âgées », Présentation de Laurent Martel et Alain Bélanger, Statistique Canada, juin 2005.
- **Espérance de santé à 65 ans** : CANSIM, tableau 102-0121.
- **Auto-évaluation de la santé** : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), données analysées par la Division du vieillissement et des aînés (DVA), Agence de santé publique du Canada (ASPC).
Enquête auprès des peuples autochtones de 2001 – Premiers résultats: Bien-être de la population autochtone vivant hors réserve, Statistique Canada, 2003. N° de cat. 89-589-XIF.
<http://www.statcan.ca/francais/freepub/89-589-XIF/pdf/89-589-XIF03001.pdf>
- **Santé fonctionnelle** : CANSIM, tableau 105-0213, ajustements faits par l'ASPC pour exclure les non-réponses.
http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/2005002/hlthstatus/function1_f.htm#functional
- **Arthrite ou rhumatisme** : CANSIM, tableau 105-0002 et ESCC, données analysées par l'ASPC.
http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/2005002/hlthstatus/conditions2_f.htm
- **Diabète** : CANSIM, tableau 105-0011 et données de l'ESCC analysées par l'ASPC.
http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/2005002/hlthstatus/conditions2_f.htm
- **Hypertension** : CANSIM, tableau 105-0010.
http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/2005002/hlthstatus/conditions2_f.htm
- **Maladies du coeur** : ESCC, données analysées par l'ASPC.
- **Douleur ou malaise chronique** : CANSIM, tableau 105-0004.
http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/2005002/hlthstatus/conditions2_f.htm#severity
- **AVQ** : ESCC, données analysées par l'ASPC.
- **AIVQ** : ESCC, données analysées par l'ASPC.
- **Incapacités** : *Un profil de l'incapacité au Canada, 2001 : tableaux*, Enquête sur la participation et les limitations d'activités, Statistique Canada, 2002. N° de cat. 89-579-XIF.
<http://www.statcan.ca/francais/freepub/89-579-XIF/89-579-XIF2002001.pdf>
- **Activité physique** : ESCC, données analysées par l'ASPC; *Aperçu sur l'emploi du temps des Canadiens*, L'Enquête sociale générale portant sur l'emploi du temps, 2005, Statistique Canada, 2006. N° de cat. 12F0080XIF.
- **Usage du tabac** : CANSIM, tableaux 105-0027 et 105-0327; ESCC, données analysées par l'ASPC.
http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/2005002/nonmed/behaviours1_f.htm#smoke
http://www.statcan.ca/francais/research/82-621-XIF/2005001/tables_f.htm#tables

* Pour plus de détails sur les enquêtes utilisées, consulter www.statcan.ca/francais/concepts/index_f.htm

* CANSIM est la principale base de données de Statistique Canada présentant sur Internet des données sur la situation socioéconomique des Canadiens (www.statcan.ca).

- **Nutrition** : Garriguet, D. *Vue d'ensemble des habitudes alimentaires des Canadiens 2004*, Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada, 2006. N° de cat. 82-640-MIF – N° 2.
<http://www.statcan.ca/francais/research/82-620-MIF/82-620-MIF2006002.pdf>
- **Insécurité alimentaire** : Ledrou, I. et J. Gervais. *Insécurité alimentaire. Rapports sur la santé*, vol. 16, n° 3, mai 2005.
Bilan-Faim 2005. Association canadienne des banques alimentaires, 2006.
<http://www.cafb.ca/documents/HC05french.pdf>
- **Blessures** : CANSIM, tableaux 104-0018 et 105-0218
http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/2005002/hlthstatus/conditions5_f.htm
- **Chutes** : ESCC, données analysées par l'ASPC.
- **Hospitalisations dues aux chutes** : *Rapport sur les chutes des aînés au Canada*, Agence de santé publique du Canada, 2005.
http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/pubs/seniors_falls/pdf/seniors-falls_f.pdf
- **Peur de tomber** : *Analyse interne de Santé Canada sur la question des chutes dans l'étude Focus 50+ de Environics*. Environics, 2005 (non publié).
- **Hospitalisations dues aux fractures de la hanche** : *Indicateurs de santé*, Institut canadien d'information sur la santé, 2006.
<http://www.cihi.ca/hireports/search.jsppa?language=fr&healthIndicatorSelection=HipF>
- **Obésité**: ESCC, données analysées par l'ASPC.
- **Insuffisance pondérale** : ESCC, données analysées par l'ASPC.
- **Santé buccale** : ESCC, données analysées par l'ASPC.
- **Auto-évaluation de la santé mentale** : ESCC, données analysées par l'ASPC.
- **Suicide**: Analyse de l'ASPC fondée sur le tableau 102-0540 de CANSIM et *Statistiques démographiques annuelles, 2003*, Statistique Canada, 2003. N° de cat. 91-213.

Références - Question 1

CCNTA. Bien manger pour bien vieillir. *Expression*, vol. 17, n° 3, été 2004.

http://www.naca-ccnta.ca/expression/17-3/pdf/exp17-3_f.pdf

CCNTA. La santé au bout des dents. *Expression*, vol. 18, n° 2, printemps 2005.

http://www.naca-ccnta.ca/expression/18-2/pdf/exp18-2_f.pdf

Gilmour, H. et J. Park. Dépendance, problèmes chroniques et douleur chez les personnes âgées. *Supplément aux Rapports sur la santé*, vol. 16, 2006. N° de cat. 82-003. pp. 21-29.

O'Brien Cousins, S. *Surmonter l'âgisme dans le contexte d'une vie active*. Rapport pour la Coalition d'une vie active pour les aîné(e) s. 2005.

http://www.alcoa.ca/f/pdf/overcoming_ageism.pdf

Santé Canada. *Lignes directrices pour la classification du poids chez les adultes*. 2003.

http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/nutrition/weight_book-livres_des_poids_f.pdf

Sheilds, M. et L. Martel. Des aînés en bonne santé, *Supplément aux Rapports sur la santé*, vol. 16, 2006. No de cat. 82-003. pp. 7-20.

Question 2 : Le système de santé répond-il aux besoins des aînés?

Aperçu

La population canadienne juge important d'avoir accès à des services de santé de qualité et c'est d'autant plus vrai pour les aînés. Les services de santé aident à prévenir les problèmes, à promouvoir et à restaurer la santé et à réduire le déclin. Pour examiner cet aspect de la situation des aînés, l'utilisation des services de santé est évaluée à partir d'indicateurs mesurant les visites des aînés aux médecins de famille et aux spécialistes des soins dentaires, ainsi que leur consommation de médicaments et leur vaccination contre la grippe. Pour vérifier la facilité d'accès aux services de santé, les indicateurs portent sur les besoins non satisfaits des aînés sur le plan de la santé, sur l'accès aux soins spécialisés et sur les délais d'attente. Certains aînés doivent déboursier chaque année des sommes importantes pour leurs soins de santé – sommes qui varient selon qu'ils ont ou non une couverture d'assurance et selon leurs besoins en matière de soins de santé et de médicaments prescrits. Afin de dresser le tableau complet de leur situation relativement au système de santé, ce chapitre examine également les soins à domicile, les soins de longue durée et la satisfaction des aînés relativement à la qualité des services reçus.

À propos de l'information

- Le *Bulletin 2006* a eu accès à des informations plus complètes que le *Bulletin 2001* pour évaluer dans quelle mesure le système de santé répond aux besoins des aînés. Les données disponibles ne permettent cependant pas encore de répondre à certaines des questions posées dans le *Bulletin 2001*, par exemple :
 - Certains services ou pratiques sont-ils surutilisés ou sous-utilisés?
 - Quel est le degré de satisfaction des aînés vis-à-vis l'accessibilité et la continuité des soins?
 - Dans quelle mesure les aînés sont-ils satisfaits de la qualité des soins reçus, notamment sur le plan du temps qui leur est accordé par les professionnels de la santé, de la clarté de la communication et du respect de leurs préférences de traitement?
- Il manque toujours des données nationales pour évaluer les soins en fin de vie, la qualité des soins à domicile et des soins de longue durée, et leur accessibilité.
- Comme le présent bulletin repose sur de meilleures données, il dresse un portrait plus juste des répercussions des délais d'attente sur les aînés. Il s'est enrichi également de nouvelles données sur les besoins non satisfaits en matière de soins à domicile.

- En règle générale, lorsque la comparaison était possible pour un indicateur, les données de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* de 2000-01 sont comparées avec celles de 2005 (janvier-juin).
- Faute de données suffisantes, aucune note n'a été attribuée à l'indicateur utilisé pour évaluer les dépenses personnelles pour les médicaments prescrits.

Bilan

NOTE : **C +**

La grande majorité des aînés disent rendre régulièrement visite à un médecin de famille et consulter plus souvent un spécialiste des soins dentaires qu'auparavant. Les aînés consomment plus de médicaments et bon nombre d'entre eux se font vacciner contre la grippe, bien qu'à ce chapitre, le progrès se soit récemment stabilisé. Le Canada n'a toujours pas suffisamment de gériatres pour répondre aux besoins d'une population vieillissante.

La proportion d'aînés rapportant des besoins non comblés en matière de soins de santé a diminué au cours des dernières années. La même tendance favorable est observée en ce qui concerne l'accès des aînés à certains types de soins spécialisés. Les délais d'attente pour certaines interventions sont restés stables (p. ex., chirurgie non urgente, test de diagnostic). Compte tenu du problème des délais d'attente prolongés, cette situation stable reflète un manque de progrès. L'évolution est décevante, particulièrement en ce qui a trait au délai d'attente avant de voir un spécialiste pour un nouveau problème de santé. Les aînés sont maintenant davantage couverts par des assurances médicales, tendance favorable, mais leurs dépenses personnelles pour soins de santé continuent d'augmenter. En particulier, les aînés continuent de consacrer plus d'argent à l'achat de médicaments prescrits que les autres groupes d'âge, bien que la situation se soit récemment stabilisée.

Les aînés utilisent moins de soins à domicile financés par l'État que par le passé, et près de 4 % disent que leurs besoins en matière de soins à domicile ne sont pas satisfaits. Le pourcentage d'aînés plus âgés vivant en établissement de santé a diminué, nouvelle encourageante si elle n'est pas le résultat de listes d'attente trop longues. Enfin, les aînés estiment excellente la qualité des services de santé qui leur sont fournis.

Sommaire – Question 2

| Sujet | Indicateurs | Période de référence | Tendance | Note |
|--|--|----------------------|------------------------------------|------|
| Utilisation des services de santé | Aînés ayant un médecin de famille | 2001 et 2005 | Stable | B |
| | Visite chez le spécialiste des soins dentaires | 1998-99 et 2003 | Amélioration | C |
| | Consommation de médicaments | 1998-99 et 2003 | Tendances opposées | C |
| | Vaccin contre la grippe | 2000-01 et 2003 | Stable | B |
| Accès aux soins de santé | Besoins non satisfaits en matière de soins de santé | 2000-01 et 2005 | Amélioration | C |
| | Accès à des soins spécialisés | 2001 et 2005 | Amélioration | C |
| | Délais d'attente | 2001 et 2005 | Stable | C |
| Assurances et dépenses | Assurances | 1998-99 et 2003 | Amélioration | C |
| | Dépenses pour soins de santé | 1999 à 2003 | Détérioration | C |
| | Dépenses pour médicaments sur ordonnance | 1999 à 2003 | Inconnue | — |
| Soins à domicile et soins prolongés | Soins à domicile | 1998-99 et 2003 | Inconnue | — |
| | Besoins non satisfaits en matière de soins à domicile | 2003 | Inconnue | C |
| | Pourcentage d'aînés vivant dans un établissement de santé | 1996 et 2001 | Stable / Amélioration pour les 85+ | B |
| Satisfaction | Qualité des soins hospitaliers reçus | 2000-01 et 2003 | Stable | A |
| | Qualité des soins reçus du médecin de famille ou d' un autre médecin | | Détérioration | B |

Points forts

- Un très fort pourcentage d'aînés consultent régulièrement leur **médecin de famille**. Ce pourcentage a augmenté légèrement de 2000-01 à 2005, passant de 94 à 95 %. Ce résultat est très positif puisque les gens qui ne consultent pas régulièrement leur médecin de famille sont deux fois plus susceptibles d'avoir des difficultés à recevoir des soins de santé de routine que ceux qui le font. Les aînés sont également plus susceptibles que leurs cadets d'avoir reçu des soins d'un médecin au cours des 12 derniers mois.

Besoin de gériatres

Dans le *Bulletin intérimaire* de 2003, le CCNTA s'inquiétait de la pénurie de gériatres au Canada. Le problème persiste. En 2000, il y avait 144 gériatres au Canada et l'on estimait à 481 le nombre de gériatres nécessaires. En 2005, il y en avait 191. Il s'agit là d'une amélioration certes importante, mais insuffisante, compte tenu des besoins estimés pour 2006, soit 538.

Source : Hogan, D.B, Shea, C. et C.Frank. *Education of Specialists in the care of older individuals.*

- La santé dentaire joue un grand rôle dans le maintien de la bonne santé et dans la prévention des maladies, surtout chez les aînés. Il y a eu une forte hausse du nombre des consultations d'un **spécialiste des soins dentaires** chez les aînés de 1998-99 (40 %) à 2003 (46 %) ¹³.
- Les aînés prennent plus de **médicaments** qu'auparavant. En 2003, 92 % des aînés ont pris des médicaments au cours du mois qui a précédé l'enquête, comparativement à 88,5 % en 1998-99. La hausse est plus forte chez les hommes. À l'exception des traitements d'hormones pour la ménopause et les symptômes de vieillissement chez les femmes, la consommation a augmenté dans toutes les catégories de médicaments de 1996-97 à 2003. Cette hausse de consommation chez les aînés représente probablement une tendance favorable puisqu'elle pourrait être révélatrice d'une amélioration des diagnostics quant à diverses maladies et d'une plus grande efficacité des médicaments.
- L'objectif national quant à la **vaccination contre la grippe** chez les aînés était de 70 % pour l'année 2000-01. Il a presque été atteint. En 2003, 67 % des aînés ont été vaccinés – soit presque le même pourcentage qu'en 2000-01. Ceci représente une hausse considérable par rapport au taux de 51 % de 1996-97.
- Un indicateur important de l'accès aux soins de santé porte sur les **besoins non satisfaits sur le plan de la santé**, c'est-à-dire l'écart entre les besoins perçus pour un problème de santé donné et les soins reçus. La proportion d'aînés rapportant des besoins non satisfaits était moins élevée en 2005 qu'en 2000-01 (6,6 % vs 8,4 %). Ces besoins non comblés sont aussi plus faibles chez les aînés que chez les autres adultes, de même que chez les hommes par rapport aux femmes. En 2005, près de la moitié des aînés qui rapportaient des besoins non comblés les expliquaient par les délais d'attente. Les besoins non satisfaits en matière de santé diminuent avec l'âge, passant de 14 % pour les personnes de 35 à 44 ans à 6 % pour celles de 75 ans et plus.

¹³ Les spécialistes de soins dentaires comprennent les dentistes, les orthodontistes et les hygiénistes dentaires.

- En 2005, les aînés étaient aussi moins enclins qu'en 2000-01 à faire état de difficultés d'**accès à des soins spécialisés**. Une telle amélioration s'observe en particulier pour les chirurgies non urgentes (10 % vs 14 %) et pour les tests de diagnostic (8 % vs 13 %), mais non pour la consultation d'un spécialiste dans le cas d'une affection récente (20 % vs 21 %).
- Même si les **délais d'attente** pour accéder à certains services spécialisés sont restés stables entre 2000-01 et 2005 (tableau 2.1), ceux-ci étaient considérés acceptables en 2005. La consultation de spécialistes représente toutefois une exception, car le temps d'attente était de beaucoup supérieur au délai considéré acceptable par les aînés (4,3 semaines vs 2 semaines).

Tableau 2.1 Délai médian d'attente des aînés* (en semaines)

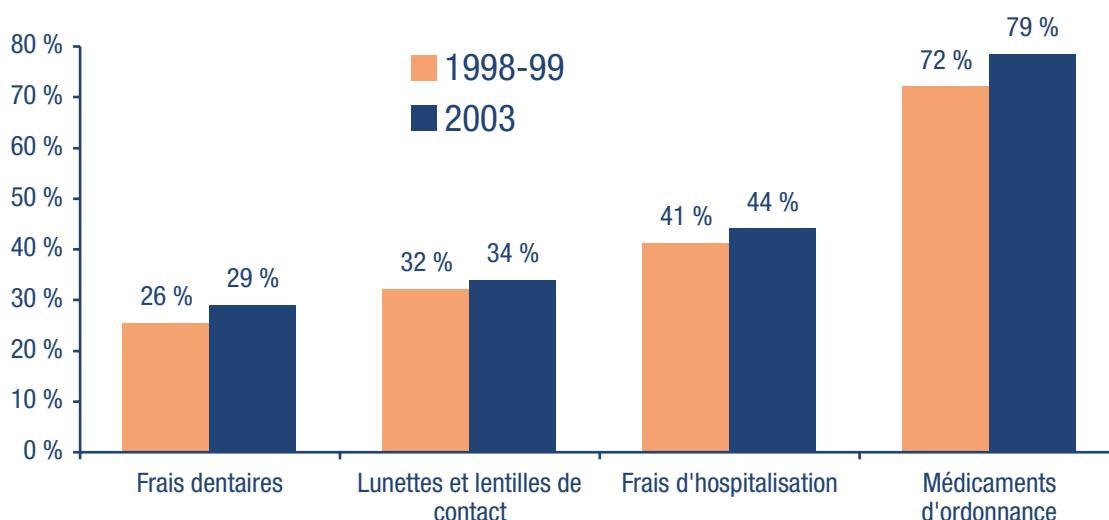
| | Délai réel | | Délai acceptable 2005 |
|--|------------|------|--------------------------|
| | 2000-01 | 2005 | |
| Visite d'un spécialiste – pour un nouveau problème | 4,0 | 4,3 | 2,0 |
| Intervention chirurgicale non urgente | 4,3 | 4,3 | 4,3 |
| Test de diagnostic | 2,0 | 2,0 | 2,0 |

*Basé sur la population des aînés ayant reçu des soins spécialisés au cours des 12 derniers mois

Source : Données de l'Enquête sur l'accès aux services de santé (EASS) 2000-01 et 2005 (janvier-juin) analysées par l'ASPC.

- La proportion d'aînés ayant des **assurances** pour les soins dentaires, les lunettes et lentilles cornéennes, les soins hospitaliers et les médicaments prescrits a augmenté de 1998-99 à 2003 (graphique 2.1).

Graphique 2.1 Les aînés étaient davantage assurés* en 2003 qu'en 1998-99



* Comprend tous les programmes privés, gouvernementaux ou payés par l'employeur couvrant en partie ou en totalité les frais.

Source : Données de l'ENSP pour 1998-99 et de l'ESCC 2.1 analysées par l'ASPC.

Soins à domicile

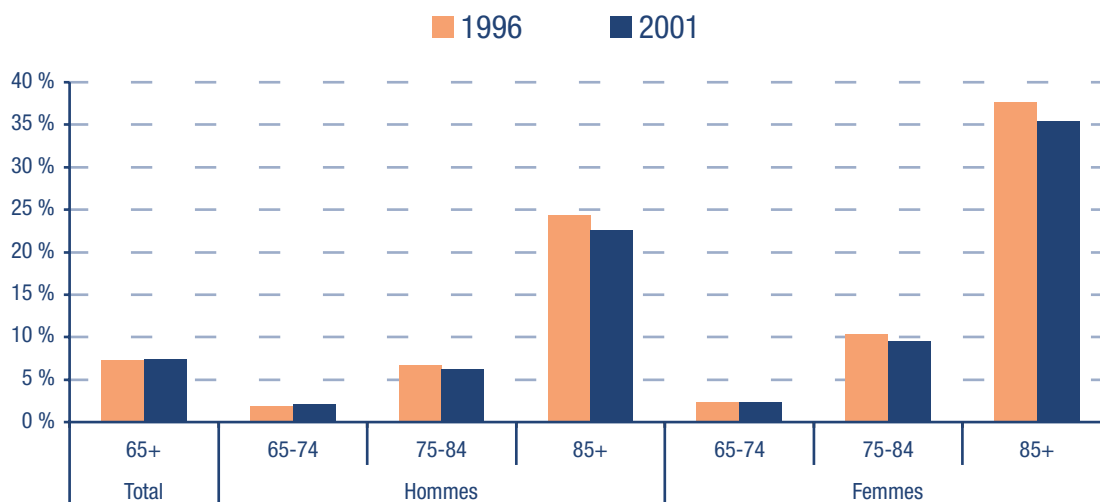
Les aînés se sont moins prévalus des services de soins à domicile financés par l'État en 2003 qu'en 1998-99 (8,9 % vs 11,5 %). Il est toutefois difficile de déterminer s'il s'agit là d'une tendance défavorable, neutre ou favorable. Par exemple, les aînés ont-ils eu moins besoin de tels services ou ont-ils eu recours à des soins à domicile non financés par l'État dans le but de combler les lacunes? Des données comparables pour les soins à domicile non financés par l'État n'étant pas disponibles, il est impossible de conclure s'il y a eu ou non virage vers des soins non financés par l'État au cours de cette période. Par conséquent, aucune note n'a été attribuée à cet indicateur.

En 2003, 15 % des aînés disaient recevoir des soins à domicile. Parmi eux, 9 % recevaient des soins formels seulement (des services payants, qu'ils soient fournis par l'État ou par le secteur privé), 4 %, des soins informels seulement (des services gratuits d'amis ou de proches) et 2 %, une combinaison des deux. Le pourcentage d'aînés recevant des soins à domicile augmente évidemment avec l'âge, passant de 8 % de 65 à 74 ans à 42 % au-delà de 85 ans. L'absence de soins informels laisse supposer un réseau social limité.

Sources : Cranswick, K. et D. Thomas *Les soins aux aînés et la complexité des réseaux sociaux*. Rotterman, N. *Utilisation des services de santé par les personnes âgées*.

- On considère généralement qu'il vaut mieux vivre dans sa communauté plutôt que dans un établissement de soins de longue durée. Parmi les aînés les plus âgés, surtout après 85 ans, moins d'aînés **vivent dans un établissement de santé** qu'auparavant (graphique 2.2).

Graphique 2.2 Le pourcentage d'aînés de plus de 75 ans vivant dans les établissements de santé a diminué entre 1996 et 2001



Note : Les établissements de santé comprennent les hôpitaux, les foyers de soins, les résidences pour personnes âgées et les installations pour personnes handicapées. Une faible proportion des aînés résident dans d'autres types d'établissement, tels que les maisons de chambres et les institutions religieuses.

Sources : Recensements de 1996 et de 2001. *Un portrait des aînés au Canada. Profil des familles et des ménages canadiens : la diversification se poursuit*.

- Dans le *Bulletin intérimaire* de 2003, le CCNTA estimait préoccupant le sous-financement de certains établissements de soins de longue durée. Les événements ont depuis pris une

tournure positive au Nouveau-Brunswick dès lors que la province a changé sa politique visant à faire payer les coûts liés aux soins de santé par les résidents des centres d'hébergement. Le tarif moyen en centre d'hébergement était de 160 \$ en mars 2006. Il diminuera bientôt de plus de 50 %. Selon une nouvelle récente (octobre 2006), le Cabinet serait aussi convenu de ne plus inclure l'argent de la vente des résidences d'aînés, leurs avoirs et leurs épargnes dans les calculs servant à établir les tarifs des centres.

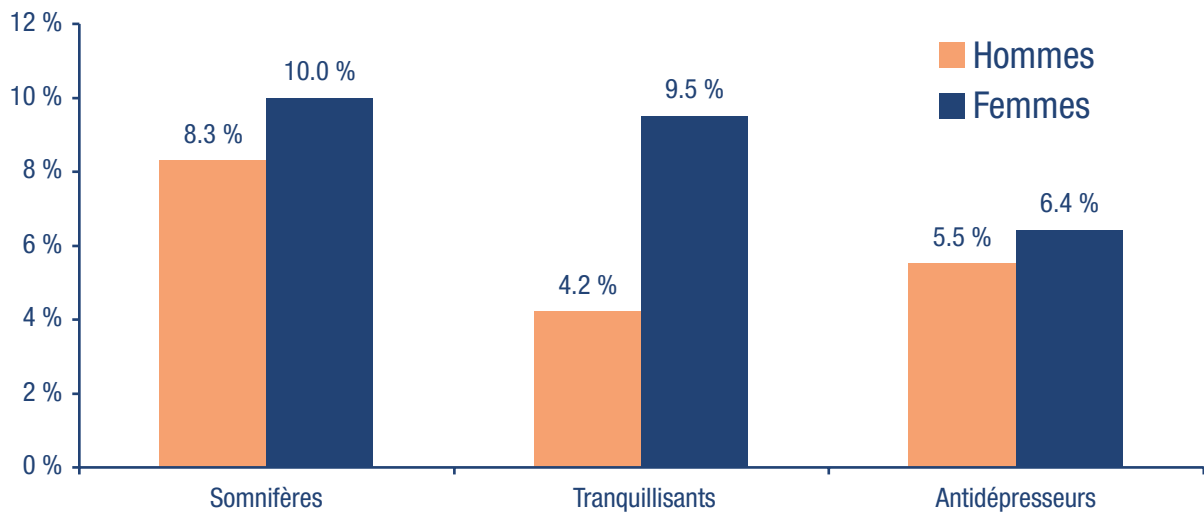
- Dans l'ensemble, les aînés sont très satisfaits de la **qualité des services de santé** qu'ils reçoivent – que ce soit à l'hôpital ou dans un cabinet de médecin. En 2003, 90,3 % des aînés estimaient excellents ou bons les services de santé qu'ils recevaient à l'hôpital (environ le même pourcentage qu'en 2000-01). La même année, 93,3 % des aînés jugeaient excellents ou bons les services de leur médecin de famille ou de tout autre médecin, une légère baisse par rapport au taux de 95,6 % de 2000-01.

Points faibles

- Malgré une nette amélioration, le taux de consultation d'un **spécialiste des soins dentaires** par les aînés est toujours considérablement plus bas que celui des autres groupes d'âge. De plus, il y a des différences marquées d'une province ou d'un territoire à l'autre : en 2003, 57 % des aînés de l'Ontario disaient avoir vu un spécialiste des soins dentaires au cours des 12 mois précédents, comparativement à 18 % à Terre-Neuve-et-Labrador.
- Selon un récent rapport canadien, dans les régions rurales et éloignées, l'absence de services force les aînés à entrer dans des centres de soins de longue durée avant qu'ils n'y soient prêts ou qu'il ne soit nécessaire qu'ils le fassent. Ces centres se trouvent souvent à une certaine distance de leur collectivité, ce qui contribue à accentuer le sentiment de solitude et la dépression de ces personnes¹⁴.
- La hausse de la **consommation de médicaments** peut être une tendance favorable dans certains contextes, mais ce n'est généralement pas le cas des somnifères et des tranquillisants. De 1996-97 à 2003, la consommation de somnifères (8 % vs 9 %) et de tranquillisants (5 % vs 7 %) a augmenté chez les aînés. Les femmes sont plus nombreuses à consommer ces médicaments (graphique 2.3).
- Inversement, les aînés consomment moins d'antidépresseurs que les adultes plus jeunes, mais comme le révèle la recherche, la dépression est mal diagnostiquée chez les aînés et pourrait être en cause dans la plupart des suicides.

¹⁴ McCracken, M. et al. *Les aînés du Canada rural et des régions éloignées du Canada : document de travail*.

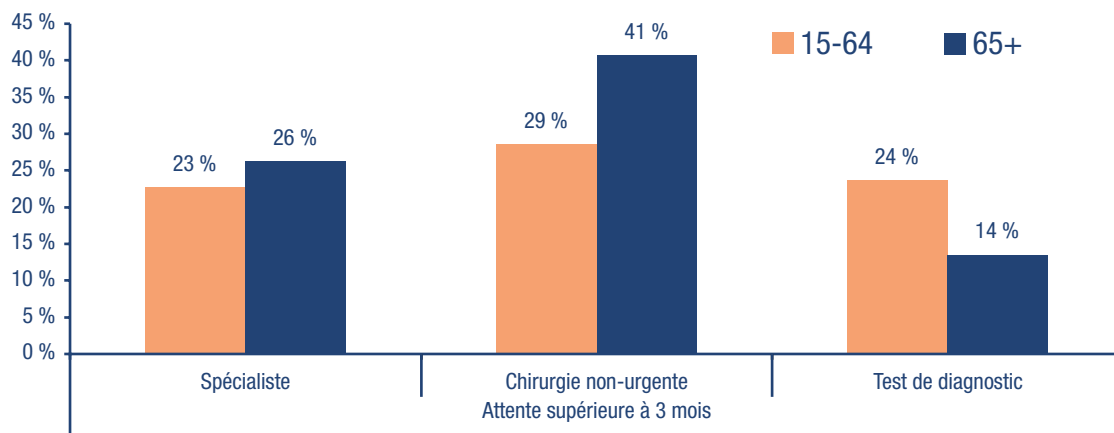
Graphique 2.3 Utilisation des somnifères, tranquillisants et antidépresseurs chez les aînés, 2003



Source : Portrait des aînés au Canada et données de l'ESCC analysées par l'ASPC.

- Les aînés ayant un faible revenu rapportent un plus haut taux de **besoins de santé non comblés** (9 % vs 6 % chez les aînés ayant un revenu moyen ou supérieur en 2005).
- Au chapitre des **délais d'attente** le pourcentage d'aînés rapportant des délais supérieurs à trois mois pour les visites chez un spécialiste (pour un nouveau problème) et pour une chirurgie non urgente est plus élevé que chez les Canadiens de 15 à 64 ans (graphique 2.4).

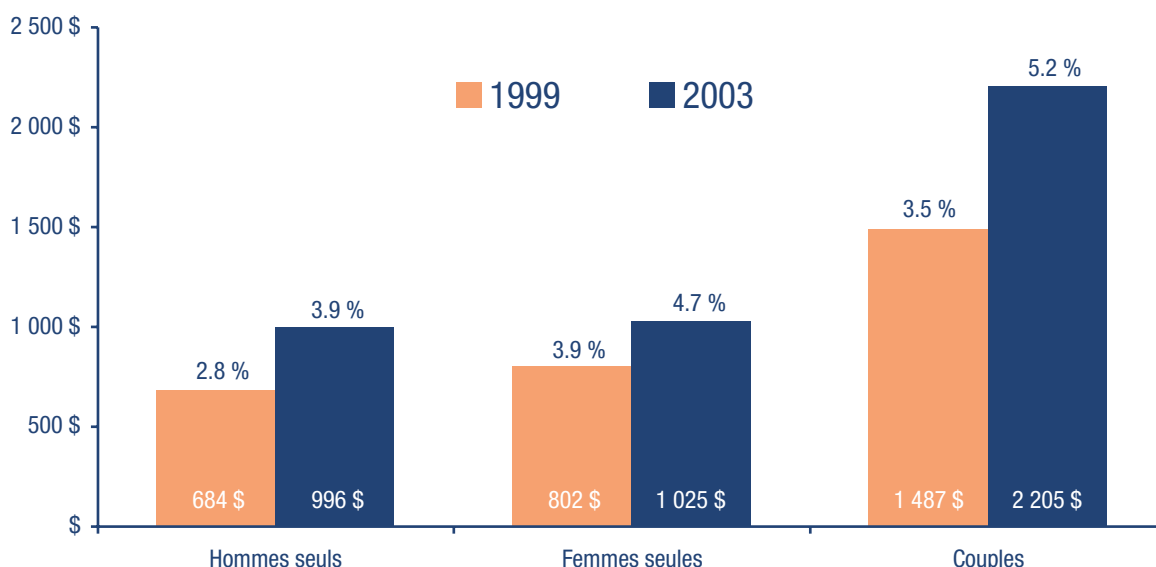
Graphique 2.4 Les délais d'attente sont plus longs chez les aînés pour la consultation de spécialistes et les chirurgies non urgentes, 2005



Source : Données de l'EASS 2005 (janvier-juin) analysées par l'ASPC.

- Environ le quart des aînés qui devaient rencontrer un **spécialiste** pour un changement à leur état de santé en 2005 disent avoir dû tolérer un délai jugé inacceptable. En ce qui concerne leur plus récente **intervention chirurgicale non urgente** et leur plus récent **test de diagnostic**, respectivement 19 % et 15 % des aînés ont dû attendre plus longtemps que ce qu'ils estimaient acceptable.
- Comparativement aux autres groupes d'adultes, les aînés sont moins couverts par des **assurances** pour les services de santé, sauf en ce qui a trait à l'assurance-médicaments, à laquelle ils souscrivent davantage. Les aînés les moins assurés sont les femmes de 75 ans et plus, les personnes à faible revenu et les immigrants âgés (sauf, encore ici, pour ce qui est de l'assurance-médicaments).
- Les **dépenses personnelles** pour les soins de santé des ménages formés d'aînés ont nettement augmenté de 1999 à 2003, et ce, tant en dollars constants qu'en pourcentage du revenu des aînés (graphique 2.5).

Graphique 2.5 Dépenses personnelles pour soins de santé des ménages d'aînés (en dollars constants de 2003 et en % du revenu), 1999 et 2003



Sources : *Les habitudes de dépenses au Canada (ajustements par l'ASPC des dépenses en matière de santé selon l'IPC). Le revenu au Canada, 2003.*

- Bien que les dépenses pour les **médicaments d'ordonnance** représentent la plus grande part de toutes les dépenses des aînés pour des soins de santé, les sommes ne représentent toujours, en moyenne, qu'environ 1,5 % de leur revenu après impôts (2002).
- En 2003, 3,6 % des aînés disaient avoir des besoins non satisfaits en matière de **soins à domicile**. Plus de 20 % d'entre eux évoquaient, entre autres raisons, des problèmes de disponibilité ou encore de problèmes de coûts.

Indicateurs nationaux relatifs aux soins à domicile

À l'avenir, le Système d'information sur les services à domicile (SISD) fournira des analyses et des rapports comparatifs sur les clients qui bénéficient de soins à domicile financés par l'État. Un projet pilote national a fourni une illustration des indicateurs applicables au système de santé, comme le délai d'attente, les heures de services et l'utilisation de services d'urgence.

L'Ontario, la Nouvelle-Écosse, la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan et le Yukon mettent en œuvre des programmes de gestion des soins à domicile.

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Développement d'indicateurs nationaux et de rapports pour les services à domicile, Phase II – Rapport final du projet.

Priorités d'action

Les mesures à prendre afin que le système de santé réponde mieux aux besoins des aînés sont :

- réduire les délais d'attente pour l'accès aux soins spécialisés;
- réduire les dépenses des aînés en matière de soins de santé;
- développer de nouveaux indicateurs et de nouvelles données pour mieux mesurer :
 - le nombre de gériatres (équivalent temps plein) au Canada;
 - le financement, les listes d'attente et les soins dans les établissements de soins de longue durée;
 - la prestation de soins à domicile à l'échelle nationale; et
 - les soins palliatifs et les soins en fin de vie.

Sources des données - Question 2*

- **Médecin de famille permanent** : ESCC, données analysées par l'ASPC et *Le Quotidien*, Statistique Canada, 13 février 2006.
<http://www.statcan.ca/Daily/Francais/060213/q060213a.htm>
- **Contact avec les spécialistes des soins dentaires** : CANSIM*, tableau 105-0260.
http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/2004002/community/system2_f.htm#medical
- **Consommation de médicaments** : Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) et ESCC, données analysées par l'ASPC et Lindsay, C. *Un portrait des aînés au Canada*, 3^e édition, Statistique Canada, 1999. N° de cat. 85-519-XPF.
- **Vaccin contre la grippe** : Johansen, H., Sambell, C. et W. Zhao. Vaccination contre la grippe – tendances nationales et provinciales ou territoriales. *Rapports sur la santé*, vol. 17, n° 2, mai 2006. pp. 43-48.
- **Besoins de soins de santé non satisfaits** : ESCC, données analysées par l'ASPC.
- **Accès à des soins spécialisés** : Enquête sur l'accès aux services de santé (EASS), données analysées par l'ASPC.
- **Délais d'attente** : EASS, données analysées par l'ASPC.
- **Couverture d'assurances** : ENSP et ESCC, données analysées par l'ASPC.
- **Dépenses pour soins de santé** : *Les habitudes de dépenses au Canada*, Statistique Canada. N° de cat. 62-202-XIF, avec ajustements de l'ASPC, utilisant l'IPC pour les dépenses.
http://www40.statcan.ca/l02/cst01/econ161a_f.htm
- **Dépenses pour médicaments sur ordonnance** : Luffman, J. Les dépenses personnelles en médicaments sur ordonnance. *L'emploi et le revenu en perspective*, vol. 17, n° 4, septembre 2005. N° de cat. 75-001-XIF. pp. 5-14.
Le revenu au Canada 2002, Statistique Canada, 2004. N° de cat. 75-202-XIF-2002000.
- **Usage des soins à domicile** : ESCC, données analysées par l'ASPC.
- **Besoins de soins à domicile non satisfaits** : ESCC, données analysées par l'ASPC.
- **Aînés vivant en établissement de santé** : Lindsay, C. *Un portrait des aînés au Canada*, 3^e édition, Statistique Canada, 1999. N° de cat. 85-519-XPF.
Profil des familles et des ménages canadiens : la diversification se poursuit. Statistique Canada, 2002. N° de cat. 96F0030XIF2001003.
<http://www12.statcan.ca/francais/census01/products/analytic/companion/fam/pdf/96F0030XIF2001003.pdf>
- **Qualité des soins reçus** : CANSIM, tableaux 105-0281, 105-0081, 105-0282 et 105-0082.

* Pour plus de détails sur les enquêtes utilisées, consulter www.statcan.ca/francais/concepts/index_f.htm

* CANSIM est la principale base de données de Statistique Canada présentant sur Internet des données sur la situation socioéconomique des Canadiens (www.statcan.ca).

Références - Question 2

Accès aux services de soins de santé au Canada, 2005. Janvier à juin 2005. Statistique Canada, 2006. N° de cat. 82-575-XIF2006001.

Association canadienne des soins de santé. *Stitching the Patchwork Quilt Together: Facility-Based Long-Term Care within Continuing Care – Realities and Recommendations*. 2004.

Cranswick, K. et D. Thomas. Les soins aux aînés et la complexité des réseaux sociaux. *Tendances sociales canadiennes*, n° 77, été 2005. N° de cat. 11-008. pp.11-17.

Hogan, D.B., Shea, C. et C. Frank. Education of Specialists in the care of older individuals, *The Canadian Journal of Geriatrics*, vol. 9, supp. 1, 2006. pp. S19-S26.

Institut canadien d'information sur la santé. *Développement d'indicateurs nationaux et de rapports pour les services à domicile, Phase II – Rapport final du projet*. Ottawa, 2004.

McCracken, M. et al. *Les aînés du Canada rural et des régions éloignées du Canada : document de travail*. Comité consultatif sur les questions rurales, pour le Partenariat rural canadien, 2005. http://www.rural.gc.ca/acri/seniors_f.phtml

Rotterman, M. Utilisation des services de santé par les personnes âgées. *Supplément aux Rapports sur la santé*, vol. 16, 2006. N° de cat. 82-003. pp. 35-50.

Sanmartin, C. et al. *Accès aux services de soins de santé au Canada, 2001*. Statistique Canada, 2002. N° de cat. 82-575-XIF.

<http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-575-XIF/82-575-XIF2002001.pdf>

Question 3 : Quelle est la situation financière des aînés?

Aperçu

La situation financière des aînés est un aspect important de leur qualité de vie. Le revenu joue un rôle déterminant dans l'état de santé physique et mentale des aînés, leur espérance de vie, leurs conditions de logement et bien d'autres aspects de leur bien-être. Le revenu et les actifs peuvent également influencer la participation des aînés à la vie sociale.

Plusieurs indicateurs décrivent la situation financière des aînés : le revenu, mais aussi les sources et la répartition de leur revenu. Finalement, il est également important de dégager les tendances relatives au faible revenu, aux revenus des aînés provenant de divers programmes gouvernementaux et aux perceptions qu'ont les aînés de leur situation financière.

À propos de l'information

- En ce qui concerne les statistiques sur le revenu, le présent chapitre traite du revenu *après impôts*, qui correspond vraiment au pouvoir d'achat. Les statistiques portant sur le revenu avant impôts sont moins précises – tout comme le sont les conclusions basées sur ces statistiques – puisqu'elles ne présentent pas le revenu réellement disponible. Le sommaire présenté dans ce chapitre indique clairement les rares cas où l'on a eu recours aux statistiques sur le revenu *avant impôts*. Le revenu est exprimé en dollars constants afin d'annuler les effets de l'inflation et de permettre des comparaisons valables entre différentes périodes.
- Le revenu médian et le revenu moyen sont présentés. Le revenu médian sépare la population en deux : la moitié a des revenus moins élevés et l'autre, des revenus plus élevés. Le revenu médian illustre mieux la distribution des revenus, car le revenu moyen peut être faussé par des valeurs extrêmes.
- Le Canada n'a pas de définition du faible revenu ou de la pauvreté. Le CCNTA utilise dans ce document les seuils de faible revenu (SFR) comme mesure de la vulnérabilité économique. Il y a 35 seuils différents établis à partir des dépenses pour se nourrir, se loger et se vêtir selon la région et la taille de la famille; ces seuils sont mis à jour annuellement. Les personnes qui dépensent 20 % de plus pour leurs besoins élémentaires que les seuils établis sont considérées comme vivant sous les SFR.

- Le *Bulletin 2006* présente trois nouveaux indicateurs relatifs aux prestataires du SRG; ils portent sur le pourcentage des aînés qui reçoivent le SRG, sur le nombre de personnes admissibles qui ne touchent pas le SRG (données jusqu'à récemment inaccessibles), et sur un estimé du nombre de prestataires qui ne renouvellent pas leur demande de prestations et sont ainsi coupées de ces revenus ¹⁵.

Bilan

NOTE : B

Depuis la publication du *Bulletin 2001*, la situation financière des aînés s'est globalement améliorée : hausse du revenu moyen, baisse du pourcentage des aînés à faible revenu et de ceux qui dépendent du SRG et de la Sécurité de la vieillesse (SV). Mais les tendances ne sont pas toutes favorables. Ainsi, l'écart de revenu entre les hommes et les femmes est resté constant depuis 2000. De plus, plusieurs différences régionales persistent et certaines sous-populations d'aînés continuent de vivre sous les SFR. Les femmes, les aînés les plus âgés (ceux de 75 ans et plus) et les immigrants (les derniers arrivés surtout), sont plus susceptibles de vivre avec un faible revenu que les autres aînés. En 2001, le CCNTA faisait de la sécurité économique des personnes seules, des femmes en particulier, une priorité d'action. Cinq ans plus tard, malgré une hausse de leur revenu, les femmes seules sont toujours plus susceptibles d'avoir un revenu inférieur au SFR. Ce rapport décrit également la situation économique des femmes séparées, divorcées ou veuves.

¹⁵ Chaque année, les prestataires du SRG doivent renouveler leur demande de prestations. Si leur demande n'est pas reçue dans les délais prévus, ou si leur revenu dépasse le seuil ouvrant droit au SRG, ils ne reçoivent que les prestations de la SV à compter de juillet.

Sommaire – Question 3

| Sujet | Indicateurs | Période de référence | Tendance | Note |
|---|--|--------------------------|--------------------|------|
| Revenu | Revenu moyen et revenu médian, selon le type de famille | 2000 à 2004 | Amélioration | B |
| | Revenu médian des aînés comparativement aux autres Canadiens | | Tendances opposées | B |
| | Écart de revenu moyen entre les hommes et les femmes * <i>avant impôts</i> | | Situation stable | B |
| Sources de revenu | Pourcentage des revenus provenant de régimes de pension public et privé, de la SV et d'autres sources * <i>avant impôts</i> | 1999 à 2003 | Amélioration | B |
| Répartition des revenus | Répartition des revenus des aînés * <i>avant impôts</i> | 1999 à 2003 | Amélioration | B |
| Faible revenu | Pourcentage des aînés à faible revenu | 2000 à 2004 | Amélioration | B |
| | Persistance du faible revenu | 1996-2001 et 1999-2004 | Amélioration | A |
| Supplément de revenu garanti (SRG) | Pourcentage des aînés recevant le SRG | 1999 à 2004 | Amélioration | B |
| | Nombre d'aînés admissibles ne recevant pas le SRG | 1999-2001 et 2003 | Amélioration | B |
| | Nombre d'aînés demandant le SRG en retard | 2000 à 2005 | Détérioration | C |
| Actif et dettes | Actif financier et actif non financier | Pas de nouvelles données | Inconnue | — |
| | Endettement | | | |
| Bien-être économique | Perception de la situation financière après la retraite | 2002 | Inconnue | — |

Note : Sauf mention contraire, il s'agit ici du revenu *après impôts*, en dollars constants.

Points forts

- De 2000 à 2004, le **revenu moyen** et le **revenu médian** des aînés vivant seuls et des ménages d'aînés ont augmenté. Le revenu médian des ménages d'aînés et des femmes seules a augmenté de 7 points de pourcentage, et celui des hommes seuls, de 10 points de pourcentage. En 2004, le revenu médian des ménages d'aînés était de 38 500 \$, celui des hommes seuls, de 21 300 \$, et celui des femmes seules, de 19 000 \$ (tableau 3.1).

Tableau 3.1 Revenu moyen et revenu médian des aînés, par type de famille, 2000 et 2004 (en dollars constants de 2004)

| | Revenu moyen | | | Revenu médian | | |
|--------|-----------------|--------------|---------------|-----------------|--------------|---------------|
| | Ménages d'aînés | Hommes seuls | Femmes seules | Ménages d'aînés | Hommes seuls | Femmes seules |
| 2000 | 42 600 \$ | 23 600 \$ | 21 100 \$ | 36 000 \$ | 19 300 \$ | 17 800 \$ |
| 2004 | 45 400 \$ | 25 600 \$ | 23 200 \$ | 38 500 \$ | 21 300 \$ | 19 000 \$ |
| Hausse | +2 800 \$ | +2 000 \$ | +2 100 \$ | +2 500 \$ | +2 000 \$ | +1 200 \$ |

Note : Le revenu médian divise la population en deux : une moitié a un revenu plus bas et l'autre un revenu plus élevé.

Source : *Le revenu au Canada, 2004*.

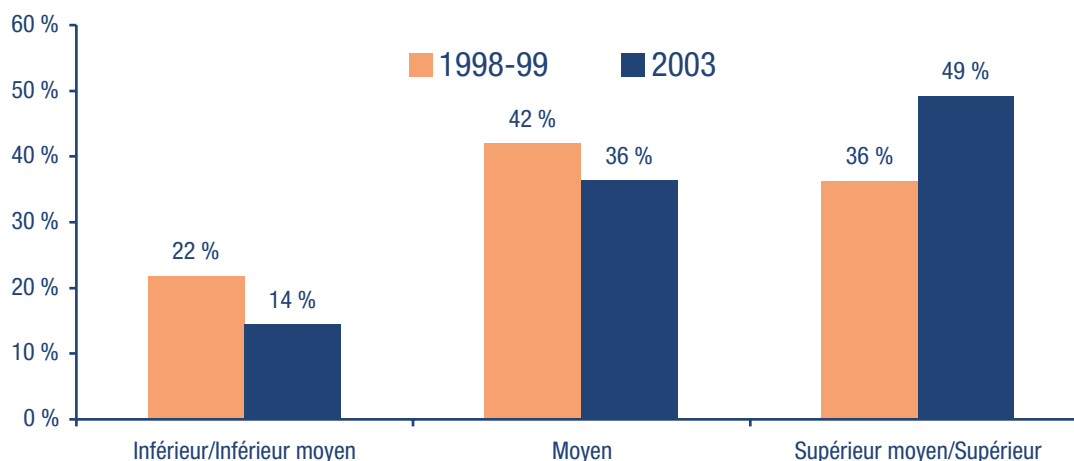
Comment les aînés perçoivent-ils leur situation financière?

La majorité des aînés estiment que leur situation financière n'a pas changé depuis qu'ils ont quitté le marché de l'emploi (55 %). Parmi les autres, ceux qui pensent que la situation s'est aggravée depuis leur retraite sont un peu plus nombreux que ceux qui estiment qu'elle s'est améliorée (25 % vs 20 %). Une étude indique que les jeunes retraités qui perçoivent que leur situation financière s'est améliorée et ceux qui reçoivent des revenus de pension étaient aussi plus susceptibles de trouver que leur vie était davantage satisfaisante.

Sources : *Enquête sociale générale 2002* (données analysées par l'ASPC).
Tendances sociales canadiennes, automne 2005.

- Quant aux **sources de revenu**, les tendances dont fait état le *Bulletin 2001* se sont confirmées entre 1999 et 2003. Il faut souligner l'importance accrue des régimes de retraite privés (de 29 à 34 %) et la diminution de la part des revenus des aînés provenant du SRG et de la SV (de 27 à 25 %). Les revenus tirés des régimes de retraite privés sont le signe d'un niveau plus élevé de revenus de retraite. Inversement, la plupart des personnes à faible revenu dépendent exclusivement des programmes de sécurité du revenu de l'État, soit la SV/SRG et le RPC/RRQ (Régime de pensions du Canada/Régime de rentes du Québec).
- La majorité (60 %) des personnes qui touchent des prestations en vertu d'un **régime de retraite privé** rapportent que leurs prestations sont indexées sur l'indice du coût de la vie et 9 % disent qu'elles sont partiellement indexées.
- L'examen de la **répartition des revenus** des aînés révèle une baisse, en 2003, du pourcentage d'aînés dans la catégorie des plus pauvres par rapport à 1998-99 (14 % vs 22 %; graphique 3.1). Cette répartition vaut également pour les femmes âgées et pour toutes les personnes âgées de plus de 75 ans. Il s'agit d'une bonne nouvelle puisque ces données indiquent que le revenu des populations les plus vulnérables a augmenté.

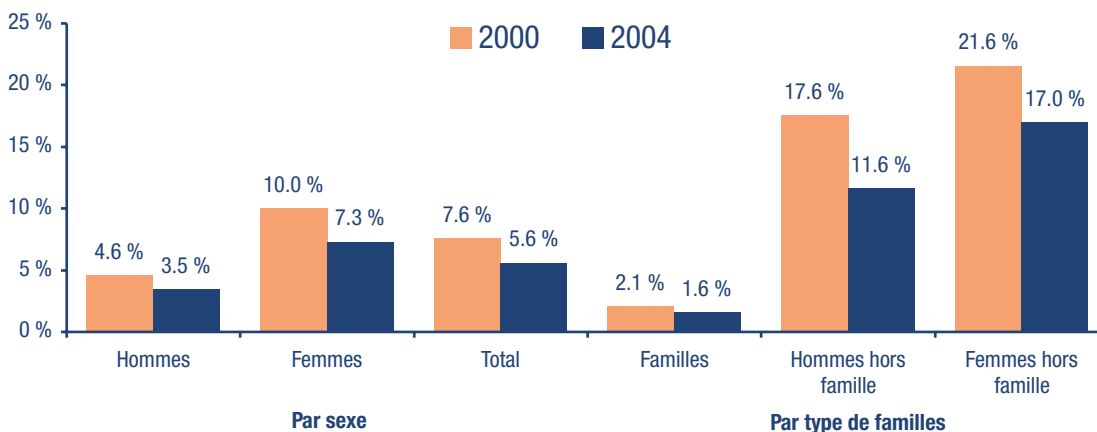
Graphique 3.1 Le pourcentage d'aînés dans la catégorie de revenu le plus faible a diminué et celui des aînés dans la catégorie de revenu le plus élevé a augmenté, 1998-99 et 2003



Note : Les catégories de revenu sont basées sur le revenu et la taille des ménages.
 Source : Données de l'ENSP 1998-99 et de l'ESCC 2.1(2003) analysées par l'ASPC.

- Comparativement aux autres Canadiens, les aînés sont moins susceptibles d'avoir un revenu inférieur aux **seuils de faible revenu après impôts**. En 2004, 5,6 % des aînés avaient un revenu inférieur aux SFR (3,5 % des hommes et 7,3 % des femmes), soit une proportion inférieure au pourcentage correspondant chez l'ensemble des Canadiens : 11,2 %. Bien que le pourcentage soit plus élevé chez les femmes que chez les hommes, il a diminué de 2,7 points de pourcentage de 2000 à 2004. Le pourcentage de personnes à faible revenu a aussi baissé chez les personnes vivant seules, soit d'environ 5 points de pourcentage (graphique 3.2).

Graphique 3.2 Les personnes âgées vivant seules sont plus susceptibles de vivre sous les seuils de pauvreté



Source : Le revenu au Canada, 2004.

- Entre 1999 et 2004, le pourcentage des **aînés recevant le SRG** a diminué légèrement, passant de 37 % à 35 %. La baisse la plus importante a été observée chez les personnes de 80 ans et plus.
- Les efforts du ministère des Ressources humaines et du développement social (RHDS) ont permis de faire baisser le nombre de personnes **admissibles au SRG mais ne le recevant pas** de 34 %, soit de 206 800 à 137 000, entre 1999-2001 et 2003.
- Le budget fédéral de 2005 a fourni du financement pour augmenter les paiements mensuels du SRG de 7 % en deux ans. Depuis janvier 2006, ce supplément de revenu a été augmenté de 18 \$ par mois pour les personnes seules et de 29 \$ par mois pour les couples. Une augmentation équivalente sera accordée en janvier 2007.
- La **persistance du faible revenu** (c.-à-d. sa durée) a également diminué chez les personnes âgées. De 1999 à 2004, seulement 1,8 % des aînés avaient touché un revenu inférieur aux SFR pendant six années de suite. Ce taux est de loin inférieur à ce qu'il avait été de 1993 à 1998 (3,3 %); il est aussi inférieur à celui des autres Canadiens de 25 ans et plus, particulièrement ceux de 55 à 64 ans.

Points faibles

- Les données relatives au **revenu moyen** et au **revenu médian** au niveau national masquent les différences régionales. Ainsi, les aînés du Québec, des provinces de l'Atlantique, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut ont des revenus moindres. De plus, tous les aînés ne font pas tous face au même **coût de la vie** : le coût de la vie est souvent plus cher dans les régions éloignées et dans les grandes villes.
- Les **aînés ayant récemment immigré** sont plus à risque d'avoir de faibles revenus. Comme ils ne remplissent pas la condition de résidence de 10 ans qui les rendrait admissibles à la SV et au SRG, ils doivent se débrouiller sans ces prestations gouvernementales.
- Bien que les aînés soient moins susceptibles que les autres groupes d'âge de vivre sous les SFR, pour ce qui est du revenu, la période de « rattrapage » est désormais terminée et **l'écart de revenu entre les aînés et les moins âgés** s'amplifie dans la plupart des cas¹⁶. L'écart entre le revenu médian des ménages formés d'aînés et celui des autres familles s'est creusé de 18 300 à 19 100 \$ de 2000 à 2004 (en dollars constants). En 2000, les femmes âgées seules avaient un revenu médian légèrement plus élevé (de 200 \$) que celui des autres femmes seules. Cinq ans plus tard, le revenu des femmes âgées seules était inférieur de 1 100 \$ à celui des autres femmes seules. Avant de tirer des conclusions au sujet de cet écart, il faut noter que les aînés ont souvent un actif plus important que leurs cadets et que leurs dépenses sont généralement moins élevées (hypothèque payée, plus faibles taux d'imposition que ceux des travailleurs, etc.) Malgré des dépenses personnelles de santé plus élevées que leurs cadets, les aînés peuvent avoir un revenu plus faible, et se maintenir à un niveau de vie équivalent.
- **L'écart de revenu entre les hommes et les femmes** ne se resserre en rien. En 2004, le revenu moyen *avant impôts* des femmes de plus de 65 ans équivalait à 67 % de celui des hommes : l'écart était de 10 800 \$ (21 400 \$ vs 32 500 \$), soit pratiquement le même qu'en 2000.

¹⁶ La seule exception porte sur le revenu des hommes seuls. De 2000 à 2004, l'écart entre le revenu médian des hommes seuls de 65 ans et plus et celui des hommes seuls de moins de 65 ans a diminué (de 4 500 \$ à 2 900 \$).

Les femmes âgées : un revenu plus faible

Les femmes âgées ont habituellement un revenu plus faible que celui des hommes : elles étaient moins présentes sur le marché du travail et, si elles occupaient un emploi, leur salaire était moins élevé. En 2004, environ 20 % des femmes âgées n'avaient jamais travaillé à l'extérieur du foyer. Et comme les femmes vivent plus longtemps que les hommes, elles risquent davantage d'épuiser leurs réserves.

Selon une étude récente couvrant une période de 10 ans, les femmes âgées sont plus affectées financièrement par le décès de leur conjoint que ne le sont les hommes âgés qui deviennent veufs. Dans les cinq premières années du veuvage, les veuves ont vu leur revenu diminuer tandis que le revenu des veufs a augmenté.

Sources : Femmes au Canada 200. Le Quotidien, 10 juillet 2006.

- Moins de 50% des aînés profitent de **régimes de retraite privés**. Ce sont surtout les hommes et les non-immigrants qui touchent un revenu de ces régimes de retraite. En 2003, les hommes en tiraient 41 % de leurs revenus et les femmes, 26 % seulement. Bon nombre de femmes divorcées ne réclament pas une part de la pension de leur ex-conjoint, bien qu'elles y aient généralement droit. Seulement 12% des immigrants de 60 ans et plus rapportaient des revenus de régimes de retraite privés en 2003, et ces revenus de retraite ne représentaient que 13% de leur revenu total.
- Les femmes sont beaucoup plus nombreuses à dépendre de la SV et du SRG comme **sources de revenu**. En 2003, ces prestations représentaient 32 % de leur revenu, mais seulement 18 % de celui des hommes. Les deux tiers des revenus des aînés les plus pauvres proviennent de la SV.
- Statistique Canada estime qu'en 2004, 219 000 aînés, dont plus de 60 % étaient des femmes seules, avaient un revenu inférieur aux **SFR**. Parmi les femmes seules, la prévalence du faible revenu est particulièrement élevée chez les femmes séparées et divorcées, suivies des veuves. Les aînées célibataires s'en sortent généralement mieux que ces dernières, bien qu'elles aient des revenus inférieurs à ceux des femmes mariées¹⁷.
- Le recours au **SRG** reste encore élevé dans certaines provinces et territoires comme Terre-Neuve-et-Labrador, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut, où près de 60 % des aînés en bénéficiaient en 2000. D'autre part, près de la moitié des femmes de plus de 80 ans bénéficient du SRG (données de 2004). En 2003, 63 % des immigrants répondant au critère de résidence évoqué précédemment recevaient le SRG.
- Malheureusement, le **SRG** ne permet pas toujours aux aînés, notamment aux personnes seules, de vivre au-dessus des SFR. En 2004, une personne seule qui ne touchait que la SV et le SRG recevait tout au plus 12 239 \$, soit une somme inférieure au SFR des zones urbaines¹⁸.
- Les 137 000 **aînés admissibles au SRG qui n'ont pas touché leurs prestations** en 2003 représentaient 3 % de la population des aînés canadiens. En 2003, la valeur de ces prestations non touchées s'établissait à 204 millions \$. Comme le SRG sert de critère d'admissibilité à de nombreux autres programmes, les non-participants sont également privés des avantages qu'accordent les provinces et territoires aux aînés à faible revenu.

¹⁷ CCNTA. *Vieillir pauvre au Canada*.

¹⁸ Source : Ressources humaines et développement social Canada. Division des prévisions, de l'information et de l'analyse.

Le manque de coordination des programmes basés sur le revenu

Les aînés à faible revenu ont accès à de nombreux programmes d'aide basés sur le revenu émanant de divers niveaux de gouvernement. Plusieurs de ces programmes utilisent le SRG comme critère d'admissibilité. Étant donné que le SRG comporte des mesures de récupération du revenu, une augmentation de revenu, même modeste, pourrait avoir des effets importants sur le SRG et sur les autres programmes d'aide et augmenter les dépenses et les impôts à payer. Par exemple, une personne recevant le SRG qui encaisse un RÉER de 1000 \$ peut voir ses prestations de SRG diminuer de 500 \$. Si cette personne paie de l'impôt, comme la moitié des prestataires du SRG, elle pourrait aussi payer 250 \$ en impôt. Finalement, les autres avantages accordés par la province ou le territoire, comme des suppléments de revenu ou le logement subventionné peuvent aussi être réduits voire même éliminés.

Dans le pire des cas, les effets cumulatifs du revenu additionnel peuvent même réduire le revenu réel touché par l'aîné. Les aînés à faible revenu sont « coincés » par ces mesures dissuasives, qui les privent de gagner un revenu supplémentaire afin d'améliorer leurs conditions de vie.

Source : CCNTA. Vieillir pauvre au Canada.

- En juillet, les gens qui n'ont pas renouvelé leur demande de SRG dans les délais sont exclus du programme. En 2005, il y avait environ 115 000 **retardataires au SRG** comparativement à 65 000 en 2000. Bien que cette diminution du nombre des prestataires en juillet puisse être attribuée en partie aux décès, à une augmentation du revenu ou à un changement d'état matrimonial, le CCNTA est d'avis qu'elle est surtout le résultat du non-renouvellement de la demande de prestation dans la forme et les délais prévus.

Priorités d'action

Les mesures à prendre pour améliorer la situation économique des aînés incluent :

- augmenter les prestations du SRG afin que le montant de la SV et du SRG combinés soit égal ou plus élevé que les SFR;
- corriger les lacunes du SRG (p.ex., s'assurer que toutes les personnes admissibles au SRG en bénéficient, diminuer le nombre des retardataires et les pénaliser le moins possible);
- améliorer la coordination des programmes basés sur le revenu; et
- prendre des mesures pour que soit automatique et obligatoire le partage des droits de pension du RPC/RRQ, des fonds privés et des épargnes privées de retraite entre les conjoints lors d'un divorce ou d'une séparation légale.

Sources des données - Question 3*

- **Revenu moyen et revenu médian des aînés** : CANSIM*, tableau 111-035. *Le revenu au Canada 2004*, Statistique Canada, 2006. N° de cat. 75-202-XIF
<http://www.statcan.ca/francais/freepub/75-202-XIF/75-202-XIF2004000.pdf>
- **Revenu médian des aînés comparé aux autres Canadiens** : *Le revenu au Canada 2004*, Statistique Canada, 2006. N° de cat. 75-202-XIF.
<http://www.statcan.ca/francais/freepub/75-202-XIF/75-202-XIF2004000.pdf>
Enquête sur la sécurité financière. Enquête sur les dépenses des ménages.
- **Écart de revenu moyen entre hommes et femmes** : CANSIM, tableau 202-0407.
- **Sources de revenu** : *Programmes de revenu de retraite au Canada (1990-2000)*. Statistique Canada, 2003. N° de cat. 74-507-XIF.
Femmes au Canada: Rapport statistique fondé sur le sexe, 5^e édition., Statistique Canada, 2006. N° de cat. 89-503-XPf.
- **Bénéficiaires des régimes privés** : Enquête sociale générale (ESG), données de 2002 analysées par l'ASPC.
- **Répartition des revenus des aînés** : ENSP et ESCC, données analysées par l'ASPC.
- **Aînés vivant sous les SFR** : *Le revenu au Canada 2004*, Statistique Canada, 2006. N° de cat. 75-202-XIF
<http://www.statcan.ca/francais/freepub/75-202-XIF/75-202-XIF2004000.pdf>
- **Persistance du faible revenu** : CANSIM, tableau 202-0807. *Le revenu au Canada 2004*, Statistique Canada, 2006. N° de cat. 75-202-XIF.
<http://www.statcan.ca/francais/freepub/75-202-XIF/75-202-XIF2004000.pdf>
- **Pourcentage d'aînés recevant le SRG** : *Programmes de revenu de retraite au Canada (1990-2000)*. Statistique Canada, 2003. N° de cat. 74-507-XIF.
- **Aînés admissibles, mais ne recevant pas le SRG** : Poon, P. Le SRG : Qui n'en profite pas? *L'emploi et le revenu en perspective*, octobre 2005. N° de cat. 75-001-XIF. pp. 5-16. Ressources humaines et développement social Canada. Division des prévisions, de l'information et de l'analyse. Pourcentage d'aînés demandant le SRG, 1993-2003. Compilation spéciale de Statistique Canada à partir de la Banque de données administratives longitudinales.
- **Aînés demandant le SRG en retard** : Développement social Canada. *Régime de pensions du Canada et Sécurité de la vieillesse – Bulletins statistiques mensuels*, 2002 à 2005. Données de 2000 et 2001 fournies par Développement social Canada.
- **Perception de la situation financière après la retraite** : ESG 2002, analyse de l'ASPC. Schellenberg G. et C. Silver. On ne peut pas toujours avoir ce qu'on veut : préférences et expériences de retraite, *Tendances sociales canadiennes*, n° 75, hiver 2004. N° de cat. 11-008.

* Pour plus de détails sur les enquêtes utilisées, consulter www.statcan.ca/francais/concepts/index_f.htm

* CANSIM est la principale base de données de Statistique Canada présentant sur Internet des données sur la situation socioéconomique des Canadiens (www.statcan.ca).

Références - Question 3

CCNTA. *Viellir pauvre au Canada*, 2005.

http://www.naca-ccnta.ca/margins/poverty/pdf/margins-poverty_f.pdf

Comité permanent du développement des ressources humaines et de la condition des personnes handicapées. *Le Supplément de revenu garanti à la portée de tous : un devoir*, décembre 2001.

Dempsey, C. *Elderly Immigrants in Canada: Income Sources and Self-Sufficiency*, Préparé pour la Conférence économique 2005, 10 mai 2005, Citoyenneté et immigration Canada.

Développement social Canada. *Hausse des prestations de la Sécurité de la vieillesse à compter du 1^{er} octobre 2005*. Communiqué, le 29 septembre 2005.

<http://www.dsc.gc.ca/fr/sm/comm/ds/nouvelles/2005/050929.shtml>

McDonald, L. et A.L. Robb. *The Economic Legacy of Divorced and Separated Women in Old Age*, Document de recherche n° 104, juillet 2003.

<http://socserv.socsci.mcmaster.ca/sedap/p/sedap104.pdf>

Shillington, R. *New Poverty Traps : Means-testing and Modest-income Seniors*, Document d'information n° 65, C. D. Howe Institute, avril 2003.

http://www.cdhowe.org/pdf/backgrounder_65.pdf

Shillington, R. *The Dark Side of Targeting : Retirement savings for low income Canadians*, Commentaire n° 130, C. D. Howe Institute, septembre 1999.

<http://www.cdhowe.org/pdf/shillington.pdf>

Tendances sociales canadiennes, n° 78, automne 2005. N° de cat. 11-008.

Townson, M. *Réduire la pauvreté parmi les femmes âgées : le potentiel des politiques en matière de revenu de retraite*, Condition féminine Canada, août 2000.

http://www.cfc-swc.gc.ca/pubs/pubspr/0662659271/200008_0662659271_1_f.html

Question 4 : Dans quelles conditions vivent les aînés?

Aperçu

Les conditions de vie ont des répercussions directes sur la santé mentale, la santé physique et la qualité de vie des aînés. Les aînés qui ont accès à un moyen de transport et qui vivent dans un environnement sécuritaire et favorable à leur autonomie et à leur intégration sociale ont plus de chances d'être heureux et en santé. L'accès à un logement de qualité convenable et abordable joue un rôle central et déterminant quant à la sécurité financière et physique des aînés, et à leur indépendance. Conduire un véhicule et (ou) avoir accès au transport en commun sont des aspects critiques puisque les aînés ont ainsi accès aux services, de même qu'à des activités récréatives et sociales.

Pour évaluer les conditions de vie des aînés, ce chapitre examine les questions relatives à la situation domestique, au logement, au transport et à la sécurité personnelle. Il aborde aussi la question des sans-abris.

À propos de l'information

- Le présent bulletin montre une augmentation du pourcentage d'aînés vivant seuls, particulièrement après 85 ans. Il reste cependant difficile d'établir si cette tendance reflète une amélioration ou une détérioration de la situation. Cet indicateur a suscité de nombreuses discussions tant chez les experts que chez les réviseurs puisqu'il est impossible de déterminer exactement dans quelle mesure vivre seul est un choix personnel. Par conséquent, le présent bulletin ne donne pas de note à cet indicateur. Le rapport décrit cependant à la fois les interprétations positives et négatives de l'évolution de cet indicateur.
- Deux indicateurs décrivent les problèmes de logement : celui du *logement abordable* (qui dénombre les personnes qui dépensent plus de 30 % de leur revenu avant impôt pour se loger – que ce soit par choix ou par nécessité) et celui du *besoin impérieux de logement* (qui dénombre les ménages qui, par nécessité, dépensent plus de 30% de leur revenu avant impôt pour avoir un logement adéquat, convenable et abordable selon les normes établies – normes qui sont revues régulièrement afin de bien refléter les attentes des Canadiens en matière de logement).
- Aucune donnée nationale sur l'accès des aînés aux transports publics ni sur l'utilisation qu'ils en font n'existe présentement. Un seul indicateur s'ajoute, soit le pourcentage d'aînés titulaires d'un permis de conduire.
- Les données disponibles sur la vulnérabilité des aînés au crime ont de sérieuses limites à cause de la sous-déclaration. Les données de Statistique Canada sont basées sur une portion des bureaux de police et portent uniquement sur les aînés âgés de 65 à 89 ans. Pour les aînés victimes de fraudes, les statistiques sont limitées aux personnes ayant rapporté

ces événements à un centre national d'appel (PhoneBusters); ces données ne représentent qu'une portion des fraudes. Pour cette raison, le bulletin n'accorde pas de note à cet indicateur.

- Il n'existe pour l'instant aucune source de données nationales en ce qui concerne la violence dont seraient victimes les aînés qui vivent en établissement.

Bilan

NOTE : **B**

De plus en plus de gens vivent seuls au Canada et les aînés ne font pas exception. Dans certains cas, cette tendance est positive puisque les aînés ont un revenu plus élevé et sont plus autonomes qu'auparavant. Dans d'autres cas – pour ceux qui ont un besoin impérieux de logement, ou ont peu ou pas d'accès au transport, aux soins à domicile ou aux services communautaires –, la situation est plutôt défavorable. La situation *générale* du logement est positive : les aînés sont plus nombreux que leurs cadets à être propriétaires de leur logement et libres de toute hypothèque. Mais les problèmes de logement persistent pour certains aînés vivant seuls et ceux qui sont locataires, Autochtones ou immigrants récents. Le revenu moyen des aînés augmente, mais le nombre de ceux qui ont de la difficulté à trouver un logement abordable n'a pas vraiment baissé entre 1996 et 2001. Sur une note plus positive, la majorité des aînés se sentent en sécurité à la fois chez eux et à l'extérieur. Ce chapitre attire également l'attention sur la violence et la négligence envers les aînés vivant en établissement.

Malgré qu'il y ait eu une amélioration des conditions de vie des aînés depuis 2001, certains champs d'action prioritaires restent aussi importants qu'il y a cinq ans.

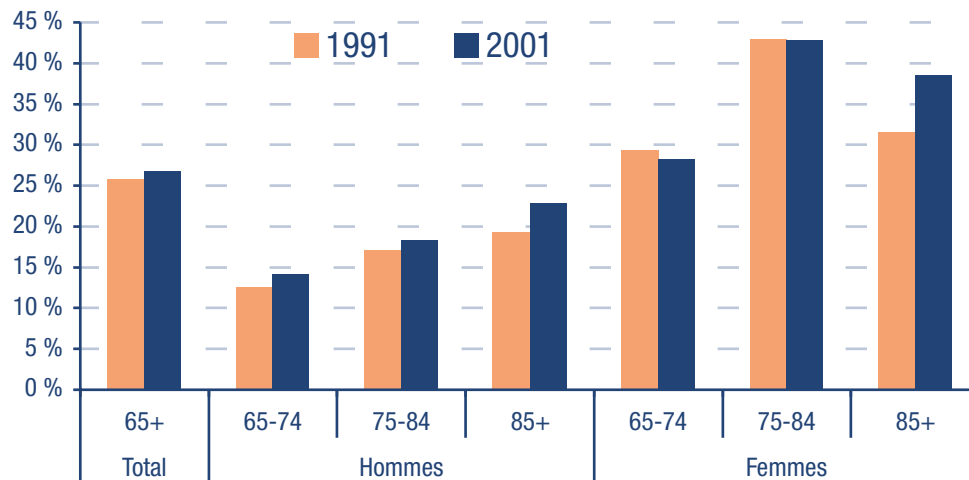
Sommaire – Question 4

| Sujet | Indicateurs | Période de référence | Tendance | Note |
|-----------------------------|---|----------------------|---|------|
| Situation domestique | Pourcentage d'aînés vivant seuls dans leur logement | 1991 et 2001 | Hausse, notamment chez les 85+ | — |
| Logement | Pourcentage d'aînés propriétaires | 1996-2001 2000-03 | Amélioration | B |
| | Pourcentage de propriétaires aînés sans hypothèque | 2000-03 | Amélioration pour les femmes plus âgées | B |
| | Frais de logement plus élevés que le seuil de « logement abordable » | 1999; 1996 et 2001 | Stable | C |
| | Ménages d'aînés ayant un « besoin impérieux de logement » | 1996 et 2001 | Amélioration | B |
| Transport | Pourcentage d'aînés titulaires d'un permis de conduire | 2000-03 | Amélioration chez les femmes | B |
| | Pourcentage d'aînés propriétaires d'un véhicule | 1999-2003 et 2000 | Amélioration | B |
| | Accès au transport en commun | Aucune donnée | — | — |
| Criminalité | Pourcentage d'aînés généralement satisfaits quant à leur sécurité personnelle et à leur sentiment de sécurité | 1999 et 2004 | Stable en général | B |
| | Pourcentage d'aînés victimes d'un crime avec violence | 1998, 2000 et 2003 | Stable en général | B |
| | Aînés qui ont déjà été victimes d'une fraude | 2005 | — | — |

Points forts

- Un certain nombre d'aînés sont en mesure de vivre seuls, grâce à leur bonne santé, leur accès à des soins à domicile, le soutien de la communauté ou encore leur indépendance financière. Au cours des années 1991-2001, le pourcentage des aînés **vivant seuls** a augmenté légèrement passant de 26 à 27 % (16 % des hommes et 35 % des femmes en 2001). Cette augmentation était plus forte encore chez les 85 ans et plus. En 2001, 23 % des hommes de 85 ans et plus et 39 % des femmes du même âge vivaient seuls (comparativement à 19 % des hommes et à 31 % des femmes en 1991) (graphique 4.1). Les femmes de 75 à 84 ans sont les plus susceptibles de vivre seules (43 % en 2001).

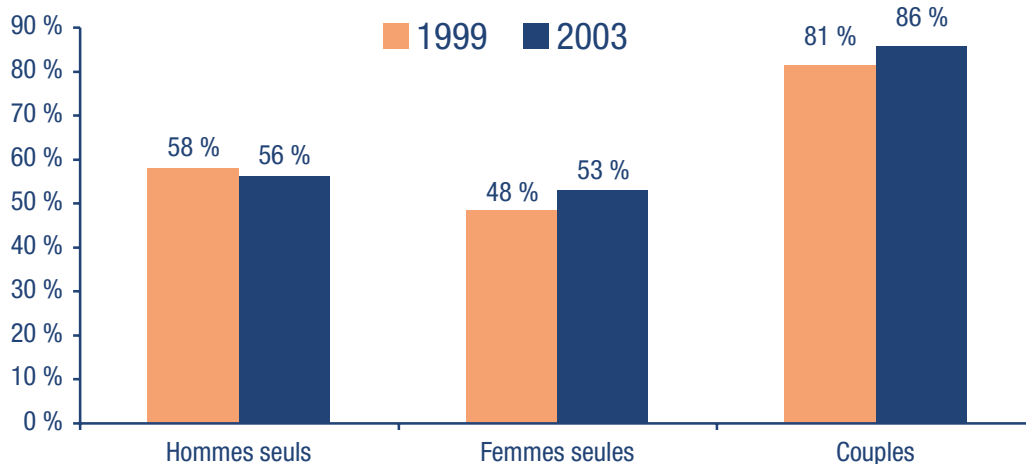
Graphique 4.1 Entre 1991 et 2001, la proportion des aînés vivant seuls a augmenté



Sources : Profil des familles et des ménages canadiens : la diversification se poursuit. Situations domestiques des personnes âgées de 65 ans et plus, selon le sexe et le groupe d'âge, Canada, 2001.

- Entre 1996 et 2001, le pourcentage de **propriétaires** a augmenté légèrement dans les ménages d'aînés, passant de 69 % à 71 %. En 2001, 66 % des ménages sans aînés étaient propriétaires. Entre 1999 et 2003, le taux de propriété a augmenté tant chez les couples âgés que chez les femmes vivant seules (graphique 4.2).

Graphique 4.2 Les couples âgés sont plus susceptibles d'être propriétaires



Source : Les habitudes de dépenses au Canada, éditions de 1999 et 2003.

- En 2001, 83 % des ménages d'aînés propriétaires étaient **sans hypothèque**, proportion beaucoup plus élevée que chez les ménages sans aînés (33 %). De 2000 à 2003, le taux de propriétaires dont la propriété était libre d'hypothèque a augmenté de 46 % à 50 % chez les femmes âgées vivant seules.
- En moyenne, chez les aînés, le coût du logement comme pourcentage du revenu était abordable (moins de 30 % du revenu avant impôt). En 1999, les coûts de logement représentaient 4 % du revenu des aînés propriétaires dont l'hypothèque était payée, 18 % du revenu des aînés propriétaires ayant une hypothèque et 29 % du revenu des locataires. Les coûts du logement représentent cependant un défi pour certains locataires (voir la section « Points faibles »).
- Le niveau de **besoins impérieux de logement**¹⁹ a légèrement diminué chez les ménages d'aînés entre 1996 et 2001 (de 18 % à 17 %). Deux tendances majeures expliquent ce résultat : les conditions de logement des locataires se sont améliorées et davantage d'aînés sont devenus propriétaires (les propriétaires ont moins de besoins impérieux de logement).
- L'accès au **transport** assure aux aînés une plus grande autonomie et l'accès aux services, et facilite leur vie sociale. En 2003, 67 % des aînés possédaient un permis de conduire (86 % des hommes et 52 % des femmes), une augmentation de 2 points de pourcentage par rapport à 2000. De 2000 à 2003, le pourcentage de femmes âgées ayant leur permis de conduire est passé de 49 à 52 %.
- Le pourcentage d'aînés **qui possèdent un véhicule** a beaucoup augmenté de 1999 à 2003, surtout chez les femmes âgées (de 41 à 50 %) et chez les couples (de 84 à 92 %). En 2003, 72 % des hommes âgés seuls avaient un véhicule.
- La plupart des aînés se sentent en sécurité dans leur environnement. Près de 95 % des aînés font état d'un degré élevé de satisfaction quant à leur **sécurité personnelle**. La plupart ne craignent ni de marcher seuls dans le voisinage la nuit venue, ni de se trouver seuls à la maison durant la soirée²⁰.
- Comme le rapportait le *Bulletin 2001*, les personnes de 65 ans et plus sont le groupe d'âge le moins susceptible d'être **victime de crimes avec violence**. Les données pour 2003 révèlent qu'à cet égard, le taux est de 184 par 100 000 chez les hommes âgés et de 119 par 100 000 chez les femmes âgées. Dans l'ensemble, la tendance relative aux crimes avec violence contre les aînés a diminué de 2000 à 2003, et ce, pour les deux sexes²¹.

Points faibles

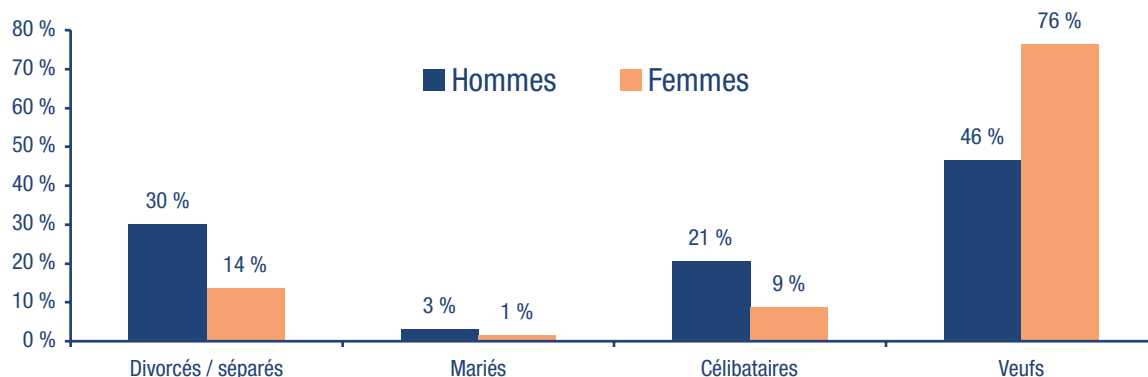
- En 2001, plus d'un million d'aînés **vivaient seuls** dont près des trois-quarts étaient des femmes. Le Recensement de 2001 indique que chez les aînés vivant seuls, 69 % étaient veufs et 18 % étaient divorcés ou séparés. L'état matrimonial des aînés vivant seuls est très différent pour les hommes et les femmes (graphique 4.3). Apprendre à vivre seul après le décès de son conjoint peut représenter un défi important, tant au niveau psychologique que financier (voir l'encadré « Les femmes âgées : un revenu plus faible » à la question 3).

¹⁹ Il y a besoin impérieux de logement lorsqu'un ménage doit dépenser plus de 30 % de son revenu pour se loger de façon adéquate, convenable et abordable selon les normes établies.

²⁰ Ces statistiques ne portent que sur les personnes qui se livrent à de telles activités.

²¹ Le résultat vaut tant pour les crimes de violence familiale que pour les crimes violents commis à l'extérieur de la famille. Pour d'autres renseignements sur ces tendances, voir la section « Points faibles ».

Graphique 4.3 Parmi les aînés vivant seuls, la plupart des femmes sont veuves, tandis que la plupart des hommes sont veufs, séparés ou divorcés



Source : Données du recensement de 2001 analysées par l'ASPC.

- Un pourcentage élevé d'**aînés vivant seuls** sont susceptibles d'avoir du mal à trouver un logement abordable, d'avoir des ennuis de santé et de souffrir d'isolement social. En 2001, parmi les aînés vivant seuls, 40 % étaient sous le SFR et 38 % rapportaient des problèmes d'accessibilité à des logements abordables. Les aînés vivant seuls sont aussi généralement moins heureux, comparativement aux aînés vivant avec un conjoint ou avec leurs enfants. Cette relation s'explique en partie parce que ces gens passent plus de temps seuls et parce qu'ils ont un revenu plus faible.
- **L'accès à la propriété** est plus faible (54 %) pour les aînés vivant seuls, particulièrement les femmes (voir graphique 4.2). De plus, seuls 31 % des couples âgés vivant sous les SFR étaient **propriétaires** en 1999.
- Non seulement les aînés vivant seuls sont-ils moins susceptibles d'être propriétaires, mais lorsqu'ils le sont, ils sont aussi moins souvent libres de toute **hypothèque**. En 2003, près de 50 % des propriétaires âgés vivant seuls avaient une hypothèque à rembourser, comparativement à 25 % des couples âgés. Pour les couples d'aînés propriétaires, le pourcentage de ceux possédant une propriété **libre d'hypothèque** a baissé (de 79 % à 76 %) entre 2000 à 2003.
- Malgré une augmentation du revenu de quelque 20 % en moyenne chez les aînés, de 1980 à 2000, le nombre de ceux qui ont de la difficulté à trouver un logement abordable n'a presque pas changé. Environ 22 % des aînés dépensaient plus de 30 % de leur revenu après impôts en logement en 2001. Ce type de problème est plus fréquent chez les femmes et les immigrants récents. Par ailleurs, le problème s'intensifie de pair avec la taille de l'agglomération de résidence et l'avance en âge (touchant ainsi 16 % des personnes de 65 à 74 ans, mais 27 % des personnes de 85 ans et plus).
- Chez les ménages d'aînés, avoir un **logement abordable** est plus difficile pour les locataires que pour les propriétaires. Les aînés locataires sont quatre fois plus susceptibles de vivre dans un logement trop cher pour leur revenu que les aînés propriétaires (44 % vs 10 % en 2001).

- Bien évidemment, dans le cas des aînés à faible revenu les coûts de logement représentent une part importante de leurs revenus, soit 44 % chez les locataires et 56 % chez les propriétaires (ceux qui avaient une hypothèque) en 1999. La situation des aînés à faible revenu s'est détériorée au cours des dix dernières années, les problèmes de logement abordable étant passé de 44 %, en 1991, à 52 % en 2001.
- Les ménages d'aînés sont *plus* susceptibles d'avoir des **besoins impérieux** de logement. En 2001, 17 % des ménages d'aînés étaient dans cette catégorie, comparativement à 13 % des autres ménages. Le pourcentage des locataires âgés qui avaient un besoin impérieux de logement en 2001 continue d'être relativement élevé par rapport à celui des propriétaires dans la même situation, soit 36 % comparativement à 9 %.
- En 2001, 15 % des **aînés handicapés** avaient des besoins impérieux de logement, comparativement à 11 % chez les aînés sans handicap. Les conditions de logement des aînés sont encore pires chez les Autochtones et les immigrants récents²².
- Les aînés vivant dans les **régions rurales et éloignées** font face à des défis particuliers en ce qui a trait au **logement**. Avec la pénurie de logements appropriés pour les aînés dans ces régions, bon nombre d'aînés ne peuvent vivre de façon autonome. De plus, leur maison devient souvent trop grande ou requiert trop d'entretien pour qu'ils puissent y vivre seuls à la retraite. Vivre dans plus petit reste difficile lorsque de plus petites maisons ne sont pas disponibles ou que les logements à louer sont limités et peu appropriés aux aînés (escaliers, pas d'ascenseur, etc.).
- Certains aînés n'ont pas de logement. Le manque de logements abordables est l'une des causes de **l'itinérance** mais plusieurs autres facteurs entrent en jeu. Le recensement de 2001 évalue à 10 % le nombre de personnes de 65 ans et plus parmi la clientèle des refuges pour sans abris. Des études récentes suggèrent que les aînés essayent habituellement d'éviter les refuges pour sans-abris à cause de leurs mauvaises conditions (bruit, surpeuplement, manque de salles de bain et risque d'être violentés par les itinérants plus jeunes). La formule actuelle des refuges, qui n'offrent généralement que de l'aide ponctuelle, n'aide pas les aînés (souvent devenus itinérants avant l'âge de 50 ans) à se loger autrement.
- Une étude sur les soins des aînés des régions rurales rapporte que **parmi ceux qui ne conduisent pas**, 21 % disent que ne pas conduire affecte leur capacité de faire des courses et 32 %, la possibilité d'avoir des relations sociales.
- L'Association canadienne du transport urbain estime que les aînés constituent une part importante (10 %) des utilisateurs de transport en commun et que ce pourcentage peut atteindre 30 % dans les plus petites collectivités. De 1996 à 2001, les gouvernements provinciaux ont diminué de plus de deux tiers leurs investissements annuels dans le **transport en commun**.
- Les femmes âgées craignent davantage que les hommes pour leur **sécurité**. En 2004, plus de 55 % des femmes âgées ne se sentaient pas en sécurité lorsqu'elles utilisaient le transport en commun²³ le soir et la nuit, ce qui constitue également un obstacle à leur mobilité. De plus, 20 % des femmes âgées disent ne pas se sentir en sécurité si elles sont seules à la maison le soir.

²² Jusqu'à 37 % des ménages aînés chez les Inuits et 35 % des ménages de ceux qui ont immigré entre 1996 et 2001 avaient des besoins impérieux de logement en 2001.

²³ Cette statistique exclut les aînées qui n'utilisent pas le transport en commun en soirée.

- Malgré une diminution du nombre de **crimes avec violence** perpétrés contre les aînés de 2000 à 2003, les crimes avec violence contre les hommes âgés étaient en hausse en 2003 par rapport à la fin des années 1990. De 1998 à 2000, la violence familiale et non familiale envers les hommes et les femmes âgés a augmenté. Les femmes âgées courent un plus grand risque d'être victimes de violence familiale et les hommes âgés sont plus susceptibles que les femmes d'être victimes de violence non familiale.
- La recherche demeure encore limitée en ce qui concerne la **violence institutionnelle**. Après 85 ans, les aînés sont plus susceptibles de vivre dans des établissements et de souffrir de la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démence. Les politiques organisationnelles, la formation insuffisante du personnel et le faible ratio employés/résidents peuvent compromettre la qualité des soins. La violence institutionnelle peut prendre diverses formes : relations inadéquates ou inexistantes entre le personnel et les résidents, soins infirmiers de qualité minimale, alimentation inadéquate, surpeuplement de l'établissement, manque d'intimité ou malpropreté. Les femmes âgées vivent plus longtemps et sont plus susceptibles d'emménager dans un établissement de soins de longue durée; elles sont donc plus à risque d'y être victimes de mauvais traitements.
- D'après les données du projet *PhoneBusters*, 1 413 aînés ont été victimes de **fraude** en 2005, pour une somme moyenne de 3 358,00 \$. Par ailleurs, 3 283 tentatives de fraude envers les aînés ont aussi été signalées.

Priorités d'action

Les mesures à prendre pour améliorer les conditions de vie des aînés sont les suivantes :

- augmenter la gamme de logements abordables;
- améliorer l'accès au transport; et
- rehausser les normes de soins pour les établissements de soins de longue durée.

Sources des données - Question 4*

- **Aînés vivant seuls** : *Profil des familles et des ménages canadiens : la diversification se poursuit*. Statistique Canada, 2002. N° de cat. 96F0030XIF2001003.
<http://www12.statcan.ca/francais/census01/products/analytic/companion/fam/pdf/96F0030XIF2001003.pdf>
Recensement de 2001, analyse par l'ASPC.
Clark, W. Le temps passé seul. *Tendances sociales canadiennes*, n° 66, automne 2002. N° de cat. 11-008. pp. 2-7.
Clark, W. Combien d'argent les personnes âgées consacrent-elles au logement? *Tendances sociales canadiennes*, n° 78, automne 2005. N° de cat. 11-008. pp. 2-7.
- **Aînés propriétaires** : *Les habitudes de dépenses au Canada*, éditions de 1999 à 2003, Statistique Canada. N° de cat. 62-202-XIF.
Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL). *Conditions de logement des aînés au Canada*. Série sur le logement selon des données du recensement de 2001, n° 9 rév., Le Point en recherche, Série socio-économique 05-006, avril 2005.
Chawla, R. K. et T. Wannell. Le coût de l'habitation des personnes âgées, *L'emploi et le revenu en perspective*, juillet 2004. N° de cat. 75-001-XIF. pp. 15-21.
- **Aînés sans hypothèque** : *Les habitudes de dépenses au Canada*, éditions de 1999 à 2003. *op. cit.*
SCHL. *Conditions de logement des aînés au Canada. op.cit.*
- **Problèmes de logement abordable** : SCHL. *Conditions de logement des aînés au Canada*.
Clark, W. Combien d'argent les personnes âgées consacrent-elles au logement? *Tendances sociales canadiennes*, n° 78, automne 2005. N° de cat. 11-008. pp. 2-7.
Chawla, R. K. et T. Wannell. Le coût de l'habitation des personnes âgées, *L'emploi et le revenu en perspective*, juillet 2004. N° de cat. 75-001-XIF. pp. 15-21
- **Besoin impérieux de logement** : SCHL. *Conditions de logement des aînés au Canada. op.cit.*
- **Sans-abris** : *Logements collectifs*, Statistique Canada, 2002. N° de cat. 96F0030XIF2001004.
<http://www12.statcan.ca/francais/census01/Products/Analytic/companion/coll/pdf/96F0030XIF2001004.pdf>
CCNTA. *Older Homeless Adults in Canada*, ébauche de mars 2006, (non publié).
- **Aînés ayant un permis de conduire** : *Statistiques sur les collisions de la route au Canada*, éditions de 2000 à 2003, Transports Canada, TP 3322 et CANSIM*, tableau 051-0001.
Dobbs, B. et al. *Caring Contexts of Rural Seniors*. Phase II - Technical Report. Soumis à Anciens Combattants Canada, décembre 2004.
<http://www.hecol.ualberta.ca/RAPP/documents/Phase%202%20technical%20report%20FINAL.pdf>
- **Aînés possédant une voiture** : *Les habitudes de dépenses au Canada*, éditions de 1999 à 2003. *op. cit.*

* Pour plus de détails sur les enquêtes utilisées, consulter www.statcan.ca/francais/concepts/index_f.htm

* CANSIM est la principale base de données de Statistique Canada présentant sur Internet des données sur la situation socioéconomique des Canadiens (www.statcan.ca).

- **Accès au transport en commun** : Information obtenue de l'Association canadienne du transport urbain.
- **Satisfaction - sécurité personnelle** : Gannon, M. *Enquête sociale générale sur la victimisation, cycle 18 : un aperçu des résultats*. Statistique Canada, 2005. N° de cat. 85-565-XIF.
<http://www.statcan.ca/francais/freepub/85-565-XIF/85-565-XIF2005001.pdf>
 Centre canadien de la statistique juridique. *Un profil de la victimisation criminelle : résultats de l'Enquête sociale générale de 1999*, Statistique Canada, 2001. N° de cat. 85-553-XIF.
<http://www.statcan.ca/francais/freepub/85-553-XIF/0019985-553-XIF.pdf>
- **Aînés victimes de crime avec violence** : Centre canadien de la statistique juridique. *La violence familiale au Canada : un profil statistique 2005*, Statistique Canada, 2005. N° de cat. 85-224-XIF.
<http://www.statcan.ca/francais/freepub/85-224-XIF/85-224-XIF2005000.pdf>
- **Aînés victimes de fraude** : Données de PhoneBusters.

Références - Question 4

Centre canadien de la statistique juridique. *La violence familiale au Canada : un profil statistique 2005*, Statistique Canada, 2005. N° de cat. 85-224-XIF.

<http://www.statcan.ca/francais/freepub/85-224-XIF/85-224-XIF2005000.pdf>

Dobbs, B. et al. *Caring Contexts of Rural Seniors*. Phase II – Technical Report. Soumis à Anciens Combattants Canada, décembre 2004.

<http://www.hecol.ualberta.ca/RAPP/documents/Phase%20%20technical%20report%20FINAL.pdf>

Gannon, M. *Enquête sociale générale sur la victimisation, cycle 18 : un aperçu des résultats*. Statistique Canada, 2005. N° de cat. 85-565-XIF.

<http://www.statcan.ca/francais/freepub/85-565-XIF/85-565-XIF2005001.pdf>

McCracken, M. et al. *Les aînés du Canada rural et des régions éloignées du Canada : document de travail*. Comité consultatif sur les questions rurales, pour le Partenariat rural canadien, 2005.

http://www.rural.gc.ca/acri/seniors_f.phtml

Question 5 : Les aînés participent-ils pleinement à la vie de la société?

Aperçu

Grâce à leur participation, les aînés apportent une contribution précieuse à la société et en retirent eux-mêmes des avantages. Le présent chapitre donne un aperçu de quelques-unes des principales façons dont les aînés participent à la vie de la société. Pour décrire leurs contributions les indicateurs mesurent leurs activités de bénévolat – encadrées ou informelles – de même que leurs dons en argent. L’engagement social est une mesure importante de la participation à la vie de la société canadienne et un important facteur d’influence sur la santé et sur la qualité de vie. Ce chapitre examine donc les réseaux sociaux des aînés, leur sentiment d’appartenance à la communauté et leur engagement sur le plan politique. Le taux d’emploi témoigne du pourcentage d’aînés qui font partie de la population active rémunérée; le taux de chômage indique combien d’aînés veulent travailler mais ne peuvent trouver de travail. Malheureusement, la législation liée à la retraite obligatoire continue d’empêcher certains aînés de continuer de faire partie de la population active. Pour compléter le tableau de la participation des aînés à la société, les questions relatives à leur formation continue et à l’utilisation qu’ils font de la technologie seront examinées : deux indicateurs mesurent les activités d’apprentissage conventionnel et l’utilisation d’Internet.

À propos de l’information

- Les données sur le bénévolat informel de 1997 et 2003 ne sont pas comparables, car elles sont tirées de deux enquêtes distinctes dans lesquelles les questions étaient formulées de manière différente.
- Bien que les résultats de *l’Enquête canadienne sur le don, le bénévolat et la participation* de 2004 aient été disponibles, certains changements au questionnaire ont fait obstacle à la comparaison avec les données du *Bulletin 2001*. Les indicateurs sur les dons et le bénévolat ont donc été évalués à partir de données comparables provenant des enquêtes antérieures.
- Il est difficile d’évaluer les données sur l’engagement politique des aînés, compte tenu des indicateurs utilisés : certains mesurent des activités politiques moins traditionnelles (p. ex., manifestations, pétitions) et peuvent parfois ne pas vraiment faire saisir l’engagement politique des aînés dans toute son ampleur.
- En ce qui concerne certains modes de participation des aînés, les données disponibles ne permettent pas de dégager des tendances (amélioration, évolution défavorable ou situation stable). La note attribuée est donc plus subjective.

- Les données sur le capital social, tirées de l'*Enquête sociale générale* de 2003 et de l'*Enquête sociale générale* de 2002 sur le soutien social et le vieillissement, représentent de nouvelles contributions importantes au *Bulletin 2006*.
- Trop peu de personnes de 65 ans et plus ont répondu à l'*Enquête sur l'éducation et sur la formation des adultes* de 2003 pour permettre une analyse et publier des données sur les aînés. Ce bulletin ne présente donc pas de nouvelles données sur les activités d'apprentissage conventionnel.
- Le taux d'emploi des aînés était plus élevé en 2005 (8 %) qu'en 1998 (6 %). Il est très difficile de savoir, d'après les données disponibles, s'il s'agit d'une tendance favorable, défavorable ou neutre parce qu'on n'a pu déterminer si c'est par nécessité que les aînés veulent continuer à travailler, ou si c'est pour une combinaison de facteurs (épanouissement personnel, valeur intrinsèque du travail, besoin de plus de revenu à la retraite).
- Il faut souligner que ce chapitre évalue la participation des aînés à la vie de la société en se basant sur des informations moins complètes à cause des limites des données.

Bilan

NOTE : **B**

Les aînés d'aujourd'hui vivent plus longtemps et en meilleure santé que ceux des générations précédentes. Peut-être est-ce la raison pour laquelle ils apportent une contribution et participent à la vie de la société canadienne de manière plus active et plus diversifiée. Bon nombre d'entre eux font du bénévolat, encadré ou informel. Comme le mentionnait le *Bulletin 2001*, ils continuent de verser beaucoup d'argent aux œuvres de bienfaisance. Ils sont très engagés socialement, comme le révèlent les données relatives à leurs réseaux sociaux et à leur engagement politique – à preuve, leur taux de participation élevé aux élections. Comparativement à 2001, plus d'aînés – tant les hommes que les femmes – travaillaient en 2005. Par rapport à 1994, beaucoup moins d'aînés signalaient en 2002 que la législation sur la retraite obligatoire les empêchait de travailler. Enfin, le nombre d'aînés utilisant Internet est élevé et en hausse, mais plus bas que dans d'autres groupes d'âge.

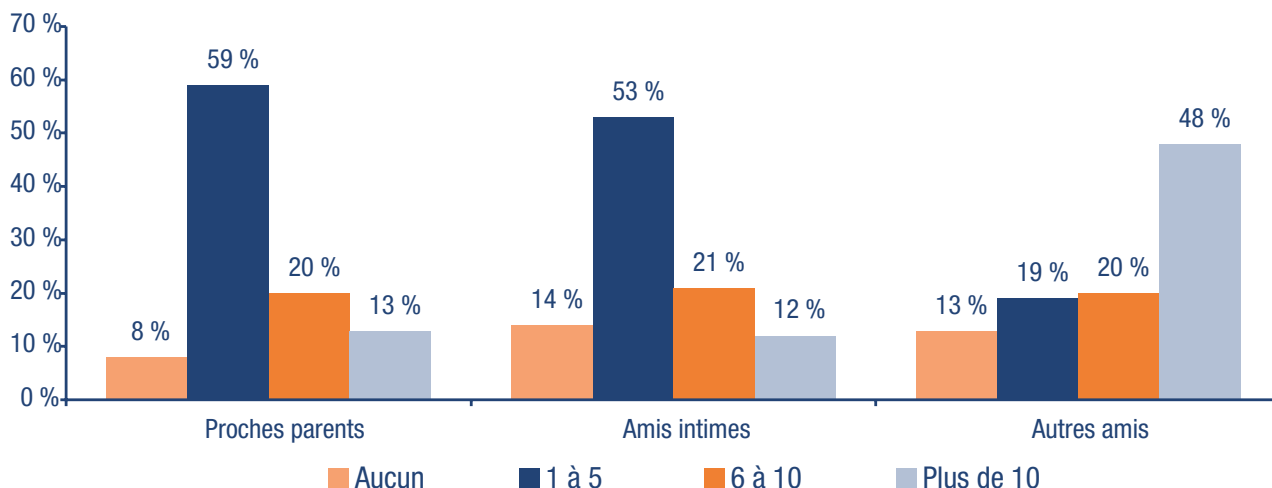
Sommaire – Question 5

| Sujet | Indicateurs | Période de référence | Tendance | Note |
|--|---|--------------------------|--------------------|------|
| Contribution | Aînés faisant du bénévolat informel | 2003 | Inconnue | B |
| | Aînés faisant du bénévolat encadré | 1997 et 2000 | Tendances inégales | B |
| | Aînés faisant des dons | 1997 et 2000 | Détérioration | C |
| Engagement social | Réseau social | 2003 | Inconnue | B |
| | Appartenance à la communauté | 2000-01 et 2005 | Amélioration | A |
| | Engagement politique | 2003 | Inconnue | B |
| Emploi | Aînés sur le marché du travail | 2001-05 | Inconnue | — |
| | Aînés à la recherche d'un emploi | 2001-05 | Détérioration | B |
| Discrimination fondée sur l'âge | Aînés touchés par une politique de retraite obligatoire | 1994 et 2002 | Amélioration | B |
| Formation | Apprentissage conventionnel | Pas de nouvelles données | Inconnue | — |
| Technologie | Utilisation d'Internet | 1997-2003 | Amélioration | B |

Points forts

- Bien que les aînés ne forment que 12 % de la population canadienne, leur travail bénévole représentait en 2000 près de 17 % de toutes les heures de **bénévolat encadré** au Canada. En 2000, chaque aîné a consacré 269 heures en moyenne au bénévolat, par rapport à 202 heures en 1997.
- La plupart des aînés ont un bon **réseau social**, mesuré au nombre de proches parents et d'amis intimes avec lesquels ils se sentent à l'aise et sur qui ils peuvent compter en cas de besoin, et au nombre de nouvelles amitiés qu'ils tissent (graphique 5.1). Leurs réseaux ne sont pas aussi vastes que ceux des segments plus jeunes de la population, mais le soutien social qu'ils reçoivent n'est pas aussi en baisse qu'on pourrait s'y attendre, compte tenu de leur âge (décès de membres de la famille, d'amis, etc.)

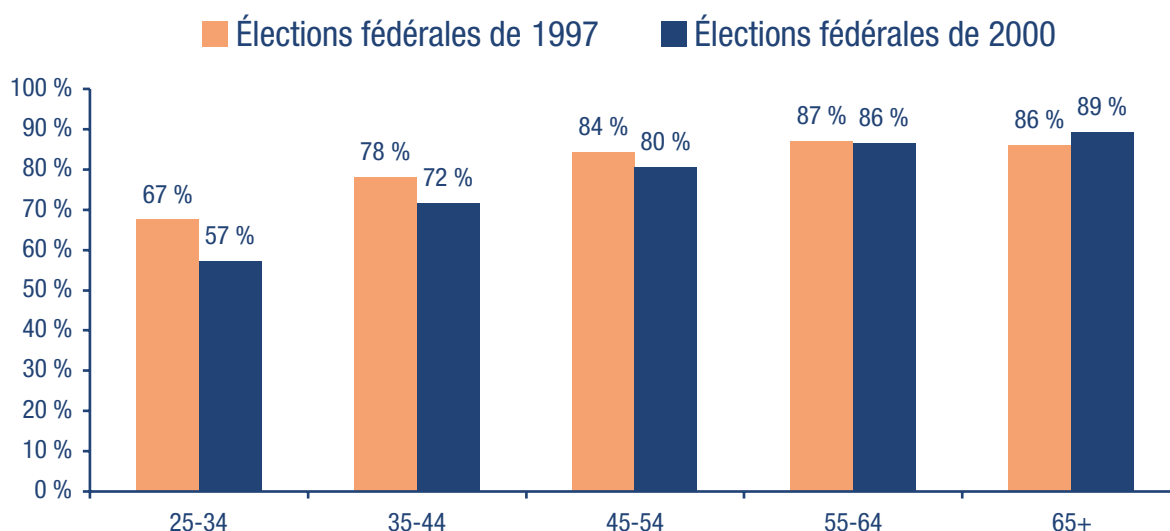
Graphique 5.1 Nombre de proches et d'amis dans le réseau social des aînés, 2003



Source : Enquête sociale générale de 2003 sur l'engagement social, cycle 17 : un aperçu des résultats.

- Les aînés sont **engagés sur le plan politique**. Un aîné sur cinq participait à une assemblée publique en 2002. En comparaison à leurs cadets, les aînés sont plus susceptibles de s'intéresser aux questions d'actualité et aux affaires courantes; le pourcentage d'aînés qui déclarent suivre quotidiennement l'actualité et les affaires courantes est passé de 85 % en 2000 à 89 % en 2003. Les aînés du Canada sont de loin plus susceptibles de voter que les plus jeunes et d'y accorder de l'importance. Près de 90 % des aînés ont voté aux élections fédérales de 2000 (graphique 5.2).

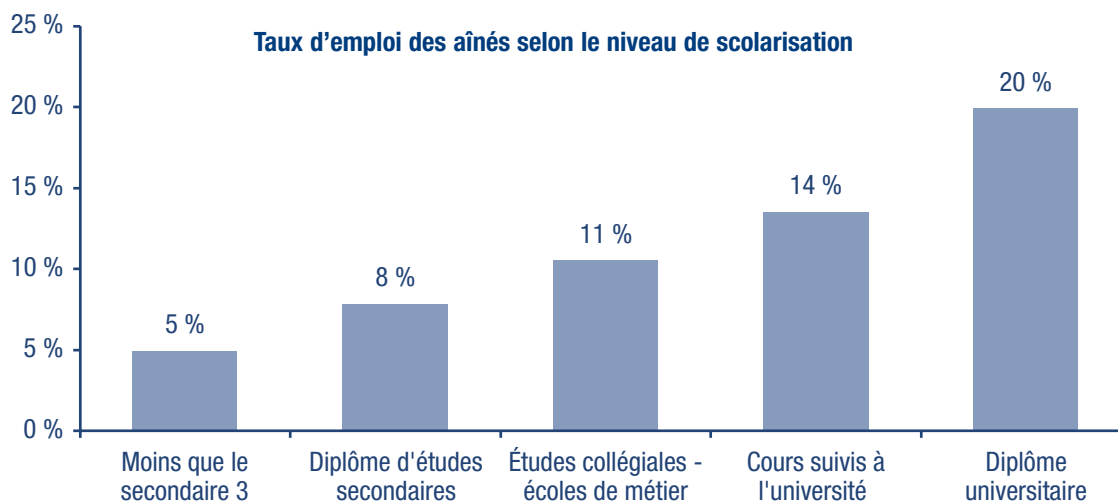
Graphique 5.2 Vote aux élections fédérales par groupe d'âge, 1997 et 2000



Source : Données de l'ESG de 2003 et de l'Enquête canadienne sur le don, le bénévolat et la participation de 1997 analysées par l'ASPC.

- Un pourcentage plus élevé d'aînés ressentent une forte **appartenance à la communauté** en 2005, en comparaison à 2001 (72 % vs 65 %). De plus, les aînés sont plus attachés à leur collectivité que les autres Canadiens.
- Le pourcentage d'aînés **au travail** s'est accru entre 2001 et 2005, passant de 6 % à 8 %. Il est impossible de déterminer si cet accroissement de la participation des aînés sur le marché de l'emploi constitue une tendance positive, neutre ou négative. Cependant, les tendances qui suivent sont positives. Le recensement indique non seulement que les aînés travaillent davantage au-delà de 65 ans, mais que ces travailleurs sont aussi plus âgés qu'auparavant²⁴. Les aînés qui travaillent sont généralement plus scolarisés (graphique 5.3).

Graphique 5.3 Les aînés les plus scolarisés sont plus susceptibles de travailler, 2001

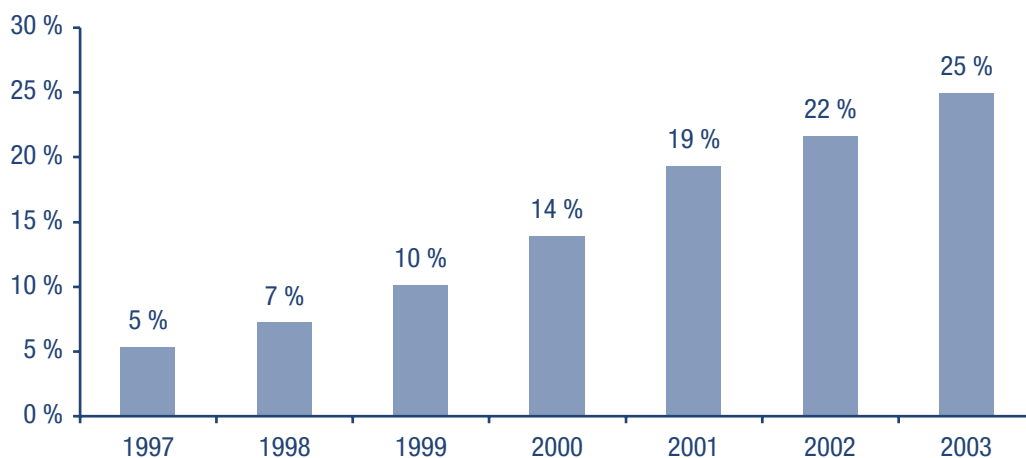


Source : Duschene, D. Plus de personnes âgées au travail.

- Le travail autonome est plus fréquent chez les travailleurs âgés que chez les jeunes travailleurs (45 % des aînés vs 12 % des travailleurs âgés de 15 à 64 ans en 2001). Les aînés sont présents dans de nombreuses **professions** et on a observé une diversification des emplois qu'ils occupaient entre 1996 et 2001. De plus, les aînés sont très présents dans certaines professions, par exemple, comme exploitant agricole et gestionnaire d'exploitation agricole, ministre du culte, juge, médecin, dentiste ou artiste.
- En 2002, par rapport à 1994, il y a moins d'aînés qui disent avoir été contraints de prendre leur retraite en raison des **politiques de retraite obligatoire** (14,5 % vs 16,2 %).
- En ce qui concerne la technologie, les aînés sont nombreux à utiliser l'ordinateur et l'**Internet** (graphique 5.4). Le courriel permet aux aînés de rester en relation avec leurs proches et amis. Parmi ceux qui utilisent le courriel ou Internet, 65 % s'en sont servi pour communiquer avec des proches au cours du mois précédant l'enquête et 60 % pour communiquer avec des amis.

²⁴ Néanmoins, les aînés de 65 à 69 ans représentaient près de 60 % des aînés au travail en 2001.

Graphique 5.4 Utilisation d'Internet (peu importe l'endroit) dans les familles dont le chef est un aîné, 1997-2003



Source : Enquête sur l'utilisation d'Internet par les ménages, CANSIM, tableau 358-0004.

Points faibles

- Le nombre moyen d'heures par aîné consacrées au **bénévolat** a augmenté de 1997 à 2000, mais le **taux** d'aînés engagés dans de telles activités a diminué durant cette même période, passant de 23 à 18 % seulement. Bien que le taux de participation dans les activités de bénévolat ait baissé dans tous les groupes d'âge, il s'agit d'une évolution négative.
- Pour ce qui est des **dons en argent** des aînés, le taux de donateurs et les donations annuelles moyennes ont baissé de 1997 à 2000. Le taux de donateurs n'a pas diminué fortement (de 80 à 77 %), mais la donation annuelle moyenne est passée de 328 à 308 \$. Deux autres segments de la population (les 45-54 ans et les 55-64 ans) ont donné plus que les aînés en 2000.
- Dans l'ensemble, les aînés ont de bons **réseaux de soutien social**, en comparaison aux autres segments de la population canadienne mais ils sont plus susceptibles de vivre dans l'isolement : 8 % des aînés disent ne pas avoir de parents proches, 14 % disent ne pas avoir d'amis intimes et 13 %, n'avoir aucun « autre » ami (graphique 5.1).
- Les aînés sont incontestablement **engagés sur le plan politique**, si l'on se fie à leur comportement électoral et à leur intérêt pour les questions d'actualité. Toutefois, ils se classent nettement sous d'autres groupes d'âge pour ce qui est de leur participation à d'autres activités à caractère politique : recherche de renseignements de nature politique; intervention auprès d'un journal ou d'un politicien; signature de pétitions; boycott de produits; manifestations. Comme nous le soulignons dans la section « À propos de l'information », il est difficile de savoir si le faible taux de participation des aînés dans certaines de ces activités de nature politique représente vraiment un point faible quant à leur engagement politique ou si les indicateurs retenus faussent l'analyse.
- Une analyse récente des données de l'Enquête sociale générale de 2002 sur les récents retraités, ceux qui ont pris leur retraite pour la première fois entre 1992 et 2002 et qui étaient alors âgés de 50 ans ou plus révèle qu'un tiers des retraités salariés²⁵ étaient en santé et

²⁵ Les autres catégories sont les travailleurs autonomes et les travailleurs non payés dans les entreprises familiales.

auraient été en mesure de continuer à travailler sous certaines conditions. Parmi ceux ayant pris leur retraite à 65 ans, 25 % l'ont fait sous contrainte. Ces derniers sont plus susceptibles d'avoir pris leur retraite pour des raisons de santé, à cause des politiques de retraite obligatoire ou à la suite d'une perte d'emploi. Ils sont également plus à risque d'avoir des conditions financières moins bonnes qu'avant la retraite et d'être insatisfaits de leur vie.

- Plus de 22 % de ces récents retraités sont retournés au **travail** après leur première retraite. Parmi eux, 38 % l'ont fait pour des raisons financières. D'autres ont indiqué être retournés au travail parce qu'ils n'aimaient pas la retraite (22 %), qu'ils s'ennuyaient de la satisfaction qu'apporte le travail (19 %), ou encore parce qu'on avait besoin d'eux ou qu'ils voulaient se rendre utiles (14 %).
- Le **taux de chômage** des aînés a augmenté de 2,6 % en 2000 à 3,4 % en 2005 (tableau 5.1).

Tableau 5.1 Le taux de chômage des aînés s'est accru entre 2000 et 2005

| | Taux de chômage chez les aînés (%) | | |
|------|---|--------|--------|
| | Total | Hommes | Femmes |
| 2000 | 2,6 | 2,6 | 2,9 |
| 2005 | 3,4 | 3,2 | 3,8 |

Source : Enquête sur la population active, CANSIM, tableau 282-0002.

- En 2002, un aîné sur sept disait avoir pris sa retraite contre son gré en raison de la législation sur la **retraite obligatoire**. Une telle législation est toujours en vigueur dans cinq provinces (Colombie-Britannique, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Saskatchewan et Terre-Neuve-et-Labrador).
- L'accès à un ordinateur et l'utilisation de l'**Internet** restent plus faibles chez les aînés, en comparaison aux autres groupes d'âge.

Priorités d'action

Les mesures prioritaires à adopter en vue d'assurer une meilleure participation des aînés à la vie sociale sont :

- mieux comprendre les facteurs influençant le travail des aînés;
- créer des incitatifs pour les aînés souhaitant travailler;
- fournir davantage d'occasions pour favoriser le bénévolat encadré chez les aînés; et
- abolir la retraite obligatoire à 65 ans dans les provinces où une telle législation est toujours en vigueur.

Sources des données - Question 5*

- **Aînés et bénévolat informel** : ESG 2003, analyse de l'ASPC.
- **Aînés et bénévolat formel** : Saunders. S. *The Giving and Volunteering of Seniors*, Feuille de données n° 11, Enquête nationale sur le don, le bénévolat et la participation, 2001.
<http://www.givingandvolunteering.ca/pdf/n-f11-ca.pdf>
Centre canadien de philanthropie. *Les dons et le bénévolat chez les personnes âgées*, Enquête nationale sur le don, le bénévolat et la participation, 2004.
http://www.donetbenevolat.ca/pdf/factsheets/2000_benevolat_agees.pdf
Hall, M., McKeown et K. Roberts. *Canadiens dévoués, Canadiens engagés. Points saillants de l'Enquête de 2000 sur le don, le bénévolat et la participation*, Statistique Canada, 2001. N° de cat. 71-542-XIF.
<http://www.statcan.ca/francais/freepub/71-542-XIF/71-542-XIF00001.pdf>
- **Aînés faisant des dons** : Saunders. S. *The Giving and Volunteering of Seniors*, Feuille de données n° 11, Enquête nationale sur le don, le bénévolat et la participation, 2001.
<http://www.givingandvolunteering.ca/pdf/n-f11-ca.pdf>
Centre canadien de philanthropie. *Les dons et le bénévolat chez les personnes âgées*, Enquête nationale sur le don, le bénévolat et la participation, 2004.
http://www.donetbenevolat.ca/pdf/factsheets/2000_benevolat_agees.pdf
- **Réseau social** : *Enquête sociale générale de 2003 sur l'engagement social, cycle 17 : un aperçu des résultats 2003*, Statistique Canada, 2004. N° de cat. 89-598-XIF2003001.
http://www.statcan.ca/cgi-bin/downpub/listpub_f.cgi?catno=89-598-XIF2003001
ESG2003, analyse de l'ASPC.
- **Appartenance à la communauté** : ESG 2003 et Enquête nationale sur le don, le bénévolat et la participation de 2000, analyse de l'ASPC.
- **Engagement politique** : *Enquête sociale générale de 2003 sur l'engagement social, cycle 17 : un aperçu des résultats 2003*, Statistique Canada, 2004. N° de cat. 89-598-XIF2003001.
http://www.statcan.ca/cgi-bin/downpub/listpub_f.cgi?catno=89-598-XIF2003001
ESG 2003 et Enquête nationale sur le don, le bénévolat et la participation de 2000, analyse de l'ASPC.
- **Aînés sur le marché du travail** : Duschene, D. Plus de personnes âgées au travail. *L'emploi et le revenu en perspective*, février 2004. N° de cat. 75-001-XIF.
Morissette, R., Schellenberg, G. et C. Silver. Inciter les travailleurs âgés à rester au poste. *L'emploi et le revenu en perspective*, octobre 2004. N° de cat. 75-001-XIF.
Schellenberg G. et C. Silver. On ne peut pas toujours avoir ce qu'on veut : préférences et expériences de retraite, *Tendances sociales canadiennes*, n° 75, hiver 2004. N° de cat. 11-008.
Schellenberg, G., Turcotte, M. et B. Ram. Le travail après la retraite. *L'emploi et le revenu en perspective*, septembre 2005. N° de cat. 75-001-XIF.
- **Aînés en recherche d'emploi** : CANSIM*, tableau 282-0002, Enquête sur la population active.

* For more information on the surveys used, visit: <http://www.statcan.ca/english/concepts/index.htm>

* CANSIM is Statistics Canada's key socio-economic database accessible through the Internet. For more information, go to www.statcan.ca

- **Aînés touchés par une politique de retraite obligatoire** : ESG 1994 et 2002, analyse de l'ASPC.
- **Utilisation d'Internet** : CANSIM, tableau 358-0004 et ESG 2003, analyse de l'ASPC.

Références - Question 5

Schellenberg, G., Turcotte, M. et B. Ram. Qu'est-ce qui rend la retraite agréable? *Tendances sociales canadiennes*, n° 78, automne 2005, N° de cat. 11-008. pp. 13-16.

Projet de recherche sur les politiques. *Encourager les choix touchant le travail et le départ à la retraite. Vieillesse de la population et flexibilité des parcours de vie*. Rapport du projet, octobre 2005, Projet sur le vieillissement de la population et la flexibilité du cycle de vie.

Évaluation globale

Tout comme le bulletin de 2001, celui de 2006 révèle que les Canadiens et les Canadiennes jouissent dans l'ensemble d'une santé et d'une qualité de vie assez satisfaisantes. **La note globale du Bulletin 2006 est B.**

État de santé Note : B-

L'espérance de vie des aînés a augmenté depuis le dernier bulletin et une plus grande proportion d'aînés rapportent être en bonne, très bonne ou excellente santé comparativement au *Bulletin 2001*. Les aînés présentent cependant un bilan de santé inégal. Les niveaux d'activité physique continuent d'être faibles et la prévalence de plusieurs maladies chroniques a augmenté depuis le *Bulletin 2001*. Des améliorations quant aux habitudes de vie et une meilleure prévention des maladies chroniques auraient des répercussions favorables sur les limitations d'activité et sur l'autonomie des aînés. Le taux de suicide chez les hommes plus âgés (85 ans et plus) reste aussi un problème grave.

Système de santé Note : C+

Par manque de données, le CCNTA n'avait pas pu évaluer comment le système de santé répondait aux besoins des aînés en 2001. Le *Bulletin 2006* établit une base de référence grâce à de nouveaux indicateurs et aux nouvelles données disponibles. Il s'agit d'une importante amélioration. La grande majorité des aînés estiment excellente la qualité des services de santé qu'ils reçoivent. Les analyses des indicateurs de performance développés par le CCNTA indiquent que le système de santé répond assez bien aux besoins des aînés, tant sur le plan de l'accès que celui de la qualité des soins, même s'il est toujours possible de faire mieux. Les aînés sont de plus en plus couverts par des régimes d'assurance, bien que la couverture reste faible dans certains domaines. Une faiblesse importante en ce qui a trait au système de santé pour les aînés est le manque de gériatres. D'autres domaines où des progrès sont attendus incluent le délai d'attente pour recevoir des soins spécialisés et les dépenses personnelles de santé. Les prochaines éditions du bulletin devront pouvoir s'appuyer sur de meilleurs indicateurs et données pour être en mesure de mieux cerner certains aspects des services de santé, comme les soins dans les établissements de soins de longue durée, les soins à domicile, et les soins palliatifs et en fin de vie.

Situation économique Note : B

Les aînés continuent de bien se débrouiller économiquement. Le revenu moyen et médian des aînés s'est accru depuis le *Bulletin 2001*, alors que le pourcentage d'aînés avec un faible revenu ou qui dépendent du Supplément de revenu garanti (SRG) et de la Sécurité de la vieillesse (SV) a diminué. La sécurité financière des aînés vivant seuls – une priorité en 2001 – s'est améliorée de 2000 à 2004, et ce, tant pour les hommes que pour les femmes. Cette édition du bulletin offre une meilleure description du fonctionnement du SRG et de l'influence de ses règles sur la situation financière des aînés. Il faut

poursuivre les efforts visant à s'assurer que tous les prestataires admissibles touchent le SRG et que ceux qui négligent de faire leur demande annuelle ne soient pas trop pénalisés. Pour améliorer le niveau de vie des aînés à faible revenu, il faut augmenter la prestation totale du SRG et de la SV de manière à ce qu'elle atteigne ou dépasse le seuil de faible revenu.

Conditions de vie

**Note :
B**

La majorité des aînés vivent dans de bonnes conditions. Plus que tout autre groupe d'âge, les aînés sont propriétaires d'une résidence libre d'hypothèque. Fait important, le taux de propriétés sans hypothèque a augmenté chez les femmes âgées par rapport à 2001. De plus, moins d'aînés ont un besoin impérieux de logement que ce qui a été rapporté en 2001. Règle générale, les aînés ont un bon accès au transport et ne craignent pas d'être victimes d'un acte criminel. Bien qu'il y ait eu, depuis 2001, une légère diminution du pourcentage de locataires âgés qui ont un besoin impérieux de logement, il est

nécessaire d'augmenter le financement de logements à prix abordable. Un plus grand financement du transport en commun améliorerait l'accès des aînés au transport, tant dans les milieux ruraux que dans les zones urbaines.

Participation

**Note :
B**

Comme c'était le cas en 2001, ce bulletin met en évidence la participation active des aînés dans leur communauté et leur contribution importante à la société canadienne. Certaines politiques publiques limitent cependant cette participation. Par exemple, l'une des priorités de 2001 était l'abolition de la retraite obligatoire. La situation s'est améliorée à cet égard – moins d'aînés disent avoir été contraints de prendre une retraite prématurée en raison de cette politique – mais la question reste préoccupante. En plus d'abolir la retraite obligatoire à 65 ans là où elle a toujours force de loi, une priorité d'intervention est d'assurer de la formation et des conditions

de travail flexibles aux aînés qui souhaitent travailler. Il faut également entreprendre des recherches pour déterminer pourquoi les aînés restent sur le marché du travail. De plus, la baisse du taux de participation des aînés aux activités de bénévolat encadrées est préoccupante.

**Note :
Globale
B**

Au cours des années à venir, le CCNTA poursuivra son examen de la situation des aînés aux chapitres de la santé et des conditions de vie. Les prochains bulletins (ainsi que les bulletins intérimaires) continueront de rendre compte des aspects positifs de la vie des aînés canadiens mais aussi de faire rapport sur les problèmes et de recommander des mesures visant à les corriger. La publication des bulletins permettra également au CCNTA d'exercer les pressions nécessaires pour que la santé et le mieux-être des aînés canadiens demeurent dans la mire des décideurs.

Liste des tableaux et graphiques

Tableaux

- Tableau 1.1 Prévalence des maladies chroniques chez les aînés selon le sexe, 2005
- Tableau 1.2 Habitudes alimentaires des aînés (71 ans et plus) selon le sexe, 2004
- Tableau 2.1 Délai médian d'attente des aînés (en semaines)
- Tableau 3.1 Revenu moyen et revenu médian des aînés, par type de famille, 2000 et 2004
- Tableau 5.1 Le taux de chômage des aînés s'est accru entre 2000 et 2005

Graphiques

- Graphique 1.1 Pourcentage des aînés affectés par des maladies chroniques, 2000-01 et 2005
- Graphique 1.2 Prévalence des problèmes de poids chez les aînés selon le sexe, 2005
- Graphique 2.1 Les aînés étaient davantage assurés en 2003 qu'en 1998-99
- Graphique 2.2 Le pourcentage d'aînés de plus de 75 ans vivant dans les établissements de santé a diminué entre 1996 et 2001
- Graphique 2.3 Utilisation des somnifères, tranquillisants et antidépresseurs chez les aînés, 2003
- Graphique 2.4 Les délais d'attente sont plus longs chez les aînés pour la consultation de spécialistes et les chirurgies non urgentes, 2005
- Graphique 2.5 Dépenses personnelles pour soins de santé des ménages d'aînés, 1999 et 2003
- Graphique 3.1 Le pourcentage d'aînés dans la catégorie de revenu le plus faible a diminué et celui des aînés dans la catégorie de revenu le plus élevé a augmenté, 1998-99 et 2003
- Graphique 3.2 Les personnes âgées vivant seules sont plus susceptibles de vivre sous les seuils de pauvreté
- Graphique 4.1 Entre 1991 et 2001, la proportion des aînés vivant seuls a augmenté
- Graphique 4.2 Les couples âgés sont plus susceptibles d'être propriétaires
- Graphique 4.3 Parmi les aînés vivant seuls, la plupart des femmes sont veuves, tandis que la plupart des hommes sont veufs, séparés ou divorcés
- Graphique 5.1 Nombre de proches et d'amis dans le réseau social des aînés, 2003
- Graphique 5.2 Vote aux élections fédérales par groupe d'âge, 1997 et 2000
- Graphique 5.3 Les aînés les plus scolarisés sont plus susceptibles de travailler, 2001
- Graphique 5.4 Utilisation d'Internet (peu importe l'endroit) dans les familles dont le chef est un aîné, 1997-2003

Les membres du comité d'experts

Bulletin 2006

Ian Clark

Analyste principal de recherche, DVA
Agence de santé publique du Canada

Bubs Coleman

Ancienne membre du CCNTA
Saskatoon, Saskatchewan

Robert Dobie

Membre du CCNTA
Montréal, Québec

Janet Fast, PhD

Department of Human Ecology
Université de l'Alberta

Marie-Lynne Foucault

Agente de recherche, DVA
Agence de santé publique du Canada

Réjean Hébert, MD, M.Phil.

Doyen, Faculté de médecine
Université de Sherbrooke

Gerald Hodge, PhD

Ancien membre du CCNTA
Denman Island, Colombie-Britannique

Laurent Martel

Analyste principal de la population
Section de la recherche et de l'analyse
Statistique Canada

Lynn McDonald, PhD

Professeure et directrice
Institute for Human Development, Life
Course and Aging
Université de Toronto

Louise Plouffe, PhD

Conseillère technique principale
Programme sur le vieillissement et la qualité
de vie
Organisation mondiale de la santé

Luis Rodriguez

Chercheur principal
Besoins particuliers de logement
Société canadienne d'hypothèques et de
logement

Barbara Sérandour (Présidente)

Analyste de recherche, DVA
Agence de santé publique du Canada

Mohindar Singh, PhD

Membre du CCNTA
Winnipeg, Manitoba

À vous la parole

Nous serions heureux de connaître vos commentaires et vos suggestions sur le *Bulletin 2006*. Vous pouvez nous faire part de vos commentaires de diverses façons :

Vous pouvez retourner le formulaire à l'adresse suivante :

Conseil consultatif national sur le troisième âge
Immeuble Jeanne-Mance
Indice de l'adresse : 1908A1
200, promenade Églantine
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9

Vous pouvez télécopier le formulaire au
613-957-9938

Vous pouvez envoyer vos commentaires par courrier électronique à :
info@naca-ccnta.ca

1. Dans quelle mesure avez-vous lu ou parcouru le *Bulletin*?

- J'ai jeté un coup d'oeil rapide
- J'ai feuilleté le document et lu certains chapitres
- J'ai lu le document en entier

2. Comment qualifiez-vous l'information contenue dans le *Bulletin*?

- Très utile
- Utile
- Peu utile
- Inutile

3. Comment qualifiez-vous la longueur du *Bulletin*?

- Trop court
- Satisfaisant
- Trop long

4. Selon vous, l'information est-elle facile à lire?

- Très facile
- Facile
- Un peu difficile
- Difficile

5. Les graphiques ont-ils facilité votre compréhension des statistiques?

Les avez-vous trouvés :

- Très utiles
- Utiles
- Peu utiles
- Inutiles

6. L'objectif du *Bulletin* est de faire rapport sur l'état et l'évolution du bien-être des aînés au Canada. Le *Bulletin 2006* a-t-il réussi à atteindre cet objectif?

- Très bien réussi
- Assez bien réussi
- Réussi en partie
- Pas réussi

7. Comment pourrions-nous améliorer le Bulletin des aînés?

Qui êtes-vous

- Avez-vous 65 ans et plus? Oui___ Non___
- Travaillez-vous pour les aînés ou
prenez-vous soin des aînés? Oui___ Non___

Merci d'avoir pris la peine de répondre aux questions. Vos réponses et commentaires seront très utiles à la préparation de la prochaine édition du *Bulletin des aînés*.