

Canada



CONSEIL CONSULTATIF
NATIONAL SUR LE
TROISIÈME ÂGE

1999
et après

Les défis
d'une société canadienne
vieillissante



Gouvernement
du Canada

Government
of Canada



CONSEIL CONSULTATIF
NATIONAL SUR LE
TROISIÈME ÂGE

1999
et après

Les défis
d'une société canadienne
vieillissante

On peut obtenir des renseignements sur ce document auprès du :

Conseil consultatif national sur le troisième âge
Immeuble Jeanne-Mance, 8^e étage
Indice de l'adresse : 1908A1
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4
Tél. : 957-1968
Télec. : 957-9938
Courriel : seniors@hc-sc.gc.ca
Internet: <http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines>

Patricia Raymaker
Présidente

Nancy Garrard
Directrice
Division du vieillissement et des aînés

La Division du vieillissement et des aînés, Santé Canada, fournit un appui fonctionnel au Conseil consultatif national sur le troisième âge.

Cette publication est aussi disponible, sur demande, en gros caractères ou en braille, et sur disquette ou audiocassette. On peut aussi la consulter sur Internet à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines>

1^{ère} impression, 1999

© Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1999

Catalogue : H88-3/28-1999F

ISBN : 0-662-83860-2

Also available in English: *1999 and Beyond / Challenges of an Aging Canadian Society.*

EN QUOI CONSISTE LE 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 d'aider le ministre de la Santé et de le conseiller 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 intéressés au vieillissement, favorise les discussions avec le grand public, publie et diffuse de l'information sur le vieillissement.

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 (mai 1999)

Présidente

Patricia Raymaker

Calgary (Alberta)

Membres

Bubs Coleman

Saskatoon (Saskatchewan)

Mary Cooley

Halifax (Nouvelle-Écosse)

Jean-Claude Duclos

Montréal (Québec)

D^r Michael Gordon

Toronto (Ontario)

Don Holloway

Marystown (Terre-Neuve)

Eileen Malone

Fredericton (Nouveau-Brunswick)

Gérald Poulin

Orléans (Ontario)

Juliette Pilon

Sudbury (Ontario)

Ruth Schiller

Osoyoos (Colombie-Britannique)

Yvette Sentenne

Montréal (Québec)

Joyce Thompson

Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)

REMERCIEMENTS

Le Conseil remercie les nombreuses personnes et organismes qui ont contribué à l'élaboration de ce document, en commençant par les principaux rédacteurs, Éric Jenkins et Louise Plouffe de la Division du vieillissement et des aînés de Santé Canada, en collaboration avec Tracey Donaldson anciennement de cette Division. Un comité d'experts a également fourni de nombreux conseils pour déterminer le contenu du document. Le Conseil tient aussi à remercier les présidents de sections de l'Association canadienne de gérontologie qui ont cerné les enjeux importants dans leurs champs de compétence respectifs.

De nombreux organismes d'aînés, des associations de gérontologie et des spécialistes en gérontologie ont été invités à lire l'ébauche et à apporter leurs commentaires par le biais d'un questionnaire d'évaluation. Leur enthousiasme à participer à cette consultation et la qualité de leurs commentaires ont été fort appréciés. Le Conseil les remercie vivement, ainsi que les membres de l'équipe des communications du CCNTA.

TABLE DES MATIÈRES

	Page
Avant-propos	1
Introduction : Survol des tendances, des défis et des possibilités à exploiter	3
1. La diversité des aînés	11
1.1 Les femmes et les hommes	11
1.2 Les aînés des communautés ethno-culturelles	15
1.3 La population autochtone	17
1.4 La vie en région urbaine, rurale ou éloignée	20
2. La santé et le bien-être	23
2.1 L'état de santé	23
2.2 Les maladies chroniques	25
2.3 Les chutes et les blessures	30
2.4 La santé mentale	32
2.5 La violence et la négligence	35
2.6 Les médicaments	37
2.7 La promotion de la santé	40
2.8 Les soins palliatifs	42
2.9 La réforme des soins de santé	44
3. Le maintien de l'autonomie	48
3.1 La famille et les autres aidants naturels	48
3.2 Les services de soutien et de soins à domicile	50
3.3 La vie en établissement de soins	52
3.4 Le transport	54
3.5 Le logement	57
3.6 Les questions d'éthique	60
4. La sécurité financière	64
4.1 La situation financière à la retraite	64
4.2 Le régime public de retraite	67

	Page
5. Le travail et le passage à la retraite	69
5.1 Les travailleurs âgés et le marché du travail	69
5.2 La transition du travail à la retraite	72
5.3 Le bénévolat et la contribution des aînés	74
5.4 L'éducation et les aînés	76
6. La solidarité entre générations	79

AVANT-PROPOS

Depuis la création du Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) en 1980, le vieillissement de la population en est venu à susciter un intérêt de plus en plus marqué. Tant les gouvernements que les chercheurs, les médias et le grand public s'efforcent d'en cerner les enjeux et d'en comprendre les tenants et les aboutissants. À la lumière des nouvelles informations et des nouvelles tendances sociales, économiques et politiques, certaines préoccupations ont aujourd'hui pris plus d'ampleur mais il reste beaucoup à faire. Trop souvent, la question du vieillissement démographique et de ses répercussions est abordée de façon étroite, sectorielle et simpliste alors que la réalité est complexe et nuancée. Il faut dépasser le simple cadre des analyses budgétaires et financières pour déterminer les vrais enjeux d'une société vieillissante.

Le CCNTA a jugé opportun de faire le point sur la situation des aînés d'aujourd'hui en se penchant sur la plupart des aspects de la vie et en essayant d'imaginer ce que sera la situation des aînés de demain à court et à moyen terme. Le Conseil a tenté de cerner les enjeux, les défis et les possibilités qui se présentent aux artisans de la politique publique et à tous ceux qui s'intéressent de près aux questions relatives au vieillissement de la population. En publiant ce rapport, le Conseil souligne également l'Année internationale des personnes âgées.

Les défis et les possibilités dont il sera question ici sont nombreux et variés. Certaines actions s'adressent à des secteurs particuliers — gouvernements fédéral ou provinciaux, entreprises privées,

organismes communautaires et bénévoles, chercheurs, citoyens — alors que d'autres, plus vastes ou ambitieuses, touchent plusieurs secteurs. Le but ultime est de prévoir et de prendre les mesures voulues, de manière concertée. Le Conseil souhaite que les mesures et les actions suggérées ici servent à tout le moins à aiguiller les décideurs dans la bonne voie.

Les répercussions des transformations démographiques seront profondes et prolongées. Il appartient à tous, individus, gouvernements, entreprises, organismes communautaires et associations de personnes du troisième âge, de voir à ce que la société optimise les avantages de la situation et en relève les défis. Les aînés veulent participer activement et à part entière à la société canadienne, laquelle doit combler équitablement les besoins et les aspirations des membres de tous les groupes d'âge.

Ce rapport reflète bien plus que l'opinion des membres du Conseil et nous tenons à remercier tous ceux et celles qui nous ont aidé à cerner les enjeux et les défis à relever.

La présidente,

Patricia Raymaker

INTRODUCTION

SURVOL DES TENDANCES, DES DÉFIS ET DES POSSIBILITÉS À EXPLOITER

La diversité au sein des mêmes générations

L'observation du phénomène du vieillissement de la population au pays révèle que pour la plupart des aînés, il fait bon vieillir au Canada. Les aînés canadiens vivent plus longtemps en bonne santé que dans bien d'autres pays. Autre fait à noter : la diversité croissante des aînés en tant que groupe. À partir de la naissance, nous subissons les effets cumulatifs et interactifs des facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui nous entourent, et de ceux attribuables à notre comportement. Si de plus en plus de Canadiens et de Canadiennes vivent plus longtemps sans altération à leur santé physique et mentale, d'autres sont aux prises avec la maladie, l'invalidité et la pauvreté à l'issue d'une vie difficile. D'autres encore meurent prématurément. Ces réalités nous rappellent que ce ne sont pas les disparités entre générations qui caractérisent notre société et qui devraient nous mobiliser, mais plutôt les inégalités qui existent au sein de tous les groupes d'âge en fonction de la classe sociale, du sexe, du type d'emploi occupé, etc.

Selon le CCNTA, l'un des grands défis du prochain siècle sera de changer l'image du vieillissement aux yeux du grand public afin de mieux refléter la diversité. Il faudra aussi modifier les politiques et les façons de faire dans tous les secteurs de la société afin de prendre davantage en considération la situation réelle et diverse des aînés.

Les perceptions fondées sur l'âge

La perception sociale de la vieillesse et des aînés est à la fois une source de barrières sociales et de droits. L'image des aînés pauvres et faibles méritant

un soutien social a été à l'origine des programmes privés et publics de pension fondés sur l'âge et a conduit à l'établissement de la retraite obligatoire. Cette image s'estompe, du moins pour le troisième âge, étant davantage réservée aux gens du quatrième âge. Dans une conjoncture sociale et économique difficile, la vitalité et la prospérité d'un nombre croissant d'aînés créent une image différente des aînés, qui font figure de gens riches, compétents et ne méritant plus autant de soutien. Cette tendance risque de faire perdre de vue les besoins d'une catégorie d'aînés moins bien nantie et le fait que le Canada compte autant d'aînés que d'enfants vivant dans la pauvreté.

Toutefois, ces contradictions dans l'opinion publique ont l'avantage d'encourager les gens à mieux connaître l'apport des aînés à la société, à s'interroger sur la pratique de la retraite obligatoire et à adopter un régime de prestations plus équilibré et mieux pensé qui tienne compte non seulement de l'âge, mais également des besoins et des capacités des aînés. L'opinion publique ne manquera pas de changer à mesure que les gens rencontreront de plus en plus d'aînés assumant des rôles actifs et que les personnalités publiques qui atteignent un âge vénérable feront mentir les stéréotypes.

S'adapter au vieillissement de la population

En 1998, près de 3,7 millions de Canadiennes et de Canadiens, soit 12,3 p. 100 de la population totale, étaient âgés de 65 ans ou plus. Ces chiffres indiquent une augmentation de la population d'un million d'aînés depuis 10 ans. Toutefois, les plus importants bonds de croissance, tant en chiffres absolus qu'en pourcentage, se produiront dans

les 40 prochaines années. En 2016, alors que les enfants de l'après-guerre atteindront graduellement 65 ans, le Canada comptera six millions d'aînés, soit 16 p. 100 de la population totale. En 2020, le Canada comptera autant d'aînés que d'enfants, soit 19 p. 100 de la population. En 2041, leur nombre sera d'environ 10 millions, soit 22,6 p. 100 de la population canadienne.

Ce vieillissement de la population n'est pas un phénomène démographique transitoire qui s'estompera rapidement après la disparition de la génération d'après-guerre. La faiblesse persistante du taux de la fécondité maintiendra un rapport élevé entre le nombre d'adultes âgés et le reste de la population et ce, pour un avenir prévisible. Le prolongement de la vie jusqu'à un âge avancé ne fera qu'accentuer ce phénomène de vieillissement de la société, et même une très forte immigration ne changerait pas véritablement le cours des choses à moyen et à long terme.

Face au vieillissement, certains préconiseront des mesures pour rajeunir la population alors que d'autres s'efforceront plutôt d'adapter la société. C'est cette deuxième voie que nous empruntons. Nous laissons à d'autres le soin de débattre s'il y a lieu ou non de modifier la structure de la population en adoptant des politiques natalistes ou d'immigration de nature à limiter ou à inverser la tendance actuelle. Il demeure toutefois souhaitable d'éliminer tout ce qui empêcherait les Canadiennes et Canadiens de décider librement d'avoir ou non des enfants. S'il est vrai que certaines initiatives ont vu le jour, il n'en demeure pas moins que les politiques sociales et le marché du travail pourraient mieux soutenir ceux et celles qui optent pour la fécondité.

Tout porte à croire pour le moment que cette évolution vers une société où les aînés représenteront le quart de la population s'inscrit dans l'évolution naturelle des pays occidentaux. Ainsi, la société vieillissante d'aujourd'hui sera la société âgée de demain, et les répercussions de cette transformation démographique seront profondes et prolongées. Les pressions économiques qui pourraient s'exercer sur les gouvernements ne créeront pas de crise : les effets des changements démographiques seront lents, échelonnés sur plusieurs décennies. Il appartient aux citoyens, aux entreprises et aux gouvernements d'adapter dès maintenant leurs comportements de façon à optimiser les avantages des changements démographiques en cours et à limiter les inconvénients. Pour ce faire, il est essentiel de prévoir le vieillissement des « baby-boomers » qui seront à maints égards différents des aînés d'aujourd'hui, et de planifier en conséquence.

Les personnes âgées de demain seront différentes de celles d'aujourd'hui

De nombreuses études soulignent le caractère inédit du processus actuel de vieillissement: *On ne vieillit plus aujourd'hui de la même façon qu'hier*. La réalité de la vieillesse a changé et les aînés d'aujourd'hui ne ressemblent guère à ceux d'avant la Seconde Guerre mondiale ou du siècle dernier : non seulement ils vivent plus longtemps et sont en meilleure forme physique et intellectuelle, mais leur situation économique s'est considérablement améliorée. Dans cette perspective, transformer l'âge chronologique en un indicateur de dépendance, associer les 65 ans et plus à des « boulets aux pieds de l'État », ne correspond plus aux réalités de la vieillesse d'aujourd'hui.

Les nouvelles générations d'aînés auront peu de choses en commun avec les générations précédentes. Avec un niveau d'instruction plus élevé, il est raisonnable de penser que les aînés auront une meilleure connaissance des programmes et services, qu'ils seront plus attentifs aux messages de promotion de la santé, plus enclins à participer à des activités éducatives, politiques et bénévoles ainsi qu'à revendiquer leurs droits. Habités à demeurer professionnellement à la pointe du progrès, ils auront plus de facilité à demeurer sur le marché du travail s'ils le désirent et à préparer adéquatement leur retraite.

Cette prise de conscience des nouvelles réalités de la vieillesse s'est traduite par l'apparition des termes troisième et quatrième âge. Après la jeunesse et une vie adulte vouée au travail et à la famille, vient le troisième âge désormais associé à une période où les retraités, pour la plupart en bonne santé et autonomes, sont libres d'entreprendre ce qui les intéresse et de mener à bien des projets longtemps reportés, faute de temps. C'est le dernier stade, celui du quatrième âge, qui est dorénavant associé à la maladie, à la dépendance et, éventuellement, à la mort.

Cette situation porte à croire qu'il faudra imprimer une autre orientation à la politique sociale dans le but de permettre aux personnes du troisième âge, en bonne santé physique et mentale, de mener une vie active et d'accomplir des fonctions leur permettant de s'épanouir personnellement et socialement. Cela soulève également des questions d'ordre pratique et éthique : on peut se demander dans quelle mesure la nouvelle perception du troisième âge ne repoussera pas les effets

de la marginalisation propre à la vieillesse à la fin plutôt qu'au début de la retraite active, reportant au quatrième âge l'application des stéréotypes, toujours négatifs, aux plus âgés et aux plus vulnérables de la société.

Une étude globale des enjeux

À mesure que l'espérance de vie augmente et qu'un nombre croissant de gens sont retraités, certains prétendent que les aînés prennent plus que leur part des ressources rares de la société qui devraient être allouées à d'autres groupes sociaux (les enfants pauvres et leurs familles). De plus, devant le déséquilibre croissant entre la taille du groupe bénéficiaire des prestations et ceux qui en assument les frais, plusieurs se demandent si la politique de solidarité intergénérationnelle pourra être maintenue. Ces questions touchent particulièrement les secteurs des pensions et de la santé.

Or, certains éléments de réflexion et résultats de recherche sont parfois absents des études sur l'impact du vieillissement de la population. En voici quelques exemples :

- La solidarité intergénérationnelle est une valeur importante chez les aînés et un grand nombre consacrent du temps et de l'argent à leur famille. Plusieurs s'engagent également au sein d'organismes bénévoles. Malheureusement, ces formes de participation sociale ne sont pas tellement mises en évidence, valorisées ou prises en compte dans l'élaboration de la politique publique.
- Les gouvernements jouent un rôle essentiel en garantissant la viabilité des activités communautaires et le soutien public favorise la solidarité familiale. La tendance des gouvernements à se

désengager pourrait créer un reflux pour les solidarités familiales et communautaires et annuler partiellement ou totalement les économies escomptées.

- Contrairement à l'opinion publique, le vieillissement de la population n'est pas le seul facteur à prendre en compte lorsqu'on détermine les coûts et les revenus du secteur public. Bien que les coûts de la santé et des mesures sociales soient appelés à augmenter avec les changements démographiques prévus, d'autres dépenses diminueront (p. ex. l'éducation). L'ensemble des dépenses pour toutes les catégories budgétaires augmenteront au même rythme que la population totale. Le principal défi consistera à trouver le moyen de modifier les budgets et de transférer l'argent pour faire face à l'augmentation de la demande dans certains secteurs et à la baisse de la demande dans d'autres.
- À ce jour, la société n'a guère pris de mesure pour utiliser le potentiel des plus âgés. Les pratiques des entreprises et de l'État au chapitre de la gestion de la main-d'œuvre vieillissante se limitent la plupart du temps à offrir des programmes de retraite anticipée aux travailleurs âgés. Par ailleurs, les aînés qui souhaitent rester actifs sur le marché du travail en sont empêchés, par exemple à cause de politiques de retraite obligatoire fondées sur une limite d'âge arbitraire plutôt que sur l'évaluation des compétences et de la capacité de contribuer à la société.
- Les personnes âgées ne font pas que recevoir, elles contribuent aussi au financement des dépenses publiques de différentes façons : par l'impôt sur le revenu des particuliers, par les

taxes à la consommation, par leur participation à des entreprises commerciales et industrielles qui paient des impôts, et dans une moindre mesure, par leur participation au marché du travail.

Le CCNTA est d'avis que le défi pour les artisans de la politique publique consiste à adopter une vue d'ensemble des réalités sociales et économiques et à prévoir les effets de leurs actions dans tous les domaines de l'activité humaine.

La solidarité publique favorise la solidarité privée

Plusieurs aînés s'engagent dans des activités communautaires qui influent de façon positive sur leur qualité de vie et leur autonomie. Les retombées de ces activités sur le bien-être des individus sont importantes et contribueront indirectement à réduire les dépenses liées à la santé et aux services sociaux. Or, le financement de programmes communautaires joue un rôle déterminant pour favoriser l'engagement des individus et la création de partenariats, et pour prévenir l'isolement social. La société dans son ensemble, y compris les gouvernements et l'entreprise privée, retire de grands bénéfices et services en garantissant la durabilité des projets communautaires qui répondent à des besoins collectifs permanents. Malheureusement, le désengagement de l'État que l'on observe depuis plusieurs années met en péril les acquis du passé. Par exemple, depuis l'abandon du programme Nouveaux Horizons de l'administration fédérale, lequel a financé près de 39 000 projets entre 1972 et 1995, les autres gouvernements et la collectivité n'ont pas été en mesure d'assumer le soutien des

programmes communautaires des aînés. Il y a un urgent besoin de rétablir une stratégie d'appui à ce type de prise en charge par les aînés et de favoriser leur engagement social.

L'État joue également un rôle central dans le maintien et le renforcement des échanges au sein des générations. Lorsque la société prend la responsabilité collective d'assurer une partie des soins aux aînés, par le biais de services de santé, de soins prolongés ou de revenus de pension, les enfants et les familles des aînés se voient déchargés en grande partie d'un fardeau qu'ils ne pourraient assumer seuls. D'ailleurs, plusieurs études ont démontré, contrairement à ce qu'on pourrait croire, que la solidarité publique n'entraîne pas un désengagement de la famille. Au contraire, elle favorise la solidarité familiale intergénérationnelle. Nous comprenons un peu mieux aujourd'hui l'interdépendance de ces deux types d'échanges entre générations. Dans les familles où enfants et parents ont des ressources limitées, le retrait de l'aide publique crée une accumulation de charges et de problèmes pouvant provoquer l'effondrement de la solidarité privée.

Favoriser le maintien de l'engagement social

L'accroissement de l'espérance de vie, l'amélioration de l'état de santé et la prise de la retraite plus tôt devraient inciter les individus et la société à développer des centres d'intérêt autres que le travail rémunéré et à donner aux aînés une véritable fonction sociale. Il y a ici une responsabilité collective, autant pour la société qui devrait offrir à ses aînés la possibilité de continuer à jouer un véritable rôle social que pour ces derniers qui doivent s'interroger sur la façon de continuer à participer à la société.

Les possibilités et les attentes reliées à l'âge évolueront avec les changements démographiques. Le maintien de la prospérité économique et du bien-être de la société nécessitera la participation accrue des gens de tout âge à des activités rémunérées ou bénévoles. Cette situation tempêrera peut-être les espoirs de retraite anticipée de la génération d'après-guerre mais elle offrira de nouveaux espoirs à ceux et celles pour qui la retraite crée des difficultés financières. Le besoin de disposer d'une main-d'œuvre suffisante, bien formée, motivée et productive incitera peut-être la société canadienne à déployer des efforts concertés pour décloisonner une fois pour toutes les différentes étapes de la vie — apprentissage, soins, travail et retraite, et offrir ainsi à tous une plus grande souplesse. Les attitudes et les pratiques qui ne reconnaissent pas ou qui rendent difficile la contribution des travailleurs âgés et des aînés à la société, portent atteinte à la dignité de ces personnes et minent la prospérité individuelle et sociale.

Comblent les lacunes dans les connaissances

Nous disposons actuellement d'un fonds de connaissances solide en gérontologie ainsi que d'une bonne capacité de recherche pour jeter les bases d'une politique du vieillissement. Toutefois, il nous faut consacrer davantage de fonds publics à la recherche et à la collecte de données dans certains domaines de première importance, et plus d'énergie à la diffusion des connaissances.

Par exemple, il nous faut mieux connaître les liens entre la santé et les conditions environnementales, sociales et économiques. Nous devons élaborer et mettre à l'essai des modèles d'intervention efficaces pour améliorer l'état de santé des gens tout au long de leur vie. Nous devons étudier

plus précisément la période de transition entre la santé, l'invalidité et le décès pour connaître les périodes de grande vulnérabilité et déterminer le meilleur type de soutien à offrir et le moment idéal pour l'assurer. Nous devons recueillir et compiler l'information sur les habitudes de vie en matière de revenu, d'épargne et de consommation ainsi que sur l'efficacité des diverses mesures incitatives (p. ex. meilleures options de travail, d'éducation, d'épargne, de retraite) pour modifier le comportement individuel.

Le besoin d'une approche intersectorielle dans l'élaboration des politiques

En 1991, le CCNTA avait recommandé l'adoption d'une politique nationale intersectorielle sur le vieillissement qui requérait la participation de tous les paliers de gouvernement. Cette démarche prend graduellement forme car tant aux paliers fédéral que provincial ou territorial, on devient de plus en plus conscient que l'amélioration de la santé de tous les Canadiens et Canadiennes et la réduction des inégalités reposent sur l'amélioration des conditions économiques, sociales et environnementales sous-jacentes.

Pour leur part, les divers responsables du système de soins élargissent leurs horizons et envisagent maintenant l'interaction entre les services de santé et les autres services qui ajoutent de la valeur aux soins, comme les programmes d'habitation et de soutien social.

Les liens entre l'éducation, la vie professionnelle, la vie familiale et les pensions encouragent également les gouvernements à adopter une démarche concertée en matière d'élaboration

des politiques à laquelle participeraient non seulement les gouvernements mais aussi les employeurs, les syndicats et les groupes de citoyens. Les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables du dossier des aînés ont franchi une étape importante dans la démarche intersectorielle en adoptant un Cadre national sur le vieillissement pour guider l'élaboration de politiques et de programmes sur le vieillissement et les aînés.

Les acteurs touchés par les défis posés

Dans le présent rapport, nous nous efforçons de départager les responsabilités de l'individu de celles de la famille, de la communauté (secteurs bénévole et privé) et de l'État face aux défis à relever. Nul doute que la capacité de chaque partenaire à remplir son rôle dépend grandement de l'appui des autres partenaires. Alors que certaines actions s'adressent à des acteurs et à des secteurs en particulier, d'autres, plus vastes et ambitieuses, touchent plusieurs secteurs.

Il incombe aux gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et municipaux de mettre en place l'infrastructure nécessaire pour favoriser le bien-être et l'autonomie d'une part, et faciliter l'action des individus, des familles et des intervenants communautaires d'autre part. Dans ce contexte, les gouvernements ont, par exemple, la responsabilité de préserver le régime public de retraite qui demeure la seule garantie d'un bien-être financier minimal pour plusieurs aînés d'aujourd'hui et de demain, ou encore de soutenir et d'encourager la solidarité privée et l'engagement social des individus en offrant un appui aux aidants naturels et en subventionnant les organismes communautaires. Pour ce qui est des municipalités, il y

aurait lieu d'inclure dans les plans d'aménagement urbain et dans les règlements municipaux des conditions propres à répondre aux besoins particuliers d'une population vieillissante : trottoirs bien déneigés, durée des feux aux passages pour piétons suffisamment longue, diversification des types de logement pour aînés, etc.

Les administrateurs du système de santé ont beaucoup à faire. Il leur faudra notamment adapter les services et l'information pour répondre aux besoins particuliers des personnes âgées appartenant à des groupes ethno-culturels ou pour créer des programmes de soins à domicile intégrés qui reconnaissent et soutiennent les services fournis par les aidants naturels bénévoles et par les professionnels de la santé. Pour leur part, le personnel et les administrateurs des établissements de soins de longue durée devraient assurer un milieu de vie géré d'abord en fonction des besoins des résidents, du maintien des capacités et de la réadaptation et favoriser la collaboration avec les résidents et les membres de leurs familles.

Directement et indirectement, les fournisseurs et le milieu des affaires ont aussi un rôle important à jouer à titre d'entrepreneurs autant qu'à titre de « citoyen corporatif ». Ainsi, le secteur privé doit s'adapter au vieillissement de la clientèle et fournir des produits et services qui tiennent compte des besoins des aînés. Les promoteurs immobiliers et les architectes doivent veiller à ce que les maisons et les appartements en construction soient conçus de façon à convenir à des personnes de tous âges. L'industrie pharmaceutique doit évaluer de manière plus précise l'effet et l'efficacité des médicaments consommés par des personnes âgées.

Les fabricants doivent adapter non seulement leurs produits mais aussi leurs emballages et leurs étiquettes. En milieu de travail, le secteur privé est invité à adopter des politiques de travail assez souple pour tenir compte des responsabilités familiales des employés vis-à-vis de leurs enfants et de leurs parents âgés, soit des politiques favorables à la famille. Il a la responsabilité d'offrir de la formation et des activités éducatives à tous les travailleurs âgés afin qu'ils conservent leur motivation et perfectionnent leurs compétences, et réussissent leur vie active et leur retraite. Cette mission est tout à fait compatible avec notre productivité économique et le secteur privé en retirera de grands bénéfices.

Puisque la santé, un revenu adéquat et l'intégration à un réseau social constituent des facteurs importants pour avoir un minimum de bien-être à la retraite, chaque personne se doit, dans la mesure de ses capacités, de conserver sa forme physique et ses capacités intellectuelles, de bien gérer ses affaires et de prendre les moyens nécessaires pour être intégré à la société. Dans la mesure où ce rapport s'adresse aux individus, le CCNTA les encourage, les hommes en particulier, à faire bon usage du système de santé en vue de prévenir et de dépister les maladies plus tôt; il cherche aussi à favoriser l'émergence d'une culture où les tâches d'éducation des enfants et le coût personnel s'y rattachant seront partagés de façon plus équitable entre les sexes. Cela ne veut pas dire que l'individu qui fait face à la maladie, à des difficultés financières, à l'isolement social ou à des sources d'informations inadéquates soit à blâmer. L'individu ne peut assumer ses responsabilités que lorsque la possibilité de les prendre se présente et qu'il peut faire des choix.

Ce ne sont là que quelques-uns des défis qui s'adressent aux différents acteurs de la société. Dans les chapitres qui suivent, nous présentons une liste plus exhaustive des enjeux et des défis à relever, ainsi qu'une sélection d'indicateurs qui permettront de mesurer l'adaptation de la société canadienne au vieillissement de la population. Le CCNTA espère que ce document saura guider les

décideurs dans leur planification stratégique et conduira à des actions concrètes en faveur de l'autonomie et du bien-être des Canadiennes et des Canadiens âgés. Grâce à un bon leadership et à un engagement de tous les secteurs, le Canada continuera d'évoluer vers une société où il faut bon vivre pour tous.

1. LA DIVERSITÉ DES AÎNÉS

1.1 LES FEMMES ET LES HOMMES



Problématique

En 1996, les femmes représentaient 58 % de la population âgée et 70 % des personnes de 85 ans et plus. L'espérance de vie est donc plus élevée chez les femmes que chez les hommes : une femme âgée de 65 ans peut actuellement espérer vivre en moyenne quatre ans de plus que son homologue masculin. Deux de ces années sont marquées par de sévères incapacités et seulement une est exempte d'incapacité.

Les femmes âgées risquent de souffrir davantage de certaines affections chroniques, telles l'ostéoporose et l'incontinence, que leurs homologues masculins. La consommation de médicaments sur ordonnance ou autres (en particulier des analgésiques, des somnifères et des anxiolytiques) est plus élevée chez les femmes âgées que chez les hommes, ce qui accroît le risque de réactions indésirables.

Les maladies cardio-vasculaires représentent la principale cause de décès chez les deux sexes et risquent davantage de ne pas être diagnostiquées et traitées chez les femmes. Cependant, le nombre de décès attribuables aux maladies cardiaques chez les hommes âgés est supérieur de 50 % à celui des femmes (données de 1994). Le cancer est une autre source de préoccupation majeure. Depuis les années 80, le taux global de mortalité attribuable

au cancer a augmenté plus lentement chez les hommes âgés que chez les femmes. En 1996, le nombre estimatif de nouveaux cas de cancer du poumon diagnostiqués chez les femmes âgées de 70 à 79 ans avait presque triplé par rapport à 1980. Le taux de mortalité attribuable au cancer du poumon chez les hommes demeure toutefois supérieur de 68 % à celui des femmes (données de 1994). Par ailleurs, l'incidence du cancer de la prostate, aujourd'hui plus élevée que celle des autres cancers chez les hommes âgés, ne cesse d'augmenter depuis le début des années 80. Cette augmentation serait en partie due au dépistage précoce de cette maladie, qui contribue à en améliorer le traitement. Depuis les années 80, le nombre de nouveaux cas de cancer du sein et de décès attribuables à ce cancer est également en hausse chez les femmes âgées.

Dans l'ensemble, les hommes âgés ont des habitudes de vie moins saines que les femmes : ils sont plus nombreux à fumer ou à boire de l'alcool régulièrement ou en grande quantité que leurs homologues du sexe féminin. Des études donnent aussi à penser que la tendance des hommes à s'exprimer de façon plus agressive n'est pas sans incidence sur leur santé mentale : les hommes adoptent plus souvent des comportements à risque et autodestructeurs quand ils sont dans le désarroi, tandis que les femmes ont tendance à sombrer dans la dépression. Le taux de suicide chez les hommes âgés est quatre fois plus élevé que chez les femmes, même si l'incidence du suicide chez les personnes âgées diminue depuis le début des années 1980. Parmi les facteurs en cause dans le suicide, mentionnons la détérioration de la santé physique, les problèmes de santé mentale (p. ex. dépression, démence), le deuil et la solitude. Par

ailleurs, les hommes sont beaucoup moins enclins que les femmes à consulter leur médecin pour des bilans réguliers et à se faire soigner. En général, ils ne demandent de l'aide que lorsqu'un problème est avancé. Ils ne s'y astreignent souvent que sous la pression de leur conjointe ou de leur fille. Il serait important de comprendre les facteurs historiques et culturels qui expliquent cette réticence afin d'élaborer des approches nouvelles pour surmonter cet obstacle à l'amélioration de la santé.

Étant donné que la participation au marché du travail a une incidence sur la situation économique des gens lorsqu'ils atteignent le troisième âge, les hommes âgés jouissent d'une meilleure sécurité financière que les femmes. En 1995, 1 % des hommes âgés déclaraient n'avoir jamais eu d'emploi rémunéré, comparativement à 21 % des femmes âgées. Comme les hommes âgés sont plus nombreux que les femmes à avoir occupé un emploi rémunéré, 25 % de leurs revenus provenaient de régimes de retraite liés à un emploi dans le secteur privé (en 1994), comparativement à 12 % pour les femmes. Ajoutons que les hommes âgés ont moins souvent que les femmes de faibles revenus (soit respectivement 11 % contre 26 %), et que le revenu moyen des hommes mariés atteignait près du double de celui des femmes âgées mariées en 1994.

Les attentes de la société à l'égard des femmes et du rôle qui leur « convient » ont eu une incidence sur les grands événements de leur vie, tels que la décision de poursuivre des études supérieures, de se marier, d'avoir des enfants et d'occuper un emploi rémunéré à l'extérieur de la maison. Ces événements et ces décisions ont aussi de lourdes conséquences sur la santé et le bien-être

des femmes dans les dernières années de leur vie. Le fait d'être mère de famille a d'importantes répercussions sur les possibilités de gains d'une femme. Même si les deux parents investissent dans le bien-être de leurs enfants, dans la plupart des cas, c'est la mère qui réduit ses heures de travail rémunéré et ses possibilités d'avancement afin d'assumer le travail non rémunéré inhérent à leur éducation. C'est la maternité qui continue de coûter cher aux femmes dans leur vieillesse. Par exemple, le revenu moyen des femmes de 65 ans et plus ne correspond qu'à 63 % de celui des hommes. Les jeunes femmes et celles d'âge moyen ont certes aujourd'hui beaucoup plus de choix et de possibilités que n'en avaient leurs mères et leurs grands-mères, mais la présence d'enfants, conjuguée à la sous-rémunération persistante de nombreuses occupations traditionnellement dominées par les femmes pourraient les désavantager encore dans leurs vieux jours.

L'espérance de vie supérieure des femmes et l'écart d'âge traditionnel entre les conjoints accroissent la probabilité qu'elles soient veuves. L'absence d'un conjoint pour prendre soin d'elles dans la vieillesse est l'un des facteurs qui explique qu'une plus forte proportion de femmes vivent en établissement par rapport à leurs homologues de sexe masculin. Les hommes âgés risquent beaucoup moins d'être veufs que les femmes âgées, et leurs chances de se remarier par suite au décès de leur épouse est trois fois plus élevée. Comme ils sont beaucoup plus susceptibles de mourir avant leur conjointe, ils ont un meilleur accès qu'elles à un soutien social et à des soins informels durant la maladie, et aboutissent beaucoup plus rarement en établissement que les femmes âgées.

En terminant, mentionnons que l'orientation sexuelle peut avoir une influence sur les relations avec la famille, les amis et les services sociaux et donc directement sur les conditions de vie des aînés homosexuels, hommes et femmes. L'ostracisme, qui fait que plusieurs homosexuels vieillissent en marge de la société, limite l'accès à un réseau formel et informel d'aide en cas de besoin. Par exemple, l'absence de liens étroits avec la famille ou l'absence d'enfants peuvent réduire le soutien en cas de maladie et augmenter le placement en établissement. Des problèmes financiers pourraient aussi exister lorsque les relations de couples homosexuels ne sont pas reconnues par les gouvernements et les institutions.

Défis

- Encourager une plus grande souplesse en milieu de travail et aider les employés (hommes et femmes) à s'acquitter de leurs responsabilités familiales (soins des enfants et de leurs parents âgés), c.-à-d. des politiques « favorables à la famille ».
- Favoriser une culture où les tâches de l'éducation des enfants et le coût-personne s'y rattachant sont partagés de façon plus équitable.
- Mettre sur pied des projets de promotion de la santé physique et mentale (p. ex. programmes d'abandon du tabac, amélioration du régime alimentaire, exercice, réduction de la consommation d'alcool) avant et pendant le troisième âge, afin de prévenir les affections et maladies subséquentes.
- Inciter les hommes à faire bon usage du système de santé dans une perspective de promotion de la santé, de prévention et de dépistage de la maladie (p. ex. visites régulières chez le médecin de famille et consultation rapide d'un professionnel de la santé lorsqu'un problème de santé se déclare).
- Faire en sorte que le travail des femmes soit reconnu et rémunéré convenablement.
- Assurer des régimes de pension financés par l'employeur pour le travail non conventionnel.
- Analyser les politiques gouvernementales dans des domaines tels que la fiscalité, les pensions et la santé en tenant compte de la réalité de vie des hommes et des femmes, de manière à ce que les inégalités entre les sexes soient abolies au lieu d'être exacerbées.
- Offrir des services de soutien communautaire adéquats aux femmes et aux hommes âgés vivant seuls afin de prévenir ou de retarder leur placement en établissement.
- Procurer une sécurité du revenu suffisante aux femmes âgées, notamment à celles qui dépendent entièrement des prestations de pensions de l'État.
- Encourager les médecins et les chercheurs à se pencher sur le problème des maladies cardiaques chez les femmes puisqu'un grand nombre d'entre elles ne sont pas diagnostiquées.

Indicateurs de changement

- Augmentation du nombre d'employeurs, tant publics que privés, instaurant une politique sociale favorable à la famille qui tient compte des responsabilités des femmes et des hommes à l'égard de leurs familles, ne pénalise pas les femmes qui doivent jouer un double rôle et leur assure une rémunération égale pour un travail égal.

-
- Diminution de la proportion de femmes âgées vivant seules ou avec des personnes non apparentées qui ont un revenu moindre que le seuil de faible revenu.
 - Augmentation de la proportion d'hommes faisant un usage approprié (et en temps utile) du système de santé.
 - Augmentation de l'espérance de vie en bonne santé des hommes et des femmes.

Références

Conseil consultatif national sur le troisième âge. *La position du CCNTA sur les événements de la vie des femmes âgées*. Ottawa : 1993.

Conseil consultatif national sur le troisième âge. Les hommes et le vieillissement au Canada. *Expression*, vol. 9, n° 3, 1993.

Conseil national du bien-être social. *Profil de la pauvreté 1995*. Ottawa : 1997.

Lindsay, Colin. *Un portrait des aînés au Canada*, 2^e édition, n° au catalogue 89-519-XPF Ottawa : Statistique Canada, 1997.

Maxwell, Colleen J. et Oakley, Kathryn. Éditorial : Problèmes de santé des femmes âgées. *Revue canadienne du vieillissement*, vol. 17, n° 2, été 1998, p. x-xix.

Mishara, B. Le suicide chez les aîné-e-s, dans *Santé mentale et vieillissement*, Ottawa, Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1991, p. 97-114.

1.2 LES AÎNÉS DES COMMUNAUTÉS ETHNO-CULTURELLES



Problématique

Les immigrants représentent 26 % des aînés vivant au Canada et, dans le groupe de 45 à 64 ans leur proportion est à peu près la même. La plupart des immigrants qui sont actuellement âgés de 65 ans et plus sont arrivés il y a relativement longtemps : selon les données de 1996, 61 % d'entre eux sont arrivés avant 1961. Les personnes âgées qui immigreront actuellement au Canada sont presque toutes parrainées par des membres de leur famille et ne représentent qu'une faible proportion des immigrants entrant chaque année au pays, soit 4 % en 1995.

Certains groupes ethniques ont une longue histoire au Canada et leur communauté est bien établie. D'autres sont des arrivants relativement nouveaux. Environ 4,5 % de tous les Canadiens et Canadiennes âgés ne parlent ni l'anglais ni le français comparativement à 1,7 % de la population de 15 à 64 ans. Or, les difficultés de communication peuvent être à l'origine de soins peu adaptés, comme un traitement déficient, des analyses superflues ou un congé prématuré. Des services d'interprétation, à la fois pour la langue et la culture, sont souvent nécessaires pour assurer des soins efficaces.

Les aînés des divers groupes ethniques peuvent avoir des habitudes et des goûts différents de la culture majoritaire. Leur style de vie ainsi que leurs

relations, leurs réseaux d'aînés et leurs réseaux de soutien sont différents. Ils adoptent donc des stratégies différentes pour composer avec le vieillissement. Face à cette diversité culturelle, il nous faut définir et comprendre les besoins spécifiques des groupes ethno-culturels qui composent la mosaïque canadienne.

Les différences culturelles et linguistiques et les obstacles structurels (comme le racisme) peuvent compromettre l'accès aux possibilités d'instruction et d'emploi à toutes les étapes de la vie, de même que l'accès aux services et à l'information à cet âge avancé. Par contre, le temps écoulé depuis la date d'établissement au Canada ainsi que l'âge au moment de l'arrivée au pays influent sur le taux de pauvreté, la connaissance des institutions et l'adaptation à la société canadienne. Par exemple, certaines études ont révélé qu'il faut de 10 à 20 ans aux nouveaux immigrants pour atteindre un niveau de prospérité comparable à celui de la population en général. De plus, l'admissibilité aux régimes de pension du Québec ou du Canada et le niveau des prestations sont fonction du nombre d'années passées sur le marché du travail au Canada. Enfin, les immigrants âgés qui arrivent au Canada n'ont droit à la totalité des prestations de la Sécurité de la vieillesse et du Supplément de revenu garanti qu'après avoir vécu au moins dix années au pays.

En ce qui a trait aux problèmes de santé mentale, les aînés d'origine ethno-culturelle peuvent être plus vulnérables, puisque le déracinement, la mauvaise connaissance de la culture dominante et le manque de contacts significatifs avec des individus à l'extérieur du cercle familial sont des facteurs qui accroissent la solitude et favorisent la dépression.

Défis

- Permettre l'accès à des activités de sensibilisation au mode de vie canadien et à des programmes d'apprentissage de langue seconde pour les immigrants âgés; évaluer les mécanismes efficaces.
 - Augmenter le nombre de professionnels et de bénévoles issus des communautés ethno-culturelles ou des minorités visibles au sein des services de santé et des services sociaux aptes à offrir des soins et services adaptés à la culture des personnes âgées d'origines diverses.
 - Veiller à ce que les personnes âgées qui immigreront au Canada aient accès à une aide financière adéquate.
 - Accroître les possibilités de participation sociale pour les immigrants âgés, autant à l'intérieur de leur communauté culturelle qu'au sein de la culture majoritaire.
- Adapter les services et l'information pour tenir compte des besoins particuliers des personnes âgées appartenant à des groupes ethno-culturels. Les services doivent être sensibles à la diversité culturelle, ce qui comprend l'utilisation d'autres langues que le français et l'anglais et de pictogrammes pour les personnes âgées peu alphabétisées.

Indicateurs de changement

- Augmentation du taux de personnes âgées de différentes origines ethniques pouvant communiquer efficacement dans l'une des deux langues officielles.
- Accroissement de l'offre de services de santé et de services sociaux qui prennent en considération les différences culturelles.

Références

- Auger, Jeanette A. Ethnic seniors : Accessing health services, dans *Health and cultures : Exploring the relationships, Vol. II, Programs, Services and Care*, Oakville (Ontario), Mosaic Press, 1993, p. 155-167.
- Brotman, Shari. Poverty among ethnic seniors in Canada. *Revue canadienne du vieillissement*, vol. 17, n° 2, été 1998, p. 166-185.
- Dai, S.Y. et George, M.V. *Projections de la population des minorités visibles, Canada, provinces et régions, 1991-2016*, n° au catalogue 91-541-XPF, Ottawa : Statistique Canada, 1996.
- Kinnon, D. *An Overview of Canadian Research on Immigration and Health: Draft discussion paper*, rapport préparé pour la Troisième conférence nationale Métropolis, Vancouver, décembre 1998.
- Lindsay, Colin. *Un portrait des aînés au Canada*, 2^e édition, n° au catalogue 89-519-XPF, Ottawa : Statistique Canada, 1997.
- McPherson, Barry D. *Aging as a social process : An introduction to individual and population aging*, 3^e édition, Toronto : Harcourt Brace, 1998.
- Plouffe, Louise. La santé mentale de groupes aux besoins particuliers, dans *Santé mentale et vieillissement*, Ottawa, Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1991, p. 115-130.

1.3 LA POPULATION AUTOCHTONE



Problématique

Au cours des 30 dernières années, la santé des Autochtones s'est améliorée à bien des égards : les taux de mortalité ont chuté grâce à l'amélioration des conditions de vie et à un meilleur accès aux soins. L'espérance de vie a connu une nette amélioration attribuable en grande partie à la baisse rapide de la mortalité infantile. Mais en dépit de ces améliorations récentes, l'état de santé des Autochtones n'est pas encore comparable à celui du reste de la population canadienne. Les Autochtones demeurent aux prises avec un nombre disproportionné de graves problèmes de santé et plusieurs sont atteints de maladies chroniques et de difficultés à un âge plus précoce que le reste de la population canadienne. Le risque de maladies dégénératives telles la tuberculose ou le diabète est quatre fois plus élevé dans la population autochtone que dans le reste de la population canadienne, et le taux de déficience est deux fois plus élevé. Sans compter que les Autochtones vivent généralement dans des climats rigoureux où le coût de la vie est élevé et où les moyens de transport limités rendent difficile d'assurer en temps voulu une aide médicale d'urgence.

La population autochtone n'est toutefois pas un groupe homogène. On observe de grandes différences entre les Autochtones du nord et du

sud, ainsi qu'entre ceux qui vivent dans les réserves et à l'extérieur des réserves. Or, les indicateurs de santé et l'accessibilité des services de santé diffèrent beaucoup selon le milieu de vie. Alors que l'espérance de vie des Premières nations vivant dans les réserves est de neuf ans de moins que celle des autres Canadiens et Canadiennes, cet écart diminue de moitié chez les Indiens inscrits vivant hors réserve. En ce qui concerne les réformes du système de santé, les mesures destinées à écourter la période d'hospitalisation ont d'ailleurs été lourdes de conséquences dans les réserves, car les services de soutien communautaire y sont presque inexistantes. Ce manque de ressources oblige souvent les aînés autochtones à quitter la réserve pour être hospitalisés ou placés en établissement de soins prolongés dans un milieu de vie qui leur est culturellement étranger et loin des leurs. Cette situation, qui augmente les coûts du système, provoque aussi l'isolement social des personnes touchées.

La majorité des aînés autochtones d'aujourd'hui ont connu pendant une partie de leur existence des conditions de vie difficiles : mauvaise alimentation, logement inadéquat, alcoolisme et tabagisme, faible estime de soi, etc. Ils ont été marginalisés tant à l'extérieur qu'à l'intérieur de leur communauté où leur apport économique, spirituel et autre est devenu de moins en moins important pour le fonctionnement de la collectivité. Que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur des réserves, les Autochtones sont aux prises avec un grave problème de logement, en raison de l'état lamentable de la plupart des habitations, et à l'extérieur des réserves, de la discrimination. La mobilité résidentielle des autochtones âgés est élevée. Les autochtones âgés ont besoin à la fois

des services dont ont besoin tous les Canadiens et Canadiennes âgés et de services adaptés à leur situation culturelle particulière.

La population autochtone est plus jeune que la population canadienne et continuera de l'être pendant quelque temps encore. Toutefois, la baisse des taux de mortalité et de morbidité observée au cours des 50 dernières années laisse présager une augmentation soutenue du nombre d'aînés autochtones au cours des prochaines décennies, même si les risques de problèmes de santé sont anormalement élevés. Si l'on situe à 55 ans le début de la vieillesse chez les Autochtones (pour tenir compte du fait qu'ils sont défavorisés sur le plan de la santé par rapport aux autres Canadiens), le nombre d'aînés des Premières nations et d'aînés inuits pourrait tripler, passant de 60 000 en 1998 à 180 000 en 2021. Il pourrait en résulter une demande accrue de soins à domicile, principalement dans les réserves où ces services n'existent guère à l'heure actuelle.

En leur permettant de mettre à profit la connaissance qu'ils ont d'eux mêmes et leur créativité, le transfert des pouvoirs administratifs aux Autochtones pourrait mener à la création d'institutions adaptées à leur diversité sociale et culturelle. La dimension politique sera donc l'un des déterminants du bien-être futur de ces populations.

Défis

- Redoubler d'efforts en vue d'améliorer l'état de santé de la population autochtone en travaillant en étroite collaboration avec les communautés autochtones sur les déterminants de la santé : aspects économiques, éducatifs, sociaux et environnementaux (p. ex. l'accès à un logement adéquat).
- Développer des programmes de soins et de promotion de la santé axés sur les problèmes touchant particulièrement les Autochtones et adaptés à leur culture.
- Améliorer l'offre de services de soins à domicile et de services communautaires dans les réserves et en améliorer l'accès.
- Garantir une qualité et une accessibilité en ce qui a trait aux services continus de soins de santé dispensés dans les réserves comparables aux normes provinciales.
- Élaborer des politiques et programmes tenant compte de la réalité culturelle et linguistique des aînés autochtones, que ce soit dans les réserves ou lorsque ces derniers doivent quitter leur communauté pour recevoir des soins loin de leur foyer.
- Former les professionnels de la santé et les travailleurs sociaux de façon qu'ils soient davantage sensibilisés aux cultures autochtones; parallèlement, recruter et former plus d'Autochtones dans ces disciplines.

Indicateurs de changement

- Plus grande similarité de l'état de santé, de la situation socio-économique et des conditions de vie entre les Autochtones et le reste de la population.
- Amélioration de l'offre de services communautaires et de soins à domicile dans les réserves.

Références

Frideres, James S. L'avenir de notre passé : les Autochtones âgés dans la société canadienne, dans *Questions touchant les aîné-e-s autochtones*, Ottawa, Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1994, p. 17-40.

Ministère des Affaires indiennes et du développement du Nord canadien. *National Summary – First Nations Continuing Care Services and Issues*, a DIAND/Health Canada Joint Working Group on a Federal First Nation Continuing Care Strategy, May 16, 1997, p. 59.

Patriquin, Helen. *Rapport de la conférence nationale sur les soins à domicile*, Ottawa, Santé Canada, les 8 et 9 mars 1998.

Publication de l'Organisation nationale des représentants Indiens et Inuit en santé communautaire , *LE LIEN*, vol. 7, n° 4, printemps 1997.

Publication de l'Organisation nationale des représentants Indiens et Inuit en santé communautaire , *LE LIEN*, vol. 9, n° 1, 1999.

Statistique Canada. Le Recensement de 1996 : données sur les Autochtones, *Le Quotidien*, le 13 janvier 1998.

1.4 LA VIE EN RÉGION URBAINE, RURALE OU ÉLOIGNÉE



Problématique

Au Canada, la majorité des personnes âgées vivent en région urbaine (des régions comptant au moins 1 000 habitants et une densité de population d'au moins 400 par kilomètre carré) mais environ 20 % d'entre elles vivent dans une région rurale ou isolée (appellation utilisée pour tous les territoires situés à l'extérieur des régions urbaines). Les collectivités rurales au Canada sont extrêmement diversifiées et les différences régionales sont appréciables. Néanmoins, quelques généralisations sont possibles. Parmi les avantages que procure la vie en région rurale, mentionnons le prix moins élevé du logement et des taxes, l'air pur et un mode de vie plus paisible. Beaucoup de personnes âgées ont migré vers ces régions à leur retraite pour profiter de ces avantages, qui sont souvent annulés, cependant, par les coûts plus élevés de la nourriture et du transport.

L'accès limité aux services et aux commodités (choix en matière de logement, transport en commun, services professionnels et commerciaux, soins à domicile et services sociaux et de santé spécialisés) peut toutefois constituer un obstacle de taille à l'autonomie d'un grand nombre de personnes âgées vivant en région rurale. Cette situation se rencontre aussi dans les collectivités éloignées et

dans plusieurs communautés autochtones. Par exemple, en 1993, le pourcentage de médecins pour 1 000 habitants en milieu rural était inférieur de 50 % à celui des centres urbains plus peuplés. Face à une perte de capacités fonctionnelles, une personne pourrait choisir de déménager dans un centre urbain où un plus grand nombre de services sont disponibles. Toutefois, l'argent peut poser un problème grave lorsque quelqu'un quitte une région où le prix du logement est modeste pour aller habiter dans un centre plus grand où les prix sont beaucoup plus élevés.

Certaines collectivités ont du mal à financer les services nécessaires à leur population âgée. Nombre de régions rurales ou éloignées, souvent tributaires de l'exploitation de ressources telles la pêche et les mines, sont actuellement en proie à un exode des jeunes qui partent à la recherche d'un emploi. Dans le même temps, ces collectivités connaissent une augmentation de leur population de personnes âgées, moins mobiles. Pour ces régions économiquement faibles, confrontées à une faible croissance démographique et à une réduction de leur assiette fiscale, le financement des services aux personnes âgées pose des difficultés de plus en plus insurmontables. Les grandes distances entre les collectivités augmentent encore le coût de la prestation des services puisqu'il est plus difficile de partager des ressources. Par ailleurs, la régionalisation des services de santé et des services sociaux, qui se produit un peu partout au pays, peut souvent aggraver le problème en l'absence d'une redistribution équitable des ressources en fonction des besoins, des paliers de gouvernement plus élevés vers les collectivités.

La petite taille des populations combinée aux distances séparant les communautés peut se traduire par un isolement des personnes âgées, notamment par mauvais temps. Lorsqu'ils existent, les services de transport en commun sont souvent offerts à une fréquence ou selon un horaire peu commode. En milieu rural, les gens habitent en moyenne à dix kilomètres d'un médecin, comparativement à moins de deux kilomètres pour le résident urbain. Les personnes âgées vivant dans ces régions sont par ailleurs plus susceptibles que leurs homologues des villes de vivre dans de vieilles maisons nécessitant des travaux d'entretien et de réparation majeurs. Cela peut constituer un fardeau supplémentaire à la fois coûteux et difficile à gérer.

Environ 80 % des personnes âgées du Canada vivent en région urbaine. En 1995, près du tiers d'entre elles vivaient dans les trois grandes régions métropolitaines du pays, soit Vancouver, Toronto et Montréal. Elles représentent en fait plus de 10 % de la population de chacune de ces régions. Au cours des prochaines décennies, on s'attend à une hausse de la population âgée dans les banlieues, qui verront leur population vieillir.

Si la vie en ville ou en banlieue présente notamment l'avantage d'offrir un meilleur accès aux services que dans les campagnes, elle comporte aussi des inconvénients. En effet, les aînés vivent en général dans le centre-ville où le coût de la vie, le taux de criminalité et d'autres problèmes sociaux sont plus élevés qu'en région rurale, ce qui érode leur sécurité financière et mine leur sentiment de sécurité. La solitude ressentie par plusieurs

personnes en milieu urbain, où il est plus difficile de faire connaissance avec ses voisins, s'ajoute à la problématique propre aux villes.

Défis

- Inciter les gouvernements à fournir les ressources suffisantes pour offrir des services de santé, des services sociaux, des soins à domicile et des services de transport dans les régions rurales ou éloignées, notamment là où la proportion des personnes âgées est élevée.
- Développer des façons innovatrices pour améliorer l'accès des personnes âgées aux services de santé et aux services sociaux et à l'information sur la santé, en faisant appel notamment aux nouvelles technologies de l'information.
- Mettre en place de nouvelles options en matière de logement et de transport pour les personnes âgées des régions rurales ou éloignées, et des options de logement à prix modique pour celles qui vivent en ville.
- Appuyer les initiatives de développement communautaire dans les régions rurales et urbaines en vue de réduire l'isolement des aînés et d'accroître leur sentiment de sécurité.
- Inclure dans les plans d'aménagement urbain des conditions propres à répondre aux besoins particuliers d'une population vieillissante : trottoirs bien déneigés, éclairage approprié, durée des feux de circulation suffisamment longue aux passages de piétons, etc.

Indicateurs de changement

- Accroissement de l'offre et de l'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes âgées des régions rurales.
- Accroissement des options en matière de logement et de transport offertes aux personnes âgées des régions rurales, et amélioration de l'accès à des logements à prix modique dans les régions urbaines.

Références

- Conseil consultatif national sur le troisième âge. *Expression*, vol. 9, n° 1, hiver 1993.
- Conseil consultatif national sur le troisième âge. Obstacles à l'autonomie des aîné-e-s : la sécurité, *Vignette vieillissement*, n° 82, Ottawa, 1997.
- Hodge, Gerald. *Le vieillissement de la population dans les localités rurales canadiennes : une étude du rôle des gouvernements locaux*. Toronto : Comité intergouvernemental de recherches urbaines et régionales, 1993.
- Hodge, Gerald. *The Graying of Canadian Suburbs : Pattern, Pace, and Prospects*. Ottawa : Société canadienne d'hypothèques et de logement, 1994.
- Lindsay, Colin. *Un portrait des aînés au Canada*, 2^e édition, n° au catalogue 89-519-XPF Ottawa : Statistique Canada, 1997.
- Moore, Eric G. et al. *Vieillir au Canada : les aspects démographiques et géographiques du vieillissement*. Scarborough : ITP Nelson, 1997.
- Ng, Edward. À quelle distance se trouve le plus proche médecin? Dans *Bulletin d'analyse – Régions rurales et petites villes du Canada*, vol. 1, n° 5, no au catalogue 21-006-XIF Ottawa, Statistique Canada, 1999.

2. LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE

2.1 L'ÉTAT DE SANTÉ



Problématique

La santé ne se limite pas à l'absence de maladie. De nos jours, on considère que la santé est une source positive de vie et on tient compte de tout un éventail de facteurs sociaux, psychologiques, économiques, physiques et environnementaux qui contribuent à la santé. Une des définitions les plus adéquates nous est proposée par l'*Institute of Health Promotion Research* de l'Université de la Colombie-Britannique. Pour cet organisme, la santé est la capacité des gens à s'adapter et à réagir aux défis et aux changements qui surviennent dans leur vie ou à les maîtriser.

Au Canada, les aînés vivent aujourd'hui plus longtemps et en meilleure santé qu'auparavant. En 1996, l'espérance de vie à 65 ans était de 18,4 ans, soit cinq ans de plus qu'en 1941. Neuf de ces 18 années sont sans incapacité et, dans les années qui restent, trois sont des années d'incapacité légère, trois d'incapacité modérée et trois d'incapacité grave. L'augmentation récente de l'espérance de vie à 65 ans s'est traduite en grande partie par le prolongement de la durée de vie avec une incapacité légère ou sans incapacité.

La maladie chez les personnes âgées est plus souvent chronique qu'aiguë. À mesure que les gens vieillissent, ils sont davantage victimes de maladies chroniques. Toutefois, la plupart des personnes

âgées s'adaptent à leur état de santé et continuent de fonctionner. En 1995, 78 % des aînés âgés de 65 à 74 ans et 86 % des aînés de 75 ans et plus vivant dans la collectivité disaient souffrir d'au moins une maladie chronique. Mais ces maladies ne limitent pas nécessairement leurs activités de la vie courante, puisque seulement 36 % des aînés âgés de 65 à 74 ans et 46 % des aînés de 75 ans et plus déclarent avoir des activités restreintes en raison d'une maladie chronique. En effet, malgré certains troubles de santé, la majorité des personnes âgées se considèrent en bonne santé. En 1995, 76 % des aînés de 65 à 74 ans et 68 % des aînés de 75 ans et plus estimaient être en bonne, très bonne ou excellente santé. Même parmi les aînés qui vivaient en établissement et qui souffraient de problèmes de santé complexes, 43 % ont affirmé être en bonne, très bonne ou excellente santé.

La perception positive de son état de santé est un indicateur de bien-être général qui prend en compte non seulement les problèmes, mais surtout la capacité de composer avec ces problèmes. Or, il appert que 85 % des aînés dont les activités sont restreintes affirment bien se débrouiller. En plus de cette perception positive de leur santé et de leur capacité de composer avec leurs problèmes, la plupart des aînés ont une perception positive de leur état de santé mentale : en 1991, 86 % d'entre eux déclaraient être très ou assez satisfaits de la vie. Toutefois, une proportion comparable d'aînés (46 %) et d'adultes âgés de 45 à 64 ans (50 %) disaient vivre un stress intense en raison d'événements critiques dans leur vie.

Cette image généralement positive masque de grandes disparités entre les aînés. On sait que l'état de santé physique et mental est grandement influencé par des facteurs sociaux, économiques

et comportementaux tout au long de la vie. Les aînés moins instruits et appartenant aux classes socio-économiques inférieures sont plus malades, ont une espérance de vie moins longue et souffrent davantage de troubles émotionnels. Les facteurs sociaux et économiques influent aussi sur les comportements de vie individuels, comme le tabagisme, la nutrition et l'activité physique, lesquels sont étroitement liés à l'état de santé général. La santé des aînés dépend aussi du soutien social dont ils disposent : les aînés qui jouissent d'un bon réseau social, qui se sentent utiles à la société et y participent activement, sont en meilleure santé physique et mentale et leurs taux de mortalité sont moins élevés.

L'état de santé varie aussi selon le sexe : les femmes souffrent plus que les hommes de maladies chroniques, et ont davantage recours aux soins de santé. Les hommes sont plus souvent atteints de maladies mortelles. Enfin, on observe également des différences entre les divers groupes ethniques et culturels. Les Noirs risquent davantage de mourir jeunes que les Blancs, mais ceux qui atteignent la vieillesse vivent généralement plus longtemps que

les Blancs. La maladie d'Alzheimer est très rare parmi les Autochtones du Canada. Enfin, rappelons que tous les déclin ne sont pas inéluctables. Contrairement à ce que beaucoup pensent, les personnes âgées peuvent conserver leur santé et très souvent l'améliorer.

Défis

- Convaincre les Canadiens et les Canadiennes de consacrer une plus grande proportion des investissements publics destinés à la santé aux déterminants de la santé et demander aux gouvernements de rendre compte de l'amélioration des conditions sociales, économiques, physiques et environnementales qui jouent un rôle déterminant dans la santé.
- Établir une collaboration entre tous les secteurs de la société, y compris les gouvernements, les secteurs privé et bénévole et les collectivités, pour agir sur les déterminants de la santé.

Indicateurs de changement

- Augmentation de la durée de vie sans incapacité.
- Réduction des disparités dans l'état de santé physique et mental des aînés.

Références

- Chappell, Neena L. Maintenir et renforcer l'autonomie et le bien-être des personnes âgées, *Les déterminants de la santé : les adultes et les personnes âgées*. Ste-Foy : Éditions Multimondes, 1998.
- Conseil consultatif national sur le troisième âge, *La position du CCNTA sur l'établissement des priorités dans les soins de la santé : le point de vue des aîné-e-s*. Ottawa : 1995.
- Frankish, C.J. et al. *L'évaluation des répercussions sur la santé comme instrument de promotion de la santé de la population et de la politique publique*. Ottawa : Santé Canada, 1996.
- Lindsay, Colin. *Un portrait des aînés au Canada*, 2^e édition, n° au catalogue 89-519-XP. Ottawa : Statistique Canada, 1997.
- Santé et Bien-être Social Canada. Secrétariat du troisième âge. *Vieillesse et autonomie : Aperçu d'une enquête nationale*. Ottawa : 1993.
- Smith, Jennifer L. *Bien-être : résultats de l'intégration de l'échelle d'équilibre affectif de Bradburn à l'enquête sur le vieillissement et l'autonomie de 1991*. Ottawa : Santé Canada, 1995.
- Wilkins, R., Chen, J. et Ng, E. Changes in Health Expectancy in Canada from 1986 to 1991, dans Mathers, C., McCallum J. & J-M Robine (eds), *Advances in Health Expectancies: Proceedings of the International Network on Health Expectancy (REVES)*, Canberra, Australian Institute of Health and Welfare, December 1994.

2.2 LES MALADIES CHRONIQUES



Problématique

En vieillissant, les gens risquent davantage d'être atteints de maladies chroniques et d'avoir des problèmes de santé, mais la plupart des personnes âgées s'adaptent aux changements de leur état de santé et continuent de fonctionner adéquatement. Les troubles les plus répandus chez les personnes âgées sont les maladies cardiaques, les accidents cérébrovasculaires, l'arthrite, le diabète, l'ostéoporose, la démence et l'incontinence. Bien qu'on ne connaisse pas les causes précises d'un grand nombre de ces maladies ou affections, il est souvent possible de cerner les facteurs de risque qui y sont associés. Ces facteurs ne sont pas les causes de la maladie, mais plutôt des caractéristiques, des expositions ou des activités qui semblent avoir un rapport avec l'apparition de la maladie. Il s'agit notamment des antécédents familiaux, des expositions professionnelles et environnementales à certains produits chimiques, de l'usage du tabac et de l'obésité. Nombre des maladies chroniques ont une incidence plus élevée dans les groupes à faible revenu.

À mesure que la recherche fait des progrès en ce qui a trait à la prévention et au traitement des maladies chroniques, elle repousse l'âge où les aînés seront atteints de ces maladies et certains n'en souffriront peut-être jamais. Néanmoins, étant donné qu'il y aura beaucoup plus de personnes âgées de façon générale, le nombre total de

personnes ayant des maladies chroniques est susceptible d'augmenter encore et à mesure que l'espérance de vie augmente, les gens risquent de vivre plus longtemps avec une maladie chronique. En outre, il y aura probablement un plus grand nombre de personnes ayant des troubles de développement au début de l'âge adulte qui survivront jusqu'à un âge avancé. Les investissements dans les soins et le traitement des affections chroniques permettront à un plus grand nombre de personnes atteintes de ces affections de jouir d'une meilleure qualité de vie dans leur vieillesse et de contribuer plus longtemps à la société.

On a fait beaucoup de recherches sur les maladies liées au vieillissement au cours des dix dernières années, lesquelles ont donné lieu à de nouveaux traitements et à de nouvelles stratégies de prévention. Les chercheurs ont aussi trouvé de nouvelles pistes sur leurs causes. Ils ont mis au point de nouveaux médicaments qui peuvent prévenir ou retarder l'apparition de certaines maladies chroniques. Par exemple, les bisphosphonates utilisés dans le traitement de l'ostéoporose peuvent augmenter la densité osseuse et réduire l'incidence de fractures chez les femmes ménopausées qui ne prennent pas d'estrogènes. On ne cesse de perfectionner les techniques chirurgicales et d'en développer de nouvelles, ce qui ne manquera pas d'améliorer la qualité de vie et la longévité des aînés aux prises avec des maladies chroniques (p. ex. les implants chirurgicaux pour l'incontinence). La sensibilisation du public au besoin de dépistage précoce a aussi eu pour résultat d'accroître l'utilisation de mesures de dépistage comme les mammographies pour déceler le cancer du sein. Ces améliorations ont donné des résultats mesurables relativement à la réduction des taux de mortalité attribuables à certaines maladies.

1. Maladies cardio-vasculaires et accidents cérébrovasculaires

Les maladies cardio-vasculaires (cardiopathies ischémiques et accidents cérébrovasculaires) demeurent la principale cause de décès au Canada, bien que leur incidence ait chuté considérablement grâce aux progrès technologiques et à l'amélioration des pratiques d'hygiène personnelle et des conditions environnementales. En 1995, dans le groupe de 65 à 74 ans, le pourcentage des décès attribuables aux maladies cardio-vasculaires s'élevait à 37,2 % chez les hommes et à 32,5 % chez les femmes. On observe un pourcentage de 45,1 % chez les hommes et 51,2 % chez les femmes âgées de 85 ans et plus. Les maladies cardio-vasculaires peuvent être prévenues dans une large mesure. Les principaux facteurs de risque dans le cas des cardiopathies et des accidents cérébrovasculaires sont l'hypercholestérolémie, le tabagisme, l'hypertension, les antécédents familiaux et trois facteurs inter-reliés, à savoir l'obésité, la sédentarité et le diabète ou l'intolérance au glucose.

Le risque d'être atteints de ces maladies augmente à mesure que les facteurs de risque s'additionnent. Un changement même modéré des habitudes de vie peut contribuer à réduire considérablement l'incidence de ces maladies.

2. Cancer

Le cancer est une tumeur maligne formée par la prolifération anormale et anarchique des cellules. Plus de 70 % des nouveaux cas de cancer et plus de 80 % des décès provoqués par cette maladie surviennent chez les personnes âgées de 60 ans et plus. Le cancer le plus répandu chez les femmes est le cancer du sein et chez les hommes, celui de la prostate. Le cancer du poumon demeure cependant le plus meurtrier chez les deux sexes.

Les facteurs de risque varient selon le type de cancer, toutefois certains facteurs de risque modifiables ont été reconnus pour plusieurs cancers. Mentionnons, entre autres, l'usage du tabac, un régime alimentaire riche en matières grasses et pauvre en fibres, une consommation insuffisante de fruits et légumes et un mode de vie sédentaire. D'autres facteurs de risque sont particuliers à certains types de cancer. Par exemple, l'exposition au soleil est liée au cancer de la peau, l'alcool est lié au cancer du foie, le tabac à chiquer est lié au cancer de la bouche et les antécédents familiaux sont liés au cancer du sein.

3. Arthrite

L'arthrose (couramment appelée arthrite) entraîne une usure des articulations et des cartilages et restreint la mobilité. C'est l'un des troubles les plus fréquents et l'une des principales causes d'invalidité chez les personnes âgées. Les articulations le plus souvent touchées sont celles des mains, des pieds, des genoux, des hanches et de la colonne vertébrale. On estime que plus de 80 % de la population âgée de plus de 75 ans souffre d'arthrite.

Quelques-uns des principaux facteurs de risque sont l'obésité, les maladies prédisposantes et des sollicitations répétées et intenses de certaines articulations pendant des périodes prolongées. On soupçonne également l'hérédité d'être un facteur de risque.

4. Diabète

Le diabète est une maladie chronique caractérisée par un excès de glucose dans le sang. Ce trouble survient lorsque le pancréas ne produit pas des taux suffisants d'insuline pour normaliser la glycémie ou encore si l'insuline produite ne parvient pas à faire baisser la glycémie. Le diabète de type II (appelé

également diabète non insulino-dépendant) survient plus souvent à l'âge adulte et constitue la forme la plus répandue de la maladie; il représente environ 92 % des cas de diabète chez les personnes âgées. En 1991, on estimait la prévalence du diabète à environ 10 % chez les personnes âgées, mais ce taux pourrait être jusqu'à quatre fois plus élevé chez les Autochtones du même âge. On croit que pour chaque cas de diabète diagnostiqué il y a un cas non diagnostiqué. Le diabète est un problème croissant pour les aînés des Premières Nations, qui sont plus nombreux que les autres Canadiens et Canadiennes à être atteints du diabète et à souffrir et mourir de cette maladie et de ses complications.

L'obésité, un mode de vie sédentaire, l'hérédité et une mauvaise alimentation (pauvre en fibres, riche en calories, en sucre et en matières grasses) sont des facteurs de risque du diabète. L'accès limité à des produits alimentaires frais et diversifiés en région éloignée exacerbe les risques de diabète pour les gens qui y vivent.

5. Ostéoporose

L'ostéoporose est une maladie chronique caractérisée par une faible densité osseuse et une détérioration structurelle des tissus osseux. Ces facteurs accroissent le risque de fractures de la hanche, de la colonne vertébrale et du poignet. On estime qu'environ 70 % de toutes les fractures chez les personnes âgées de plus de 45 ans sont imputables à l'ostéoporose. Les premiers résultats de l'Étude canadienne multicentrique sur l'ostéoporose de 1997 ont mis en lumière des taux de prévalence variant de 20 % chez les femmes âgées de 60 à 69 ans à 42 % chez celles qui avaient plus de

79 ans, et de 13 % pour les hommes âgés de 60 à 69 ans à 30 % chez ceux qui avaient plus de 79 ans.

Les facteurs de risque de l'ostéoporose sont le tabagisme, une consommation excessive d'alcool et de caféine, la baisse du taux d'œstrogène associée à la ménopause, le manque d'activité physique, des carences alimentaires (p. ex. alimentation pauvre en calcium et en vitamine D), certains problèmes médicaux et l'hérédité.

6. Démence

La démence touche environ 8 % des personnes âgées de 65 ans et plus et entre 25 et 30 % des personnes âgées de 80 ans et plus. On estime qu'environ 20 % des clients des centres de jour et plus de 50 % des résidents d'établissements de soins de longue durée ont une quelconque forme de démence et la maladie d'Alzheimer représente 64 % de tous les cas. La maladie d'Alzheimer, maladie dégénérative du cerveau, est la principale cause de démence. Les symptômes sont la perte de mémoire, les changements d'humeur et de comportement et la détérioration du jugement et du raisonnement; il faut toutefois attendre les résultats de l'autopsie pour établir un diagnostic définitif. Les auteurs de l'Étude canadienne sur la santé et le vieillissement estiment qu'en 1991 il y aurait eu 161 000 cas de maladie d'Alzheimer au Canada et qu'en l'an 2001, le nombre de cas pourrait atteindre 238 000. Les facteurs de risque de la maladie d'Alzheimer signalés dans le cadre de cette étude englobent les antécédents familiaux, les traumatismes crâniens, un faible niveau de scolarité et une exposition professionnelle aux colles, aux pesticides et aux fertilisants.

La démence pose bien des difficultés aux familles et aux services communautaires qui s'efforcent de garder les aînés dans un environnement familial tout en faisant en sorte que les aidants naturels ne s'épuisent pas à la tâche. Le nombre de personnes atteintes de démence pourrait tripler d'ici 2031.

7. Incontinence

Ce terme désigne l'altération ou la perte de contrôle des sphincters anal ou vésical. Ce trouble est très courant chez les personnes âgées et constitue une cause importante de placement en établissement. L'incontinence urinaire est plus répandue chez les femmes que chez les hommes. Au Canada, on estime que 95 000 hommes et 250 500 femmes âgés de 65 ans ou plus sont atteints d'incontinence urinaire alors que 22 000 hommes et 67 000 femmes âgés de 65 ans ou plus souffrent d'incontinence fécale. Ce trouble peut être attribuable ou lié à de nombreux états différents, comme des changements hormonaux ou anatomiques des organes pelviens chez la femme, des maladies de la prostate chez l'homme et des accidents cérébrovasculaires, des troubles neurologiques ou musculo-squelettiques chez les deux sexes.

8. Problèmes sensoriels

Les aînés peuvent avoir des problèmes de vision contre lesquels les verres correcteurs ne pourront rien. En 1995, 8 % des personnes âgées vivant dans la collectivité déclaraient ne pas voir assez bien pour lire, même avec des verres. Les problèmes de vision sont plus fréquents dans les établissements où 28 % des personnes âgées ne voyaient pas assez bien pour lire. Les femmes âgées sont plus susceptibles d'avoir des problèmes de vision que leurs homologues masculins. Les problèmes de vision

empirent aussi avec l'âge. De même, la perte ou la diminution du sens de l'ouïe causent des difficultés aux personnes âgées. En 1995, 6 % des personnes âgées ne pouvaient suivre une conversation, même avec une prothèse auditive. L'incidence des problèmes d'ouïe augmente avec l'âge.

Défis

- Promouvoir une collaboration multisectorielle pour essayer de corriger les conditions sociales et économiques qui contribuent aux risques de maladies liées au vieillissement.
- Élaborer, mettre en œuvre et administrer des programmes de promotion de la santé pour encourager la modification des habitudes de vie propres à réduire ou à retarder l'incidence des maladies chroniques chez les personnes âgées et pour atténuer leurs conséquences lorsqu'elles se manifestent.
- Assurer les services de santé et les services sociaux complémentaires qui seront nécessaires à mesure que la population vieillit afin de répondre aux besoins du nombre croissant de personnes atteintes de maladies liées au vieillissement et pour appuyer les aidants naturels qui leur prodiguent des soins.
- Assurer le dépistage et le traitement précoces des maladies liées à l'âge par une meilleure formation professionnelle des médecins et des autres professionnels de la santé en gériatrie.
- Soutenir les recherches sur les causes et le traitement de ces maladies, notamment l'interaction des facteurs de risque génétiques et environnementaux.
- Préserver l'autonomie et l'indépendance des personnes âgées atteintes de maladies chroniques qui limitent leurs activités quotidiennes.

Indicateurs de changement

- Accroissement des ressources consacrées à la santé pour répondre aux besoins des personnes âgées atteintes de maladies chroniques et des aidants naturels qui leur prodiguent des soins.
- Amélioration des facteurs de risque modifiables, y compris la réduction de l'usage du tabac, de la consommation excessive d'alcool et de l'obésité, une augmentation des taux d'activité physique et une alimentation plus saine.
- Augmentation de la détection précoce et du traitement des maladies chroniques.
- Diminution de l'incidence des principales maladies chroniques chez les aînés.
- Diminution de la proportion des aînés ayant une déficience qui se plaignent de ne pas obtenir l'aide dont ils ont besoin.

Références

- Barceló, A. Série de monographies sur les maladies liées au vieillissement : VIII. Diabète sucré non-insuline-dépendant (DSNID), *Maladies chroniques au Canada*, vol. 17, n° 1, hiver 1996, p. 1-21.
- CAMOS Research Group. Peak Bone Mass and Prevalence of Osteoporosis in a Randomly Selected Canadian Population of Women and Men, *Proceedings of the 19th Annual Meeting of the American Society for Bone Mineral Research (ASBMR)*, Cincinnati, Ohio, September 10-14, 1997.
- Canadian Study of Health and Aging Working Group. Canadian Study of Health and Aging : Risk Factors for Alzheimer's Disease in Canada, *Neurology*, 44, 1994, p. 2073-2080.
- Canadian Study of Health and Aging Working Group. Canadian Study of Health and Aging : Study Methods and Prevalence of Dementia. *Journal de l'association médicale canadienne*, vol. 150, n° 6, 1994, p. 899-913.
- Fondation des maladies du cœur du Canada. *Les maladies cardio-vasculaires et les accidents vasculaires cérébraux au Canada*, Ottawa : 1997.
- Institut national du cancer du Canada. *Statistiques canadiennes sur le cancer*. Toronto : 1998.
- McDowell, I. *Analysis of Urinary and Faecal Incontinence in the Canadian Population Using Data from the Canadian Study of Health and Aging*, 1998 (rapport non-publié).
- Rottensten, K. Série de monographies sur les maladies liées au vieillissement : IX. Arthrose. *Maladies chroniques au Canada*, vol. 17, n° 3/4, 1996, p. 99-116.
- Santé Canada. *Les Canadiens et la santé cardio-vasculaire : réduire le risque*. Ottawa : 1995.

2.3 LES CHUTES ET LES BLESSURES



Problématique

Selon les données de 1994, on estime à environ 9 % par an le taux d'aînés canadiens qui se blessent. Parmi les victimes de blessures, 88 % consultent leur médecin de famille et 28 % sont hospitalisées. Plus de la moitié de toutes les blessures seraient causées par des chutes, et les blessures les plus fréquentes sont des fractures, des entorses et des foulures. Chez les aînés, les chutes seraient responsables de 84 % des hospitalisations pour blessures.

La fracture de la hanche est un type de fracture particulièrement débilisant causé par une chute. Un an après une fracture de hanche, 40 % des aînés sont encore incapables de marcher de façon autonome et 60 % ont de la difficulté avec au moins une activité essentielle de la vie quotidienne. De plus, 20 % de ces aînés, dont la plupart sont des femmes, entrent dans un foyer d'accueil pour la première fois.

Les blessures ont donc un énorme impact sur les aînés et leurs familles et coûtent cher au système de santé. Elles mènent souvent à un déclin irréversible de l'autonomie et au placement en établissement de soins. Or, plusieurs de ces blessures résultent d'accidents qui pourraient être évités. Une étude récente a calculé que le coût total des blessures pour la société canadienne s'élève à

8,7 milliards de dollars par an, dont presque un milliard sert à traiter les conséquences de chutes chez les personnes âgées.

Les blessures surviennent par suite d'une combinaison de facteurs personnels et environnementaux. Les facteurs personnels comprennent la diminution de la force musculaire, une mauvaise vision, un mauvais équilibre et des états chroniques. Parmi les facteurs environnementaux : les escaliers mal conçus, les trottoirs fissurés ou glacés, le mauvais éclairage, les planchers glissants, les aides fonctionnelles et les équipements mal entretenus. On estime que 14 % des fractures de la hanche chez les aînés seraient attribuables à l'usage de sédatifs ayant des effets de longue durée, et qu'un environnement non sécuritaire serait en cause dans une proportion allant du tiers à la moitié des chutes. La prévention des blessures doit donc se faire au moyen d'une approche multidisciplinaire et intersectorielle, non seulement au niveau personnel mais également au niveau de la collectivité.

Défis

- Faire prendre conscience aux gens, autant les aînés que le grand public, que bien des blessures sont prévisibles et peuvent être prévenues par des initiatives personnelles et collectives.
- Faire participer et responsabiliser les personnes âgées pour qu'elles voient qu'elles ont un rôle actif à jouer dans la prévention des blessures et qu'elles ne sont pas simplement des victimes.
- Encourager les artisans de la politique publique et les collectivités à adopter une vision d'ensemble de la prévention des blessures qui englobe la responsabilité personnelle et la responsabilité

collective (p. ex. construction domiciliaire, conception de meubles, trottoirs et transports en commun).

- Établir des stratégies d'action pour aider à prévenir les blessures chez les aînés, avec la collaboration des leaders communautaires, du secteur bénévole, des organismes d'aînés, des spécialistes (p. ex. architectes, urbanistes) et des chercheurs.

Indicateurs de changement

- Accroissement des stratégies d'action pour aider à prévenir les blessures.
- Diminution de la proportion des consultations médicales ou des hospitalisations d'aînés résultant de blessures qui pourraient être évitées.

Références

Institut canadien d'information sur la santé. Rapport du Registre national des traumatismes. Ottawa : 1998.

Raina, P. et al. Prevalence, risk factors and health care utilization for injuries among Canadian seniors : An analysis of 1994 National Population Health Survey, dans *Independence and Economic Security of the Older Population*, Research Paper No. 15, Hamilton, McMaster University, 1997.

Raina, P. et al. A review of the literature and an analysis of mortality and hospitalization data to examine patterns of injuries among Canadian seniors, dans *Independence and Economic Security of the Older Population*, Research Paper No. 12. Hamilton, McMaster University, 1997.

The Hygeia Group. *The Economic Burden of Unintentional Injury in Canada*. s.l. : Smartrisk, 1998.

U.S. Congress. Office of Technology Assessment. *Hip fracture outcomes in people age 50 and over: mortality, service use, expenditures, and long term functional impairment*. Washington, D.C.: 1993.

2.4 LA SANTÉ MENTALE



Problématique

La santé mentale désigne l'aptitude de l'individu à se sentir bien dans sa peau, à interagir positivement avec les autres et à ne pas s'engager volontairement dans des actions qui pourraient lui causer du tort ou en causer aux autres. Elle est liée directement à la capacité de demeurer autonome dans la communauté, de s'épanouir et d'éprouver de la joie de vivre. Les personnes très scolarisées et ayant un statut social supérieur jouissent d'une meilleure santé mentale. Les personnes souffrant de problèmes de santé physique ou d'insécurité financière risquent davantage d'avoir des problèmes de santé mentale.

Le problème de santé mentale le plus courant est la dépression. On estime qu'environ 3 % des aînés vivant dans la collectivité au Canada font état des symptômes de dépression, et selon certaines études américaines, entre 30 et 40 % des résidents âgés en institution souffriraient de dépression. La dépression est souvent sous-diagnostiquée et peu traitée parce qu'on la confond avec d'autres troubles, qu'elle est masquée par ces troubles ou que les symptômes observés sont considérés comme faisant partie du vieillissement normal. Contrairement à ce qu'on observe chez les adultes plus jeunes, la dépression chez les aînés s'exprime plus souvent par de l'anxiété, de l'agitation, des plaintes de

troubles physiques et de mémoire. Un bon diagnostic nécessite donc beaucoup d'expérience et de savoir-faire, d'autant plus que les conséquences d'un mauvais diagnostic peuvent être lourdes : une personne dépressive pourrait être considérée comme démente ou ne pas être traitée de façon appropriée.

À l'heure actuelle, les antidépresseurs demeurent les principaux traitements proposés malgré les effets secondaires tels les risques de chute. On ne connaît guère de solutions de rechange non pharmaceutiques, mis à part la psychothérapie cognitive qui se présente comme un traitement tout à fait indiqué et efficace pour les cas de dépression. Toutefois, ces thérapies peuvent être offertes par des professionnels de la santé autres que les médecins et elles ne sont pas toujours couvertes par les assurances privées et les régimes publics de santé. Les gens peuvent faire beaucoup pour aider à prévenir les dépressions, comme dormir suffisamment, bien s'alimenter et faire de l'exercice. Le fait d'accroître chaque jour le nombre d'activités agréables peut aider à contrer les répercussions d'événements désagréables. Entretenir des relations sociales avec des gens qui renforcent l'estime de soi peut aussi être utile.

Comme pour le reste de la population, la détérioration de la qualité de vie, l'exclusion sociale et la perte de la dignité peuvent conduire la personne âgée au suicide. En 1993, on comptait 14 suicides par tranche de 100 000 personnes âgées au Canada, ce qui correspond à peu près à la situation des 15 à 24 ans. L'incidence du suicide chez les personnes âgées a diminué depuis le début des années 80, époque où l'on observait 18 suicides

pour 100 000 personnes âgées de 65 ans et plus. Fait à noter, le taux de suicide est beaucoup plus marqué chez les hommes âgés (24 p. 100 000) que chez les femmes (6 p. 100 000). Une mauvaise santé physique, l'insécurité financière, le veuvage, le fait de vivre seul et l'isolement social sont des facteurs qui contribuent à une mauvaise santé mentale et créent des conditions pouvant mener au suicide.

Les troubles cognitifs représentent également un problème de santé mentale chez les aînés. Certains troubles cognitifs sont temporaires et peuvent être traités, alors que d'autres sont irréversibles, tel la démence. Un diagnostic précis s'impose, puisque la nature et la gravité des troubles peuvent affecter la capacité du patient à demeurer autonome et à vivre en toute sécurité. Les gens atteints de troubles cognitifs ont souvent des problèmes de comportement qui peuvent être atténués ou corrigés par l'usage de médicaments, mais ces médicaments présentent des effets secondaires qui peuvent réduire davantage la qualité de vie. Par ailleurs, les préjugés et une évaluation inadéquate des capacités cognitives portent souvent atteinte aux droits de l'individu. Le placement d'office en institution constitue à cet égard l'exemple le plus marquant.

L'un des grands défis des années à venir sera d'appuyer concrètement les aidants naturels d'aînés atteints de troubles cognitifs afin de pouvoir respecter le choix de ces personnes de vivre dans la collectivité ou en institution. La tendance actuelle qui favorise la réinsertion sociale peut limiter les choix qui s'offrent aux personnes âgées et compliquer pour les collectivités la tâche de fournir les

services de soutien nécessaires. Les personnes âgées qui pourraient être mieux soignées dans un contexte institutionnel pourraient être confrontées à une pénurie de lits.

Défis

- Consacrer davantage de ressources à la santé mentale, secteur dont on sait qu'il est le parent pauvre du système de santé canadien. En particulier, il est urgent de développer et de renforcer les ressources communautaires pour aider les aînés qui ont des problèmes de santé mentale (ou qui sont susceptibles d'en avoir) et pour appuyer le travail des aidants naturels.
- Adapter la formation du personnel, les programmes et l'environnement physique des établissements de soins de longue durée aux besoins spécifiques des victimes de démence.
- Sensibiliser le grand public aux problèmes de la dépression et faire en sorte que les professionnels de la santé reçoivent la formation nécessaire pour reconnaître et traiter la dépression chez les personnes âgées.
- Favoriser des alternatives non médicales aux problèmes cognitifs, par exemple en modifiant l'environnement pour assurer la sécurité de l'individu et par une approche comportementale du traitement.
- Sensibiliser les professionnels de la santé qui se spécialisent dans le traitement des problèmes de santé mentale chez les adultes âgés aux bienfaits des solutions de rechange non pharmaceutiques pour traiter la dépression chez les personnes âgées, par exemple la psychothérapie cognitive.

Indicateurs de changement

- Augmentation des ressources consacrées à la santé pour accroître l'offre de services de promotion de la santé mentale et d'intervention.

Références

- Conseil consultatif national sur le troisième âge. *La position du CCNTA sur le quatrième âge au Canada : maintenir la qualité de la vie*. Ottawa : 1992.
- Santé Canada. Division de la santé mentale. *Le suicide au Canada : mise à jour du rapport du Groupe d'étude sur le suicide au Canada*. Ottawa : 1994.
- Conseil consultatif national sur le troisième âge. *La santé mentale et le vieillissement*. Ottawa : 1991.
- Stephens, Tom. *Population Mental Health in Canada*. Ottawa : Santé Canada, 1998.
- Ulysse, Pierre-Joseph. *Le vieillissement des populations : les trente dernières années en perspective : revue de la littérature*. Rapport préparé pour la Division du vieillissement et des aînés, Ottawa, 1997.

2.5 LA VIOLENCE ET LA NÉGLIGENCE



Problématique

La préoccupation sociale à l'égard des mauvais traitements infligés aux personnes âgées étant récente, la réflexion et les connaissances à ce sujet évoluent rapidement. Un plus grand nombre d'études ont été menées depuis le début des années 1990 sur le sujet. Toutefois, l'absence d'une définition normalisée demeure un obstacle à la généralisation des diverses études sur le sujet et au dépistage des cas de mauvais traitements. L'élaboration de stratégies d'intervention de même que l'évaluation de l'efficacité des programmes peuvent en souffrir.

Il est difficile de parvenir à une définition de la violence ou de la négligence subies par les aînés qui soit universellement reconnue. Certaines des définitions proposées pour les comportements qualifiés de violents sont très larges et incluent l'autonégligence et les mauvais traitements auto-infligés. D'autres définitions, à l'inverse, sont très restrictives et ne s'appliquent qu'aux comportements violents intentionnels, et donc aux mauvais traitements. Pour aider les chercheurs et les intervenants à orienter leurs efforts de façon cohérente, la définition de la « violence » adoptée par Santé Canada inclut : la violence physique, la violence psychosociale, l'exploitation matérielle et la négligence. Selon cette définition, on estime ainsi à 4 % la proportion d'aînés vivant dans la collectivité qui

seraient victimes d'une forme quelconque de violence. La forme de violence la plus répandue est l'exploitation matérielle, suivie de la violence verbale chronique. La violence physique est un phénomène relativement peu fréquent selon les données disponibles. La négligence peut être active (volontaire) ou passive (involontaire) et elle se caractérise par le refus d'articles ou de soins nécessaires à la vie quotidienne, y compris le chauffage, l'habillement, la nourriture, l'hygiène et les soins médicaux adéquats ainsi que le refus d'interaction sociale. On a aussi qualifié de mauvais traitement le fait de ne pas permettre aux personnes âgées de voir leurs petits enfants.

Peu de données canadiennes existent pour documenter la violence faite aux aînés dans les établissements. Des études donnent à penser que les mauvais traitements en établissement s'expliquent en partie par des conditions de travail stressantes. En plus de la violence verbale ou physique du personnel, les mauvais traitements en établissement peuvent comprendre l'utilisation injustifiée de contentions chimiques ou physiques, comme des chaises gériatriques et des sédatifs, afin de mettre fin à des problèmes de comportement sous prétexte de protéger la sécurité des résidents.

Les cas d'aînés maltraités ne sont pas tous signalés aux autorités. L'une des raisons étant l'extrême difficulté d'entrer en contact avec les victimes, surtout lorsqu'il s'agit de personnes ayant un handicap physique ou mental, ou lorsque la personne dépend de son agresseur et craint des représailles, notamment le placement en établissement de soins de longue durée. De plus, les victimes ont beaucoup de peine à admettre qu'elles sont maltraitées par les personnes qu'elles aiment.

Défis

- Accroître la connaissance de ce phénomène en recueillant de meilleures données nationales, en particulier sur les déterminants de la violence et de la négligence, sur la violence en milieu institutionnel et sur les stratégies efficaces pour prévenir les conséquences de la violence et y remédier.
- Sensibiliser le public au problème de la violence et de la négligence, y compris en indiquant comment déceler les cas de maltraitance de personnes âgées et fournir le soutien requis dans chaque cas.
- Prévoir des refuges répondant aux besoins des victimes de violence.
- Fournir aux aînés l'information sur la façon de prévenir la violence (p. ex. où s'adresser pour connaître les conséquences d'une procuration et à qui confier le soin de gérer sa succession).
- Offrir de l'aide aux agresseurs potentiels qui ont des problèmes psychosociaux ou qui réagissent par la violence au stress qui peut être occasionné par un manque d'équipement ou d'appui dans leur rôle d'aidant naturel.

Références

- Association canadienne de gérontologie. Numéro spécial consacré à l'abus et mauvais traitement des aînés. *La Revue canadienne du vieillissement*, vol. 14, hors série 2, 1995.
- Conseil consultatif national sur le troisième âge. *La violence faite aux aîné-e-s : une perspective nationale*. Ottawa : 1991.
- MacLean, M.J. *Mauvais traitements auprès des personnes âgées : stratégies de changement*. Toronto : Thompson Educational Publishing, 1995.
- Nahmiash, D. Prévenir et combattre la violence et la négligence à l'endroit des personnes âgées au Canada. *Les déterminants de la santé : les adultes et les personnes âgées*, vol. 2. Ste-Foy : Éditions Multimondes, 1998, p. 303-359.
- Parlement. Chambre des Communes. Comité permanent de la Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine. *Rompre le silence sur les mauvais traitements infligés aux Canadiens âgés : la responsabilité de tous*. Rapport de comité, fascicule n° 21. Ottawa : Imprimeur de la Reine pour le Canada, 1993, p. 13-18.
- Spencer, C. *Les mauvais traitements et la négligence envers les personnes âgées en milieu institutionnel : document de travail rédigé à partir de documentation en langue anglaise*. Ottawa : Santé Canada, 1994.
- Taft, L.B. Interventions in Dementia Care: Responding to the Call for Alternatives to Restraints. *The American Journal of Alzheimer's Disease*, vol. 10, n° 2, mars/avril 1995, p. 30-38.

- Former le personnel des établissements en lui enseignant des méthodes différentes de gestion du comportement, y compris les approches sociales, environnementales et psychologiques afin de limiter l'utilisation injustifiée de contentions chimiques et physiques.

Indicateurs de changement

- Augmentation des programmes de formation destinés aux intervenants, que ce soit dans le domaine socio-sanitaire ou autre, afin d'assurer un dépistage et des interventions à un stade plus précoce.
- Diminution de la proportion d'aînés victimes d'abus ou de négligence.
- Réduction de l'usage de contentions chimiques ou physiques en institution.

2.6 LES MÉDICAMENTS



Problématique

Les progrès de la pharmacologie ont fait évoluer le traitement de nombreuses maladies, entraînant une baisse de la morbidité et de la mortalité. Sur le plan individuel, les pharmacothérapies ont permis à certains de guérir et à d'autres de vivre plus longtemps, tout en menant une vie plus productive et en jouissant d'une meilleure qualité de vie.

Avec l'apparition de techniques médicales moins intrusives et la réduction des périodes d'hospitalisation, les Canadiennes et Canadiens reçoivent plus de soins médicaux et consomment plus de médicaments dans la communauté que jamais auparavant, ce qui accroît les risques d'usage préjudiciable des médicaments. Dans environ 18 % à 50 % des cas, les personnes âgées ne respectent pas la posologie et des effets indésirables surviennent chez 30 % des personnes âgées qui résident dans la collectivité.

Les médicaments sur ordonnance peuvent aussi prévenir ou remplacer des soins en établissements plus coûteux. L'accent accru sur la pharmacothérapie peut cependant s'accompagner de difficultés financières pour les personnes âgées à revenu modeste si celles-ci ne sont pas couvertes

par un régime provincial d'assurance-médicaments ou si elles doivent verser des primes élevées ou participer aux coûts. Certaines personnes âgées cessent parfois de prendre leurs médicaments parce qu'elles ne peuvent plus les payer, ce qui peut avoir de sérieuses conséquences sur leur santé.

Plusieurs maladies chroniques ou aiguës tendent à augmenter avec l'âge. Un corollaire est l'accroissement du nombre de médicaments. En 1994-1995, 10 % des Canadiennes et Canadiens âgés de 65 à 74 ans et 13 % des Canadiennes et Canadiens âgés de 75 ans et plus vivant dans la collectivité déclaraient avoir pris au moins cinq médicaments dans les deux jours précédant les entrevues. La consommation de médicaments ne va pas sans risques. La consommation inappropriée de plusieurs médicaments à la fois, le peu de connaissance des effets et le non-respect de la posologie peuvent rendre les personnes âgées plus vulnérables aux blessures et à la maladie. Par rapport à leurs homologues plus jeunes, les personnes âgées courent un plus grand risque de complications liées à leur médication en raison des changements physiologiques inhérents au vieillissement qui les rendent plus sensibles aux médicaments.

Les erreurs de prescription touchent plus souvent les personnes âgées que les adultes d'âge moyen, peut-être parce qu'il est plus difficile pour les médecins qui connaissent mal la gérontologie de prescrire des médicaments pour ce groupe d'âge. Même s'il est difficile de le mesurer, on estime qu'entre 25 à 40 % des ordonnances sont inappropriées. Il peut s'agir de combinaisons incompatibles de médicaments, d'une durée de

traitement excessive ou de prescriptions de médicaments relativement contre-indiqués pour les gens plus âgés.

Ce mauvais usage des médicaments se révèle souvent coûteux pour le système de soins en raison d'un nombre plus grand de consultations au cabinet du médecin ou d'admissions dans les hôpitaux ou les établissements de soins de longue durée. D'ailleurs, entre 19 et 28 % des hospitalisations de patients de plus de 50 ans sont imputables à des problèmes de médication.

Défis

- Exiger que l'industrie du médicament et les responsables des activités de surveillance des médicaments évaluent de manière plus précise l'effet et l'efficacité des médicaments pour les personnes âgées.
- Diffuser aux professionnels de la santé et aux consommateurs ces connaissances sur les médicaments d'ordonnance ou en vente libre pour mieux limiter les effets indésirables de l'usage d'un ou de plusieurs médicaments à la fois et encourager les facultés de médecine à assurer une formation suffisante sur les risques inhérents à la polypharmacie chez les personnes âgées.
- Évaluer l'efficacité des mesures d'intervention et des programmes d'éducation qui visent à modifier les comportements et les pratiques pharmacologiques nuisibles pour la santé.
- Quand la situation le permet, inciter les personnes âgées et les médecins à modifier leurs habitudes et à opter pour un traitement plus naturel

qui pourrait être tout aussi efficace que certains médicaments. Les somnifères, les anxiolytiques, les remèdes contre les maux d'estomac et les laxatifs sont des exemples de médicaments qui peuvent être consommés à mauvais escient et qui pourraient être remplacés par un changement dans le comportement et les habitudes alimentaires.

- Élaborer de meilleurs moyens de faire participer les patients à la prise de décisions concernant leurs médicaments et leur offrir des renseignements de manière à les inciter à mieux respecter la posologie.
- Mettre sur pied un système de surveillance à partir de dossiers médicaux renfermant de l'information sur les médicaments prescrits à un patient, ses allergies médicamenteuses, son niveau d'alphabétisation et tout renseignement de santé pertinent permettant aux médecins et aux pharmaciens de mieux collaborer pour déceler les problèmes potentiels.
- Étendre la couverture de l'assurance-médicaments à l'ensemble du pays pour fournir aux personnes âgées les médicaments nécessaires pour des raisons médicales, tant à domicile que dans les établissements de soins.

Indicateurs de changement

- Réduction de la proportion d'aînés qui consomment des sédatifs et des hypnotiques, ainsi que des remèdes contre les maux d'estomac et des laxatifs.
- Réduction des séjours à l'hôpital et des consultations médicales découlant de réactions indésirables à des médicaments.

-
- Réduction de la proportion d'ordonnances inadéquates.
 - Réduction des dépenses privées pour l'achat de médicaments.

Références

- Conseil consultatif national sur le troisième âge. Médecines douces et aîné-e-s : accent sur la collaboration. *Expression*, vol. 11, n° 2, hiver 1996-1997.
- Conseil consultatif national sur le troisième âge. Un bref portrait de la santé et des aîné-e-s au Canada. *Vignette vieillissement*, n° 27, Ottawa, 1994.
- Davidson, W. Physician Characteristics and Prescribing for Elderly People in New Brunswick : Relation to Patient Outcomes. *Journal de l'association médicale canadienne*, vol. 152, n° 8, le 15 avril 1995, p. 1227-1234.
- Fédération nationale des retraités et citoyens âgés. *Les aîné(e)s, la diversité et l'accès : l'usage des médicaments et les aîné(e)s difficiles d'accès*. Toronto : 1995.
- Lindsay, Colin. *Un portrait des aînés au Canada*, 2^e édition, n° au catalogue 89-519-XPB. Ottawa : Statistique Canada, 1997, p. 66-67.
- McPherson, B.D. *Aging as a Social Process*. Toronto : Harcourt Brace, 1998, p. 306-307.
- Millar, Warren J. La polymédication chez les personnes âgées. *Rapport sur la santé*, vol. 9, n° 4, printemps 1998, Ottawa, Statistique Canada, n° au catalogue 82-003-XPB, p. 11-18.
- Santé Canada. Division du vieillissement et des aînés. *Une approche concertée sur l'usage des médicaments pour les aînés : stratégie fédérale-provinciale-territoriale*. Ottawa : 1996.
- Tamblyn, R. et R. Perreault. Encourager l'utilisation rationnelle des médicaments d'ordonnance chez les personnes âgées. *Les déterminants de la santé : les adultes et les personnes âgées*, vol. 2. Ste-Foy : Éditions Multimondes, 1998, p. 225-301.

2.7 LA PROMOTION DE LA SANTÉ



Problématique

De la même manière que la santé ne se limite pas à l'absence de maladie, la promotion de la santé est plus vaste que la simple prévention de la maladie. La promotion de la santé comprend toutes mesures individuelles ou collectives visant à protéger et à améliorer les aspects matériels, psychologiques et sociaux de la santé. Les stratégies de promotion de la santé se révèlent de précieux outils pour jeter les bases d'une santé robuste depuis la jeunesse et l'âge mûr jusqu'à un âge avancé. Elles se révèlent également efficaces lorsqu'il s'agit de rétablir une santé déclinante et des capacités fonctionnelles à un âge avancé, alors que cet état de choses est considéré, à tort, comme étant une conséquence inévitable du vieillissement.

D'une certaine façon, les aînés d'aujourd'hui prennent soin de leur santé tout autant, voire davantage que les Canadiens et Canadiennes plus jeunes. Dans l'ensemble, les aînés fument beaucoup moins et consomment moins d'alcool que les jeunes et sont plus susceptibles de prendre trois repas réguliers par jour et de faire vérifier leur tension artérielle. Les habitudes de vie des Canadiens et des Canadiennes plus jeunes sont axées sur la promotion de la santé, mais de façon différente, ce qui porte à croire que les aînés de demain seront peut-être en meilleure santé que ceux d'aujourd'hui. Par exemple, les Canadiens de moins de

65 ans sont mieux renseignés sur les questions de santé, plus disposés à changer leur comportement pour améliorer leur santé, plus susceptibles de subir le test Pap ou une mammographie et un peu plus enclins à faire de l'exercice physique régulièrement.

Tout au long de la vie, les facteurs sociaux, éducatifs, économiques et environnementaux influent dans une large mesure sur les comportements liés à la santé individuelle. On sait que les bonnes habitudes alimentaires sont déterminées par le niveau de scolarité, le revenu et l'intégration sociale. L'estime de soi constitue un autre déterminant des pratiques de santé : les gens qui se sentent bien dans leur peau sont moins enclins à adopter des comportements autodestructeurs et sont plus convaincus qu'ils peuvent améliorer leur mieux-être. Les comportements liés à la santé sont aussi différents selon le sexe. Si les hommes font de l'exercice physique plus souvent que les femmes, ces dernières sont mieux informées des questions de santé et plus susceptibles de subir un dépistage préventif.

La promotion du vieillissement en santé commande une intervention au niveau des principaux déterminants de la santé aux différentes étapes de la vie et une attention spéciale aux groupes qui sont particulièrement vulnérables face à ces déterminants. Chez les aînés, ces groupes vulnérables incluent les personnes à faible revenu (dont beaucoup sont des femmes vivant seules), les personnes ayant un faible niveau de scolarité ou d'alphabétisation et les aînés qui sont isolés sur le plan social en raison de la géographie, de leur état matrimonial, de leur âge avancé ou de différences linguistiques ou culturelles. Les activités de promotion de la santé qui sont efficaces auprès des aînés sont axées

sur une approche holistique prenant en compte les nombreux déterminants des saines habitudes de vie, comprenant souvent des activités sociales et des loisirs et incitant les bénéficiaires à prendre charge du programme afin d'améliorer leur estime de soi.

Un nombre croissant de Canadiens et de Canadiennes s'intéressent à la médecine douce, tant pour promouvoir une bonne santé que pour guérir ou prendre en charge un problème de santé. Pour de nombreux aînés autochtones et aînés de l'Asie et du Moyen-Orient, ce qu'il est convenu d'appeler des remèdes ou des thérapies non conventionnels constituent les méthodes de guérison traditionnelles de leur culture. S'il est vrai que le recours à de telles thérapies témoigne d'une véritable prise en charge de sa santé par l'individu, l'innocuité et l'efficacité de la plupart de ces thérapies et produits n'ont pas été vérifiées. Il existe très peu de données sur les effets de l'agencement de produits d'herboristerie et d'autres remèdes « naturels » avec la pharmacothérapie conventionnelle. De plus, aucune norme ne régit l'exercice de la médecine douce ni la production et la distribution de remèdes non conventionnels ou la publicité s'y rattachant.

Défis

- Établir des objectifs nationaux en matière de santé et des mécanismes de responsabilisation pour stimuler l'intervention des gouvernements,

des communautés, du secteur privé et des particuliers concernant les principaux déterminants des pratiques de santé des Canadiens et des Canadiennes de tous les âges.

- Assurer un soutien important et permanent au niveau fédéral, provincial et local aux initiatives de promotion de la santé qui donnent aux individus et aux collectivités les outils dont ils ont besoin pour améliorer les pratiques en matière de santé, y compris les cliniques de promotion du mieux-être.
- Rendre l'information sur la santé aisément accessible et attrayante pour le grand public, tout en encourageant des approches créatives pour cibler les groupes difficiles à atteindre.
- Effectuer de la recherche sur les thérapies et les remèdes non conventionnels. En s'inspirant des résultats, établir des normes de qualité et de sécurité, des normes de formation professionnelle et des lignes directrices en matière d'information pour assurer une utilisation sécuritaire et efficace de ces approches.

Indicateurs de changement

- Augmentation de la durée de vie sans incapacité.
- Augmentation de la proportion d'aînés adoptant un style de vie sain.

Références

Chappell, N. Maintenir et renforcer l'autonomie et le bien-être des personnes âgées. *Les déterminants de la santé : les adultes et les personnes âgées*. Ste-Foy : Éditions Multimondes, 1998, p. 95-149.

Conseil consultatif national sur le troisième âge. Médecines douces et aîné-e-s : accent sur la collaboration, *Expression*, vol.11, n° 2, hiver 1996-1997.

O'Brien-Cousins, S. Encourager une vie active et une saine alimentation chez les personnes âgées, *Les déterminants de la santé : les adultes et les personnes âgées*. Ste-Foy : Éditions Multimondes, 1998, p. 151-180.

Thomas Stephens and Associates. *Bulletin de santé des Canadiens : annexes techniques*, préparé pour le Comité consultatif fédéral/provincial/territorial sur la santé de la population, Manotick, Ontario, 1995.

2.8 LES SOINS PALLIATIFS



Problématique

La prestation de soins de haute qualité à la fin de la vie préoccupe de plus en plus les Canadiens et les Canadiennes. Les personnes âgées et leur famille sont particulièrement intéressées par cet aspect des soins, puisque c'est parmi les adultes âgés que l'on enregistre la plus forte proportion de décès (75 %). La situation est importante du point de vue du système de santé, car les soins dispensés durant les derniers mois de la vie sont les plus coûteux et la demande de soins à domicile complets pour les malades en phase terminale ne cesse de croître. Enfin, les soins dispensés à la fin de la vie soulèvent des questions d'ordre éthique et juridique pour la société dans son ensemble, notamment, la reconnaissance juridique des mandats d'inaptitude et la controverse entourant la question du droit à une mort dans la dignité et sans souffrances inutiles et s'il permet ou non de hâter délibérément le décès, avec ou sans le consentement exprès de l'intéressé. Ces problèmes d'éthique sont analysés au chapitre 3.6.

Les soins palliatifs permettent de traiter la douleur et ses symptômes et de répondre aux besoins sociaux, psychologiques, émotionnels et spirituels des malades en phase terminale et de leurs proches. L'état et le bien-être du patient, de sa famille, de ses amis et de ses soignants s'en trouvent améliorés. Les aidants naturels (c.-à-d. les membres

de la famille, les amis, les bénévoles) reçoivent des conseils sur la façon de dispenser les soins palliatifs, se voient offrir des services de relève, et sont soutenus durant la période de deuil suivant le décès de l'être cher.

Les soins palliatifs peuvent être dispensés à domicile, à l'hôpital, dans les établissements de soins de longue durée ou à l'hospice. Idéalement, ils sont dispensés dans le cadre d'une approche d'équipe mettant à contribution les soignants informels et divers soignants professionnels issus de plusieurs disciplines, notamment des infirmières et des conseillers spirituels. Ces soins peuvent être offerts en même temps que le traitement ou après que la décision a été prise de cesser le traitement curatif.

Divers obstacles nuisent à la prestation de soins palliatifs de qualité, axés sur le patient et contrôlés par ce dernier. Le cadre dans lequel ces soins sont fournis a une incidence sur le paiement des services. D'abord, l'accessibilité aux soins à domicile et leur financement varient selon les provinces et les territoires, de même que les critères d'admissibilité et la gamme des services offerts. Les patients nantis ont plus facilement accès à des soins palliatifs et pourront plus facilement mourir chez eux s'ils le désirent que les patients défavorisés. Les aînés, notamment les personnes très âgées, n'ont pas toujours accès au soutien social nécessaire pour obtenir des soins informels. Par ailleurs, plusieurs éléments n'ont pas encore été étudiés suffisamment : par exemple, que signifient la mort et le fait de mourir pour les personnes âgées? Comment peut-on soulager efficacement la douleur des aînés qui présentent des symptômes liés à plusieurs affections? Certains auraient peut-être tendance à ne

pas tenir suffisamment compte des peurs et des inquiétudes des personnes âgées, en considérant qu'elles ont déjà eu une vie bien remplie. Enfin, en raison de l'accent que mettent les sciences médicales sur l'aspect curatif, certains professionnels de la santé voient les soins palliatifs comme un constat d'« échec », ce qui les rend réticents à les offrir.

Défis

- Intégrer les soins palliatifs (y compris les soins à domicile et dans la collectivité) au continuum des services de santé financés par l'État conformément aux principes de la *Loi canadienne sur la santé* (accessibilité, transférabilité, intégralité, universalité et gestion publique).
- Faire en sorte que les personnes âgées puissent avoir le choix et déterminer le cadre dans lequel les soins palliatifs leur seront dispensés. Veiller à l'universalité des services offerts, indépendamment de la région, de la situation économique ou autre.
- Élaborer, mettre en œuvre, évaluer et échanger de l'information sur les modèles de prestation de soins palliatifs et les pratiques cliniques

répondant aux besoins associés aux différentes maladies frappant différents groupes d'âge (p. ex. les besoins en soins palliatifs d'un patient âgé souffrant de la maladie d'Alzheimer différent de ceux d'une jeune patiente atteinte d'un cancer du sein).

- Assurer une formation continue, un soutien affectif et des services de relève aux dispensateurs de soins palliatifs, professionnels et non professionnels.

Indicateurs de changement

- Formation et soutien accrus pour les soignants qui prodiguent des soins palliatifs.
- Satisfaction accrue des patients, de leur famille et des soignants à l'endroit des soins palliatifs.
- Augmentation de l'offre de soins palliatifs et des ressources affectées à ce secteur.

Références

- Conseil consultatif national sur le troisième âge. Les aîné-e-s et les soins palliatifs. *Expression*, vol. 11, n° 3, printemps 1998.
- Fletcher, Susan. Bref aperçu des soins palliatifs au Canada, *Compte rendu du Symposium sur invitation sur les soins palliatifs : tendances et questions relatives à l'établissement de programmes communautaires dans les provinces et les territoires*, Ottawa, Santé Canada, Division de la politique et des systèmes de santé, 1997, p. 2-5.
- Kristjanson, Linda. Besoins généraux et besoins particuliers en matière de soins palliatifs, *Compte rendu du Symposium sur invitation sur les soins palliatifs : tendances et questions relatives à l'établissement de programmes communautaires dans les provinces et les territoires*, Ottawa, Santé Canada, Division de la politique et des systèmes de santé, 1997, p. 6-13.
- Parlement. Sénat. Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et l'aide au suicide, *De la vie et de la mort : rapport du Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et l'aide au suicide*. Ottawa : 1995.
- Ross, Margaret M. Besoins en soins palliatifs et les aînés. *Compte rendu du Symposium sur invitation sur les soins palliatifs : tendances et questions relatives à l'établissement de programmes communautaires dans les provinces et les territoires*, Ottawa, Santé Canada, Division de la politique et des systèmes de santé, 1997, p. 75-83.

2.9 LA RÉFORME DES SOINS DE SANTÉ



Problématique

Lors de sa création au début des années 1970, le système de soins de santé du Canada était axé sur la guérison des maladies grâce aux soins hospitaliers et aux services médicaux. L'évolution considérable des techniques et des compétences médicales, les changements démographiques et les impératifs économiques ont conduit à la remise en question de la façon dont les soins de santé au Canada sont financés et dispensés. Bien que les transformations subies par le système de soins aient été profondes et complexes, la plupart ont pris la forme de rationalisations ou de restructurations administratives (p. ex. la régionalisation des services de santé dans la plupart des provinces et le fusionnement des hôpitaux). La réforme proprement dite, c'est-à-dire la mise sur pied de nouveaux systèmes et mécanismes de prestation de services ou l'amélioration des services en place, en est encore aux premières étapes. On observe par ailleurs d'énormes écarts d'une province à l'autre en ce qui a trait au rythme et au genre de réformes entreprises, et des changements sont encore en cours dans les provinces où les réformes sont allées le plus loin (Alberta, Colombie-Britannique, Saskatchewan, Québec, Nouveau-Brunswick et Île-du-Prince-Édouard). C'est pourquoi il demeure difficile de décrire ou de comparer dans leur intégralité les réformes du système. À ce jour, les changements ont permis de réduire les coûts des soins qui ont été ramenés de 10 % à environ 9 % du Produit intérieur brut.

Cependant, l'évaluation de l'incidence de ces changements sur les résultats en matière de santé ne fait que commencer.

Nous présentons ci-après les questions liées au système de santé qu'abordent tous les gouvernements dans leur propre perspective et à leur rythme, accompagnées de quelques exemples :

- Perspective plus globale de la santé : accent accru sur le bien-être et la prévention avec, en corollaire, des efforts pour influencer les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé.
- Harmonisation des systèmes : fusionnement des services de soins actifs et intégration des secteurs de services comme les services sociaux et les services de santé ou les soins communautaires et les soins de longue durée.
- Changements organisationnels : régionalisation et restructuration en profondeur et rationalisation des ministères de la Santé; soins axés sur les patients grâce à un guichet unique et à la gestion de cas.
- Administration publique : gestion, prestation et responsabilité des services à l'échelle régionale, plus forte représentation de la collectivité dans la prise de décisions.
- Changements dans les pratiques de gestion : accent sur les systèmes d'information et la prise de décisions éclairées, processus décisionnel fondé sur des données probantes, nécessité de faire état de l'optimisation des ressources, importance de la mise en évidence et de l'adoption de pratiques exemplaires.
- Importance de la qualité : intérêt accru pour l'assurance de la qualité, l'accréditation, les guides de pratique clinique et les programmes de soins.

Ces projets devraient permettre d'assurer des soins plus efficaces et mieux adaptés à tous. Néanmoins, la population canadienne n'est pas convaincue que le système se métamorphose dans le but de lui fournir de meilleurs soins, plus efficaces : elle s'inquiète lorsqu'elle entend parler de fermetures d'hôpitaux, de services déficients et d'interminables listes d'attente pour des services comme des soins spécialisés, des soins hospitaliers d'urgence et le placement dans des établissements de soins de longue durée. Des pressions politiques sont exercées dans certaines provinces pour que l'on « revienne en arrière » afin de freiner l'apparente érosion du système de santé en réinvestissant les surplus budgétaires des gouvernements dans les hôpitaux. Il y a aussi eu des interventions demandant que l'on permette la création d'un système de santé financé par le secteur privé, afin de donner le choix aux gens et de désengorger le système de santé publique. Sans un rapport clair rendant compte au public des effets de ces projets de réforme sur la qualité des soins et les résultats en matière de santé, les pressions se poursuivront.

Les impératifs de compressions budgétaires associés aux efforts consentis pour réformer le système ont peut-être sapé les effets positifs possibles de la réforme. On sait notamment que la rationalisation des hôpitaux ne s'est pas accompagnée d'un développement suffisant des soins à domicile. Bien que les budgets de soins à domicile des provinces aient doublé au cours des dernières années, ce secteur ne représente guère que 4 % des dépenses de santé. Le recours de plus en plus fréquent au secteur privé pour l'achat de soins à domicile témoigne également de l'insuffisance du financement public dans le domaine des soins à

domicile. Ces soins sont fournis à des personnes non admissibles aux soins à domicile financés par l'État ou à des personnes qui ont besoin d'un complément aux services publics qu'elles reçoivent.

La baisse du financement public et la croissance simultanée des paiements privés sont aussi évidentes dans d'autres domaines. Entre 1975 et 1994, les dépenses publiques de santé par habitant (exprimées en dollars constants de 1986) sont passées de 837 \$ à 451 \$, tandis que les dépenses privées par habitant ont grimpé de 297 \$ à 491 \$. Des changements technologiques et structurels ont fait que des soins auparavant dispensés dans les hôpitaux sont maintenant confiés à la collectivité et que des services autrefois assurés par des médecins sont maintenant assumés par d'autres professionnels de la santé. Les débours et les versements de primes d'assurances privées pour couvrir les soins ont augmenté, car les services qui ne sont pas fournis à l'hôpital sont moins susceptibles d'être pleinement assurés par le secteur public (p. ex. les médicaments) ou par des médecins. Les dépenses de santé des aînés pour l'achat de médicaments ont augmenté étant donné que le coût croissant des médicaments a amené toutes les provinces à percevoir ou à majorer les cotisations aux régimes d'assurance-médicaments. Reconnaissant que le maintien et la protection de l'assurance-maladie signifie qu'il faudra s'adapter à de nouvelles réalités, le Forum national sur la santé a dit aux gouvernements de « financer les soins et non les lieux où ils sont dispensés » et il a recommandé que les services financés par le secteur public soient élargis pour inclure les soins à domicile et les médicaments.

La recommandation du Forum renvoie également à un constat selon lequel les services de santé ne se limitent pas aux services « médicalement nécessaires » actuellement assurés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. Par exemple, l'Association canadienne de santé publique a recommandé que l'on remplace le concept de services « médicalement nécessaires » par celui de services « nécessaires à la santé », entendant par là les services qui sont pour les personnes et les collectivités les plus bénéfiques sur le plan de la santé. Ce concept s'accorde avec le point de vue du CCNTA voulant que la définition des services de santé tienne compte de l'ensemble des besoins liés à la santé. Une compréhension approfondie de la situation sous-tend l'intégration d'une gamme beaucoup plus étendue de lieux, de fournisseurs de soins et de services dans un système financé par le secteur public. Les services engloberaient tous les aspects de la santé, y compris la prévention des maladies, la promotion de la santé et toute la gamme des soins et du soutien à domicile ainsi que des services en établissements de soins de convalescence, de soins de longue durée et de soins palliatifs. La notion de continuum de soins n'est pas seulement la notion qui convient le mieux à la technologie d'aujourd'hui et de demain dans le domaine de la santé; elle est aussi le meilleur modèle pour répondre aux besoins d'une population d'ânés sans cesse plus nombreuse. Le second avantage que présente le regroupement de tous les services nécessaires à la santé sous le même cadre public dans chaque région est d'éliminer les disparités entre les régions relativement à l'accès à de nombreux services de santé non assurés.

Les progrès réalisés dans le domaine des technologies de communication et d'information et de leurs applications dans le secteur de la santé joueront un rôle de premier plan dans l'intégration et l'élargissement des services de santé. Par exemple, l'instauration de services de télémédecine comblera de manière appréciable l'écart de service qui se produit entre les régions urbaines et les régions rurales. Ces services aideront à déterminer les moyens les plus efficaces d'organiser et de fournir les soins. L'informatisation des dossiers des patients fera en sorte que les services suivront la personne plutôt que le contraire.

Défis

- Prévoir un mécanisme pour rendre compte des soins de santé à la population, en vertu duquel les responsables de la santé publique évalueraient régulièrement la qualité des soins dispensés et les résultats sur le plan de la santé, et feraient part à la population des résultats de leurs évaluations.
- Élaborer et mettre sur pied des systèmes d'information et de communication à l'appui de l'élargissement et de l'intégration de services, ainsi que de la surveillance du rendement du système de santé et des résultats obtenus.
- Réinvestir les ressources publiques consacrées à la santé pour accélérer l'élaboration de systèmes de prestation de services pleinement intégrés, axés sur la clientèle, efficaces et adaptés.
- Étendre le financement du système public de soins de santé pour qu'il couvre tous les types de soins à domicile et de soins pharmaceutiques, et par la suite tous les services nécessaires à la santé, conformément à des normes de service nationales.

Indicateurs de changement

- Confiance et appui plus marqués du public à l'égard du système de soins.
- Amélioration du système d'évaluation de l'incidence des réformes.
- Amélioration de l'offre et de l'accessibilité à tous les services de santé jugés nécessaires.

Références

- Association canadienne de santé publique. *Priorité à la santé : la santé publique dans la réforme des services de santé*. Ottawa : 1996.
- Canadian Home Care Association et l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec. *Portrait of Canada: An overview of public home care programs*, préparé pour la Conférence nationale sur les soins à domicile, Ottawa, février 1998.
- Conseil consultatif national sur le troisième âge. *La position du CCNTA sur la privatisation des soins de santé*. Ottawa : 1997.
- Conseil consultatif national sur le troisième âge. *La position du CCNTA sur les services de santé communautaires destinés aux aîné-e-s : progrès et défis*. Ottawa : 1995.
- Forum national sur la santé. *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier : un rapport final du Forum national sur la santé*, vol. 1. Ottawa : 1996.
- Hollander, Marcus. Évaluation des incidences des réformes des soins de santé sur les aînés, Partie I, *Rapport de synthèse des réformes des soins de santé et des perceptions des aînés face au système de santé*, préparé pour le Conseil consultatif national sur le troisième âge, décembre 1997.
- Santé Canada. Direction générale des politiques et de la consultation. *Dépenses nationales de santé au Canada 1975-1994 : rapport sommaire*. Ottawa : 1996.

3. LE MAINTIEN DE L'AUTONOMIE

3.1 LA FAMILLE ET LES AUTRES AIDANTS NATURELS



Problématique

Les changements récents qui ont touché le système de soins de santé et les services sociaux ont intensifié les pressions sur les services communautaires et le réseau informel. La limitation de l'institutionnalisation, les séjours plus courts à l'hôpital et le recours plus grand aux soins ambulatoires ont accru la nécessité de fournir de l'aide à domicile.

Les aidants naturels constituent une ressource importante du système de santé; ils assument près de 80 % des soins dispensés aux aînés qui vivent dans la collectivité et jusqu'à 30 % des services aux aînés vivant en institution. Le fardeau des soins retombe souvent sur les particuliers et les familles (en commençant par les conjoints), ce qui finit souvent par miner la santé de ces aidants naturels. D'ailleurs, 29 % des aidants naturels de personnes ayant des problèmes de santé de longue durée ont indiqué en 1996 que leurs heures de sommeil avaient été modifiées, et 21 % que leur santé avait été affectée. Alors que la majorité des aidants perçoivent leur rôle de façon très positive, environ la moitié ont fait savoir que la prestation de soins avait eu des répercussions sur leur travail (retards, absences) ou qu'ils avaient dû engager des dépenses supplémentaires.

Si le soutien aux aidants naturels n'est pas inclus dans les objectifs et les fonctions explicites du système de santé, il risque de venir trop tard ou d'être insuffisant pour prévenir l'épuisement chez les aidants naturels. Or, comme ces derniers sont des acteurs importants dans le cadre du maintien à domicile, ils doivent être reconnus comme des bénéficiaires légitimes des services de soins à domicile et l'on doit prévoir des possibilités de formation, de supervision et de répit. Il faut toutefois reconnaître que certains aidants naturels hésitent parfois à recourir aux programmes de soutien lorsque ceux-ci existent.

La surcharge de travail occasionnée par la diversité et la complexité des tâches et par la répartition inégale des soins entre les divers intervenants, a des répercussions négatives tant sur la vie personnelle de la personne-soutien que sur la qualité de l'aide qu'elle apporte. Ce fardeau est encore plus lourd à porter lorsque l'aidant principal cohabite avec la personne dépendante et doit coordonner et organiser la prise en charge.

L'accroissement de l'espérance de vie et la fécondité relativement forte des parents des baby-boomers portent à croire que la solidarité familiale pourrait se renforcer dans un proche avenir. Toutefois, à plus long terme, les futures cohortes de personnes âgées ne pourront compter sur une famille aussi grande pour recevoir des soins personnels, et dépendront peut-être davantage des services de l'État. Le réseau d'amis pourrait compenser le rétrécissement du réseau familial, quoiqu'il soit généralement reconnu que certains types d'aide (p. ex. prendre son bain) requièrent une intimité que l'on retrouve plus facilement entre personnes de la même famille qu'entre amis.

Défis

- Assurer des services communautaires qui améliorent les soins informels afin que les aidants naturels puissent donner des soins pendant plus longtemps sans se surmener et s'épuiser.
- Inciter les employeurs à faire preuve de souplesse et à adopter des politiques qui reconnaissent les responsabilités de leur personnel par rapport à tous les membres de leur famille qui ont besoin d'aide ou de soins spéciaux, y compris un parent âgé. Toutes les dispositions spéciales en matière d'avantages sociaux reliées aux soins fournis à un enfant dépendant devraient s'appliquer aussi aux soins fournis à une personne âgée en perte d'autonomie.
- Modifier les dispositions du Régime de Rentes du Québec et du Régime de Pensions du Canada afin que la « période d'exclusion » utilisée dans le calcul des contributions admissibles aux fins de pension, tienne aussi compte du temps consacré aux aînés qui requièrent une aide constante afin de les appuyer dans leur vie quotidienne.

- Trouver de meilleures façons d'offrir des services de répit aux aidants naturels pour qu'ils y aient recours plus souvent.

Indicateurs de changement

- Utilisation accrue des services de répit et de soutien par les aidants naturels.
- Augmentation des sommes d'argent consacrées aux soins à domicile pour alléger le fardeau des familles.
- Augmentation des arrangements de travail permettant aux travailleurs de concilier travail et obligations envers leurs proches.
- Diminution de l'ampleur et de l'intensité du fardeau ressenti par les aidants naturels.

Références

Canadian Study of Health and Aging. Patterns of Caring for People with Dementia in Canada. *Revue canadienne du vieillissement*, vol. 13, n° 4, 1994, p. 470-487.

Conseil consultatif national sur le troisième âge. *La position du CCNTA sur les services de santé communautaires destinés aux aînés : progrès et défis*. Ottawa : 1995.

Keating, N. et al. *Partners in Caring : Services Provided by Formal and Informal Caregivers to Seniors in Residential Continuing Care*, 1998.

Patriquin, Helen. *Conférence nationale sur les soins à domicile : rapport*. Ottawa : mars 1998.

Ulysse, Pierre-Joseph. *Le vieillissement des populations : les trente dernières années en perspective : revue de la littérature*, rapport préparé pour la Division du vieillissement et des aînés, Ottawa, 1997.

Victorian Order of Nurses of Canada, *Caregiver Symposium*, Ottawa, le 6-8 mars 1998.

3.2 LES SERVICES DE SOUTIEN ET DE SOINS À DOMICILE



Problématique

Les récentes réductions du financement des soins hospitaliers actifs (maladies aiguës) et des soins de longue durée en établissement et un changement de philosophie favorisant les soins communautaires plutôt que les soins institutionnels ont entraîné un accroissement de la demande de soins à domicile. Or, cette demande est appelée à augmenter tout au long des prochaines décennies, proportionnellement au nombre d'aînés, en particulier les plus âgés et ceux atteints de maladies complexes, comme la maladie d'Alzheimer. À mesure que les gens vieillissent, ils ont davantage besoin d'un soutien quelconque pour vivre de façon autonome. Les aînés plus âgés sont trois fois plus susceptibles d'avoir recours aux soins à domicile pour assurer leurs soins personnels, les travaux ménagers et la préparation des repas afin de composer avec les limitations associées à des problèmes de santé chroniques, dont l'arthrite. Les aînés plus jeunes, pour leur part, ont surtout besoin de soins infirmiers pour faire face à des problèmes de santé aigus.

Une grande variété de soins de santé et de soutien, financés par l'État, peuvent être offerts à domicile pour répondre aux besoins médicaux et à ceux de la vie quotidienne. Ces services comprennent notamment l'évaluation et la gestion des cas, les soins infirmiers, la physiothérapie, l'ergothérapie, les services ménagers et les programmes de repas. Il s'agit d'aider les personnes

ayant divers degrés d'incapacité à demeurer chez elles et à éviter ou retarder le placement en établissement de soins de longue durée ou de soins aigus. Les soins à domicile procurent un soutien aux personnes atteintes de maladies chroniques, à celles qui sortent de l'hôpital ou à celles qui ont besoin de soins palliatifs.

Au cours de l'exercice 1997-1998, les dépenses publiques de soins à domicile ont fait un bond pour atteindre environ 2,1 milliards de dollars, contre 1,1 milliard en 1990-1991. Ces 2,1 milliards représentent 4 % de l'ensemble des dépenses publiques de santé au Canada comparativement à 2,3 % au début de la décennie. Les provinces en assument la plus grande partie en finançant certains services, mais les besoins continuent de croître. Comme ces soins ne sont pas assurés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, les provinces ont le choix de financer ou non ces services; on observe donc de grandes disparités entre les provinces et entre les secteurs urbains et ruraux en ce qui concerne le genre de services offerts à domicile. De plus, ces services ne sont pas transférables d'une province à l'autre.

Les personnes âgées font souvent face à des difficultés financières quand elles quittent l'hôpital pour recevoir des soins à domicile. Par exemple, les médicaments leur sont fournis sans frais à l'hôpital, mais non quand elles reçoivent des soins à domicile.

Les soins à domicile financés par l'État ne représentent qu'un maigre pourcentage de l'ensemble des soins à domicile fournis au Canada, dont environ 80 % sont assurés par des aidants naturels bénévoles, habituellement des membres de la famille ou des amis, surtout des femmes.

Les consultations du Forum national sur la santé ont montré à quel point la population tient à ce que les soins à domicile soient financés par l'État et assurés par des professionnels. Cet appui est fondé sur la conviction que les soins à domicile sont efficaces et souvent plus économiques pour obtenir le rétablissement et assurer le bien-être des intéressés, tout en soulageant la famille et les amis de la charge indue des soins aux personnes qui leur sont chères.

Défis

- Élaborer des programmes de soins à domicile à l'échelle du pays qui feront partie d'une gamme de services intégrés au système global de soins, respecteront les principes de la *Loi canadienne sur la santé* (accessibilité, transférabilité, intégralité, universalité et gestion publique) et permettront d'assurer des services de qualité aux personnes âgées et aux autres.
- Assurer l'accès aux services dans les collectivités rurales et urbaines.
- Reconnaître que les aînés doivent participer pleinement à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation de la politique et des programmes qui touchent les soins à domicile.
- Élaborer et mettre en œuvre divers modèles efficaces et économiques de soins à domicile.
- Garantir l'élaboration d'une vaste gamme de services de soins à domicile qui pourra être adaptée pour répondre aux besoins physiques, psychologiques, culturels et sociaux des aînés et de leurs aidants naturels et autres, y compris les besoins reliés à des handicaps physiques et mentaux, à la culture et aux soins de répit.
- Faire en sorte que les ressources humaines et financières du système de soins à domicile soient équilibrées de façon à satisfaire aux besoins découlant de maladies chroniques, dont les aînés sont les plus susceptibles d'être atteints, et aux besoins découlant de maladies aiguës, qui touchent surtout les populations plus jeunes.
- Créer un programme communautaire de soins à domicile intégrés qui tienne compte à la fois des services assurés par les aidants naturels et de ceux dispensés par des professionnels de la santé.

Indicateurs de changement

- Élaboration de normes uniformes pour les soins à domicile à travers le Canada.
- Augmentation des budgets pour les soins à domicile et réduction des dépenses privées pour de tels soins.
- Diminution de la proportion d'aînés se plaignant de ne pas avoir reçu les soins à domicile répondant à leurs besoins.

Références

Conseil consultatif national sur le troisième âge. *La position du CCNTA sur les services de santé communautaires destinés aux aîné-e-s : progrès et défis*. Ottawa : 1995.

Forum national sur la santé. Des soins à proximité du domicile : Rapport de synthèse du Groupe de travail sur les valeurs. *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier : rapports de synthèse et documents de référence – Volume II*, 1998.

Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur les soins à domicile. *Rapport sur les soins à domicile*. Ottawa : Santé Canada, 1990. Santé Canada. Direction générale des politiques et de la consultation. *Dépenses publiques de soins à domicile au Canada, 1975-76 à 1997-98 : feuilles d'information*. Ottawa : 1998.

Sorochan, Michael W. Home Care in Canada, *Caring*, vol. 14, n° 1, janvier 1995, p. 12-19.

3.3 LA VIE EN ÉTABLISSEMENT DE SOINS



Problématique

Depuis 1986, la proportion de personnes âgées vivant à l'hôpital ou dans un établissement de soins quelconque (p. ex. dans un centre de soins spéciaux pour personnes âgées et malades chroniques) a diminué graduellement, passant de 7,5 % en 1986 à 6,8 % en 1996. Cette baisse s'explique en partie par l'adoption d'une politique sociale qui a introduit depuis 20 ans un changement de cap significatif en faveur des ressources familiales et communautaires, ce qui a facilité par le fait même le développement des services de soutien à domicile et limité l'institutionnalisation des personnes âgées. Concurrément, alors qu'on observe une baisse du taux d'admission en établissement des personnes âgées dont les besoins sont moindres, les personnes qui sont admises en établissement ont dans l'ensemble des besoins plus importants et le niveau de soins requis est plus exigeant.

Environ 85 % des aînés en établissement ont plus de 75 ans et sont en majorité des femmes. Les problèmes chroniques de santé tels la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démence (le tiers des résidents seraient touchés), l'incontinence et les séquelles d'un accident cérébrovasculaire se rencontrent plus fréquemment chez les aînés qui vivent en établissement de santé que chez ceux qui vivent dans la collectivité.

Même si l'on met de plus en plus l'accent sur les services de longue durée offerts dans la collectivité, il est probable que le besoin de places en établissement continuera de progresser parallèlement à l'augmentation du nombre de personnes atteignant un âge avancé. Malgré la diminution du taux d'institutionnalisation, le nombre de personnes âgées en établissement est passé de 203 000 à 240 000 entre 1986 et 1996. Si, comme on s'y attend, de plus en plus de personnes âgées parviennent au point où l'institutionnalisation s'impose, on doit veiller à ce qu'il y ait des places disponibles.

Ces dernières années, la philosophie rattachée aux objectifs des soins de longue durée a évolué. On a pris conscience du fait qu'il est tout aussi important de répondre aux besoins psychologiques, sociaux, culturels et spirituels des bénéficiaires qu'à leurs besoins physiques. On considère également qu'il faut accorder plus d'attention aux droits et libertés individuelles par la valorisation de l'autonomie et la responsabilisation du bénéficiaire, et par une prestation de services axée sur ce dernier. Force nous est de reconnaître qu'il reste encore beaucoup à faire dans l'application de ces principes.

Il est vrai que la pénurie de personnel dans les établissements de soins explique en partie le caractère rigide, routinier et impersonnel des soins. Et il est tout aussi exact que l'enseignement offert aux professionnels qui se destinent au secteur des établissements de soins de longue durée est souvent fort limité et peu valorisé. Il n'en demeure pas moins que trop souvent, les établissements sont plutôt dirigés en fonction des besoins du personnel et de l'organisation du travail que des patients. Le grand défi consiste à transformer ces établissements de manière à ce qu'ils soient axés sur la clientèle plutôt que sur l'établissement.

Défis

- S'assurer que la tendance à limiter la création d'établissements de longue durée ne supprimera pas les places nécessaires aux personnes trop handicapées pour demeurer dans la collectivité, que les ressources financières des individus ne soient jamais un facteur de discrimination à l'accès aux établissements de longue durée, et que les types d'établissements répondront aux différentes catégories de besoins (personnes semi-autonomes, avec conjoint, etc.).
- Respecter les individus et leur autonomie et favoriser au maximum la maîtrise personnelle et les capacités fonctionnelles (par les services de réadaptation, la protection de la vie privée du couple, le respect de la culture et des traditions, et l'accès à la collectivité, etc.).
- Reconnaître le fait que les établissements de longue durée se consacrent de plus en plus aux cas lourds. Tenir compte de ce fait dans l'organisation et le financement des soins, dans la formation du personnel et dans l'agencement physique des lieux, tout en respectant les besoins de la clientèle qui n'est pas atteinte de démence.
- Fournir aux résidents et à leur famille de l'information et des occasions de prendre des initiatives et de participer à la vie de l'établissement, plutôt que de s'attendre à une collaboration passive et maintenir une situation où toutes les décisions sont prises par l'administration et le personnel.
- Surveiller et évaluer les tendances en ce qui concerne l'imposition directe de frais de séjour en établissement de soins de longue durée pour garantir à tout le monde un accès équitable et un coût raisonnable. Il y aurait lieu de réduire les disparités régionales observées actuellement.

Indicateurs de changement

- Amélioration de la qualité des soins (p. ex. une augmentation du ratio personnel/patient) et de la qualité de vie en établissement.
- Réduction des listes d'attente pour le placement en établissement.
- Diminution des dépenses privées pour les soins en établissement et plus grande parité des coûts privés à travers le Canada.

Références

- Conseil consultatif national sur le troisième âge. *La position du CCNTA sur le quatrième âge au Canada : maintenir la qualité de la vie*. Ottawa : 1992.
- Qualité de vie et soins de longue durée en institution : une approche concertée*, Ottawa, Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1992.
- Tully, P. et Mohl, C. Résidents âgés des établissements de santé. Dans *Rapports sur la santé*, n° au catalogue 82-003F, vol. 7, n° 3, Ottawa, Statistique Canada, 1995, p. 27-30.
- Ulysse, Pierre-Joseph. *Le vieillissement des populations : les trente dernières années en perspective : revue de la littérature*, rapport préparé pour la Division du vieillissement et des aînés, Ottawa, 1997.

3.4 LE TRANSPORT



Problématique

Aux yeux des aînés, le transport représente plus qu'une façon de se rendre d'un endroit à un autre, car le manque de moyens de transport adéquats et abordables contribue à l'isolement et à la perte d'autonomie et réduit l'accès aux services et aux activités.

Le moyen de transport le plus élémentaire, la marche, peut poser problème à certains aînés. Après les accidents de voiture, la sécurité piétonnière constitue une préoccupation importante pour les personnes âgées puisque plus de 26 % des piétons tués dans des accidents de la circulation en 1993 étaient des personnes âgées. Pour les aînés à mobilité réduite, particulièrement ceux qui utilisent une marchette, une canne ou un fauteuil roulant, il peut être difficile de traverser rapidement et sans danger à une intersection, surtout par mauvais temps ou lorsque les feux de signalisation changent trop rapidement. Dans l'ensemble, 66 % de toutes les collisions mettant en cause des piétons âgés sont survenues à des intersections.

Pour les aînés, l'automobile est pratique et leur donne beaucoup de liberté. Environ 70 % des aînés canadiens de 55 ans et plus ont un permis de conduire. Cette proportion pourrait augmenter avec l'arrivée de nouvelles générations qui comptent un

pourcentage plus élevé de femmes qui conduisent. D'autre part, 3 à 5 % des personnes de 55 ans ou plus sont impliquées dans un accident d'automobile au cours d'une année donnée. Lorsque l'on tient compte du kilométrage parcouru, pour les conducteurs âgés de 75 ans ou plus, les risques de collision sont les mêmes que ceux des conducteurs à risques élevés âgés de 16 à 24 ans. Ces collisions ont des conséquences plus graves pour les personnes âgées que pour les jeunes : dans un accident d'automobile, la personne âgée a trois fois plus de risques de mourir qu'une personne jeune.

En soi, l'âge n'influe pas sur l'aptitude à conduire un véhicule. Les aînés constituent un groupe diversifié et bon nombre d'entre eux demeurent d'excellents conducteurs, même à un âge avancé. D'autres peuvent cependant avoir des réflexes plus lents ou souffrir de maladies chroniques, comme l'arthrite, et de troubles de la vision et de l'ouïe qui peuvent rendre la conduite automobile difficile, voire dangereuse. La réévaluation du permis de conduire peut être cependant intimidante pour les aînés et miner leur estime de soi et leur confiance. Quant au retrait de permis, il entraîne une perte de liberté et d'autonomie qui peut complètement bouleverser le mode de vie des aînés. Les changements visent notamment l'utilisation accrue du transport en commun dans les régions où il y en a, le déménagement, la modification des habitudes de « magasinage », de loisirs et de vacances. Le taxi n'est une option valable que pour les aînés qui en ont les moyens.

Le transport en commun peut être un moyen abordable et pratique pour se déplacer. Toutefois, l'étendue du réseau, le coût et les horaires varient

considérablement d'un endroit à l'autre. Dans certains cas, l'utilisation du transport en commun peut être compliquée. Une personne fragile peut se sentir intimidée et courir le risque d'être blessée dans un autobus bondé.

Bon nombre de sociétés de transport par autobus offrent des services adaptés aux personnes handicapées, comme l'assistance du conducteur pour monter dans l'autobus ou des autobus spéciaux (p. ex. munis de rampes ou d'élévateurs) pour aider les personnes en fauteuil roulant. Même si les personnes ayant un handicap moteur peuvent avoir accès à des services spécialisés, beaucoup d'autres ayant des handicaps « invisibles » ont aussi besoin d'être aidées. Par exemple, les aînés ayant des problèmes respiratoires ou cardio-vasculaires peuvent ne pas avoir assez d'endurance pour utiliser les services ordinaires de transport en commun, sans toutefois être admissibles à des services spécialisés.

Comme c'est le cas pour le transport en commun régulier, ces services spécialisés ne sont pas souvent offerts aux aînés en milieu rural et, quand ils le sont, les déplacements doivent être prévus à l'avance. Ces services demeurent moins pratiques que le transport en commun régulier ou l'utilisation de son propre véhicule. De plus, l'effet des réductions budgétaires des municipalités sur la disponibilité des services de transport en commun varie d'une ville à l'autre.

En ce qui a trait au transport aérien et ferroviaire, bon nombre de transporteurs offrent des tarifs spéciaux pour les aînés. Des services d'aide à l'embarquement et au débarquement ainsi que

pour le transport des bagages sont souvent prévus également. Au cours des dernières années, des améliorations ont été apportées dans les aéroports, les terminus d'autobus et les gares pour répondre aux besoins des personnes handicapées. Cette tendance doit se poursuivre pour améliorer l'accessibilité des services de transport, mais les handicaps entraveront toujours la mobilité des personnes âgées. En 1991, 20 % des aînés handicapés ont déclaré ne pas pouvoir voyager sur de longues distances en raison de leur handicap, et 21 % avaient besoin de l'aide d'un préposé ou d'un accompagnateur pour effectuer de longs voyages.

Défis

- Améliorer le réseau routier en y incorporant des éléments (signalisation, durée des feux de circulation, hauteur des trottoirs, etc.) qui tiennent compte des besoins spéciaux des personnes à mobilité réduite ou ayant des troubles de la vision, de l'ouïe ou autres.
- Évaluer la compétence des conducteurs âgés de façon à répondre aux préoccupations de sécurité tout en respectant la dignité et l'autonomie de chaque personne.
- Évaluer et réduire les effets que les compressions budgétaires touchant le transport ont sur les aînés et toutes les personnes handicapées.
- S'assurer que les réseaux de transport interurbain continuent d'être améliorés pour répondre aux besoins des aînés et des personnes handicapées.
- Encourager les initiatives innovatrices visant à améliorer le transport en milieu rural.

Indicateurs de changement

- Pourcentage accru d'aînés et de personnes handicapées en mesure d'effectuer de longs voyages avec un maximum d'autonomie.
- Accessibilité accrue au transport en commun, spécialement pour les aînés vivant en région rurale et les personnes handicapées.
- Diminution des taux d'accident de la route chez les conducteurs âgés.
- Diminution des accidents mettant en cause des piétons âgés.

Références

Conseil consultatif national sur le troisième âge. Un bref portrait des aîné-e-s au Canada, *Vignette vieillissement*, n° 15, Ottawa, 1999.

Lindsay, Colin. *Un portrait des aînés au Canada*, 2^e édition, n° au catalogue 89-519-XPF. Ottawa : Statistique Canada, 1997.

3.5 LE LOGEMENT



Problématique

La grande majorité des aînés (93 %) vivent au sein de la collectivité, dans une habitation privée, plutôt que dans un établissement (7 %). Les aînés font montre d'un puissant désir de vivre de façon autonome, dans des conditions maximales de sécurité et de confort. Une proportion relativement importante de personnes âgées sont propriétaires de leur domicile. En 1997, 84 % des familles ayant une personne âgées à leur tête et 50 % des personnes âgées célibataires étaient propriétaires de leur domicile. La plupart (84 % des familles ayant une personne âgée à leur tête et 89 % des célibataires) avaient fini de payer l'hypothèque. De plus, la qualité du domicile des personnes âgées est aussi bonne, voire meilleure, que celle du reste de la population. Cependant, à mesure que les aînés avancent en âge, leur domicile doit souvent être modifié en fonction du déclin de leurs capacités. Plus la population comptera d'aînés, particulièrement d'un âge avancé, plus le besoin de logements adaptés et sûrs se fera sentir. Les aînés doivent disposer d'un large éventail d'options en matière de logement, en harmonie avec leurs préférences et leurs besoins physiques, intellectuels ou sociaux.

Les options peuvent varier en fonction du type d'habitation (maison à logement unique ou à plusieurs logements), du mode d'occupation (propriété, location, copropriété ou coopérative d'habitation), du mode de vie (vie solitaire, avec un conjoint, avec des représentants de plusieurs générations ou avec des personnes non apparentées) et de la présence ou non de services de soutien (ex. service de ménage). L'habitation doit favoriser l'autonomie de l'aîné, que celui-ci soit pleinement autonome ou en partie dépendant d'autres personnes en raison de sa faiblesse physique ou de troubles comme la démence. L'habitation doit être adaptable et libre d'obstacles (d'éléments empêchant l'aîné de tirer parti de son environnement dans la mesure de ses capacités). La conception architecturale doit permettre l'installation de dispositifs de sûreté, de sécurité et d'automatisation ainsi que d'améliorations technologiques, selon les besoins. En plus d'assurer l'hébergement, l'habitation doit faciliter l'accès aux services de santé et de soutien de même qu'aux services sociaux. Quelques solutions innovatrices en matière de logement pour les personnes âgées ont été présentées, en grande partie grâce aux programmes et aux publications de la Société canadienne d'hypothèques et de logement, mais leur mise en œuvre a été inégale à travers le pays. De plus, il est manifestement nécessaire d'élaborer et d'appliquer des normes de logement provinciales claires en ce qui touche l'éventail de solutions de logement envisagées pour les aînés, en particulier quand il s'agit de logements collectifs.

La capacité de payer est une considération importante pour les propriétaires âgés qui doivent prévoir dans leur budget les coûts d'entretien réguliers et les taxes municipales qui souvent ne cessent d'augmenter, de même que des travaux de rénovation de structures plus anciennes. On propose maintenant des hypothèques inversées pour permettre aux propriétaires d'acheter une rente libre d'impôt en fonction de la valeur de leur domicile. Malgré leurs caractéristiques alléchantes, « conserver leur domicile jusqu'à leur décès et profiter d'un revenu plus élevé », les hypothèques inversées comportent un certain degré de risque dont les emprunteurs peuvent ne pas être pleinement conscients. La capacité de payer est aussi une grande préoccupation pour les locataires, dont bon nombre sont des personnes âgées à faible revenu qui doivent composer avec des hausses de loyer. Les politiques de réglementation des loyers varient d'une région à l'autre du pays, les fonds fédéraux ne sont plus disponibles pour la construction de nouvelles unités de logement social (sauf dans les réserves autochtones) et, dans certaines grandes régions urbaines où la demande de logements est élevée, le parc de logements locatifs convenables et de coût modique a diminué.

Défis

- Sensibiliser les promoteurs immobiliers, les architectes et les fonctionnaires municipaux pour faire en sorte que les maisons et appartements en construction aient une conception « universelle », convenant à des personnes de tous âges.
- Encourager et soutenir l'adaptation des logements occupés par des personnes âgées.
- Mettre en œuvre un programme d'assurance nationale des hypothèques inversées afin de protéger les propriétaires contre des pertes importantes.
- Faire en sorte qu'il y ait assez de logements convenables à louer à prix abordable, particulièrement dans les grands centres urbains.
- Accroître le nombre et la diversité des résidences pour personnes âgées semi-autonomes dont les capacités physiques ou intellectuelles diminuent; il peut s'agir de petits foyers de groupe, d'appartements individuels offrant des services de soutien et de logements à niveaux multiples (c.-à-d. offrant sur le même site des unités institutionnelles, des unités à autonomie complète et des unités à autonomie assistée).
- Éliminer les obstacles à la diversification des options en matière de logement pour les aînés, notamment certains règlements municipaux, le manque de sensibilisation du public et les attitudes.

Indicateurs de changement

- Plus d'habitations équipées de dispositifs de sécurité et de commodités convenant aux personnes de tout âge.
- Plus d'options en matière de logement qui répondent aux préférences et aux besoins des aînés.
- Augmentation de la disponibilité de logements à prix abordable pour les aînés à revenu modeste.

Références

Conseil consultatif national sur le troisième âge. *Loger une population vieillissante : guide et notes de conception*, deuxième édition. Ottawa : 1992.

Lindsay, Colin. Les aînés : un groupe diversifié qui vieillit bien, dans *Tendances sociales canadiennes*, n° 52, n° au catalogue 11-008F, Ottawa, Statistique Canada, printemps 1999, p. 27-30.

Priest, G. Les aînés au Canada : situation dans le ménage, dans *Tendances sociales canadiennes*, n° 10, n° au catalogue 11-008F, Ottawa, Statistique Canada, automne 1988, p. 26-30.

Rodriguez, Luis. *Canada's Response to the Housing Needs of its Aging Population*, un rapport présenté au Congrès mondial de gérontologie, Ottawa, Société canadienne d'hypothèques et de logement, 1997.

Santé Canada. Division du vieillissement des aînés. *Chez soi en toute sécurité : guide de sécurité domestique à l'intention des personnes âgées*. Ottawa : 1997.

3.6 LES QUESTIONS D'ÉTHIQUE



Problématique

Le vieillissement des sociétés soulève de nombreux problèmes éthiques nouveaux qui concernent à la fois les personnes âgées et la société dans son ensemble. La société canadienne doit répondre à des questions où des valeurs collectives sont en cause, lesquelles intéressent donc tous les membres de la société. L'objet de l'éthique est de faire un choix réfléchi qui présentera le maximum d'avantages pour le plus grand nombre de gens, ou à tout le moins, qui évitera les plus graves préjudices. La prise de décisions éthiques vise à répondre à deux questions fondamentales :

- QUE devons-nous permettre, encourager, tolérer ou interdire?
- COMMENT décider ce qui est permis, encouragé, toléré ou interdit?

Les grands défis d'une société vieillissante en matière d'éthique tournent autour de la politique officielle, du traitement individuel ainsi que des soins et de la recherche.

1. Éthique publique

L'éthique publique s'adresse à la société dans son ensemble et porte spécialement sur l'affectation des ressources publiques et sur le type de politique sociale mise en œuvre pour soutenir ou encourager des gens à agir d'une certaine façon (p. ex. modifier l'âge de la retraite). Certains programmes publics de pension et certains crédits d'impôt ont l'âge comme critère d'admissibilité, quoique que l'on essaie par la suite de déterminer les niveaux de prestation en fonction du revenu de la personne âgée. La mise en place de ces programmes a été justifiée par l'idée que l'avancement en âge était un bon indicateur du besoin, puisque le vieillissement se traduisait par la perte graduelle de la capacité de subvenir à ses besoins. Cependant, de plus en plus de gens conservent maintenant une bonne santé physique et mentale au-delà de la soixantaine et même au-delà de 70 ans. À lui seul, l'âge demeure-t-il un critère acceptable d'admissibilité à une pension publique? Faut-il interdire la retraite obligatoire à 65 ans? Comment la société doit-elle considérer la retraite? Quelles sont les autres possibilités?

Sous l'angle des soins, l'affectation de ressources limitées suscite des points de vue différents; on s'entend toutefois sur la pertinence d'établir une distinction entre l'âge en tant que critère médical et l'âge en tant qu'élément de décision en regard du patient dans sa totalité. D'un point de vue moral, on ne saurait justifier qu'un traitement soit interrompu ou refusé à une personne du seul fait

de son âge. En revanche, cette même approche commande que l'on renonce à des efforts aveugles pour prolonger à tout prix la vie de personnes âgées. Le principe de l'égalité exigerait que les besoins de chaque personne âgée soient respectés, c'est-à-dire qu'elles ne seraient jamais abandonnées et qu'on leur fournirait des soins appropriés à leur état.

2. Éthique clinique

L'éthique clinique engage la réflexion sur la maîtrise qu'une personne exerce sur sa vie quand elle est malade et a besoin de soins. Étant donné que les personnes âgées ont tendance à être plus souvent malades, les décisions en matière d'éthique clinique peuvent avoir un effet considérable sur les soins qu'elles reçoivent et sur les choix qu'elles peuvent faire à ce sujet. Les dilemmes éthiques les plus fréquents concernent l'obtention de leur consentement éclairé pour des interventions cliniques, mais d'autres problèmes peuvent surgir, comme le refus ou l'abandon d'un traitement ou l'accélération délibérée de la mort. L'importance d'établir et d'appliquer des procédures claires et uniformes pour prendre des décisions éthiques devient plus pressante à mesure que le nombre d'adultes âgés qui reçoivent des soins de santé augmente.

Pour faire en sorte que les gens conservent le droit à l'autodétermination quand ils sont malades, les soins de santé ne doivent être prodigués qu'avec le consentement libre et éclairé du patient. Cela signifie que le patient doit se sentir libre de prendre la décision qu'il croit préférable, sans subir de pressions indues de la part de parents ou de professionnels de la santé. Cela signifie aussi que la personne doit avoir reçu toute l'information nécessaire

pour prendre une décision réfléchie, y compris sur les risques, les conséquences et les traitements possibles. Pour consentir à des soins, la personne doit aussi être compétente. Quand une personne est très malade ou que son niveau de compétence fluctue, le risque existe qu'on ne tienne pas compte de son droit à prendre ses propres décisions. De même, le risque existe qu'on ne tienne pas compte du choix de la personne s'il est contraire au jugement des parents ou des professionnels de la santé. L'incapacité mentale doit être établie par des méthodes objectives et fiables. En cas d'incapacité à prendre une décision concernant les soins, des personnes désignées par la loi peuvent donner un consentement substitué qui devrait respecter la volonté exprimée par la personne.

La demande accrue de protection du droit à l'autodétermination a engendré la nécessité de directives préalables relativement aux soins. Il s'agit d'une série d'instructions qu'une personne rédige concernant le traitement médical qu'elle souhaite ou ne souhaite pas se voir administrer dans l'éventualité où elle serait incapable d'exprimer sa volonté. La reconnaissance légale des directives préalables varie d'une province à l'autre. Cependant, dans les provinces où elles sont reconnues, les personnes âgées ne sont guère au courant et utilisent peu cet instrument.

Le respect du droit à l'autodétermination ne signifie pas qu'il faut consentir à un traitement contre-indiqué du point de vue médical et ne s'étend pas à la perpétration d'actes interdits par la loi, comme l'euthanasie et le suicide assisté. Le débat social sur la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté se poursuit sans que le Parlement

ou les cours proposent des solutions claires. La question intéresse toutes les personnes en phase terminale, mais les adultes âgés sont particulièrement touchés dans la mesure où les maladies mortelles sont plus fréquentes dans la dernière partie de la vie. Peu importe l'issue du débat sur l'euthanasie et le suicide assisté, il est clair qu'il faut fournir des soins palliatifs plus complets pour permettre aux patients de mourir dans le confort et la dignité.

3. Éthique de la recherche

L'accroissement de la proportion de personnes âgées dans la société incitera de plus en plus les chercheurs à se pencher sur le vieillissement. Pour prendre des décisions critiques en matière de recherche, il faut atteindre le juste équilibre entre le respect de l'autodétermination de l'individu, l'obligation d'éviter de causer un préjudice et l'obligation de traiter tous les citoyens de façon équitable. Les recherches sur les personnes âgées peuvent poser un problème d'éthique un peu plus complexe que la recherche sur les adultes plus jeunes. Il peut être plus difficile d'obtenir un consentement libre et éclairé, notamment dans le cas de personnes âgées ayant des troubles cognitifs ou qui sont à la charge d'autres personnes. On peut estimer que les personnes âgées sont plus vulnérables à certains dangers (p. ex. lors d'interventions médicales expérimentales ou dans les essais de médicaments). Bien que le potentiel de risque soit différent pour différentes personnes âgées, certains chercheurs préfèrent ne prendre aucun risque et évitent d'inclure des personnes âgées dans leurs recherches. Cette décision peut violer le principe de justice, soit parce qu'on refuse

aux personnes âgées leur droit de choisir de participer, soit parce qu'on rate la possibilité de faire des découvertes qui pourraient profiter directement aux personnes âgées. Les décisions correctes du point de vue de l'éthique varieront d'un cas à l'autre. Il est clair cependant que les chercheurs et les comités responsables de l'éthique de la recherche devront faire la part des choses entre des éléments parfois contradictoires pour faire en sorte que les personnes âgées puissent participer aux études qui peuvent leur être bénéfiques, compte tenu de la nécessité de développer les connaissances sur le vieillissement et les personnes âgées.

Défis

- Stimuler la recherche et le débat public sur l'éthique touchant les préoccupations sociales suivantes : le but de la retraite et les droits à la retraite, les obligations réciproques de la société et de ses citoyens retraités et les conséquences de la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté pour les personnes âgées vulnérables.
- Reconnaître légalement les directives préalables relatives aux soins pour garantir le droit du patient à l'autodétermination et former les personnes âgées et les professionnels de la santé à leur utilisation.
- Encourager les aînés à participer aux recherches et obliger les chercheurs à inclure dans leurs protocoles une représentation équitable de groupes qui pourraient profiter de la recherche.
- Former les futurs fournisseurs de soins de santé, les analystes de politiques et les chercheurs sur les questions d'éthique liées au vieillissement de la population et à la fin de la vie.

Indicateurs de changement

- Plus grande utilisation des mandats en cas d'invalidité.
- Plus grande sensibilisation des professionnels de la santé aux questions d'éthique.
- Augmentation des exigences des comités d'éthique de la recherche en vue de la participation de tous les bénéficiaires potentiels de la recherche, y compris les personnes de 65 ans et plus, dans les échantillons cliniques.

Références

- Callahan, D. *Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society*. New York: Simon & Schuster, 1987.
- Canadian Pensioners Concerned. *My Plans for Me: Educational Information Package on Advance Health Care Directives in Canada*. Halifax : 1997.
- Fuchs, É. *Comment faire pour bien faire*. Genève : Labor-Fides, 1996.
- Jullien, F. *Fonder la morale*. Paris : Grasset, 1995.
- Lynch, A. L'éthique de la recherche auprès de sujets âgés, dans *Questions éthiques et vieillissement*, Ottawa, Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1993, p. 87-104.
- Rachels, J. *The End of Life: Euthanasia and Morality*. New York : Oxford University Press, 1985.
- Rawls, J.A. *Theory of Justice*. Cambridge : Harvard University Press, 1971.
- Ricoeur, P. *Le juste*. Paris : Esprit, 1995.
- St-Arnaud, J. Autonomie, détermination et processus décisionnel touchant les traitements de fin de vie, dans *Questions éthiques et vieillissement*, Ottawa, Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1993, p. 33-50.

4. LA SÉCURITÉ FINANCIÈRE

4.1 LA SITUATION FINANCIÈRE À LA RETRAITE



Problématique

Les personnes âgées disposent de quatre sources de revenu possible; leur situation financière dépend à la fois des transferts de l'État, des régimes privés de retraite, de leur travail rémunéré et de la richesse accumulée tout au long de la vie. Ce concept paraît bien simple, mais il s'avère difficile d'en évaluer tous les éléments et de parvenir à une vision complète de la réalité. Car si les statistiques fiscales permettent de connaître le revenu annuel des individus, nous avons peu d'information sur le montant des économies accumulées par les individus, sur la valeur du patrimoine et sur la richesse des autres individus du ménage. Les données disponibles n'offrent donc qu'une vision partielle de la réalité.

L'un des indicateurs de la situation financière est le revenu. La proportion des aînés à faible revenu (c.-à-d. qui s'en tirent beaucoup moins bien que la moyenne) a connu une baisse marquée au cours des 15 dernières années, passant de 34 % à 19 % entre 1980 et 1994. Les aînés seuls, c'est-à-dire qui vivent seuls ou avec des personnes non apparentées, sont toutefois beaucoup plus nombreux à toucher un faible revenu que ceux qui vivent dans une famille. En 1994, 48 % des personnes seules âgées de 65 ans ou plus étaient considérées comme étant à faible revenu, comparativement à 6 % seulement des aînés qui vivaient avec leur

conjoint ou une personne apparentée. Fait encourageant, ces seuils étaient respectivement de 70 % et de 18 %, 15 ans plus tôt. Notons également que ces niveaux de faible revenu sont basés sur le revenu avant impôts et ne tiennent pas compte des crédits et exemptions d'impôt en raison de l'âge, ni de l'allègement des taxes foncières pour les aînés de certaines provinces. Par conséquent, le niveau réel de difficulté pourrait dans une certaine mesure être surestimé.

Dans l'ensemble, la situation financière des personnes âgées s'est donc considérablement améliorée au cours des dernières décennies, même si plusieurs disposent encore de revenus modestes qui peuvent les placer dans un état de vulnérabilité face à des dépenses imprévues. La mise en place du programme de la Sécurité de la vieillesse, du Supplément de revenu garanti, du Régime de pensions du Canada et du Régime de rentes du Québec ne sont certes pas étrangers à cette amélioration de la situation économique des personnes âgées. Les paiements de transferts gouvernementaux représentaient 55 % du revenu global des aînés en 1994, contre 47 % en 1981. Les femmes comptent davantage sur les transferts gouvernementaux, puisqu'ils constituent l'unique source de revenu pour 44 % d'entre elles, alors que ce n'est le cas que de 22 % des hommes du même groupe d'âge. Les programmes publics ont joué et jouent encore aujourd'hui un rôle déterminant pour assurer le bien-être financier des personnes âgées.

La complémentarité des sources de revenu publiques et privées explique aussi cette évolution. En 1994, 19 % du revenu des aînés provenait de régimes privés de retraite liés à l'emploi, en

augmentation par rapport au 12 % observé en 1981. Une petite part du revenu des aînés provient de régimes enregistrés d'épargne-retraite, soit 4 % du revenu global, mais il se peut que ces chiffres augmentent dans l'avenir, car un nombre croissant de Canadiens et de Canadiennes cotisent à un REÉR. Les hommes âgés d'aujourd'hui bénéficient davantage que les femmes des régimes privés étant donné qu'ils ont été proportionnellement plus nombreux que les femmes de ces générations à avoir un emploi rémunéré et à cotiser pendant toute leur vie active à des caisses de retraite. De fait, les disparités dans la distribution du revenu semblent à première vue attribuables aux réalités d'un marché du travail segmenté qui a offert à certains travailleurs, plutôt qu'à d'autres, la possibilité d'épargner pour leur retraite. Ceux et celles qui n'ont pas de pensions privées et qui ne touchent pas de revenus de placements, en majorité des femmes et des personnes seules, ont non seulement le plus faible niveau de revenu moyen mais se révèlent beaucoup plus dépendants des transferts gouvernementaux.

Quelle sera la situation des aînés de demain? Tout porte à croire que les adultes d'aujourd'hui se seront mieux préparés financièrement pour la retraite, mais qu'un certain nombre d'entre eux dépendront principalement des régimes publics. L'évolution de la participation des femmes au marché du travail depuis 25 ans, tout en améliorant la situation financière du couple, devrait se traduire par une meilleure situation financière des retraitées. Leur situation demeurera sans doute moins favorable que celle des hommes cependant, du fait qu'elles abandonnent plus souvent leur carrière pour s'acquitter de leurs responsabilités familiales, qu'elles occupent des emplois souvent moins bien

rémunérés et dans des secteurs d'activités où les régimes privés de retraite reliés à l'emploi sont peu généreux, voire inexistantes.

Le pourcentage de travailleurs cotisant à des régimes enregistrés de pension de l'employeur a très peu varié depuis 15 ans, demeurant stable à 44 %, alors que la popularité croissante des REÉR collectifs permet de penser qu'il y aura davantage de travailleurs couverts par de tels régimes. Il est préoccupant de constater la forte augmentation des droits de cotisation à un REÉR qui demeurent inutilisés, car la proportion de ceux qui cotisent effectivement chaque année à un REÉR n'est que d'un travailleur sur trois travailleurs admissibles. Une bonne proportion de ces droits inutilisés est attribuable aux personnes à faible revenu, dont bon nombre risquent de ne jamais avoir les moyens de cotiser à un REÉR. Ce sont les contribuables dans la fin de la quarantaine et dans la cinquantaine qui ont les plus hauts taux de participation et niveaux de cotisation aux REÉR. Les premiers baby-boomers ont commencé à atteindre ces années de participation optimale à un REÉR; reste à savoir si cette situation conduira à une diminution graduelle des droits de cotisation inutilisés.

Défis

- Préserver le régime public de retraite qui demeure la seule garantie d'un bien-être financier minimal pour plusieurs aînés d'aujourd'hui et de demain.
- Améliorer dès maintenant la situation économique des futures personnes âgées en luttant contre les causes connues de la pauvreté et de la dépendance financière à la retraite, soit la dualisation du marché du travail, la ghettoïsation professionnelle des femmes, les inégalités

d'accès à l'emploi et les disparités salariales entre les hommes et les femmes pour un travail comparable.

- Porter une attention particulière aux travailleurs âgés exclus du marché du travail qui doivent puiser à même leurs économies de retraite pour faire face à des périodes de chômage prolongé.
- Améliorer les méthodes de collecte de données afin d'être en mesure de mesurer toutes les dimensions de la richesse et de combiner ces données sur tous les membres d'un même ménage pour obtenir une idée juste du bien-être économique d'un individu. Le bien-être des particuliers ne relève pas seulement d'eux-mêmes mais aussi du ménage auquel ils appartiennent par la mise en commun des richesses.

Indicateurs de changement

- Augmentation du bien-être financier des femmes retraitées, en particulier les femmes seules.
- Amélioration des connaissances sur le patrimoine et le bien-être économique des familles.
- Plus grand pourcentage de travailleurs participant à des régimes de retraite privés ou cotisant à des RÉER ou à d'autres véhicules de placement.
- Diminution de la proportion d'aînés vulnérables sur le plan financier.
- Parité plus grande entre les hommes et les femmes âgés en ce qui a trait à la sécurité financière.

Références

- Akyeampong, Ernest B. Cotisations à un REER et retraits en revue, dans *L'emploi et le revenu en perspective*, n° au catalogue 75-001F, Ottawa, Statistique Canada, printemps 1998, p. 31-35.
- Frenken, Hubert. REER : profiter des droits de cotisation inutilisés, dans *L'emploi et le revenu en perspective*, n° au catalogue 75-001F, Ottawa, Statistique Canada, printemps 1998, p. 36-39.
- Frenken, Hubert. Régimes de retraite : le vrai et le faux, dans *L'emploi et le revenu en perspective*, n° au catalogue 75-001F, Ottawa, Statistique Canada, été 1996, p. 25-28.
- Lindsay, Colin. *Un portrait des aînés au Canada*, 2^e édition, n° au catalogue 89-519-XPF, Ottawa : Statistique Canada, 1997.
- Ulysse, Pierre-Joseph. *Le vieillissement des populations : Les trente dernières années en perspective : Revue de la littérature*, rapport préparé pour la Division du vieillissement et des aînés, Ottawa, 1997.

4.2 LE RÉGIME PUBLIC DE RETRAITE



Problématique

Au cours des 50 dernières années, le Canada a mis en place, et progressivement amélioré, un système public de revenu de retraite destiné à assurer un revenu de subsistance minimal et à remplacer le revenu lié à l'emploi. Ces programmes incluent la Sécurité de la vieillesse (SV), l'Allocation au conjoint (AC), le Supplément de revenu garanti (SRG) et le Régime de pensions du Canada/Régime de rentes du Québec (RPC/RRQ) ainsi que les crédits fédéraux pour revenu de pension ou accordés en raison de l'âge. Bien que ces programmes aient généralement réussi à réduire la pauvreté des personnes âgées, ils comportent des injustices devant être corrigées.

Depuis le milieu des années 1980, les gouvernements qui se sont succédés sur la scène fédérale ont tenté de réduire les dépenses liées au régime public de pensions, craignant qu'il ne devienne rapidement non viable dans une conjoncture économique caractérisée par un important déficit, une dette élevée et une faible productivité. Cependant, on avait plutôt tendance, dans le discours officiel, à comparer la situation des aînés à celle des plus jeunes générations au lieu de reconnaître que le problème réel était la piètre performance de l'économie (et que la solution devait donc aussi être économique).

N'étant accordée qu'entre 60 et 65 ans aux conjoints et aux conjoints-veufs des bénéficiaires de la SV et du SRG, l'AC exerce une discrimination à l'endroit des femmes à faible revenu qui n'ont jamais été mariées ou qui sont divorcées ou séparées. En déterminant la SV ainsi que les crédits pour revenu de pension ou accordés en raison de l'âge à partir du revenu individuel plutôt que du revenu familial, on crée des différences entre les prestations globales des couples qui ont deux revenus et de ceux qui n'en ont qu'un, en favorisant le premier groupe, alors que leur revenu total est le même. Aucune mesure satisfaisante n'a été mise en œuvre pour mettre fin à cette injustice.

Il existe, depuis 1989, un seuil de revenu à partir duquel la SV est graduellement réduite et qui n'est que partiellement indexé en fonction de l'inflation. N'étant pas entièrement protégés contre l'inflation, de plus en plus d'aînés canadiens voient chaque année leurs prestations de SV diminuer. D'ici l'an 2030, les aînés qui disposent d'un revenu annuel équivalant à 20 000 \$ (dollars de 1989) verront leurs prestations graduellement réduites.

Dans la plupart des collectivités canadiennes, les personnes qui n'ont comme revenu que la SV et le SRG vivent sous le seuil de faible revenu de Statistique Canada (ce seuil permet de déterminer qui s'en tire beaucoup moins bien que la moyenne). Celles qui sont le plus durement touchées sont les personnes seules (qui vivent seules ou sans avoir de lien de parenté avec les autres membres du ménage), dont le revenu provenant de la SV et du SRG n'atteint que 60 % du seuil de faible revenu pour une zone métropolitaine importante.

Le RPC/RRQ a été modifié en 1997, après une vaste consultation de la population canadienne par les gouvernements fédéral et provinciaux. Pour garantir la solvabilité de ces régimes, une meilleure équité entre les générations et s'assurer de conserver l'appui du public, on a décidé de porter le taux de cotisation à 10 % sur une période de six ans. On a également diminué le montant des prestations en les établissant à partir des cinq, plutôt que des trois dernières années de travail. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une réduction importante, elle sera peut-être douloureuse pour les retraités à faible revenu (dont un grand nombre sont des femmes) qui n'ont pas de régimes privés de pension ou d'épargne-retraite importants et qui dépendent surtout du RPC/RRQ.

Défis

- Corriger les inégalités persistantes du régime actuel de revenu de retraite qui établissent une discrimination en fonction de l'état civil.
 - Indexer pleinement le seuil de revenu de la SV de façon à mettre fin à l'érosion insidieuse de la valeur des prestations.
- Augmenter suffisamment les prestations des aînés à faible revenu pour améliorer sensiblement leur qualité de vie.
 - Faire en sorte que les gens continuent d'avoir confiance dans le système public de revenu de retraite pouvant garantir une sécurité financière minimale aux personnes âgées et réduire les écarts entre les Canadiens en ce qui a trait à la capacité de gagner sa vie et de faire des économies.

Indicateurs de changement

- Plus grande équité dans le système de retraite public entre les gens mariés, veufs, célibataires et divorcés ou séparés.
- Meilleure indexation des prestations de retraite publiques et des seuils donnant droit aux prestations pour tenir pleinement compte de l'inflation.
- Diminution de la pauvreté chez les aînés dont la seule source de revenu est le système public de retraite.

Références

- Gee, Ellen et McDonald, Lynn. L'exposé de position de l'ACG sur les pensions, *Revue canadienne du vieillissement*, vol. 17, n° 3, 1998, p. viii-xv.
- Conseil consultatif national sur le troisième âge, *La réforme fédérale des pensions : sommaire du Mémoire du CCNTA*, mars 1996.
- Conseil consultatif national sur le troisième âge. *Mémoire sur la réforme du Régime de pensions du Canada*, mai 1996.

5. LE TRAVAIL ET LE PASSAGE À LA RETRAITE

5.1 LES TRAVAILLEURS ÂGÉS ET LE MARCHÉ DU TRAVAIL



Problématique

Au cours des 20 dernières années, on a observé une tendance constante à la baisse du taux de participation des travailleurs âgés par rapport à l'ensemble de la main-d'œuvre. Ce déclin aurait été beaucoup plus important en l'absence de l'accroissement important de la participation féminine. La participation des hommes de 45 à 64 ans au marché du travail est passée de 86 % à 78 % entre 1976 et 1997, alors que la participation des femmes du même groupe d'âge passait de 41 % à 58 %.

Les chemins qui mènent à la retraite sont très variés, tout comme l'âge auquel les personnes prennent leur retraite (du début de la cinquantaine jusqu'après 65 ans). La recherche indique que même si plusieurs quittent la population active de leur plein gré, en raison des régimes de pensions et de mesures d'encouragement spéciales, certains la quittent contre leur gré par la suite de licenciements, de périodes de chômage prolongées, de problèmes de santé et d'une détérioration des conditions de travail, ou à cause de pressions qu'on exerce sur eux pour qu'ils laissent la place aux plus jeunes. En raison de la concentration des travailleurs âgés dans des secteurs économiques en régression, ces travailleurs sont beaucoup plus touchés que les autres par les fermetures et les licenciements. De plus, beaucoup de travailleurs âgés sont exclus de la nouvelle économie de

l'information parce qu'ils n'ont pas le niveau d'instruction voulu ou que les employeurs estiment de façon générale qu'il est moins rentable d'assurer le recyclage des travailleurs âgés que d'améliorer les compétences des plus jeunes.

Plusieurs situations peuvent également amener les syndicats à négocier une retraite anticipée. Une retraite anticipée peut être perçue comme souhaitable dans des secteurs d'activité où les conditions de travail sont difficiles ou lorsqu'un système de production à flux tendu a accéléré la cadence des chaînes de fabrication au point où les microtraumatismes répétitifs et d'autres problèmes deviennent courants.

Par ailleurs, les travailleurs âgés doivent prendre conscience du fait qu'il leur incombe d'investir dans leur propre avenir en gardant à jour leurs compétences et en gérant leur propre carrière. Cette responsabilité doit être partagée avec les syndicats et les employeurs afin que des mécanismes soient mis en place pour valoriser et permettre la formation continue des travailleurs de tout âge. De nombreux chômeurs âgés sont souvent réticents à entreprendre des activités de perfectionnement ou de recyclage. Cela résulte souvent d'un manque de confiance en soi attribuable à un manque de compétences de base ou à un faible niveau d'instruction. Souvent également, tant l'employeur que l'employé ont le sentiment que le jeu n'en vaut pas la chandelle : à court terme, les efforts requis pour l'acquisition de nouvelles compétences ou le perfectionnement seraient trop grands. Cela peut être particulièrement difficile chez les femmes qui entrent tard sur le marché du travail ou qui se réintègrent dans la population active après une longue absence.

Dans la Fonction publique, les pratiques gouvernementales en matière de gestion de la main-d'œuvre vieillissante se limitent la plupart du temps à offrir des programmes de retraite anticipée aux travailleurs âgés. La réduction de la taille de la Fonction publique est le principal objectif; il n'existe guère de stratégie de maintien au travail des fonctionnaires âgés. Cette pratique existe aussi chez d'autres employeurs du secteur privé. Au chapitre des politiques sociales, l'État a adopté à ce jour une approche assez passive vis-à-vis de l'exclusion des travailleurs âgés du marché du travail. L'État n'intervient que ponctuellement après les licenciements et prend en charge, tant bien que mal, les travailleurs âgés licenciés jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge de la retraite. On ne les aide pas vraiment à se trouver un autre emploi. Les services de recherche d'emploi et de counseling destinés au grand public ne manifestent guère d'intérêt pour les travailleurs âgés et ne sont pas efficaces pour les aider à trouver un « vrai » travail.

Une forme de pression tacite s'exerce également en faveur de la retraite anticipée. Les gouvernements ont modifié leurs régimes de sécurité du revenu, ce qui a eu comme conséquence d'accélérer la sortie de travailleurs âgés : retraite anticipée à partir de 60 ans accordée par le Régime de rentes du Québec et le Régime de pensions du Canada; assouplissement des critères donnant droit à des prestations d'invalidité; réforme de l'aide sociale qui dispense la quasi-totalité des prestataires de 55 ans et plus de participer aux mesures d'employabilité.

La prochaine génération de retraités sera beaucoup plus nombreuse que la prochaine génération de jeunes travailleurs entrant sur le marché du

travail. De plus, le nombre de jeunes personnes prêtes à intégrer le milieu du travail va diminuer maintenant que s'est faite l'intégration des derniers enfants du baby-boom à la population active à la fin des années 80. Il est donc possible que l'économie soit aux prises avec une pénurie de main-d'œuvre. On s'attend par ailleurs à ce que le rythme d'augmentation du nombre de femmes de moins de 45 ans dans la population active ralentisse graduellement quand les taux « maximums » de participation seront atteints. Suite à la réduction de ces deux sources de main-d'œuvre, tout porte à croire que ce sera la participation des travailleurs âgés à la population active qui influencera son taux de croissance et de productivité. Les travailleurs de 45 ans et plus représenteront un bassin de main-d'œuvre important pour la croissance future de l'économie. Ils formeront presque 33 % de la main-d'œuvre en l'an 2000 et 40 % en 2010.

On devra donc veiller à ce que les travailleurs âgés soient prêts à travailler et motivés et qu'ils aient les compétences nécessaires pour maintenir une économie productive et florissante. Il faudra trouver les moyens pour que ces gens demeurent dans la population active tant qu'ils y sont disposés et qu'ils en sont capables. Dans une société où l'âge de la population active augmente, les politiques d'emploi doivent refléter le fait que la formation avant et en cours d'emploi est importante pour tous, y compris les travailleurs âgés, et que le gaspillage de leur contribution est une forme de gestion préjudiciable à l'économie canadienne.

Défis

- Lors de licenciements, veiller à ce que tous les travailleurs et travailleuses, quel que soit leur âge, obtiennent le counseling professionnel

nécessaire, qu'ils puissent participer à des programmes de création d'emploi et de formation, et qu'ils bénéficient d'une aide financière suffisante pendant la période de transition entre le licenciement et le retour au travail.

- Créer des modalités de travail nouvelles et flexibles, par exemple le travail à temps partiel, la retraite graduelle, le travail à domicile, l'accès à l'éducation et au recyclage ou la réduction des responsabilités stressantes et l'assignation de moins de tâches physiques ardues.
- Les politiques de travail devraient tenir compte des responsabilités familiales des employés à l'égard des membres de leur famille, y compris en matière de soins à un adulte âgé à charge.
- Permettre aux travailleurs quel que soit leur âge d'avoir accès à des services d'orientation de carrière et à des chances d'avancement latéral ou vertical au cours de leur carrière afin que le milieu de travail continue de favoriser le perfectionnement et l'épanouissement des travailleurs.

- Les gouvernements fédéral et provinciaux devraient harmoniser leurs programmes d'aide sociale et apporter les réformes nécessaires pour rendre financièrement avantageuse la réintégration au marché du travail des travailleurs âgés qui le désirent.
- Abolir la retraite obligatoire à 65 ans dans les provinces où cette mesure est en vigueur.

Indicateurs de changement

- Diminution du chômage de longue durée chez les 45 ans et plus.
- Diminution de la proportion de retraités ayant pris leur retraite *contre leur gré*.
- Augmentation de la participation des 45 ans ou plus au sein de la population active.

Références

Conseil consultatif national sur le troisième âge. *La position du CCNTA sur la gestion d'une population active vieillissante*. Ottawa : 1992.

D'Amours, M. et al. *Le chômage de longue durée des travailleurs et travailleuses de 45 ans et plus : expériences individuelles, stratégies d'entreprises et politiques publiques (rapport synthèse)*, Université du Québec, INRS-Culture et société, 1998.

Statistique Canada. Le vieillissement de la main-d'œuvre : compte rendu d'un symposium, *L'emploi et le revenu en perspective*, n° au catalogue 75-001F, Ottawa, printemps 1995, p. 38-44.

5.2 LA TRANSITION DU TRAVAIL À LA RETRAITE



Problématique

Au cours du dernier quart de siècle, l'âge médian de la retraite pour l'ensemble des travailleurs est passé de 64,9 ans en 1976 à 62,3 ans en 1995. Ce sont les travailleurs du secteur public qui ont connu la plus forte baisse de l'âge médian de la retraite au cours de cette période, passant de 64,6 à 59,8 ans, suivi des travailleurs du secteur privé chez qui l'âge médian a diminué de deux ans pour se situer aujourd'hui à 63,1 ans. Bon nombre de ces travailleurs ont quitté la population active par choix, séduits par les options intéressantes et prometteuses qu'offrait la retraite anticipée. Mais certains ont pris une retraite prématurée et contre leur gré, faute de mieux, après une période de chômage prolongée ou des périodes de réinsertion sur le marché du travail au cours desquelles ils ont occupé des emplois souvent déqualifiés et moins bien protégés que ceux qu'ils avaient eu auparavant. Ces derniers constituent un groupe vulnérable. Ils risquent de tomber dans la pauvreté, de se retrouver angoissés et de voir se détériorer leur santé à une étape de leur vie qui aurait dû être consacrée à l'accumulation de richesse et à la préparation à la retraite. Les chemins qui mènent à la retraite sont donc très variés et ont un impact sur le bien-être à long terme des nouveaux retraités ainsi que sur celui de leur famille.

Ceux qui s'adaptent bien à la retraite ont souvent une bonne santé, un revenu suffisant et une vie satisfaisante en ce qui a trait à la famille, aux activités communautaires ou aux centres d'intérêt, et ils considèrent la retraite comme une étape positive et normale de la vie. Les études indiquent qu'une retraite réussie, comme toute autre étape importante de la vie, nécessite une préparation. Cette préparation doit se faire tôt, ne pas se limiter aux aspects financiers et doit inclure une prise de conscience de l'importance d'établir des points d'appui autres que le travail.

On associe souvent le passage à la retraite au retrait définitif du milieu du travail et à une vie consacrée exclusivement aux loisirs. Or, voilà que l'accroissement de l'espérance de vie, l'amélioration de l'état de santé et la prise de la retraite plus tôt contribuent à faire évoluer la façon dont on perçoit la retraite et à la rendre moins statique. De nos jours, certains retraités optent pour la reprise des études ou le bénévolat; d'autres acceptent un travail rémunéré à temps partiel, par intérêt ou par besoin. Car pour plusieurs, la période euphorique qui suit immédiatement la retraite se transforme souvent en interrogations. Il leur faut trouver un sens à leur vie. Le travail rémunéré ou bénévole est alors une source de valorisation que l'on néglige souvent de reconnaître comme telle.

Dans l'avenir, la retraite pourrait prendre un autre visage. Les changements démographiques et économiques conduiront peut-être les travailleuses et travailleurs qualifiés et compétents à rester sur le marché du travail plus longtemps. Idéalement, les gens de tout âge devraient pouvoir aménager leur vie de façon plus souple, prendre des congés de perfectionnement ou de réorientation et jouir des activités de loisir tout au long de leur vie.

Défis

- Sensibiliser les Canadiens et les Canadiennes de tout âge à l'importance de trouver des pôles de valorisation et d'utilité qui ne soient pas tous reliés au travail rémunéré. Il leur sera ainsi plus facile de s'adapter à la perte ou à la cessation de leur emploi au moment de la retraite.
- S'assurer que tous les travailleurs ont accès à des cours de pré-retraite dans le cadre de leurs avantages sociaux. Ces cours ne doivent pas se limiter aux aspects financiers, mais porter sur tous les aspects de la vie, y compris l'impact de la retraite sur la vie conjugale, le logement, la santé, l'alimentation, la gestion du temps, etc.
- Offrir de la formation et des activités d'éducation à tous les travailleurs âgés afin qu'ils conservent et améliorent leurs compétences et leur motivation, et réussissent leur vie active et leur retraite.

Indicateurs de changement

- Élargissement de l'éventail des rôles sociaux joués par les personnes de plus de 65 ans, contre rémunération ou non.

Références

- Conseil consultatif national sur le troisième âge. *La position du CCNTA sur l'éducation continue*. Ottawa : 1990.
- Conseil consultatif national sur le troisième âge. *La position du CCNTA sur la gestion d'une population active vieillissante*. Ottawa : 1992.
- Conseil consultatif national sur le troisième âge. La retraite : un avenir à préparer. *Expression*, vol. 7, n° 2, 1991.
- Conseil consultatif national sur le troisième âge. Modes de vie sains et vieillissement. *Expression*, vol. 10, n° 2, 1995.
- D'Amours, M. et al. *Le chômage de longue durée des travailleurs et travailleuses de 45 ans et plus : expériences individuelles, stratégies d'entreprises et politiques publiques (rapport synthèse)*, Université du Québec, INRS-Culture et société, 1998.
- Gower, D. L'âge de la retraite et l'estimation statistique, dans *L'emploi et le revenu en Perspective*, n° au catalogue 75-001-XPF, Ottawa, Statistique Canada, été 1997, p. 13-20.

5.3 LE BÉNÉVOLAT ET LA CONTRIBUTION DES AÎNÉS



Problématique

Les aînés font une contribution importante à la société par leurs activités bénévoles et leurs dons aux organismes de charité. Selon l'enquête nationale de 1997 sur le don, le bénévolat et la participation, le pourcentage de Canadiens et de Canadiennes faisant des dons en argent aux œuvres de charité et aux organismes sans but lucratif augmente avec l'âge. Alors qu'environ 60 % des personnes du groupe des 15-24 ans font des dons de charité, le pourcentage passe à 78 % dans le groupe des 25-34 ans, puis à 83 % dans le groupe des 35-64 ans pour baisser légèrement à 80 % dans le groupe des 65 ans et plus. Le montant de la contribution annuelle moyenne augmente aussi avec l'âge, passant de 79 \$ dans le groupe des 15 à 24 ans à 328 \$ pour les personnes de 65 ans et plus. Pour ce qui est du bénévolat, le taux de participation est de 23 % chez les personnes de 65 ans et plus (il est de 31 % chez les 15 ans et plus), et le nombre moyen d'heures consacrées à cette activité est le plus élevé chez le groupe des aînés, soit 202 heures par an.

En général, les aînés qui font du bénévolat sont plus instruits, ont un revenu plus élevé et se disent en meilleure santé que ceux qui n'en font pas. Dans ce groupe, les femmes sont plus nombreuses que les hommes et elles ont habituellement commencé à faire du bénévolat quand elles étaient plus

jeunes. Le genre d'aide informelle fournie par les aînés diffère selon le sexe, les hommes étant plus susceptibles d'offrir du transport, tandis que les femmes fourniront plutôt un soutien affectif ou des soins de proximité (aider à s'habiller, préparer des repas, etc.).

Les statistiques fiables sur le bénévolat se font de plus en plus nombreuses et font ressortir l'apport économique de l'action bénévole. À preuve, des études ont évalué que la valeur marchande de l'aide bénévole apportée à autrui par les gens de plus de 55 ans excède 10 milliards de dollars. Si les bénévoles ne fournissaient pas cette aide à autrui, ou bien le niveau de vie de la collectivité en souffrirait, ou bien il faudrait que le gouvernement et le secteur privé pourvoient à l'aide manquante. Cette attribution d'une valeur monétaire aux activités bénévoles rappelle avant tout l'importance de soutenir ce type d'engagement social. Plusieurs soulignent la nécessité de couvrir certaines des dépenses reliées aux activités bénévoles et de s'assurer que des gens puissent donner le leadership et une coordination au sein des organismes.

Avec l'arrivée des nouvelles cohortes d'aînés qui ont des caractéristiques différentes de celles d'hier, la réserve de bénévoles est en train d'évoluer et la motivation pourrait être différente. Certains seront disposés à aider des aînés avec incapacité à leur domicile, d'autres verront dans les activités bénévoles une occasion de rencontrer des gens actifs en dehors de chez eux, et certains refuseront de s'engager à long terme pour rester libres de voyager. Un facteur demeure toutefois important : pour susciter l'intérêt des aînés pour le bénévolat, il importe de reconnaître la valeur de cet engagement.

Défis

- Examiner plus en détail et faire connaître la contribution des bénévoles et des donateurs âgés.
 - Offrir aux travailleurs âgés et aux aînés le maximum de possibilités d'exploiter leurs talents et d'en faire profiter la société. Favoriser leur engagement social. Par exemple, les employeurs pourraient faciliter le bénévolat et le travail communautaire de leurs employés (surtout les employés à la pré-retraite), facilitant ainsi la transition entre le travail et la retraite.
 - Assurer le soutien financier des organismes communautaires qui favorisent l'engagement social des aînés.
 - Mieux comprendre et éliminer les obstacles qui empêchent les aînés de s'engager socialement ou les limitent.
- Offrir une formation et du soutien aux bénévoles afin de reconnaître, de valoriser et de susciter leur participation. Le remboursement des dépenses indirectes que les bénévoles assument est une façon de reconnaître leur participation.

Indicateurs de changement

- Augmentation du financement du secteur bénévole par les gouvernements et les entreprises privées.
- Augmentation de la proportion des retraités faisant du bénévolat.

Références

- Chappell, N. et M. Prince. *Reasons Why Canadian Seniors Volunteer*, *Revue canadienne du vieillissement*, vol. 16, n° 2, 1997, p. 336-353.
- Hall, Michael. *Canadiens dévoués, Canadiens engagés : points saillants de l'Enquête nationale de 1997 sur le don, le bénévolat et la participation*, n° au catalogue 71-542-XPF. Ottawa : Statistique Canada, 1998.
- Conseil consultatif national sur le troisième âge. *La position du CCNTA sur les événements de la vie des femmes aînées*. Ottawa : 1993.
- Conseil consultatif national sur le troisième âge. *La position du CCNTA sur les services de santé communautaires destinés aux aîné-e-s : progrès et défis*. Ottawa : 1995.
- Prince, M.J. et Chappell, N.L. *Voluntary Action by Seniors in Canada: Final Report*. Victoria : University of Victoria, Centre on Aging, 1994.
- Robb, R. et al. *Valuation of Unpaid Help by Seniors in Canada: An Empirical Analysis*, IESOP Research Paper n° 27, 1997.
- Ross, David P. *Les aspects économiques du bénévolat au Canada*. Ottawa : Secrétariat d'État du Canada, 1990.
- Santé et Bien-être social Canada. Secrétariat du troisième âge. *Viellissement et autonomie : aperçu d'une enquête nationale*. Ottawa : 1993.

5.4 L'ÉDUCATION ET LES AÎNÉS



Problématique

Dans la société d'information d'aujourd'hui et dans celle de demain, l'éducation constitue la clé de la mise en valeur du potentiel de ressources humaines que constituent les aînés. L'éducation des aînés (ici, les plus de 50 ans) englobe une vaste gamme d'activités d'apprentissage planifiées : traditionnelles et non traditionnelles, formelles et informelles, collectives et individuelles. Qu'il soit axé sur l'acquisition de nouvelles aptitudes, la poursuite d'un intérêt de toute une vie, ou l'amélioration des rapports sociaux, l'apprentissage est une façon de mieux comprendre la complexité du monde d'aujourd'hui et de relever le défi du vieillissement. L'opinion générale selon laquelle l'éducation est un luxe que seule l'élite peut se permettre a nuï à l'essor des programmes d'éducation des aînés en Amérique du Nord. S'il est vrai que les collèges et les universités ont attiré jusqu'ici surtout des aînés ayant déjà fait des études postsecondaires, des possibilités d'accès à l'enseignement de tous les genres, offertes par des établissements d'enseignement ou à vocation culturelle et par d'autres ressources communautaires, doivent être mises à la disposition des gens de tous les âges, et plus particulièrement les aînés qui n'ont pas eu accès à l'instruction plus tôt dans leur vie.

Selon de récentes études, l'intelligence peut continuer à se développer et à se perfectionner

jusqu'à la fin de sa vie — pourvu qu'elle soit stimulée et mobilisée. Certains affirment que l'éducation constitue un élément aussi essentiel pour la qualité de vie des aînés que la sécurité du revenu ou un logement adéquat. De nombreuses personnes œuvrant dans le secteur de l'éducation des aînés savent, par leur expérience, que l'éducation a un retentissement puissant sur la santé : l'apprentissage apporte dynamisme et vitalité. Il est évident que l'éducation intergénérationnelle revêt une valeur sociale. Ces avantages incluent l'élimination des stéréotypes du vieillissement, des occasions d'échange de services, la formation de liens entre les générations, et l'acquisition d'une nouvelle compréhension d'une large gamme de sujets historiques et de questions sociales. Parmi d'autres effets chez les jeunes, il convient de mentionner une plus grande tolérance et une meilleure compréhension de ce que signifie le vieillissement. Cependant, on n'a pas suffisamment soutenu la recherche documentant les avantages que procure l'éducation des aînés sur le plan de la santé, de la productivité et de la qualité de vie ainsi que les avantages des activités intergénérationnelles.

L'éducation des aînés en Amérique du Nord est axée sur trois piliers : le leadership, l'apprentissage continu et le service. Ce cadre se révèle un outil utile pour examiner l'historique et l'avenir de ce domaine au Canada.

Le leadership est important dans toutes les sphères de l'activité humaine — tout comme il l'est dans l'élaboration et le maintien de services à l'intention des aînés. Les groupes et les organismes d'aînés comptent sur le leadership des aînés bénévoles. Pendant 25 ans, le Programme Nouveaux Horizons du gouvernement fédéral a appuyé des

initiatives d'apprentissage innovatrices pour les aînés des collectivités de l'ensemble du pays. Un soutien financier et administratif soutenu a permis de faciliter l'évolution subséquente des centres pour aînés et l'adoption d'un rôle de leadership par les aînés dans leurs centres et dans l'ensemble de la collectivité. La nécessité d'un leadership efficace chez les aînés demeure et prendra de l'ampleur. Pourtant, depuis que le Programme Nouveaux Horizons a cessé d'exister, il n'existe guère de possibilités pour développer le leadership organisationnel ou pour assurer une formation en matière de leadership. Les provinces et les collectivités n'ont pas été en mesure d'assumer le financement de ces programmes communautaires une fois que ceux-ci ne bénéficiaient plus de l'appui du gouvernement fédéral.

À notre époque d'information et de technologie, l'éducation continue est devenue un concept largement reconnu. *La position du CCNTA sur l'éducation continue* expose de quelle façon l'éducation peut répondre aux besoins des aînés sur le plan de l'adaptation, de l'expression de soi, de la réalisation des objectifs personnels et sociaux et de la découverte d'un sens à la vie. Or, au cours de la dernière décennie, les compressions dans le financement fédéral et provincial de la santé et de l'éducation se sont traduits par la réduction des cours offerts aux aînés et par la réduction du nombre d'inscriptions des plus de 60 ans dans les universités et les collèges. De plus en plus, les cours offerts aux aînés sont des cours sans crédit, lesquels sont subventionnés par les frais imposés aux participants et les fonds recueillis par les aînés eux-mêmes.

Les centres pour aînés accordent désormais plus d'importance aux activités de nature éducative, en particulier dans les centres urbains. Pour rendre ces programmes attrayants pour leurs membres, dont plusieurs n'ont pas une attitude positive à l'égard de l'éducation, les centres ont choisi de parler plutôt de « programmes de conditionnement mental ». Les centres pour aînés constituent d'excellents sites publics pour l'éducation des adultes et méritent une plus grande reconnaissance publique et un soutien financier plus important.

Le dernier pilier de l'éducation des aînés est le service. Le counseling par des pairs, le mieux-être, les groupes de soutien et les programmes communautaires offrent tous aux aînés des occasions d'apprendre à se trouver de nouvelles vocations. Ces programmes comblent une lacune dans la prestation de services aux aînés, tout en assurant des liens essentiels avec les services de soins et les services sociaux, notamment pour les aînés isolés. Au cours des années 1980, plus de 20 % des projets pour aînés financés par le gouvernement fédéral étaient axés sur les services. Depuis la disparition du Programme Nouveaux Horizons et du Programme d'autonomie des aîné(e)s, nombre de ces projets n'ont pas survécu. À l'avenir, il faudra revitaliser les programmes conçus pour former et appuyer les aînés bénévoles si l'on veut assurer des services complémentaires et appuyer les services formels de santé et de services sociaux.

Défis

- Offrir dans la collectivité des occasions de former les aînés en tant que dirigeants, tout en leur donnant les aptitudes et les ressources pour assumer et conserver un rôle de leadership.
- Appuyer les centres pour aînés afin de promouvoir l'éducation des aînés et le leadership communautaire.
- Accroître le soutien à la recherche sur les effets positifs de l'éducation des aînés sur la santé, le bien-être et l'engagement social.
- Accroître le soutien public des initiatives d'apprentissage communautaires, non seulement dans les établissements d'enseignement supérieur mais aussi dans les centres qui s'adressent à une clientèle d'aînés ayant un faible niveau d'alphabétisation ou une connaissance limitée de l'anglais ou du français ou à des aînés vulnérables en ce qui a trait aux problèmes de santé ou aux problèmes sociaux.

Indicateurs de changement

- Une plus grande participation des aînés de tous les niveaux de scolarité à des activités d'apprentissage.
- Augmentation des ressources publiques pour soutenir les initiatives d'apprentissage communautaires.

Références

- Conseil consultatif national sur le troisième âge. *La position du CCNTA sur l'éducation continue*. Ottawa : 1990.
- Cusack, S.A. Book Review : Intergenerational approaches in aging : Implications for education, policy, and practice, *Revue canadienne du vieillissement*, vol. 17, n° 3, 1998, p. 355-359.
- Cusack, S.A. What is the Value of Older Adult Education? *The Older Learner*, a publication of the Older Adult Education Network of the American Society on Aging, vol. 6, n° 4, 1998, p. 1, 7.
- Cusack, S.A. et Thompson, W.J.A. *Leadership for Older Adults: Aging with purpose and passion*. Philadelphia : Brunner/Mazel, 1999.
- Cusack, S.A. et Thompson, W.J.A. Mental Fitness: Developing a vital aging society. Research and development of an Older Adult Education Program in the context of a seniors centre in Western Canada. *International Journal of Lifelong Education*, vol. 17, n° 5, 1998, p. 307-317.
- Gallagher, E. *The Future of Educational Gerontology*. Paper presented at a "1999 and Beyond" symposium, held at the 27th Annual Scientific and Educational Meeting of the Canadian Association on Gerontology, Halifax, NS, 15-18 octobre 1998.
- Novak, M. The Canadian New Horizons Program, *Gerontologist*, vol. 27, n° 3, 1987, p. 353-355.

6. LA SOLIDARITÉ ENTRE GÉNÉRATIONS



Problématique

À mesure que l'espérance de vie augmente et qu'un nombre croissant de gens sont à la retraite, plusieurs se demandent si les mécanismes de solidarité intergénérationnelle survivront au déséquilibre croissant entre la taille du groupe qui reçoit des prestations et de celui qui en assume les frais. Parallèlement, certains prétendent que les aînés prennent plus que leur part des rares ressources de la société qui devraient être allouées à d'autres groupes d'âge (les enfants pauvres et leurs familles). Ces questions portent particulièrement sur le secteur des pensions et celui de la santé. Pour assurer un débat public nuancé, certains éléments de réflexion devraient être pris en considération :

- la solidarité publique renforce et soutient la solidarité privée
- l'augmentation des dépenses publiques ne sera pas catastrophique
- le potentiel des plus âgés n'est pas pleinement utilisé
- les aînés participent au financement des dépenses publiques

La solidarité publique renforce et soutient la solidarité privée

Il importe d'abord de distinguer deux types d'échanges entre les générations. D'une part, il existe des échanges d'aide et de services, parfois d'argent, au sein des familles et entre des particu-

liers, ce que nous pourrions appeler la solidarité privée. D'autre part, des échanges entre générations se font aussi à travers les politiques de protection sociale, ce que nous appelons la solidarité publique. Nous comprenons un peu mieux aujourd'hui l'interdépendance de ces deux types d'échanges entre générations : pour les familles où enfants et parents ont des ressources limitées, le retrait de l'aide publique crée un cumul de charges et de problèmes pouvant causer une rupture de la solidarité privée.

L'État joue donc un rôle central pour maintenir et renforcer les échanges au sein des générations. Par exemple, lorsque la société prend la responsabilité collective d'assurer une partie des soins aux aînés, par le biais de soins de santé, de soins prolongés ou de revenus de pension, les enfants et les familles des aînés se voient déchargés d'un fardeau qu'ils ne pourraient assumer seuls. Plusieurs études ont montré que la solidarité publique n'entraîne pas le désengagement de la famille, contrairement à ce qu'on pourrait croire, mais au contraire qu'elle favorise la solidarité familiale intergénérationnelle. Plus qu'une complémentarité, c'est un véritable effet de synergie qui en résulte.

L'évolution de la composition des familles révèle que les aînés ont et continueront d'avoir pendant un certain temps encore un entourage familial important, source potentielle de soutien en cas de besoin. La proportion de personnes âgées qui vivent avec un conjoint est aussi en augmentation. Par contre, les futures cohortes d'aînés inclueront un pourcentage plus grand d'individus aux prises avec les conséquences à long terme du divorce, de la famille monoparentale, du remariage et de la reconstitution familiale. S'il est encore trop

tôt pour mesurer l'impact que ces changements familiaux auront sur l'entraide familiale, les artisans de la politique publique doivent se rappeler que toute réduction du niveau de services à la population doit prendre en compte le potentiel d'entraide familiale.

L'augmentation des dépenses totales ne sera pas catastrophique

Les dépenses publiques prévues dans les secteurs de la pension et de la santé devront augmenter de manière importante avec le vieillissement de la population si nous voulons maintenir un niveau de qualité comparable à celui d'aujourd'hui. Toutefois, si certaines dépenses publiques sont attribuables à des groupes d'âges souvent qualifiés de « dépendants » (jeunes, vieux), d'autres sont associées à l'ensemble de la population (défense nationale, services d'incendies) ou au groupe des 20-64 ans (assurance-emploi, services correctionnels). Si l'on considère l'évolution de l'ensemble des dépenses publiques au cours des prochaines décennies, il appert que les coûts totaux progresseront au même rythme que la population totale. Les coûts par habitant pourraient donc demeurer stables. Le principal défi sera de trouver le moyen de modifier et de transférer les budgets pour tenir compte de la demande dans certains secteurs et de la réduction de la demande dans d'autres.

Le potentiel des plus âgés n'est pas pleinement utilisé

À ce jour, la société ne s'est guère adaptée en vue d'utiliser le potentiel des plus âgés. Les pratiques des entreprises et de l'État en matière de gestion de la main-d'œuvre vieillissante se limitent la plupart du temps à offrir des programmes de

retraite anticipée aux travailleurs âgés. De plus, les aînés qui souhaitent demeurer en activité en sont empêchés, par exemple à cause de la politique de la retraite obligatoire fondée sur une limite d'âge arbitraire plutôt que sur l'évaluation des compétences et de la capacité de contribuer à la société. Des facteurs socio-économiques tels l'âge de sortie de la vie active et le maintien en activité des travailleurs âgés peuvent avoir un effet considérable sur le niveau de dépendance démographique des personnes jeunes et âgées par rapport aux personnes d'âge actif. Des interventions sont donc possibles. Il faudra trouver les moyens pour que ces gens demeurent dans la population active tant qu'ils y sont disposés et qu'ils en sont capables pour maintenir une économie productive et florissante.

Les aînés participent au financement des dépenses publiques

Enfin, on oublie souvent de faire état de l'apport des personnes âgées au financement des dépenses sociales. Les personnes âgées ne font pas que recevoir, elles participent aussi au financement des dépenses publiques de différentes façons : par l'impôt sur le revenu des particuliers, par les taxes à la consommation, par leur participation au marché du travail et par leur participation aux sociétés commerciales et industrielles qui contribuent aux impôts sur le revenu des sociétés. On évalue ainsi la contribution moyenne d'une personne âgée aux revenus des gouvernements fédéral et provinciaux à plus de la moitié de celle d'une personne âgée de 20 ans et plus. Enfin, la hausse des charges sociales pourrait être en partie compensée par les transferts privés (héritage) de la richesse d'une génération à l'autre.

Défis

- Augmenter les connaissances sur la dynamique des transferts intergénérationnels au sein des familles et sur le rôle de la solidarité publique pour soutenir et renforcer la solidarité privée.
- Donner de l'ampleur aux initiatives communautaires et mettre en place des infrastructures nouvelles pour rapprocher les générations qui ont vu leurs liens traditionnels s'effriter suite aux profonds changements dans la structure familiale et dans le monde du travail (p. ex. bénévolat offert par les aînés dans les écoles et services de popote roulante assurés par les jeunes).
- Rappeler dans le débat public que les personnes âgées participent au financement du système public.
- Financer la recherche, la documentation et la diffusion des connaissances dans ce domaine, afin de rappeler à la population que le soutien mutuel entre les générations est l'un des facteurs déterminants de la santé et du bien-être de chacun.

Indicateurs de changement

- Plus grande reconnaissance publique de l'apport des aînés dans la société et la famille, et de l'importance de la solidarité intergénérationnelle.
- Réduction de l'agisme dans le discours public.
- Attention plus soutenue du milieu politique aux inégalités au sein des mêmes générations comparativement aux inégalités entre les générations.

Références

- Attias-Donfut, Claudine. *Les solidarités entre générations : vieillesse, familles, état*. Paris : Essais et Recherches, 1995.
- Chawla, R. Rapports de dépendance. *Tendances sociales canadiennes*, n° 20, n° au catalogue 11-008E, Ottawa, Statistique Canada, printemps 1991, p. 3-5.
- Denton, F.T. et Spencer, B.G. Population Aging and the Maintenance of Social Support Systems, *Revue canadienne du vieillissement*, vol. 16, n° 3, 1997, p. 465-484.
- Martel, L. et J. Légaré. L'orientation et le contenu des relations réciproques des personnes âgées, *Revue canadienne du vieillissement*, 1999, (à paraître).
- Rochon, M. *Vieillesse démographique, état de santé et financement des dépenses publiques de santé et de services sociaux*, thèse de doctorat, Université de Montréal, 1997, p. 212.
- Santé Canada. *Le vieillissement des populations : les trente dernières années en perspective : revue de la littérature*, rapport préparé pour la Division du vieillissement et des aînés, Ottawa, 1997.

