



Direction générale de la santé de la population et de la santé publique
Région de l'Atlantique

Politiques ajustées aux populations vieillissantes : une perspective internationale

Susan Lilley



Préparé pour la
Direction générale de la santé de la population et de la santé publique
Bureau régional de l'Atlantique
Santé Canada

Novembre 2002

**Politiques ajustées aux populations vieillissantes :
une perspective internationale**

Susan Lilley

Préparé pour la
Direction générale de la santé de la population et de la santé publique
Bureau régional de l'Atlantique
Santé Canada

Novembre 2002

Les opinions exprimées dans cette publication sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Also available in English under the title *Policies for Aging Populations: An International Perspective*.

Il est interdit de reproduire le contenu de ce document à des fins commerciales, mais sa reproduction à d'autres fins est encouragée. Prière d'en indiquer la source comme suit : Politiques ajustées aux populations vieillissantes : une perspective internationale. 2002. Préparé par Susan Lilley pour la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, bureau de l'Atlantique, Santé Canada.

Pour tout autre renseignement :
Bureau régional de l'Atlantique
Direction générale de la santé de la population et de la santé publique
Santé Canada
1505, rue Barrington, bureau 1525
Halifax (N.-É.) B3J 3Y6
Tél. : (902) 426-2700
Télec. : (902) 426-9689
Courriel : pphatlantic-spspatlantique@hc-sc.gc.ca
Site Web : www.spsp-atlantique.ca

©SA MAJESTÉ LA REINE DU CHEF DU CANADA (2002) représentée par le ministre de la Santé.

REMERCIEMENTS

Le présent rapport a été rédigé par Susan Lilley et produit sous la direction et l'orientation du Atlantic Seniors Liaison Committee (ASLC), un organisme régional où siègent des représentants de Santé Canada et de chacun des quatre gouvernements provinciaux de la région de l'Atlantique. Les membres de l'ASLC comprennent les personnes suivantes :

Linda Doody	directrice des programmes touchant les aînés, ministère de la Santé et des Services communautaires, Terre-Neuve et Labrador
Bonnie MacNeil	consultante sur les questions touchant les aînés, ministère de la Santé et des Services communautaires, Nouveau-Brunswick
Betty McNab	coordonnatrice des activités pour les aînés, ministère de la Santé et des Services sociaux, Île-du-Prince-Édouard
Jane Oram	directrice, Santé de la population, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, bureau régional de l'Atlantique, Santé Canada
Irene Rose	consultante en programme, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, bureau régional de l'Atlantique, Santé Canada
Valerie White	directrice exécutive, Secrétariat des aînés de la Nouvelle-Écosse

Les membres de l'ASLC ont participé aux discussions conceptuelles, révisé une version antérieure et fourni de nombreuses suggestions en vue de rendre le présent document plus facile à lire et à utiliser. Vicki MacGarvie, une étudiante de 2^e cycle de l'Université Dalhousie, a aidé à la recherche.

La Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, région de l'Atlantique, souhaite remercier toutes les personnes qui ont participé à la préparation du présent rapport.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
PREMIÈRE SECTION : TROIS NATIONS, TROIS PERSPECTIVES	5
Finlande	6
Japon	8
Australie	10
DEUXIÈME SECTION : RÉFORMES POUR LE VIEILLISSEMENT ACTIF	13
Facteurs économiques : revenu et emploi	13
Apprentissage continu	18
Environnement physique : logement et transport	22
Promotion de la santé et prévention des maladies	29
Soutien aux soignants	34
Services de santé et sociaux	35
CONCLUSIONS ET INCIDENCES POLITIQUES	51
NOTES EN FIN D'OUVRAGE	55
BIBLIOGRAPHIE	59

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Une comparaison du vieillissement de la population dans quatre pays	5
Tableau 2	Objectifs nationaux en matière de services pour les aînés au Japon	43

LISTE DES ENCADRÉS

<i>Inamino Gakuen</i> – Une université pour les aînés	21
Logement universel – Lignes directrices d’aménagement d’unités d’habitation pour une société vieillissante	23
Pratiques exemplaires en matière de logements communautaires pour les aînés – le modèle des maisons Abbeyfield	25
Le modèle de Marjala – une ville pour tous	27
Transport – sur demande	29
Restez sur vos pieds en Australie	33
Soins à domicile concertés – style australien	40
<i>Rapport Fujisawa</i> : une démarche coopérative japonaise en matière de soins aux aînés	46

INTRODUCTION



Au cours des dix dernières années, le vieillissement de la population a lentement attiré l'attention des responsables de l'élaboration des politiques et du public du Canada atlantique. Le vieillissement de la population consiste en un changement de la structure par âge de la société – une société dans laquelle on observe un nombre historiquement nettement plus élevé de personnes du troisième âge et un nombre de naissances proportionnellement moins élevé. Le document *Les sables vivants : Le profil du Canada atlantique en transition*, publié en 1999 par Santé Canada, examine les tendances démographiques et économiques dans la région. Selon les conclusions de ce rapport, si la tendance actuelle se maintient, d'ici 2011, 15 % de la population du Canada atlantique aura 65 ans ou plus et, d'ici 2036, près d'une personne sur trois sera dans ce groupe d'âge. On s'attend à ce que la population du Canada atlantique devienne une des plus âgées dans le monde en raison des faibles taux de natalité, de l'émigration, du fait que les gens vivent plus longtemps et du grand nombre de « baby boomers » vieillissants¹.

Loin d'être une crise, le vieillissement de la population est reconnu comme une des plus grandes réalisations de la civilisation humaine – le résultat des conditions de vie améliorées et des progrès de la médecine. Il représente également un de nos plus grands défis. Les deux principales questions stratégiques soulevées par le vieillissement de la population consistent à offrir aux aînés des occasions qui favorisent leur autonomie, leur santé, leur productivité et leur protection tout en maintenant la prospérité économique de l'ensemble de la société. Ces deux défis interreliés nécessiteront une assez large gamme de changements économiques, financiers et sociaux.

« Le vieillissement actif consiste à optimiser le bien-être physique, social et mental tout au long de la vie, en vue d'allonger la durée de vie en bonne santé, la productivité et la bonne qualité de vie jusqu'à un âge avancé. »

Organisation mondiale de la santé, 2001

Bien que les responsables de l'élaboration des politiques du Canada atlantique reconnaissent de plus en plus l'importance de la planification de l'effet du vieillissement de la population, ils n'ont pas à ce jour déterminé les priorités ni fixé d'objectifs, et peu de tentatives ont été faites en vue de mettre en place une infrastructure pour répondre aux besoins accrus en matière de santé et de services sociaux².

Le présent rapport vise à inciter les responsables de l'élaboration des politiques préoccupés par le vieillissement de la population à prendre les mesures qui s'imposent. Il présente une grande variété de démarches adoptées par trois pays, la Finlande, le Japon et l'Australie, pour faire face au vieillissement de la population. Le rapport est fondé sur les résultats d'une recherche documentaire sur les politiques et les programmes adoptés dans ces trois pays, avec une attention particulière portée aux déterminants du vieillissement actif.

Le « vieillissement actif » est le terme adopté par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à la fin des années 1990. Il fait référence à la participation continue des aînés aux activités productives sur le plan social et à un travail utile jusqu'à un âge avancé. Selon *Santé et vieillissement*³, le document de réflexion présenté par l'OMS à la deuxième Assemblée mondiale des Nations Unies sur le vieillissement, le vieillissement actif dépend des facteurs ou déterminants suivants :

- *facteurs sociaux* : éducation, alphabétisation, droits humains, soutien social, prévention de la violence et des abus;
- *facteurs individuels* : facteurs biologiques, hérédité, capacité d'adaptation;
- *facteurs liés aux services de santé et sociaux* : promotion de la santé, prévention des maladies, soins de longue durée, soins primaires;
- *facteurs liés à l'environnement physique* : contexte urbain/rural, logement, prévention des blessures;
- *facteurs économiques* : revenu, emploi, protection sociale;
- *facteurs comportementaux* : activité physique, régime alimentaire sain, renoncement au tabagisme, consommation raisonnable d'alcool, emploi inapproprié de médicaments.

Le *sexe* et la *culture* sont considérés comme des facteurs de portée générale puisqu'ils influent sur tous les déterminants du vieillissement actif susmentionnés.

Le cadre analytique du présent rapport est fondé sur ces déterminants du vieillissement actif.

Le premier objectif du rapport consiste à examiner l'expérience de pays sélectionnés qui anticipent les conséquences d'une population plus âgée et, ce faisant, à fournir une certaine lumière sur nos propres stratégies à adopter pour faire face au vieillissement de la population. À cette fin, trois pays, la Finlande, le Japon et l'Australie, ont été sélectionnés selon les critères suivants :

- l'âge de leur population;
- la portée des réformes mises en œuvre pour faire face au vieillissement de la population;
- la disponibilité de renseignements détaillés sur les réformes.

Le document de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), intitulé *Des réformes pour une société vieillissante*, a guidé le choix de ces critères de sélection.

Le deuxième objectif consiste à fournir aux responsables de l'élaboration des politiques et aux représentants des aînés du Canada atlantique une variété d'exemples de réformes qui appuient le vieillissement actif.

Finalement, le rapport vise à fournir aux lecteurs des ressources utiles pour la poursuite d'études ultérieures. En raison de l'abondance des mesures adoptées dans les trois pays sélectionnés, il a été uniquement possible de présenter de brèves descriptions de ces initiatives dans le présent document. Toutefois, un grand nombre des réformes décrites dans le présent rapport ont grandement attiré attention à l'échelle nationale et internationale et ont fait l'objet de nombreux rapports d'étape et d'évaluation. Pour cette raison, le présent rapport contient un grand nombre de notes en fin d'ouvrage et une bibliographie complète.

Les renseignements contenus dans le présent rapport ont été obtenus au moyen d'une recherche de la littérature didactique et de documents Web portant sur les réformes motivées par le vieillissement de la population. La plupart des documents Web ont été produits par des ministères de gouvernements fédéraux et ont été consultés sur les sites Web des gouvernements. Dans la mesure du possible, l'exactitude du matériel a été vérifiée à la fois en consultant des sources multiples et en recherchant des rapports d'évaluation. Toutefois, l'inclusion d'une réforme dans le présent rapport ne signifie pas que celle-ci ne présente aucune lacune. L'objectif est de montrer la grande variété des mesures qui peuvent être prises et non de garantir le plein succès de chaque mesure.

À la première section du rapport, l'auteure présente chacun des trois pays étudiés. Elle donne un aperçu des tendances démographiques et des systèmes de santé et de services sociaux de chaque pays et décrit les cadres stratégiques intersectoriels qui ont été élaborés pour faire face au vieillissement de la population.

À la deuxième section, l'auteure décrit une myriade de politiques et de programmes nationaux qui ont été mis en œuvre dans ces pays pour appuyer le vieillissement actif. L'organisation de la deuxième section est fondée sur les déterminants du vieillissement actif de l'OMS.

En conclusion, l'auteure fait ressortir certains éléments communs des mesures de réforme adoptées en Finlande, au Japon et en Australie et discute de leur incidence sur l'élaboration des politiques au Canada et dans la région de l'Atlantique.

PREMIÈRE SECTION : TROIS NATIONS, TROIS PERSPECTIVES

La Finlande, le Japon et l'Australie sont des pays différents sur les plans géographique, politique, culturel et économique. Les tendances démographiques dans chaque pays diffèrent également. Toutefois, de nombreuses caractéristiques de chacun de ces pays et du Canada sont remarquablement semblables. Ensemble, ces trois pays fournissent un kaléidoscope de perspectives qui nous aideront à comprendre la nature des défis que nous devons relever au Canada et les types de réformes que nous devons envisager à mesure que notre population vieillit.

	Canada	Australie	Finlande	Japon
Espérance de vie à la naissance, hommes/femmes (1960)	68/74	68/74	65/73	67/72
Espérance de vie à la naissance, hommes/femmes (2030)	79/84	79/84	78/85	80/86
% de la population âgée de 65 ans et plus (2000)	12	12	15	17
% de la population âgée de 65 ans et plus (2030)	20	20	25	27
% de la population âgée de 80 ans et plus (2000)	3,1	3	3,4	3,7
% de la population âgée de 80 ans et plus (2030)	5	5	8	10
Nombre de personnes ayant un emploi pour chaque personne âgée de 65 ans et plus (2000)	3,5	4	3	3
Nombre de personnes ayant un emploi pour chaque personne âgée de 65 ans et plus (2030)	2	2,5	1,5	2
% de la population totale ayant un emploi (2000)	47	45	42	53
% de la population totale ayant un emploi (2030)	44	47	35	50

Tableau 1 : Une comparaison du vieillissement de la population dans quatre pays (avec des projections démographiques fondées sur les tendances actuelles)

Source : Organisation de coopération et de développement économiques, 2000.

FINLANDE



La Finlande est un pays nordique peu densément peuplé, avec seulement 17 habitants au kilomètre carré. Comme au Canada atlantique, les distances géographiques et les conditions météorologiques sont des facteurs clés qui influent sur les activités quotidiennes. Dans les collectivités rurales, les gens doivent parfois parcourir de grandes distances pour se rendre aux centres municipaux et obtenir des services. En Finlande, l'État-providence fournit d'excellents services sociaux.

Toutefois, la dette publique et le taux de chômage actuels du pays sont élevés. Selon les normes nord-américaines, le taux d'imposition est très élevé. La majorité des Finnoises ont un emploi à temps plein et, comme au Canada, elles continuent à assumer la première responsabilité à l'égard des tâches domestiques et de la dispense de soins⁴.

La population de la Finlande vieillit légèrement plus rapidement que celle du Canada. À l'heure actuelle, la proportion de personnes âgées de plus de 65 ans est d'environ 15 %, et on s'attend à ce qu'elle atteigne 25 % d'ici 2030. Le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans augmente très rapidement et devrait atteindre environ 8 % de la population totale d'ici 2030. (Voir le tableau 1.)

En Finlande à l'heure actuelle, il y a environ trois personnes ayant un emploi pour chaque aîné de plus de 65 ans. D'ici 2030, si la tendance actuelle se maintient, il y aura seulement 1,5 personne occupant un emploi pour chaque aîné. Environ 42 % de la population totale a actuellement un emploi. En tenant compte des tendances démographiques et du marché du travail, cette proportion devrait baisser graduellement à 35 % d'ici 2030 si les tendances se maintiennent.

Les soins de santé en Finlande sont financés au moyen des revenus des impôts national et locaux, et certains frais d'utilisation sont défrayés par les patients. Le système est administré à trois niveaux. Au niveau national, le ministère des Affaires sociales et de la Santé a la responsabilité des aspects législatifs. Au niveau provincial, il y a 12 départements des affaires sociales et de la santé et, au niveau communautaire, des conseils de santé ont été formés dans 461 municipalités. Il incombe principalement à ces municipalités d'offrir des services de soins de santé. Chaque municipalité reçoit un montant forfaitaire pour financer l'éducation, les services sociaux et les soins de santé. Le montant est établi en fonction de six critères : la taille, la densité et la structure par âge de la population, la morbidité ainsi que la superficie et la condition financière de la municipalité.

La caractéristique clé du système de santé finnois est le centre de santé municipal dont le personnel est composé de médecins, d'infirmiers et d'infirmières, de dentistes, de physiothérapeutes et de travailleurs sociaux. Les gens peuvent y obtenir une gamme complète de services de soins primaires. Une grande importance est accordée aux soins infirmiers, et le nombre d'infirmiers et d'infirmières par tranche de 1 000 habitants est nettement plus élevé que dans la majorité des pays. Le ratio d'infirmiers et d'infirmières par médecin est le plus élevé en Europe. La majorité des infirmiers et des infirmières travaillent dans le réseau public de soins de santé et desservent un bassin de population défini. Traditionnellement, le personnel infirmier effectue des visites à domicile, et les soins à domicile répondent bien aux besoins des enfants et des aînés.

En plus du réseau de centres de santé communautaires, les employeurs sont tenus d'organiser des services de soins de santé pour les employés et leur famille. Les grandes entreprises ont leur propre centre de santé et les plus petites partagent un centre de santé ou utilisent le centre municipal. Les services de santé au travail sont la principale source de traitements médicaux pour la population active⁵.

Le gouvernement finnois a deux cadres de travail nationaux complets pour se préparer aux effets du vieillissement de la population : la politique nationale sur le vieillissement (National Ageing Policy), en vigueur jusqu'en 2001⁶, et le programme national pour les travailleurs vieillissants (National Programme for Ageing Workers) 1998-2002⁷.

La politique nationale sur le vieillissement coordonne un éventail complet d'objectifs et de mesures dans l'ensemble des ministères gouvernementaux correspondant à un des cinq principaux thèmes suivants :

- Flexibilité et équité dans la vie professionnelle;
- Un niveau de revenu adéquat pour une vie autonome;
- Logement et environnement;
- Nouveaux services sociaux et de santé;
- Le droit de participer et d'apprendre.

Le programme national pour les travailleurs vieillissants a été créé en 1997 en réaction à une augmentation rapide du chômage dans le groupe d'âge des 55-64 ans. La grave dépression qu'a connu le pays au début des années 1990 a entraîné l'introduction de retraites anticipées et l'adoption d'autres mesures visant à réduire la taille de la population active et à créer des emplois pour les jeunes. Par la suite, il a été reconnu que ces mesures ont eu des effets positifs à court terme, mais des effets dévastateurs à long terme puisque la démographie changeante de la main d'oeuvre a entraîné une réduction de la population active.

Le programme national pour les travailleurs vieillissants vise à appuyer les aînés dans leurs efforts pour chercher, obtenir ou conserver un emploi. Il consiste en un programme intersectoriel complet coordonné par le ministère des Affaires sociales et de la Santé, et son fonctionnement est assuré conjointement par deux autres ministères : le ministère du Travail et le ministère de l'Éducation. Le programme comprend des activités qui visent à maintenir les

habiletés professionnelles, à améliorer la santé et la sécurité au travail, à aider les travailleurs plus âgés à obtenir un emploi, à renouveler la législation et les politiques en matière de travail, à augmenter les occasions de formation sur place et d'éducation permanente et à accroître la compréhension du public sur la valeur et les besoins des travailleurs plus âgés au moyen de recherches, de projets pilotes et de campagnes de marketing social.

Bien que le programme mette l'accent sur l'emploi, il est connu du public sous le nom de Programme national sur l'âge, sans référence à la vie professionnelle en particulier. « L'expérience – un trésor national » est le slogan utilisé pour publiciser le programme auprès du public. L'objectif du slogan est de rallier les Finnois et les Finnoises derrière une question nationale délicate : la population vieillissante⁸.

JAPON



La population du Japon est approximativement cinq fois plus élevée que celle du Canada et concentrée sur un territoire plus ou moins de la superficie des provinces de l'Atlantique. La densité de population du pays est l'une des plus élevées du monde, avec une moyenne de 336 personnes par kilomètre carré. Les trois quarts de la superficie du Japon sont des régions montagneuses, et les deux tiers sont couvertes de forêts.

Sur la scène politique, le Japon est organisé en 47 préfectures et compte plus de 3 300 municipalités. Depuis la Seconde Guerre mondiale, le Japon est devenu la deuxième plus puissante économie dans le monde derrière les États-Unis. Après trois décennies de croissance sans précédent, le Japon a connu un grave ralentissement économique durant les années 1990, et depuis lors, le chômage, dont le taux demeure peu élevé selon les normes canadiennes, est devenu un sujet de préoccupations.

La population du Japon est, dit-on, l'une des plus âgées dans le monde. L'espérance de vie à la naissance était de 67 ans pour les hommes et de 72 ans pour les femmes en 1960 et devrait augmenter à 80 et 86 ans respectivement d'ici 2030. La proportion des personnes de plus de 65 ans est d'environ 17 % à l'heure actuelle et devrait atteindre 27 % d'ici 2030. Le pourcentage d'aînés de plus de 80 ans augmente rapidement. D'ici 2030, on s'attend à ce qu'un Japonais sur dix soit âgé de plus de 80 ans.

Au Japon à l'heure actuelle, il y a près de trois personnes ayant un emploi pour chaque aîné de plus de 65 ans. D'ici 2030, si la tendance actuelle se maintient, ce ratio sera de deux employés seulement par personne âgée. De nos jours, environ 53 % de la population totale occupe un emploi. Si les tendances démographiques et celles touchant le marché du travail se maintiennent, cette proportion devrait baisser graduellement à 50 %.

Traditionnellement au Japon, les familles fournissent les soins aux personnes âgées. Un modèle courant consiste à voir la femme prendre soin des parents de son époux, qui fréquemment vivent avec leur fils aîné et sa famille. L'industrialisation et l'urbanisation rapides du Japon depuis 1945 et les changements démographiques qui en résultent ont produit un changement rapide dans les structures familiales, rendant de plus en plus difficile le maintien de ce système de prestation de soins aux aînés.

- Comme au Canada atlantique, les jeunes s'établissent dans les centres urbains pour y trouver un emploi, alors que les personnes âgées préfèrent demeurer dans les collectivités rurales, créant ainsi une tendance en faveur de l'autonomie des aînés japonais.
- En raison de leur participation accrue dans la population active, les femmes ont moins de disponibilités pour offrir des soins.
- Un déclin rapide de la fertilité a entraîné une diminution du nombre d'enfants adultes pouvant offrir des soins à leurs parents âgés.
- Puisque les gens vivent plus longtemps, les enfants qui fournissent des soins à leurs parents âgés peuvent eux-mêmes être des septuagénaires.

Par conséquent, la proportion d'aînés vivant seuls a plus que doublé entre 1975 et 1995. Malgré cela, près de 55 % des Japonais et Japonaises âgés de plus de 65 ans vivent toujours avec leurs enfants, et 85 % des soignants au Japon sont des femmes.

Le système d'assurance médicale japonais garantit l'accès aux services médicaux à l'ensemble de la population. Il est fondé sur un grand nombre de régimes d'assurance différents principalement gérés par les employeurs. Les municipalités gèrent les régimes d'assurance des employés de petites entreprises, des travailleurs autonomes et des chômeurs. Les régimes d'assurance-maladie sont financés par les primes versées par les employés et les employeurs, les impôts généraux perçus par le gouvernement et les frais d'utilisation déboursés par les patients⁹.

L'« hypervieillesse » (*cho-koreika*) est un terme populaire, ainsi qu'une question stratégique, depuis près de 20 ans au Japon. En 1995, le gouvernement a adopté la *Loi fondamentale sur les mesures à prendre face à une société vieillissante* (Basic Law on Measures for the Aging Society)¹⁰. Cette loi précise les objectifs de base, rend obligatoire la présentation d'un rapport annuel au parlement national et a établi un conseil sur les politiques ajustées à une société âgée (Aged Society Policy Council) présidé par le premier ministre. L'adoption de la loi a été suivie, un an plus tard, par la présentation d'un énoncé de principes généraux conformément à la loi. Ceux-ci mettent l'accent sur l'autonomie, la participation et les choix des aînés; la mise en œuvre systématique de mesures tout au long du cycle de la vie; et des mesures précises dans les cinq secteurs suivants :

- emploi et revenu;
- santé et aide sociale;
- apprentissage continu et participation sociale;
- environnements de vie;
- recherche.

Ensemble, ces deux documents juridiques ont permis d'élaborer un cadre stratégique global qui réunit les nombreuses politiques et mesures adoptées pour faire face au vieillissement de la population au Japon.

AUSTRALIE



La fédération australienne est formée de six états et de deux territoires occupant une masse terrestre d'environ la même superficie que celle des États-Unis (en excluant l'Alaska). Sa population est d'un peu moins de 20 millions de personnes, avec une densité de population globale de 2,5 habitants au kilomètre carré. Plus des quatre cinquièmes de la population sont concentrés dans 1 % du territoire, et environ 80 % de la population habite les villes. La distance a toujours représenté un défi déterminant pour les Australiens et les Australiennes. Comme au Canada, d'immenses régions ont uniquement des petits peuplements dispersés ou sont non peuplées.

Au cours des dernières années, l'économie australienne a été l'une des plus dynamiques à l'échelle internationale, caractérisée par une forte croissance, une faible inflation et des taux d'intérêt bas. Le taux d'emploi a augmenté de plus de 2 % au cours des deux dernières années. En décembre 2001, le taux de chômage était de 6,7 %.

La diversité culturelle est devenue la pierre de touche de l'identité nationale du pays. La société multiculturelle de l'Australie est composée d'aborigènes et d'immigrants provenant de plus de 140 pays dans le monde. Bien que l'anglais soit la langue officielle, plus de 100 langues différentes sont couramment utilisées.

La répartition par âge des populations de l'Australie et du Canada est semblable. Les Australiens tout comme les Canadiens vivent plus longtemps que par le passé. Dans les deux pays, l'espérance de vie à la naissance était de 68 ans pour les hommes et de 74 ans pour les femmes en 1960 et devrait augmenter à 79 et 84 ans respectivement d'ici 2030. Les populations des deux pays vieillissent à un rythme correspondant environ à la moyenne des pays développés. La proportion des personnes âgées de plus de 65 ans est actuellement d'environ 12 % et devrait atteindre 20 % dans les deux pays d'ici 2030. On s'attend à ce que le nombre d'aînés de plus de 80 ans corresponde à environ 5 % de la population totale d'ici 2030.

Durant les années 1990, l'Australie a connu une croissance très rapide du nombre absolu de personnes très âgées. Un autre changement important était l'augmentation de 100 % du nombre d'aînés ne parlant pas anglais, soit à environ 22 % de la population des personnes âgées de plus de 65 ans.

Les Australiens et les Australiennes ont un accès universel aux soins de santé et aux médicaments subventionnés en vertu du programme Medicare, un programme national d'assurance-santé financé par les impôts. Le gouvernement du Commonwealth, ou le

gouvernement national, assure le leadership dans les secteurs de l'élaboration de politiques, de la recherche et de la gestion des renseignements nationaux. Il incombe principalement aux gouvernements étatiques et territoriaux d'offrir et de gérer les services de santé, dont la prestation est assurée par une combinaison de fournisseurs de soins de santé des secteurs public et privé. Comme au Japon, le secteur privé joue un rôle important et dynamique dans les services de santé en Australie¹¹.

En Australie, seulement 15 % des personnes âgées vivent avec leurs enfants adultes, et un nombre croissant d'aînés vivent seuls (30 % des personnes de plus de 65 ans et 46 % des aînés de plus de 80 ans). Les familles demeurent la plus importante source d'appui pour les personnes âgées. En raison des divers contextes ethniques et religieux, il existe de nombreuses attitudes différentes à l'égard de l'appui familial aux parents vieillissants.

L'Australie est, depuis des années, un chef de file mondial de l'élaboration de programmes sociaux en vue d'appuyer les aînés, avec l'élaboration, dès 1909, des premiers programmes de sécurité du revenu pour les personnes âgées. Plus récemment, l'Australie a élaboré une large gamme de programmes publics pour aider les aînés.

Au début de 1999, Le gouvernement du Commonwealth a lancé la Stratégie nationale pour une Australie vieillissante (National Strategy for an Ageing Australia), dans le but d'élaborer un cadre de travail global et complet pour faire face au vieillissement de la population. Le ministère de la Santé et des Soins aux aînés a adopté une démarche consultative pour informer les gens sur le vieillissement de la population et les engager dans un débat national sur les mesures à prendre pour faire face au phénomène. Cinq documents de travail, portant chacun sur un des cinq thèmes critiques liés au vieillissement de la population, ont été rédigés et distribués à grande échelle :

- Document de travail sur le vieillissement en santé;
- Document de travail sur l'attitude, le mode de vie et l'appui communautaire;
- Document de travail sur l'autonomie et l'autoadministration de soins;
- Document de fond sur l'emploi pour les travailleurs d'âge mûr;
- Document de travail sur les soins de classe mondiale.

À la suite de la formulation de commentaires par toutes les parties intéressées, un document sur la stratégie nationale a été rendu public au début de 2002, précisant les objectifs pour chacun des cinq thèmes¹².

Entre-temps, les ministres de la Santé et des Services communautaires du gouvernement du Commonwealth et des gouvernements étatiques et territoriaux ont mis au point la Stratégie du gouvernement du Commonwealth et des gouvernements étatiques et territoriaux sur le vieillissement en santé (Commonwealth, State and Territory Strategy on Healthy Ageing)¹³. Le document de stratégie, qui vise à former la base de la planification jusqu'en 2005, indique les mesures à prendre dans sept secteurs de résultats :

- attitudes communautaires;
- santé et bien-être;

- travail et participation communautaire;
- ressourcement durable;
- collectivités inclusives;
- soins et appui appropriés;
- recherche et information.

Ce cadre global vise à assurer une coordination nationale du travail considérable déjà entrepris dans les compétences distinctes pour promouvoir le vieillissement en santé en Australie.

DEUXIÈME SECTION : RÉFORMES POUR LE VIEILLISSEMENT ACTIF

La section précédente visait à présenter le contexte social global de nombreuses réformes adoptées en Finlande, au Japon et en Australie. Bien que la culture, l'économie, l'expérience et les démarches aient été profondément différentes dans chacun de ces pays, les questions abordées dans leurs cadres stratégiques ajustés au vieillissement de la population sont remarquablement semblables et tiennent compte de tous les déterminants du vieillissement actif. Dans la présente section, on décrit un grand nombre d'initiatives particulières mises en œuvre en vertu de ces cadres de travail.

FACTEURS ÉCONOMIQUES : REVENU ET EMPLOI

Revenu



En Australie, en Finlande et au Japon, comme au Canada, les pensionnés reçoivent des prestations de sécurité sociale stables au moyen des trois voies suivantes : les pensions nationales qui fournissent un revenu minimum de base à tous les aînés, les pensions liées à l'emploi et les différents régimes d'épargne-retraite volontaires. Dans les trois pays, la législation sur les pensions récemment adoptée vise à assurer la viabilité des régimes de pension à une époque où un nombre toujours plus élevé de personnes atteignent l'âge de la retraite et vivent pour toucher leur pension pendant un plus grand nombre d'années qu'auparavant. Ces mesures comprennent la hausse de l'âge donnant droit aux prestations de retraite, l'augmentation des cotisations et la désincitation à la retraite anticipée.

La démarche globale adoptée en Australie consiste à encourager les Australiens et les Australiennes à moins dépendre des régimes de pension nationaux. La capacité des régimes de pension publics à faire face aux effets d'une population vieillissante a grandement attiré l'attention du public et est le sujet du document de travail sur l'autonomie financière et la prévoyance, un des cinq documents de travail composant la stratégie nationale pour une Australie vieillissante. Les récentes modifications apportées à la législation sur les pensions visaient à inviter les travailleurs plus âgés à demeurer dans la population active et à encourager le recours à des régimes de retraite autofinancés.

Le gouvernement du Commonwealth de l'Australie fournit gratuitement des renseignements financiers aux personnes retraitées ou qui planifient leur retraite par l'entremise du ministère des Anciens combattants et du Service d'information financière (SIF) Centrelink de la collectivité. Les agents du SIF fournissent des renseignements au téléphone, rencontrent les personnes intéressées et tiennent également des séminaires et des ateliers dans l'ensemble du pays. Depuis 1998, les agents du SIF encouragent les personnes de la génération du « baby boom » à planifier

leur indépendance financière future tandis qu'elles sont toujours au travail. Un nombre croissant de séminaires était destiné aux personnes qui prévoient prendre leur retraite d'ici 10 à 15 ans¹⁴.

Les agents de Centrelink offrent également aux pensionnés de plus de 80 ans de les rencontrer à domicile pour s'assurer qu'ils connaissent les prestations auxquelles ils ont droit et qu'ils reçoivent les bons montants. De plus, les agents du SIF rendent visite aux pensionnés dont le partenaire est récemment décédé pour leur offrir de l'aide pour régler les questions touchant les finances, le logement et le mode de vie.

La législation récemment adoptée en Finlande restreint l'accès au régime de pension national aux personnes qui ont très peu ou pas de revenu provenant d'un régime de retraite professionnelle. Une gamme de modifications aux pensions vise à inciter les personnes âgées à demeurer au travail.

Dans le but d'améliorer la viabilité financière du régime de pension public du Japon, le gouvernement a adopté en 2000 un ensemble de projets de loi sur les réformes des pensions. L'une de ces réformes imposait une réduction de 5 % des prestations de pension versées aux nouveaux prestataires.

La principale motivation du programme national pour les travailleurs vieillissants (National Programme for Ageing Workers) mis en œuvre en Finlande et d'un programme semblable au Japon est de réduire le fardeau supporté par les programmes surchargés d'assurance-chômage et de pension. Simultanément, ces programmes visent à accroître les revenus et à réduire l'exclusion sociale chez les personnes âgées.

Emploi

L'objectif du programme national finlandais pour les travailleurs vieillissants est de maintenir chez les travailleurs plus âgés l'habileté et le désir de demeurer dans la population active et d'inciter les employés à conserver leur emploi jusqu'à l'âge de la retraite. Le programme comprend une grande variété de mesures visant à réduire le chômage et à améliorer les conditions de travail des travailleurs plus âgés; nombre de ces mesures sont décrites dans d'autres sections du présent rapport. Plusieurs des changements législatifs adoptés dans le cadre de ce programme sont des mesures incitatives à demeurer au travail¹⁵ :

- La responsabilité des employeurs à l'égard du chômage et des coûts des prestations d'invalidité a été accrue pour les inciter à retenir les travailleurs vieillissants.
- Pour réduire le nombre de mises à pied et de retraites attribuables à une invalidité, les employés âgés de 58 et 59 ans ont dorénavant droit de recevoir des prestations d'un programme de réadaptation précoce payées par le régime de pension d'employeur.
- L'âge limite pour recevoir des prestations de retraite anticipée a été augmenté de 58 à 60 ans.
- L'âge limite pour demander une pension partielle a été baissé de 60 à 56 ans pour offrir une solution de rechange à la retraite anticipée (à temps plein).

- La pension de base a été réduite de 4 à 6 % pour chaque année de retraite anticipée, et les pensions proportionnelles aux revenus ont été réduites de 5,6 à 6 % par année de retraite anticipée.
- La pension de base a été augmentée de 12 % pour chaque année de report de la retraite, la limite étant fixée à 60 %.
- La pension de chômage de longue durée a été réduite de jusqu'à 4 % pour inciter les travailleurs vieillissants à chercher un nouvel emploi plutôt qu'à prendre une retraite anticipée. (Toutefois, elle a été augmentée dans certains cas où il n'y avait aucune solution de rechange.)
- L'allègement fiscal pour les régimes de pension volontaires a été réduit, puisque cette mesure semblait promouvoir la retraite anticipée.
- La période de calcul de la pension proportionnelle aux revenus qui correspondait aux quatre dernières années de travail a été augmentée aux dix dernières années.
- Selon la nouvelle législation, la pension d'une personne sans emploi âgée de plus de 55 ans n'est pas réduite si elle accepte un travail temporaire peu rémunéré.

Dans le cadre du programme national finlandais sur l'âge (Finnish National Age Programme), une évaluation des besoins en matière de services des chômeurs chroniques âgés de 50 à 58 ans a été menée dans l'ensemble de la Finlande, et les centres et les agences d'emploi ont été réorganisés pour mieux répondre à ces besoins.

Le programme national sur l'âge fait la promotion d'ententes de travail souples, telles que les emplois à temps partiel et l'alternance de périodes de travail et de congé, ainsi que l'amélioration des conditions de travail pour réduire le stress et prévenir l'épuisement professionnel. Une campagne sur la gestion en fonction de l'âge des employés (Age Management Campaign) fait valoir les pratiques de gestion qui utilisent pleinement les forces des travailleurs plus âgés. La campagne a été mise en œuvre au moyen d'ateliers de formation offerts à des consultants, à des dirigeants d'entreprise et au personnel des centres d'emploi et de développement économique, ainsi que par des articles publiés dans des périodiques professionnels. Des outils pratiques de gestion en fonction de l'âge ont été élaborés pour les dirigeants de petites et moyennes entreprises¹⁶.

Le programme national sur l'âge devrait prendre fin et faire l'objet d'une évaluation complète en mars 2002. Selon les premières évaluations, le taux d'emploi chez les travailleurs plus âgés ainsi que la moyenne d'âge de la retraite ont augmenté; toutefois, cette situation peut être attribuable à la reprise économique et à une diminution du chômage en général. Il semble que les attitudes à l'égard des travailleurs plus âgés et des personnes âgées en général s'améliorent. Un nombre croissant d'employeurs adoptent des programmes de maintien des habiletés professionnelles, et le nombre de personnes qui demandent une pension partielle a augmenté brusquement¹⁷.

À l'opposé de la Finlande, de nombreuses personnes au Japon travaillent après la retraite, mais elles occupent habituellement des emplois moins exigeants que leur carrière précédente. Comme en Finlande, toutefois, le taux de chômage croissant chez les travailleurs d'âge mûr au Japon, et

le nombre de personnes qui atteignent l'âge de la retraite anticipée est une contrainte pour les régimes de pension.

En 1994, le gouvernement japonais a adopté un projet de loi pour augmenter l'âge de l'admissibilité aux prestations de sécurité sociale pour les aînés de 60 à 65 ans, un changement qui sera graduellement mis en œuvre au cours des vingt prochaines années. Simultanément, le gouvernement a voté des lois qui encouragent l'embauche de travailleurs plus âgés et a créé des mesures pour inciter les entreprises à hausser l'âge de la retraite obligatoire. Les travailleurs plus âgés à la recherche d'un emploi peuvent obtenir de l'aide grâce à un programme de jumelage des travailleurs plus âgés avec les employeurs appropriés, à des programmes de formation offerts par les Centres de ressources humaines d'argent (Silver Human Resource Centres) (CRHA) et à une assistance financière pour les personnes de plus de 60 ans qui lancent une entreprise.

Les CRHA ont été établis pour aider à dynamiser la vie communautaire en fournissant des emplois temporaires aux travailleurs retraités qui souhaitent demeurer actifs dans la collectivité. Tout travailleur âgé de plus de 60 ans peut devenir membre d'un CRHA. Les membres reçoivent un salaire fixe pour des emplois peu exigeants et de courte durée liés à la vie communautaire. En septembre 2000, quelque 800 CRHA regroupaient approximativement 630 000 aînés¹⁸.

Les CRHA sont créés par les collectivités locales et desservent une région géographique précise. Les fonds versés à parts égales par le ministère national du Travail et les gouvernements locaux permettent de payer le personnel de base, l'équipement et l'administration. Les emplois sont générés au moyen de contrats négociés par chaque centre avec les entreprises, les organismes gouvernementaux et les particuliers. Les revenus reçus par les membres des CRHA ne sont pas comptabilisés pour justifier le montant des prestations fondé sur la rémunération et n'entraînent aucune réduction des prestations de pension pour les retraités¹⁹.

La politique de base du Japon sur les mesures de sécurité d'emploi pour les personnes âgées au cours de l'exercice financier de 2001 (Basic Policy on Employment Security Measures for Older Persons in the Fiscal Year 2001)²⁰ mise sur les mesures antérieures et en étend la portée. Certaines de ces mesures comprennent les éléments suivants :

- instruction, orientation et assistance aux employeurs en vue de les encourager à hausser l'âge de la retraite obligatoire;
- assistance aux employeurs qui haussent l'âge de la retraite obligatoire;
- coopération avec les organisations économiques locales pour trouver un emploi aux aînés;
- subventions d'encouragement pour l'amélioration des lieux de travail des aînés;
- assistance aux employeurs qui réengagent des retraités;
- assistance aux travailleurs aînés autonomes;
- un ensemble d'avantages pour encourager l'emploi continu chez les aînés;
- expansion des CRHA;
- projets qui font la promotion du travail bénévole chez les retraités;

- recherche sur la promotion d'une société future où les aînés peuvent continuer à travailler peu importe leur âge.

Le chômage chez les travailleurs d'âge mûr est également un enjeu en Australie, et le gouvernement a commencé à mettre progressivement en vigueur des mesures visant à encourager les gens à reporter leur retraite et à inciter les retraités à revenir au travail :

- L'âge minimum donnant droit à pension pour les femmes est actuellement augmenté de 60 à 65 ans. Ce changement sera progressivement mis en vigueur au cours d'une période de 20 ans.
- Un régime de bonification des pensions (Pension Bonus Scheme) permet aux personnes dont l'âge ouvre droit à pension d'accumuler un bonus si elles continuent à travailler et reportent leur demande de pension. Les personnes qui travaillent au moins 960 heures par année (une moyenne de 20 heures par semaine pendant 48 semaines) peuvent réclamer ce bonus sous forme d'un montant déductible d'impôt lorsqu'elles prennent leur retraite.
- Depuis 1997, le gouvernement australien permet aux particuliers de cotiser à un fonds de retraite enregistré jusqu'à l'âge de 70 ans, pourvu qu'ils maintiennent un lien authentique avec la population active rémunérée; avant la mise en vigueur de cette mesure, l'âge limite de cotisation était fixé à 65 ans.
- Selon la *Loi de 1996 sur les relations en milieu de travail* (Workplace Relations Act of 1996), un employeur ne peut pas mettre fin à l'emploi d'une personne en raison de l'âge.

Le programme australien de retour au travail (Australian Return to Work Programme)²¹ aide à la fois les parents et les soignants à réintégrer la population active après qu'ils ont assumé leurs responsabilités en matière de soins à prodiguer. Il est destiné aux personnes dont la principale activité au cours des deux années précédentes consistait à prodiguer sans rémunération des soins à un enfant de moins de 16 ans ou à une personne handicapée, fragile, âgée ou atteinte d'une maladie chronique. Le programme offre des ateliers d'orientation professionnelle et de l'assistance pour l'évaluation des compétences, l'élaboration de plans de formation et le renforcement de la confiance, ainsi qu'un accès à la formation et une introduction à l'informatique.

La participation continue des travailleurs plus âgés dans la population active est le sujet de deux objectifs de la stratégie nationale pour une Australie vieillissante (National Strategy for an Ageing Australia), et on prévoit que la question attirera une attention plus soutenue au cours de la mise en œuvre du programme²².

Les programmes de mesures coordonnées visant à s'attaquer au chômage chez les travailleurs d'âge mûr existent déjà dans certains états australiens. Le programme pour les travailleurs d'âge mûr de la Nouvelle-Galles du Sud (New South Wales Mature Workers Programme) est en vigueur depuis 1990. Le programme comporte deux volets : l'emploi (géré par des organismes communautaires) et la formation. L'évaluation après cinq ans de fonctionnement révèle que 50 % des anciens clients occupaient toujours un emploi au moment de l'enquête, et la majorité d'entre eux attribuaient cette réussite au programme.

En 1999, les états de l’Australie-Méridionale et de l’Australie-Occidentale ont lancé leurs propres programmes. Dans l’état de l’Australie-Méridionale, le programme comprend le régime d’encouragement à l’emploi des travailleurs d’âge mûr (Mature Age Employment Incentive Scheme), qui fournit des stimulants financiers allant jusqu’à 2 000 \$ aux entreprises qui emploient des travailleurs plus âgés, et le programme d’aide aux travailleurs d’âge mûr (Mature Age Support Programme), qui propose des conseils, de la formation et des programmes de sensibilisation des employeurs pour améliorer les perspectives d’emploi et l’employabilité des personnes âgées à la recherche d’un emploi. Ces programmes complètent le travail de Don’t Overlook Mature Expertise (DOME), un organisme bénévole financé par le gouvernement de l’état pour aider les travailleurs vieillissants en recherche d’emploi, et de DOME Inc., une agence spécialisée dans le recrutement de travailleurs d’âge mûr. Le programme de l’état de l’Australie-Occidentale, intitulé Profitez de l’expérience (Profit from Experience), est composé d’un réseau d’agents d’accès, d’un programme de relancement de carrière, d’un programme de réorientation des compétences, d’un « cyberlien sur les perspectives d’emploi » pour les personnes vivant dans des collectivités éloignées et un programme de reconnaissance des compétences²³.

APPRENTISSAGE CONTINU



« L’éducation en bas âge combinée à des occasions d’apprentissage continu peut permettre aux personnes âgées d’acquérir des aptitudes cognitives et la confiance dont elles ont besoin pour s’adapter et demeurer autonomes. Des études ont montré que les problèmes d’emploi rencontrés par les travailleurs plus âgés sont souvent attribuables à leurs compétences relativement faibles de lecture et d’écriture et non au vieillissement en soi. Pour que les adultes âgés demeurent engagés dans des activités utiles et productives, ils devront avoir accès à de la formation continue en milieu de travail et à des occasions d’apprentissage continu dans la collectivité. »

Organisation mondiale de la santé, 2001.

Le Japon et la Finlande ont fait de l’apprentissage continu une priorité nationale – tant pour maintenir les habiletés des gens à travailler que pour promouvoir le bien-être global.

Depuis les années 1990, l’éducation aux adultes est une priorité en Finlande, où près de la moitié des travailleurs de plus de 45 ans n’ont accès à aucune formation professionnelle. Le passage rapide d’une économie de ressources à une économie du savoir, les progrès des technologies de l’information, un taux de chômage élevé, une population vieillissante et les différences en matière d’alphabétisation et d’éducation entre les générations ont contribué au défi à relever.

Pour ces raisons, l’apprentissage continu est une composante centrale du programme national finlandais pour les travailleurs vieillissants (National Programme for Ageing Workers). Le ministère de l’Éducation a la responsabilité de l’atteinte de 10 des 40 objectifs du programme.

Le point de départ consiste à améliorer l'éducation aux adultes pour qu'elle réponde davantage aux besoins des personnes âgées de plus de 45 ans. Certaines mesures précises visant à promouvoir l'apprentissage continu présentées dans le programme national sur l'âge comprennent les éléments suivants²⁴ :

- une stratégie touchant les technologies de l'information (compétences nécessaires pour tous dans une société de l'information);
- élaboration de services d'orientation et de consultation pour les apprenants adultes;
- surveillance et évaluation dans le secteur de l'éducation et de la formation des adultes;
- programmes visant à favoriser l'acquisition de compétences en éducation aux adultes chez les professeurs et formateurs;
- une variété de mesures incitatives et d'aides financières pour les travailleurs âgés qui choisissent de parfaire leur éducation.

En Finlande, on a observé une expansion rapide des environnements d'apprentissage ouvert, incluant les écoles secondaires d'enseignement à distance, les universités ouvertes et les réseaux d'éducation libérale, pour faciliter l'accès aux activités d'éducation permanente et d'apprentissage continu aux travailleurs âgés²⁵. Mais l'apprentissage continu en Finlande n'est pas uniquement offert aux travailleurs âgés. Les universités du troisième âge (UTA) ont également connu une expansion rapide et leurs cours sont maintenant offerts dans 19 universités et collèges. Les cours de l'UTA de l'Université d'Helsinki sont enregistrés et publiés à l'intention des étudiants aînés qui ne sont pas en mesure d'y assister en raison de la distance ou d'un handicap. Des groupes d'étudiants dans l'ensemble du pays se réunissent avec des tuteurs dans des centres de services et d'autres installations d'aînés pour écouter les cours enregistrés et discuter de leur contenu²⁶.

Le Japon, un pays où l'éducation est traitée avec un respect frôlant la vénération, a une longue histoire d'apprentissage continu. Depuis plus de 50 ans, l'« éducation sociale » est une priorité nationale. Ce terme est utilisé pour décrire les programmes éducatifs extra-scolaires conçus pour les personnes de tous âges, mais offerts principalement pour le bénéfice de la collectivité.

En 1990, la *Loi sur la promotion de l'apprentissage continu* du Japon (Lifelong Learning Promotion Law) a établi un conseil national sur l'apprentissage continu (national Lifelong Learning Council) et a accru les responsabilités des préfectures à l'égard de l'apprentissage continu. Ainsi, toutes les préfectures ont établi des services responsables de l'apprentissage continu, et la majorité des préfectures et des municipalités ont mis sur pied des conseils sur l'apprentissage continu et ont élaboré des plans d'action sur le sujet. Le nombre d'occasions d'apprentissage continu a augmenté rapidement depuis ce temps. Les universités et les collèges ont facilité l'accès au grand public en adoptant des critères d'admission spéciaux pour les apprenants d'âge mûr. Les établissements d'enseignement de tous les niveaux se sont ouverts au public pour donner accès aux gymnases, aux installations sportives, aux classes et aux cours. De plus, le pays fait la promotion de l'utilisation des tests de compétences comme une façon de reconnaître l'apprentissage extra-scolaire.

Le cadre national de 2000 pour la création d'une société axée sur l'apprentissage continu (2000 National Framework for the Creation of a Lifelong Learning Society)²⁷ a quatre champs d'action :

- élaboration d'une structure de promotion de l'apprentissage continu;
- diffusion d'information et activités de sensibilisation du public;
- offre accrue d'occasions d'apprentissage continu;
- évaluation et reconnaissance des apprentissages antérieurs.

Une composante intéressante des stratégies d'apprentissage continu en vigueur au Japon est l'Université des ondes (University of the Air), utilisée à l'heure actuelle par plus de 81 000 apprenants, parmi lesquels on en compte 10 000 âgés de plus de 60 ans. L'Université des ondes a été créée en 1983 pour rendre l'éducation supérieure accessible à un public plus étendu, et ses cours sont diffusés à l'échelle du pays depuis 1998. Diffusés 18 heures par jour, les cours sont complétés par des documents d'enseignement par correspondance et des travaux personnels. Des séances d'enseignement individuelles et des examens pour les étudiants qui souhaitent obtenir un diplôme universitaire sont offerts dans 49 centres d'études régionaux. Ces centres offrent également des services de consultation sur les études et un accès à la collection de la bibliothèque de l'université²⁸.

***Inamino Gakuen* – une université pour les aînés**

Inamino Gakuen est une université japonaise pour les aînés. Située dans un environnement naturel semblable à une forêt à dix minutes de marche d'une gare, *Inamino Gakuen* propose un programme de premier cycle de quatre ans et un programme d'études supérieures de deux ans. La majorité des étudiants sont âgés entre 65 et 74 ans, et certains ont plus de 80 ans.

La construction d'une université a été proposée en 1968. À l'origine, seul un programme d'une année était offert, mais celui-ci a rapidement évolué pour devenir un programme de quatre ans. Le programme d'études supérieures a été ajouté en 1977. Les programmes d'études poursuivent trois principaux objectifs : remettre en question les opinions des étudiants, développer les capacités mentales des étudiants et promouvoir un mode de vie sain.

En plus de choisir un domaine d'études principal, les étudiants doivent prendre un certain nombre de cours préalables d'arts libéraux : littérature, philosophie, histoire, économie, religion et actualités. La participation aux activités de clubs est également encouragée pour favoriser la socialisation et la découverte de nouveaux passe-temps.

Une journée typique dans la vie d'un étudiant à *Inamino Gakuen* commence à 9 h 30, habituellement après un déplacement du domicile à l'université de jusqu'à deux à trois heures. Durant la journée, les étudiants font les exercices physiques simples, assistent à des conférences et participent à des activités sociales. Les cours sont donnés une fois par semaine pour chaque niveau d'études (par ex., les étudiants de première année assistent au cours le lundi, les étudiants de deuxième année, le mardi, etc.). Les frais de scolarité, exigés depuis 1977, sont maintenus à un minimum.

Un programme d'enseignement par correspondance a été élaboré à mesure que l'intérêt pour le collège grandissait, et ce programme est éventuellement devenu l'Université des ondes. Grâce à *Inamino Gakuen*, il y a une sensibilisation accrue à l'égard de l'importance de l'éducation pour les aînés au Japon. Avec ses objectifs d'apprentissage continu, l'école a eu un important impact sur les citoyens de la préfecture de Hyogo et dans le pays en général.

Source : Mary Eva Repass, 1999.

ENVIRONNEMENT PHYSIQUE : LOGEMENT ET MOYENS DE TRANSPORT



« Un environnement physique adapté à l'âge est un facteur important d'autonomie ou de dépendance pour certaines personnes âgées. Par exemple, les personnes âgées sont plus susceptibles d'être actives physiquement et socialement lorsqu'elles peuvent rendre visite à des voisins, utiliser les moyens de transport locaux et se promener dans des parcs en toute sécurité. Les personnes âgées qui vivent dans un endroit peu sûr ou pollué sont moins susceptibles de sortir et ainsi sont plus enclines à souffrir d'isolement, de dépression, d'une condition physique réduite et de problèmes accrus de mobilité... »

... Un logement sûr et adéquat est particulièrement important au bien-être des aînés. Les caractéristiques de l'emplacement, incluant la proximité de membres de la famille, de services et de moyens de transport, peuvent faire la différence entre une interaction sociale positive et l'isolement. »

Organisation mondiale de la santé, 2001.

Les populations âgées du Japon, d'Australie et de la Finlande ont attiré l'attention nationale sur les questions touchant le logement et le transport, et plusieurs pratiques exemplaires innovatrices ont été identifiées. La Finlande et le Japon ont reconnu le besoin de concevoir un aménagement à accès facile dans tous les nouveaux édifices et systèmes de transport.

Logement

Le Japon a une expérience de 40 ans dans l'élaboration de politiques de logement pour les personnes âgées. Au fil des ans, une variété de politiques élaborées par différents ministères (Santé, Aide sociale, Construction) ont favorisé l'aménagement d'appartements pour aînés, d'unités d'habitation plus spacieuses qui peuvent être facilement subdivisées, d'unités d'habitation « deux générations » et d'unités d'habitation voisines. En 1985, le ministère de la Construction a établi un programme de logement des aînés vivant dans les régions locales (Housing Plan for Senior Citizens in the Local Regions). Dans le cadre de cette politique, chaque gouvernement local devait établir un programme de logement des aînés. Simultanément, le programme Logement d'argent (Silver Housing) a été lancé pour subventionner la construction de logements pour les aînés.

Depuis de nombreuses années, la construction d'unités d'habitation spéciales pour les aînés a été favorisée. Toutefois, les responsables de l'élaboration des politiques au Japon arrivent maintenant à la conclusion que les édifices spéciaux ne permettront jamais de satisfaire à la demande de la population de personnes âgées dont le nombre croît rapidement. Cette situation a donné naissance au concept d'« aménagement pour tous les âges ». Les lignes directrices d'aménagement d'unités d'habitation pour la société vieillissante (Design Guidelines of Dwellings for the Ageing Society) ont été publiées à la suite d'une recherche exhaustive des besoins de logement des adultes âgés. Puisque les nouvelles constructions seules ne suffisent

pas, le gouvernement procède également à la rénovation du parc de logements publics pour en faciliter l'accès²⁹.

Logement universel – Lignes directrices d'aménagement d'unités d'habitation pour une société vieillissante

Les différents niveaux de plancher de la maison japonaise traditionnelle sont un danger pour les personnes âgées. À l'entrée, les gens descendent une marche pour laisser leurs chaussures à un endroit se trouvant sous le niveau du plancher de l'habitation. Le plancher de la salle des tatamis, où les gens s'assoient directement sur des nattes de paille tressée, est cinq à dix centimètres au-dessus du niveau du plancher de bois. Dans la salle de bains, où les gens se lavent avant de s'immerger dans le bain, le plancher est également surélevé d'environ dix centimètres pour permettre le drainage, et une marche est nécessaire. Les changements à ces caractéristiques d'aménagement, qui sont incrustées dans la culture japonaise, suscitent une forte résistance. Toutefois, en prévision d'une société plus âgée, les codes et les normes de construction ont été élaborés pour encourager l'aménagement de logements plus conviviaux.

En 1986, lorsque l'Institut national des études sur la population a annoncé qu'un quart de la population serait bientôt âgé de plus de 65 ans, le ministère de la Construction a amorcé un processus pour assurer l'accès à des logements convenables pour les résidents aînés. Reconnaissant que tous les logements devraient convenir aux personnes âgées de plus de 65 ans, le ministère a investi dans la recherche pour élaborer des lignes directrices sur l'aménagement de logements visant à fournir des solutions universelles, plutôt que des solutions spécifiques aux besoins des personnes âgées. Une ébauche des Lignes directrices d'aménagement d'unités d'habitation pour une société vieillissante qui résultent de ces recherches a été publiée en 1992, et la version officielle a été adoptée en 1995.

Ces lignes directrices sont fondées sur trois concepts : l'unité d'habitation devrait être utilisée 30 ans après sa construction, elle devrait être sûre et confortable pour tout résident et elle devrait pouvoir être adaptée selon les besoins du résident. Particulièrement, les lignes directrices recommandent que toutes les unités d'habitation soient aménagées avec des planchers plats, des mains courantes aux endroits critiques et des portes et des corridors plus larges. Ces lignes directrices ont été mises à l'épreuve dans des constructions des secteurs public et privé. Elles ont été jugées économiquement viables (avec une hausse des coûts d'environ 2 %). De plus, elles favorisent le vieillissement des gens à domicile et réduisent les cas d'institutionnalisation.

Les lignes directrices se démarquaient clairement des politiques précédentes de logements construits spécialement pour répondre aux besoins des aînés à la santé fragile. Pour encourager l'adoption de ces lignes directrices par tous les constructeurs, la Corporation de prêts au logement du Japon offre des taux d'intérêt plus bas à ceux qui les suivent. De plus, l'octroi de tout prêt du gouvernement pour la rénovation d'unités d'habitation, ainsi que pour la construction ou la rénovation de logements publics, est conditionnel au respect de ces lignes directrices.

Source : Satoshi Kose, 1997 et 2000.

En Australie, de nombreux conseils locaux ont entrepris des études des besoins des résidents âgés en matière de logement et ont élaboré des démarches innovatrices, telles que les villages

de retraite et les groupes d'habitations. Les villages de retraite sont des groupes d'unités de logement ou des villas conçus pour assurer la sécurité des personnes âgées et leur fournir des occasions de camaraderie, des loisirs et des activités récréatives. Certains villages de retraite comprennent également des installations de soins infirmiers. Un groupe d'habitations est un groupe d'unités de logement indépendantes, telles que des maisons en rangée, soutenu par un réseau de services d'aide à domicile et des installations communautaires partagées³⁰.

Pratiques exemplaires en matière de logements communautaires pour les aînés – le modèle des maisons Abbeyfield

Le modèle des maisons de type Abbeyfield, originaire de l'Australie, fournit aux aînés peu fortunés qui sont isolés ou vulnérables une solution unique de logements partagés gérés par la collectivité. Il maintient les aînés dans leur propre collectivité qu'ils connaissent bien et encourage l'autonomie et l'autodétermination.

Quatre éléments caractérisent chaque maison de type Abbeyfield :

- Les bénévoles de la collectivité locale, qui élaborent et gèrent la maison, engagent une femme ou un homme à tout faire et fournissent de l'aide (au besoin) aux résidents.
- Les résidents, qui sont souvent isolés, seuls et ont besoin de soutien dans une certaine mesure, mais qui souhaitent continuer à être autonomes et aux commandes de leur propre vie.
- La maison, qui est généralement construite spécialement pour répondre aux besoins des aînés et consiste en 10 chambres-salons avec une salle de bains communicante (les résidents partagent les pièces communes de la maison, incluant le salon et la salle à manger, la cuisine, la buanderie, la chambre d'amis et le jardin; un logement autonome est également fourni).
- La femme ou l'homme à tout faire, engagé par la société locale des bénévoles, qui fait les courses, prépare deux repas par jour, fait l'entretien des pièces communes et agit à titre de coordonnateur de la maison.

Ensemble, les quatre éléments forment un tout cohérent. Les résidents s'identifient fortement à la maison et la considèrent comme la leur. Les membres du comité de la maison Abbeyfield, les parents et les amis peuvent également fournir du soutien, de la compagnie et des conseils (sur demande), ainsi que participer à la prise de décisions. Les organismes Home and Community Care Services et Royal District Nursing Service peuvent fournir de l'aide au besoin. Le soutien offert dans les maisons Abbeyfield est relativement discret, mais il crée un environnement où les résidents peuvent se fier sur une gamme d'options pour assurer leur sécurité dans l'exécution de leurs activités quotidiennes et obtenir du soutien en cas de problèmes de santé ou de crises émotionnelles.

Le modèle Abbeyfield a contribué à l'élaboration des pratiques exemplaires en matière de logement communautaire d'abord en raison du modèle de logement qu'il fournit et deuxièmement en raison des processus de restructuration et de changement engagés pour répondre aux besoins établis et émergents.

Forum national sur le logement communautaire, 1999.

Le gouvernement australien a publié deux brochures qui présentent la gamme d'options de logement offerte aux personnes âgées : *Moving House: Your Choices* (Vous déménagez : quels sont vos choix?) et *Home and Residence Choices for Older People* (Choix de maisons et

de résidences pour les personnes âgées). Celles-ci visent à aider les personnes âgées dans leur décision de déménager ou non et également à comprendre les types d'habitation disponibles. De plus, elles décrivent les programmes qui permettent aux aînés de rester dans leur résidence personnelle, incluant les programmes de prêts et de subventions en vue d'effectuer des réparations dans leur maison, ainsi qu'une variété de programmes de santé et de services sociaux visant à offrir un soutien à domicile. Le ministère des Anciens combattants met à la disposition des anciens combattants une ligne d'aide sur l'entretien ménager (Home Maintenance Helpline) pour leur fournir des conseils sur l'entretien d'une propriété et les orienter vers les services appropriés. Il offre également le service HomeFront, une évaluation gratuite de la résidence pour réduire les risques de chutes.

En Finlande, au cours des années 1990, le plus important changement en matière de logement pour les aînés a été la mise sur pied généralisée de maisons de services par les municipalités et les organismes sans but lucratif. Un grand nombre de nouvelles maisons de services ont été construites, et de nombreux édifices existants ont été convertis en maisons de services. Les habitations de services fournissent des logements accessibles, des services de base et un milieu sécuritaire aux personnes qui peuvent fonctionner avec relativement peu de soutien. Divers services sont offerts, soit par des services infirmiers ou d'aide à domicile de la région, soit par le personnel de la maison, mais celui-ci n'est pas sur place en permanence. De nombreuses pièces communes de la maison de services servent également de centres sociaux pour les aînés du quartier. Les services sont offerts dans des immeubles d'appartements avec service compris et repas à volonté, dans des groupes de maisons de services ou dans une petite maison de services distincte. Le nombre d'habitations dans une maison de services varie, de 20 à 40 habitations en moyenne. En général, les unités sont louées, mais un nombre croissant d'aînés en sont les propriétaires.

Les foyers collectifs, qui comptent habituellement moins de dix résidents, sont également de plus en plus répandus en Finlande, particulièrement pour les personnes atteintes de démence. Les résidents partagent une cuisine, un salon, un sauna et une salle de bains. Le personnel d'un foyer collectif est généralement composé d'aides-domestiques et d'infirmiers ou d'infirmières auxiliaires formés à cette fin.

La modernisation des vieux parcs de logements dans le but de répondre aux besoins des aînés est une priorité en Finlande depuis plus de dix ans, et divers programmes gouvernementaux sont offerts pour aider à défrayer le coût des rénovations. Une grande préoccupation est l'absence d'ascenseurs dans les vieux logements locatifs, et le gouvernement de Finlande a financé des recherches sur le sujet et a subventionné les rénovations en vue d'installer des ascenseurs dans les vieux immeubles d'appartements.

Le modèle de Marjala – une ville pour tous

Le quartier de Marjala dans la ville de Joensuu dans l'est de la Finlande a été aménagé pour répondre aux besoins des aînés et des personnes en fauteuil roulant. Pendant plus de 15 ans, Joensuu a construit des logements spéciaux pour les aînés et les personnes handicapées. Les résultats d'une évaluation menée en 1990 ont montré que, dans plusieurs régions, les aînés et les personnes en fauteuil roulant étaient confrontés à certaines contraintes dans leurs efforts pour se déplacer et demeurer autonomes dans la vie quotidienne.

Pour éviter de tels problèmes à Marjala, des lignes directrices d'aménagement ont été établies pour l'accès facile de toutes les unités d'habitation, des installations partagées et des routes de jonction et pour favoriser la mobilité. Cette exigence s'applique même aux plus petits détails dans le quartier de sorte que les rues, les trottoirs, les parcs et les espaces verts sont tous accessibles. Le mode d'occupation des unités d'habitation disponibles à Marjala comprend la location, la propriété partielle, le droit d'occupation, le bail avec option d'achat et l'occupation par le propriétaire pour faire en sorte que la collectivité soit accessible à tous les groupes de la population.

Lorsque les travaux seront terminés, Marjala sera une banlieue d'environ 3 000 habitants, mais de trop petite taille pour soutenir une gamme complète de services publics. Pour surmonter cette difficulté, un canal multiservices informatisé relie les résidents et les fournisseurs de services. Grâce à ce canal, les résidents peuvent obtenir un conseil d'expert (par ex., avis d'un médecin de famille), communiquer avec d'autres résidents et discuter des affaires municipales avec les décideurs politiques. On peut accéder au canal multiservices au moyen d'un ordinateur personnel ou en se rendant dans un centre multiservices, où un gestionnaire de services propose une formation sur l'utilisation de l'équipement et du canal.

Marjala a été aménagé pour permettre aux citoyens de travailler, de vivre et de profiter de leurs loisirs dans leur propre quartier. La ville de Joensuu offre des possibilités de télétravail à Marjala, permettant ainsi à des fournisseurs de services, qui sont des employés municipaux, de vivre et d'offrir des services dans le quartier. En collaboration avec un entrepreneur privé, les résidents ont mis sur pied un centre de jour coopératif pour les enfants, les aînés et les personnes handicapées. La coopération entre les résidents et les employés municipaux a donné naissance à un réseau qui fournit un soutien aux résidents, favorise leur participation et crée des emplois dans le secteur.

Source : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, 1999.

Comme au Japon, des subventions de l'état sont offertes en Finlande pour la construction de nouveaux logements où tous les appartements doivent comprendre des salles de bains et des toilettes accessibles en fauteuil roulant, de même qu'un ascenseur dans le cas des immeubles d'appartements comptant plus d'un étage³¹.

Transport

La Finlande expérimente des solutions innovatrices de transport dans les régions rurales. Le pays a plusieurs années d'expérience en matière d'organisation, de mise à l'essai et de mise en oeuvre d'un service de transport sur demande (STD), un service de transport public souple conçu pour fournir un moyen de transport « à la demande » des passagers. L'objectif est de favoriser la mobilité dans les régions urbaines et rurales et de permettre aux aînés et aux personnes handicapées de participer pleinement à la vie communautaire. L'organisation du STD est fondée sur un centre de régulation des déplacements qui utilise un système de réservation informatisé pour assigner les passagers aux véhicules et optimiser les trajets et les horaires.

Un projet pilote national a démontré l'efficacité du STD, et ce service est maintenant offert dans plus de 50 % des municipalités finlandaises. Le projet de recherche a montré que le STD peut être économiquement rentable même dans les régions rurales avec un nombre modéré de passagers et des prix de billet raisonnables. Les avantages du STD comprennent les suivants :

- Mobilité pour tous (le STD est offert dans les régions non desservies par des services de transport publics);
- Économies pour les institutions telles que les hôpitaux et d'autres importants utilisateurs de services de transport;
- Rationalisation des services de transport publics réguliers;
- Service porte-à-porte pour les groupes d'utilisateurs spéciaux, tels que les aînés fragiles et les personnes handicapées, et un service presque porte-à-porte pour tous les autres utilisateurs.

Transport – sur demande

À Tuusula, en Finlande, un service de transport sur demande (STD) procure aux résidents un mode de transport souple qui favorise la mobilité des aînés et des personnes handicapées et relie les adultes dont le ménage ne dispose que d'une voiture au marché du travail local. À Tuusula, l'utilisation maximale du STD est observée en milieu d'avant-midi et au début de l'après-midi. Les résultats d'une étude pilote ont montré que 70 % des utilisateurs sont des femmes et n'ont pas régulièrement accès à un véhicule privé. Les services de santé et sociaux et les conseils scolaires sont de grands utilisateurs de ce service.

L'objectif du STD est d'offrir un service de transport dans les régions non desservies par les services de transport publics existants. Au moyen des systèmes informatiques spécialement conçus, le STD incorpore et coordonne les options de transport existantes : taxis, taxis de transport adapté (équipés pour transporter des personnes à mobilité réduite), les minibus, les autobus et les trains. Les horaires, les trajets et la taille du véhicule sont choisis en fonction des besoins, et les véhicules se rendent uniquement à un endroit lorsqu'un passager en fait la demande. Le parc de véhicules est géré par un centre de régulation des déplacements de la façon suivante :

1. Les clients téléphonent au centre de régulation des déplacements ou font leur demande de transport par courriel.
2. Le centre de régulation sait automatiquement où se trouve chaque véhicule de la flotte et le statut de chacun d'eux.
3. Le centre de régulation recueille et organise les demandes des clients et planifie un trajet, un horaire et l'utilisation d'un véhicule en conséquence.
4. Le centre de régulation informe le conducteur sélectionné du trajet et de l'horaire et informe le client de l'heure d'arrivée approximative du véhicule au besoin.
5. Le conducteur passe prendre les passagers et les mène à leur destination.

Le projet pilote du STD finnois a duré 18 mois et a connu un grand succès. Le STD est dorénavant offert dans un grand nombre de municipalités finnoises et dans d'autres pays dans le monde.

Sources : Prisma Research, 2001, Local Futures Group, 2001 et Heikki Karintaus, 2001.

PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION DES MALADIES



Le Japon, la Finlande et l'Australie ont tous reconnu l'importance des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies pour éviter l'hospitalisation et l'institutionnalisation des personnes âgées et ont établi des programmes visant à la fois les aînés et la population en général. La présente section porte sur les mesures de

promotion de la santé et de prévention des maladies destinées aux aînés et décrit brièvement certains cadres de promotion de la santé visant le grand public.

Les employeurs au Japon ont l'obligation en vertu de la loi de mettre en œuvre des programmes de promotion de la santé. La démarche de promotion de la santé dans ce pays se concentre principalement sur les comportements individuels et les modes de vie. Le programme Japon en santé 21 (Healthy Japan 21) (2000-2010) est un programme national de prévention primaire visant l'ensemble de la population japonaise. Des objectifs numériques concrets ont été fixés en vue d'améliorer les habitudes alimentaires, d'augmenter l'activité physique, d'éliminer les taxes sur les frais demandés aux établissements de promotion de la santé, de promouvoir une relaxation appropriée et de réduire le tabagisme³².

Au début de 2001, le ministère de la Santé, du Travail et de l'Aide sociale du Japon a lancé le programme de prévention des soins (Care-Prevention Program), un programme national pour aider les personnes âgées en santé à le demeurer. Le programme favorise l'élaboration de programmes de prévention des soins pour jusqu'à un million de personnes âgées autonomes.

Dans le cadre du programme, le ministère subventionne la moitié des coûts des programmes municipaux qui visent à prévenir le confinement au lit des personnes âgées. Les programmes peuvent correspondre à l'une des trois catégories suivantes : des services de soutien aux activités de la vie quotidienne, telles que la livraison de repas et une aide pour la marche, des programmes de prévention, tels que des cours sur une alimentation saine ou la façon de prévenir les chutes, et des activités sportives et récréatives. Le ministère a préparé un manuel sur la prévention de soins et a commencé à former les personnes qui pourront diriger les programmes de prévention de soins à l'échelle des préfectures³³.

Les personnes jugées autonomes ou celles qui n'ont pas besoin de services de soins sont les cibles des programmes de prévention des soins. Les membres du personnel des centres locaux de soutien aux soins à domicile rencontrent les aînés et préparent des programmes personnalisés qui couvrent des sujets tels que la livraison de repas, les consultations de professionnels de la santé, la participation aux cours de prévention et l'aide pour prendre une marche. La moitié des coûts de l'élaboration des programmes est financée par des fonds du gouvernement central et l'autre moitié est couverte par des fonds engagés par les préfectures et les municipalités.

En Finlande, les municipalités ont la responsabilité d'organiser des services de promotion de la santé et de prévention des maladies, et au cours des dernières années, la promotion de la santé est devenue un élément plus important de la planification municipale. Un grand nombre de municipalités ont élaboré des programmes de mesures stratégiques pour promouvoir la santé et prévenir les maladies. Une stratégie nationale de promotion de la santé encourage les administrations municipales à prendre en considération les impacts sur la santé dans le processus de prise de décisions municipal, et ainsi, la promotion de la santé est vue à l'heure actuelle comme une responsabilité de chaque secteur administratif et non seulement du secteur des soins de santé³⁴.

Santé 2015 (Health 2015) est une stratégie nationale de promotion de la santé qui fixe les objectifs en matière de promotion de la santé en Finlande au cours des 15 prochaines années. La stratégie consiste en un vaste cadre de collaboration à l'égard des mesures intersectorielles touchant les déterminants de la santé et visant tous les groupes d'âge. Les principaux objectifs pour les adultes âgés comprennent l'amélioration des capacités fonctionnelles des travailleurs âgés, l'amélioration du milieu de travail, une augmentation de trois ans de l'âge de la retraite, et l'amélioration des capacités fonctionnelles des personnes âgées de plus de 75 ans. Pour atteindre le dernier objectif, le programme fait la promotion de logements, de moyens de transport et de services locaux qui favorisent le maintien de l'autonomie³⁵.

La promotion de la santé en milieu de travail est un point central du programme finnois Maintien des habiletés professionnelles (MHP) (Maintenance of Work Ability) – une autre composante du Programme national pour les travailleurs vieillissants. L'objectif de cette initiative nationale de promotion de la santé est de prolonger et d'améliorer l'employabilité de la population active finnoise au moyen d'une série complète de mesures qui visent à promouvoir la santé, à prévenir les accidents et les blessures et à favoriser la réadaptation. Ces mesures s'appliquent à tous les niveaux – de la scène nationale jusque dans les milieux de travail – et visent autant les travailleurs que l'environnement de travail. Le programme reçoit un appui généralisé dans l'ensemble de la société finnoise et dans les milieux de travail.

Au niveau national, les changements apportés aux politiques et à la législation appuient les initiatives du programme MHP. Dans les milieux de travail, les interventions visent à promouvoir la santé, à favoriser la réadaptation des travailleurs blessés et à améliorer l'environnement de travail grâce à des pratiques de santé et de sécurité et à une meilleure conception des tâches. Des lignes directrices sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et l'évaluation des habiletés professionnelles dans les services de santé au travail ont été publiées grâce à des fonds provenant du ministère des Affaires sociales et de la Santé et ont été distribuées à tous les services de santé au travail en Finlande.

Un baromètre du maintien des habiletés professionnelles a été créé pour mesurer le pourcentage des milieux de travail qui ont institué les programmes MHP. Entre 1997 et 1999, le pourcentage des milieux de travail disposant de programmes de promotion de la santé est passé de 51 % à 60 %³⁶.

Selon les résultats des évaluations du programme MHP, les avantages sont généralisés :

- Les employés profitent de l'amélioration de la santé et du bien-être et d'une employabilité accrue.
- Les employeurs signalent des hausses de productivité et des réductions des coûts liés aux maladies.
- Les assureurs reçoivent un nombre réduit de demandes d'indemnisation.
- Le gouvernement profite de l'augmentation de l'âge de la retraite³⁷.

L'Australie a élaboré une gamme de stratégies pour encourager l'adoption de modes de vie plus sains et l'amélioration de la santé de l'ensemble de la population australienne.

Voici quelques exemples : le programme Australie active (Active Australia), une politique sur les aliments et la nutrition (Food and Nutrition Policy)³⁸ et un cadre stratégique pour la prévention des maladies chroniques (Strategic Framework for the Prevention of Chronic Disease)³⁹.

Puisque 30 % de toutes les hospitalisations chez les personnes âgées sont attribuables à des chutes, les Australiens ont élaboré une stratégie coordonnée pour réduire les chutes chez les aînés. Dans le cadre de l'Initiative nationale de prévention des chutes chez les personnes âgées (National Falls Prevention for Older People Initiative) d'une durée de quatre ans, on mène un projet pilote dans les collectivités, on élabore des pratiques exemplaires de soins en établissement et de soins de courte durée aux aînés, on perfectionne les compétences en matière de prévention des chutes dans la population active, on diffuse de l'information sur la prévention des chutes et on effectue des recherches⁴⁰.

Restez sur vos pieds en Australie

À l'origine, le programme Restez sur vos pieds (Stay on Your Feet) (RSVP) était un important programme communautaire de promotion de la santé visant à réduire le nombre de chutes chez les 81 000 résidents âgés de la côte nord de l'état de la Nouvelle-Galles du Sud, en Australie. Le programme s'attaquait aux facteurs de risque suivants : l'inactivité physique, le manque d'équilibre et la démarche mal assurée, les maladies chroniques, la vision déficiente, les chaussures peu sûres, le mauvais usage des médicaments et les résidences et les environnements publics peu sûrs.

Le programme RSVP était fondé sur des stratégies multiples : sensibilisation, éducation communautaire, action communautaire et élaboration de politiques. Le programme faisait la promotion de produits pour l'amélioration du logement afin de réduire les risques de chutes, élaborait des politiques plus rigoureuses pour réduire les chutes dans les endroits publics et avait recours aux infirmiers et aux infirmières de la santé publique pour s'assurer que les facteurs de risque particuliers recevaient l'attention nécessaire (par ex., examen de la vue, soins des pieds, entretien ménager et exercices modérés).

L'initiative a entraîné une réduction de 20 % des hospitalisations d'aînés attribuables à une chute et a depuis servi de modèle pour plusieurs autres programmes du même nom à l'échelle de l'Australie. En 1998, l'état de l'Australie-Occidentale a élaboré un plan d'action concerté RSVP de cinq ans pour réduire les chutes dans l'ensemble de l'état. Le plan d'action comprend des stratégies et des mesures réparties en cinq phases, où chaque phase mise sur les résultats des phases précédentes. Les cinq phases se concentrent sur les sujets suivants : sensibilisation à la prévention des chutes et connaissances sur le sujet, médication, environnements sûrs, activités physiques et maladies chroniques.

Voici quelques activités qui ont eu lieu à ce jour :

- mise sur pied de comités communautaires;
- formation d'aînés pour qu'ils agissent comme éducateurs auprès de leurs pairs;
- formation du personnel de soins communautaires et de soins à domicile pour les aider à repérer les risques et à prendre les mesures nécessaires;
- rencontres avec les groupes communautaires;
- élaboration de programmes d'exercice nouveaux ou améliorés pour les aînés;
- vérifications de la sécurité communautaire;
- des soirées ou réunions thématiques sur la sécurité des aînés faisant la promotion de produits et de liste de vérification de sécurité à domicile;
- enquête menée auprès des médecins et des pharmaciens à propos de leurs connaissances et de leurs opinions sur la prévention des chutes chez les aînés.

Sources : A. Hahn et al., 1996, et ministère de la Santé de l'Australie-Occidentale, 1998.

SOUTIEN AUX SOIGNANTS



Le soutien aux soignants est une priorité dans chacun des trois pays à l'étude. En plus d'une gamme complète de programmes de soins à domicile, divers programmes sont conçus spécialement pour soutenir les soignants.

En Finlande et en Australie, les soignants sont rémunérés pour les services qu'ils offrent. Depuis le milieu des années 1980, chaque municipalité en Finlande offre une certaine forme d'indemnité aux soignants. Cette indemnité est accordée à la personne qui reçoit les soins, mais est payée directement au soignant, favorisant une certaine autonomie financière. La législation plus récente fixe un salaire de base imposable et pris en considération dans le calcul de la pension. En vertu de la loi, les soignants ont également droit à des vacances annuelles et à au moins un jour de congé par mois. Au cours des dernières années, la Finlande a fait l'expérience des bons de services que les soignants peuvent utiliser pour acheter les services de soutien de leur choix auprès de fournisseurs du secteur privé. Les indemnités aux soignants et les autres services sont financés par les municipalités, qui profitent d'une grande autonomie pour déterminer les niveaux des paiements et fixer les critères d'admissibilité, ce qui donne lieu à d'importantes variations à l'échelle du pays.

Mesures de soutien aux soignants

Salaires et paiements

Remboursement des coûts

Services de relève

Centres de ressources

Lignes d'aide sans frais

Plus récemment, l'Australie a introduit un paiement semblable pour fournir un soutien du revenu (semblable à une pension) aux soignants qui n'ont pas d'autres revenus de pension. De plus, une autre indemnité, non imposable et non fondée sur le revenu, est également offerte pour aider les soignants à défrayer les coûts additionnels des soins. Les soignants qui reçoivent un supplément ou les deux ont légalement droit à 20 heures par semaine et jusqu'à 63 jours de relève par année sans perdre le droit au paiement. Les maisons de soins infirmiers et les centres de jour communautaires offrent des services de relève, et des services de relève à domicile de jour et de nuit sont également offerts⁴¹.

En 1997, le Programme national de relève pour les soignants (National Respite for Carers Program) a mis sur pied un centre de ressources pour les soignants dans la capitale de chaque état et 82 centres régionaux de relève pour les soignants dans l'ensemble de l'Australie. Les centres de relève pour les soignants facilitent l'accès à des services de relève en agissant comme un point de contact unique pour aider les soignants à planifier et à obtenir un répit grâce aux services offerts dans leur région. Les centres achètent ou organisent les ensembles de soins de relève ou en gèrent la prestation. Ces ensembles sont personnalisés pour répondre aux besoins de chaque soignant. Les centres offrent également des services de relève d'urgence. Les centres de ressources pour les soignants dans l'ensemble du pays offrent une gamme de

renseignements et des conseils aux soignants. Ceux-ci peuvent s'y rendre en personne ou communiquer avec le personnel au moyen des numéros sans frais⁴².

Les soignants de personne atteinte de démence peuvent obtenir de l'assistance en tout temps en composant le numéro sans frais du Service consultatif national sur les comportements associés à la démence (National Dementia Behaviour Advisory Service). Le service téléphonique est financé par le gouvernement du Commonwealth et géré par l'Association Alzheimer. Des professionnels qualifiés répondent aux appels⁴³.

Au Japon, en vertu d'une loi sur le congé pour soins d'enfants et le congé pour soins de parents (Law Concerning Child Care and Family Care Leave)⁴⁴, tous les travailleurs ont le droit de prendre un congé sans solde d'une durée maximale de trois mois pour s'occuper d'un enfant ou d'un parent. La loi demande également aux employeurs de mettre en œuvre des horaires de travail plus courts et de limiter les quarts de nuit pour les travailleurs qui ont des responsabilités de soignant ou de parent.

En raison de la forte tradition de responsabilité familiale à l'égard de la prestation de soins, la rémunération des soignants est une question très controversée au Japon. Bien que les soignants ne reçoivent ni pension ni salaire, les familles sont autorisées à recevoir une subvention pour aider à défrayer les coûts associés aux soins d'un parent. Les soignants au Japon ont également droit à une semaine de répit par mois, un service rendu possible par le recours à des lits de court séjour dans les maisons de soins infirmiers. De nombreux services de relève réguliers sont également offerts dans les centres de jour. Les centres de soutien aux soins à domicile de quartier fournissent conseils et orientation aux soignants familiaux.

SERVICES DE SANTÉ ET SOCIAUX



La création d'un réseau intégré de santé et de services sociaux pour répondre aux besoins d'une importante et grandissante population de personnes très âgées est le principal point d'intérêt des réformes introduites dans les trois pays. Depuis plus de dix ans, des efforts ont été faits à l'échelle nationale, étatique et locale pour créer l'infrastructure requise. La présente section donne un bref aperçu des expériences, des programmes et des apprentissages dans chacun des pays à l'étude.

Le Commonwealth d'Australie finance les services de soins aux personnes âgées en établissement et, conjointement avec les gouvernements étatiques, finance également les services de soins communautaires. Le pays a une longue histoire d'investissement dans les soins en établissement pour les aînés. Durant les années 1960 et 1970, le nombre de maisons de soins infirmiers en Australie a augmenté rapidement et, au début des années 1980, l'Australie présentait un des taux les plus élevés dans le monde d'aînés vivant dans des maisons de soins infirmiers.

Au cours des dix dernières années, les soins communautaires sont devenus la priorité et, plus récemment, une stratégie de réforme des soins prodigués aux personnes âgées (Aged Care Reform Strategy) visait à rétablir l'équilibre entre les soins communautaires et les soins en établissement et à corriger l'absence d'intégration des politiques et des services. Depuis ce temps, le pays a élaboré une grande variété de programmes nationaux qui offrent aux personnes âgées partout au pays un choix d'options de soins. Certains de ces programmes sont décrits ci-dessous :

Le programme **Soins communautaires et à domicile (SCD) (Home and Community Care⁴⁵)** est un programme national qui finance une grande variété d'organismes de services qui dispensent une gamme de services de soutien aux aînés fragiles et aux personnes handicapées qui vivent à la maison, ainsi qu'à leurs soignants. Les services comprennent les suivants :

- assistance domestique : préparation des repas, ménage, lavage, repassage ou aide pour effectuer les opérations bancaires
- transport : pour des raisons médicales, sociales ou autres
- services alimentaires : popotes roulantes, repas collectifs ou aide pour faire l'épicerie
- soins personnels : bain et habillage
- services de santé : soins infirmiers à domicile, physiothérapie ou podiatrie
- entretien ménager : aide autour de la maison en effectuant des petites tâches et en jardinant.

Le programme SCD est financé conjointement par les gouvernements national et étatiques et est offert par les organismes communautaires. Des frais sont exigés pour ces services; toutefois, des attentes spéciales sont conclues avec les personnes qui ne sont pas en mesure de payer. En décembre 2000, 460 000 personnes profitaient du programme SCD⁴⁶.

Solutions de rechange à l'institutionnalisation

Les trois pays ont adopté des politiques visant à prévenir l'institutionnalisation des aînés. Ils offrent les solutions de rechange suivantes :

Services d'aide domestique

Services infirmiers à domicile

Coordination des soins à domicile

Centres de jour

Logements avec services de soutien pour les aînés

Foyers de groupe pour personnes atteintes de démence

Établissements de relève de courte durée

Centres de soutien aux soignants

Établissements gériatriques

Les **ensembles de soins communautaires pour les aînés (ESCA) (Community Aged Care Packages)**⁴⁷ sont des ensembles de services intégrés pour les aînés fragiles qui représentent une solution de rechange à l'institutionnalisation des personnes âgées. Grâce aux ESCA, les personnes peuvent transiger avec une seule personne-ressource, qui organise tous les soins dont elles ont besoin, au lieu de devoir communiquer avec un éventail de fournisseurs de soins. Le fournisseur reçoit un paiement uniforme fondé sur le niveau de soins nécessaires et a la responsabilité de fournir tous les soins et les services dont un client pourrait avoir besoin ou de les organiser – de l'entretien ménager et la tonte de la pelouse à la prestation de soins infirmiers et de services de relève. En 2001, 26 898 ESCA étaient offerts (un par tranche de 65 personnes âgées de 70 ans et plus)⁴⁸. Le programme est financé par le gouvernement national. Bien que des frais puissent être facturés, personne ne se voit refuser de soins en raison d'une incapacité à payer.

Les **ensembles de soins prolongés à domicile pour les aînés (SPDA) (Extended Aged Care at Home)** ont été lancés sous forme de projets pilotes en 1998 pour vérifier la faisabilité de fournir à domicile des soins de haut niveau prodigués dans des maisons de soins infirmiers. Les résultats de l'évaluation complétée en 2001 ont montré que les ensembles SPDA sont économiquement viables, ciblent efficacement les besoins des bénéficiaires et permettent de fournir des soins de haut niveau

aux personnes à domicile pourvu que les clients soient sélectionnés de façon appropriée. Depuis ce temps, le gouvernement a annoncé son intention de financer l'établissement des SPDA pour en faire un programme permanent⁴⁹.

Les **soins en établissement** sont offerts dans les maisons de soins infirmiers, qui prodiguent des soins de haut niveau, et dans des foyers, qui fournissent des soins de bas niveau ou une aide à la vie autonome. Généralement, les maisons de soins infirmiers fournissent des soins 24 heures sur 24, alors que les foyers fournissent des services de logement et une aide pour effectuer les tâches de la vie quotidienne, ainsi que des soins infirmiers occasionnellement. Environ 7 % des Australiens et des Australiennes âgés de plus de 65 ans vivent soit dans une maison de soins infirmiers soit dans un foyer⁵⁰. Depuis 1997, les maisons de soins infirmiers

(qui se sont développées parallèlement au système des soins de santé) et les foyers (qui se sont développés parallèlement aux programmes de logements du gouvernement) sont administrés dans le cadre d'un système de soins en établissement. Une partie des efforts effectués en Australie pour faire face au vieillissement rapide de la population visent à favoriser le vieillissement sur place, et la distinction entre les maisons de soins infirmiers et les foyers tend à disparaître. Par exemple, en vertu du nouveau système de remboursement, les foyers et les villages de retraite peuvent choisir de fournir des soins normalement dispensés dans des maisons de soins infirmiers si les normes sont satisfaites. Cette mesure accorde aux services une plus grande souplesse pour répondre à une gamme élargie de besoins en matière de santé, en donnant davantage d'occasions aux aînés de passer de soins de bas niveau à des soins de haut niveau sans avoir à déménager dans un autre établissement. Le gouvernement prépare présentement de nouvelles brochures et fiches de renseignements qui décrivent le concept de vieillissement sur place, ainsi qu'un livret à l'intention des personnes qui fournissent des soins en établissement, pour décrire différentes options pour l'établissement de maisons de vieillissement sur place⁵¹.

Les équipes d'évaluation des soins pour les aînés (ÉÉSA) (Aged Care Assessment Teams) sont des équipes multidisciplinaires qui évaluent l'admissibilité des personnes âgées aux ensembles de soins en établissement et de soins communautaires. L'Australie compte 140 ÉÉSA⁵². Le rôle principal des ÉÉSA est de s'assurer que seules les personnes qui ont réellement besoin de ce niveau de soins en profitent et d'informer les autres sur d'autres programmes et services offerts pour les aider.

Le gouvernement du Commonwealth a mis en place un cadre global pour s'assurer que l'accès aux ESCA et aux soins en établissement est proportionnel à la distribution de la population. Les services sont planifiés et fournis conformément à des références nationales appliquées aux populations régionales. En vertu des références, 90 places de soins en établissement et 10 ensembles de soins en établissement (prodigués à domicile) devraient être offerts pour chaque tranche de 1 000 personnes âgées de plus de 70 ans⁵³.

Le programme de visiteurs de la collectivité (Community Visitors Scheme) est une initiative nationale du gouvernement australien visant à favoriser l'établissement de liens entre les personnes qui vivent dans des établissements de soins pour aînés et les gens de leur collectivité. Dans le cadre de cette initiative, les bénévoles rendent visite à des aînés socialement isolés dont la qualité de vie serait améliorée par l'établissement de liens d'amitié et de camaraderie. Le ministère de la Santé et des Services à la famille du gouvernement du Commonwealth fournit un soutien financier à 170 organismes communautaires pour offrir le programme⁵⁴.

Les centres polyvalents fournissent des soins aux personnes âgées dans les régions rurales et éloignées. Les centres sont les points centraux de la prestation de services de santé et à la famille. En plus des soins prodigués dans les maisons de soins infirmiers et les foyers, les centres peuvent fournir des soins à domicile et des services de podiatrie, de radiologie, de santé mentale et de santé des femmes, de même que des soins palliatifs, des soins infirmiers

communautaires, des services de popotes roulantes et des services pour les jeunes enfants et leurs parents. En juin 2001, 56 centres polyvalents au total offraient 1 223 places souples de soins pour des aînés⁵⁵.

Les **services aux personnes atteintes de démence** consistent en une gamme de programmes conçus pour répondre aux besoins des personnes atteintes de démence, ainsi qu'à ceux de leur famille. Une ligne d'aide nationale sur le comportement (National Behaviour Helpline) et un programme de soutien et d'éducation sur la démence (Dementia Education and Support Program) fournissent de l'information, des séances d'éducation et du soutien. Une unité de psychogériatrie dans chaque état pose des diagnostics et fournit des évaluations, des conseils et du soutien aux ÉÉSA, aux fournisseurs de services et aux familles. Des groupes de soutien par les pairs ont été formés pour intervenir rapidement auprès des personnes atteintes de démence et de leurs soignants, et les soignants de personnes atteintes de démence ont accès à des services de relève améliorés. Compte tenu des coûts élevés des soins psychogériatriques, le gouvernement a modifié les formules de financement des installations de soins en établissement et des ÉÉSA⁵⁶.

Soins à domicile concertés – style australien

L'étude de cas qui suit illustre dans quelle mesure la planification de soins concertés a amélioré les soins reçus par un Australien et a réduit le nombre d'hospitalisation.

M. Daly est âgé de 75 ans et vit seul. Il prend sept médicaments d'ordonnance différents, incluant ceux contre la maladie cardiaque, le diabète et l'hypertension. En raison d'une démence légère, il oublie de prendre ses médicaments, de se rendre à ses rendez-vous et de manger ses repas livrés à domicile. Il est fréquemment hospitalisé en raison de chutes liés à ses problèmes cardiaques, à ses médicaments et à des chaussures inappropriées. Les séjours à l'hôpital sont prolongés à cause de ses problèmes d'alimentation. Il a fait l'expérience sans succès des soins en établissement.

L'objectif du programme de M. Daly est de lui permettre de continuer à mener une vie autonome à domicile. Ses médicaments lui sont fournis dans un emballage-coque hebdomadaire par la pharmacie communautaire, et son médecin supervise une réduction graduelle de l'utilisation de psychotropes. Un bénévole s'assoie avec lui pendant qu'il mange ses repas livrés à domicile, et des taxis le transportent à ses rendez-vous chez le médecin, à un club de football la fin de semaine où il aime manger et à ses cours de Tai Chi pour améliorer sa forme physique et son équilibre. Des chaussures appropriées ont été achetées. Il reçoit une formation, sous la supervision d'une infirmière, pour surveiller son poids chaque jour. Son coordonnateur de soins et son omnipraticien assurent une surveillance continue.

Les coûts liés aux transports et aux autres services de M. Daly ont été largement compensés par la réduction des hospitalisations et de l'utilisation de médicaments. Les soins concertés ont amélioré la santé et le bien-être de M. Daly et lui ont permis de demeurer à domicile comme il le souhaite.

Source : Ministère de la Santé et des Soins aux personnes âgées du Commonwealth, *Stratégie nationale pour une Australie vieillissante : document de travail sur les soins de classe mondiale*, 2000.

La Stratégie nationale de gestion de l'incontinence (National Continence Management Strategy) est un programme de quatre ans visant à réduire l'incontinence, une des principales raisons d'admission des Australiens et des Australiennes dans des maisons de soins infirmiers. La stratégie comprend la mise en place d'une ligne d'aide nationale sur l'incontinence, gérée par la Continence Foundation of Australia, pour offrir des conseils professionnels, confidentiels et gratuits, ainsi que mener des projets de recherche et encourager les initiatives communautaires⁵⁷.

Les soins médicaux subaigus fournissent des services de gériatrie spécialisés et de réadaptation aux personnes âgées à la suite d'une maladie ou d'une blessure. Ces services adaptés à l'âge mettent l'accent sur des soins complexes, post-actifs et de faible intensité.

Les installations spécialisées et la démarche fondée sur une équipe multidisciplinaire entraînent une réduction des coûts et offrent des soins plus appropriés que ceux qui sont prodigués dans un hôpital de soins actifs⁵⁸.

Les **centres Carelink du Commonwealth (Commonwealth Carelink Centres)** dans l'ensemble du pays aident les Australiens et les Australiennes âgés à accéder à la vaste gamme d'options de soutien qui s'offrent à eux. Plus de 60 centres Carelink ont ouvert leurs portes dans des endroits très fréquentés en 2001. Les centres, qui ont également une ligne téléphonique sans frais, agissent comme un point de contact unique pour fournir des renseignements fiables sur les services aux personnes âgées offerts à l'échelle locale et orienter les gens vers ceux-ci. Ils aident également les Australiens et les Australiennes âgés qui choisissent de vivre à domicile. Chaque centre maintient une base de données complète et à jour de renseignements locaux, incluant les services locaux, tels que l'aide domestique, les soins personnels, les soins infirmiers à domicile, les services de repas, les réparations ou modifications effectuées dans la maison, les soins de relève, les centres de jour et les soins liés à la continence, ainsi que les services des ÉÉSA et l'évaluation de l'admissibilité aux soins en établissement⁵⁹.

Le gouvernement maintient également un site Web sur les soins aux personnes âgées et une ligne téléphonique sans frais. De nombreuses publications à l'intention des aînés sont offertes dans plus d'une douzaine de langues différentes. Une « Page des aînés » dans tous les annuaires téléphoniques municipaux permet de trouver facilement des renseignements sur les services offerts aux aînés.

Le gouvernement australien continue à élaborer et à tester des façons innovatrices de dispenser de meilleurs soins à un coût moindre. Un nouvel ensemble de soins primaires améliorés aide les Australiens et les Australiennes âgés qui ont des besoins complexes au moyen des mesures suivantes⁶⁰ :

- Rémunération dans le cadre du programme Medicare des médecins pour les heures consacrées à la planification des soins et aux conférences de cas;
- Programmes d'éducation professionnelle à l'intention des médecins sur la planification des soins et les conférences de cas;
- Essais continus de mesures de rechange aux soins concertés et aux services intégrés intersectoriels.

À l'opposé de l'important rôle joué par le gouvernement national en Australie, les services de santé et sociaux en Finlande et au Japon sont en grande partie la responsabilité des administrations municipales. Jusqu'à récemment, les politiques nationales au Japon témoignaient de la croyance traditionnelle voulant que les enfants s'occupent de leurs parents vieillissants. Ainsi, le Japon dispose de peu d'installations et de services pour les aînés, de même que peu de personnes formées pour travailler avec eux. Lorsque les familles ne sont plus en mesure de prendre soin de leurs parents vieillissants, les hôpitaux généraux sont utilisés pour prodiguer des soins de longue durée, ce qui a favorisé une hausse subite des coûts liés aux soins de santé.

À la fin des années 1980, le Japon a produit une série de documents stratégiques visant à élaborer des services pour réduire la durée des séjours à l'hôpital et à satisfaire aux besoins de la population d'aînés qui augmente rapidement. Comme en Australie et en Finlande, l'objectif de la réforme a été en grande partie de maintenir les personnes âgées dans la collectivité aussi longtemps que possible. Le premier de ces programmes, la Stratégie de dix ans de promotion des soins et de l'aide sociale aux aînés (Ten Year Strategy to Promote Care and Welfare for the Elderly) (connu sous le nom de Plan or), a été établi en 1989. Le Plan or comptait sept principaux objectifs : élaborer des services à domicile pour les aînés à l'échelle municipale, réduire à zéro le nombre de personnes âgées confinées au lit, établir un fonds d'aide sociale pour la longévité (Longevity Social Welfare Fund), élaborer rapidement des installations de soins en établissement, favoriser le vieillissement actif, promouvoir la recherche en gérontologie et développer des institutions sociales pour les aînés⁶¹.

Une importante caractéristique du Plan or était la décentralisation des services. Les municipalités se sont vu transférer la responsabilité d'élaborer et de mettre en œuvre des programmes pour les aînés et ont eu la tâche de produire un plan local de santé et d'aide sociale pour les aînés (Local Health and Welfare Plan for the Elderly). Une autre caractéristique importante du Plan or était le virage en faveur des services à domicile pour les aînés. Le plan comprenait des objectifs touchant la mise sur pied d'une gamme complète de services de soins. Ces objectifs devaient être atteints avant 1999, mais en 1994, il a été reconnu que les objectifs n'étaient pas suffisamment élevés pour répondre aux besoins en croissance rapide. Le Nouveau plan or (New Gold Plan) (1995) a révisé les objectifs pour accélérer l'élaboration de services et incluait une stratégie visant à former rapidement le nombre de travailleurs qualifiés requis pour fournir les services. Dans le cadre du nouveau plan, les familles ont commencé à être remboursées pour les coûts des aides aux soins à domicile, des visites d'infirmiers ou d'infirmières, de la modernisation du domicile et des soins spécialisés dispensés dans les maisons de soins infirmiers.

En 1999, à la fin du plan de dix ans, environ 3 % des Japonais et des Japonaises de plus de 65 ans vivaient dans des institutions. La majorité des objectifs fixés en 1995 avaient été atteints ou surpassés à l'échelle nationale; toutefois, des lacunes étaient observées dans certaines municipalités et pour certains types de service. En avril 2000, le gouvernement a lancé le Plan or 21 (Gold Plan 21) pour continuer à élaborer des programmes et des services pour les personnes âgées⁶². Les objectifs nationaux en matière d'élaboration de services de chacun des plans or sont indiqués au tableau 2.

	Référence 1989	Plan or Objectifs pour 1999	Nouveau plan or Objectifs pour 1999	Plan or 21 Objectifs pour 2004
Aides-domestiques (nbre d'aides)	31 405	100 000	170 000	350 000
Services de court séjour (nbre de lits)	4 274	50 000	60 000	96 000
Centres de jour (nbre d'établissements)	1 080	10 000	17 000	26 000
Centres de soutien aux soins à domicile (nbre de centres)	-	10 000	10 000	10 000
Postes infirmiers de visites à domicile (nbre de postes)	-	-	5 000	9 900
Maisons spéciales de soins infirmiers pour les aînés (nbre de lits)	162 019	240 000	290 000	360 000
Établissements de services de santé pour les aînés (nbre de lits)	27 811	240 000	280 000	297 000
Foyers collectifs pour les aînés atteints de démence (nbre d'établissements)	-	-	-	3 200
Maisons de soins (nbre de personnes)	200	100 000	100 000	105 000
Centres polyvalents pour aînés (Nbre de centres)	-	-	600	1 800

Tableau 2 : Objectifs nationaux en matière de services pour les aînés au Japon

Sources : Kazuhito Ihara (2000), Masoto Kosaka (1996), Institut national de recherche sur la population et la sécurité publique (2000), ministère de la Santé, du Travail et de l'Aide sociale (2000).

Les services créés dans le cadre des plans or sont décrits ci-dessous :

Les **services d'un aide-domestique** consistent en l'exécution de travaux ménagers et l'assistance des aînés fragiles à domicile pour leur permettre de mener les activités de la vie quotidienne. Les services sont souvent fournis par des organismes privés d'auto-assistance à but non lucratif qui prennent naissance dans des mouvements d'auto-assistance à petite échelle organisés par les citoyens; toutefois, un grand nombre de ces organismes deviennent

des entreprises de citoyens. La plupart des fournisseurs de soins sont des femmes âgées entre 40 et 60 ans, et un grand nombre d'entre eux sont des bénévoles⁶³.

Les **établissements de services de court séjour** sont des établissements dont les lits sont exclusivement réservés à la prestation de soins de courte durée et de soins de relève et sont habituellement situés dans des maisons spéciales de soins infirmiers.

Les **centres de service de jours** offrent des services de bain, des repas, des activités physiques, des activités récréatives, des examens de santé et des services de réadaptation. Le transport en navette est fourni.

Les **centres de soutien aux soins à domicile** offrent des consultations en matière de soins infirmiers et une orientation par des spécialistes pour appuyer la prestation de soins de longue durée à domicile aux membres de la famille.

Le **Service de soins infirmiers à domicile pour les aînés** fournit les services infirmiers à domicile suivants sous la supervision des médecins de famille : évaluation de l'état de santé, physiothérapie ou ergothérapie, éducation en matière de santé, bains, soins personnels et changements réguliers de positions pour les aînés confinés au lit. Le personnel comprend des infirmiers ou infirmières, des infirmiers ou infirmières auxiliaires, des physiothérapeutes et des ergothérapeutes⁶⁴.

Les **maisons spéciales de soins infirmiers pour les aînés** sont des établissements de soins de longue durée qui fournissent un soutien pour l'exécution des activités de la vie quotidienne et des soins personnels. Le personnel coordonne les services de santé et sociaux pour les résidents, mais ne fournit pas de soins infirmiers.

Les **établissements de services de santé pour les aînés** jouent un rôle à mi-chemin entre celui d'un hôpital et celui d'une maison de soins infirmiers. Ces établissements sont conçus pour accueillir les personnes âgées confinées au lit qui ont besoin de soins de santé, de physiothérapie et de soins personnels sous la supervision d'un médecin. Les séjours dans ces établissements devraient être d'une durée maximale de trois mois, et l'objectif est de retourner les patients à leur domicile. En pratique, les séjours sont beaucoup plus longs. Le personnel des établissements de services de santé pour les aînés comprend des médecins, des infirmiers ou infirmières, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes et des nutritionnistes.

Les **foyers collectifs pour les aînés atteints de démence** sont de petits établissements où quelques personnes vivent ensemble et partagent les tâches domestiques dans une atmosphère semblable à celle d'une maison. Ces foyers collectifs ont d'abord été introduits dans le cadre de projets pilotes qui ont démontré leur efficacité à ralentir la progression de la démence et à stabiliser les symptômes⁶⁵.

Les **maisons de soins** fournissent aux aînés le soutien dont ils ont besoin pour continuer à mener une vie autonome. Des repas, des activités sociales et d'autres services sont offerts sur place. Ces établissements ont été comparés aux résidences-services en Amérique du Nord.

Les **centres polyvalents pour aînés** sont de petits établissements qui fournissent un soutien pour la prestation de soins à domicile, des services de jour pour environ dix utilisateurs et des services de logement. Bien que ceux-ci aient été à l'origine conçus pour répondre aux besoins des aînés des régions isolées et rurales, les centres polyvalents font maintenant leur apparition dans les villes.

Tous les services ci-dessus sont fournis par une variété d'établissements commerciaux, incluant des entreprises privées, des fondations de bien-être social et des coopératives agricoles, de consommation et de travailleurs. Dans les principales villes du Japon, les prix élevés des immeubles et la rareté des terrains ont rendu difficile la construction de nouveaux établissements par les gouvernements locaux. Pour atténuer l'effet de la pénurie de terrains et encourager les contacts intergénérationnels, les gouvernements locaux construisent de plus en plus d'établissements publics polyvalents. Il existe une tendance croissante à convertir les écoles abandonnées en établissements publics qui hébergent des maisons spécialisées pour aînés, des classes pour l'éducation aux adultes et des centres civiques. Les nouveaux services aux aînés sont souvent situés dans des salles de classe inutilisées dans des écoles publiques actives ou partagent un édifice avec un service d'aide à l'enfance. Pour promouvoir cette démarche, le ministère de la Santé et de l'Aide sociale a distribué une brochure sur la conversion des salles de classe dans l'ensemble du pays⁶⁶.

Rapport Fujisawa : une démarche coopérative japonaise en matière de soins aux aînés

Le *Rapport Fujisawa* est une maison spéciale de soins infirmiers pour les aînés et un centre de soutien aux soins à domicile. Il a été établi en 1994 par une coopérative de consommation japonaise, portant le nom de *Seikatsu Club Seikyo Kanagawa* (coopérative de consommation pour la vie), créée à l'origine pour acheter des aliments sains et des produits respectueux de l'environnement. Le groupe a commencé à être préoccupé par le vieillissement de la population au début des années 1980, et ses membres ont décidé de travailler ensemble pour élaborer un système qui serait en place pour les appuyer pendant leurs vieux jours. La première étape a été de créer *Tasukeai* (aide mutuelle de groupe), un collectif de travailleurs dont les membres dirigent le programme et dispensent des services d'aide domestique.

Au cours des dix années suivantes, les services offerts par la coopérative se sont étendus pour inclure le *Rapport Fujisawa*, quatre centres de jour et de nombreuses autres entreprises de services communautaires. En 1996, la coopérative *Seikatsu Club* comptait 47 150 ménages membres, employait 700 personnes à temps plein et avait formé 70 collectifs de travailleurs. L'offre aux femmes d'une transition souple d'un travail non rémunéré à un travail rémunéré est un des objectifs centraux du mouvement *Kanagawa Seikatsu*. Le travail est considéré comme une voie vers un nouveau mode de vie. La prestation de soins selon la démarche coopérative en particulier est considérée comme une forme de travail intermédiaire à mi-chemin entre un emploi régulier et le travail des femmes à domicile.

Le *Rapport Fujisawa*, la maison spéciale de soins infirmiers pour aînés, compte 30 pièces avec 70 lits : 50 lits sont prévus pour les séjours de longue durée et les 20 autres sont réservés aux courts séjours. Un étage de la maison, avec 30 lits, est conçu pour accueillir des résidents atteints de démence sénile avancée.

Le centre de soutien aux soins à domicile dessert une population de 60 000 personnes âgées. Le centre fournit les services suivants en vertu d'un contrat avec l'administration municipale :

- personnel comptant deux professionnels;
- un centre de jour ouvert cinq jours par semaine;
- un service de bain;
- services de visites d'infirmiers ou d'infirmières à domicile;
- un service téléphonique d'urgence 24 heures sur 24;
- popote roulante (les repas sont préparés par un collectif de travailleurs);
- services d'aide domestique.

En 1996, le *Rapport Fujisawa* comptait 43 employés rémunérés. De plus, les services de préparation des repas, de lavage et d'aide à la prestation de soins sont fournis par deux collectifs de travailleurs (composés d'anciennes personnes au foyer sans emploi) comptant 61 membres au total. Les bénévoles, appelés des « partenaires citoyens » et un chien de compagnie travaillent en étroite collaboration avec le personnel rémunéré.

Sources : Masoto Oka, 2000, et Anita Lord et Mary Mellor, 1996.

Malgré cette grande variété de services, le coût des soins aux aînés est devenu un fardeau pour les régimes d'assurance-maladie du Japon. En 2000, le gouvernement japonais a mis en œuvre un nouveau programme obligatoire d'assurance des soins de longue durée conçu pour répartir sur tous les membres de la société le fardeau lié à la prestation de soins aux aînés japonais. Ce programme a remplacé le précédent système fragmentaire de soutien gouvernemental aux personnes dont la famille ne peut plus s'occuper.

Chaque Japonais et Japonaise de plus de 40 ans est tenu de cotiser au programme d'assurance. Les primes d'environ 30 \$ par mois sont déduites de la pension des personnes âgées de 65 ans ou plus et du salaire des personnes sur le marché du travail. Ces primes financent la moitié des coûts du système; l'autre moitié provient des contributions des gouvernements fédéral et préfectoraux, des administrations municipales et de la participation aux coûts versée par les utilisateurs.

Le programme introduit le concept de « gestion des soins » pour fournir des services concertés et appropriés dans le but de répondre aux besoins particuliers des personnes, à domicile ou dans une institution. Les utilisateurs peuvent choisir un gestionnaire de soins et des fournisseurs de services parmi une variété de fournisseurs du secteur privé, et les coûts sont remboursés par le programme. Les types de services couverts par le programme comprennent les suivants :

- aide domestique;
- services de bain, soins infirmiers et réadaptation à domicile;
- réadaptation de patients externes;
- consultation en matière de gestion des soins médicaux à domicile;
- services de jour;
- services de court séjour;
- foyers collectifs, maisons spéciales de soins infirmiers et établissements de santé pour les aînés;
- subventions pour payer l'équipement de soins et les modifications au domicile pour répondre aux besoins en matière de soins.

Pour la majorité des services, les personnes doivent payer des frais d'utilisation correspondant à 10 % du coût. Pour recevoir des prestations d'assurance de soins de longue durée, une personne doit être examinée par un fonctionnaire municipal pour déterminer le niveau de soins requis. L'évaluation est fondée uniquement sur l'état de santé physique et mentale – ni le revenu ni la situation familiale ne sont examinés à cette fin. Une échelle de dépendance à six niveaux est utilisée pour déterminer l'admissibilité aux soins de longue durée et le montant maximal des prestations qu'une personne peut obtenir. Les aînés les plus dépendants sont admissibles à des soins en établissement ou aux services d'un aide familial résidant 24 heures sur 24, et les aînés les moins dépendants peuvent profiter d'une combinaison de soins à domicile, de services de jour et d'établissements de court séjour.

Le programme doit faire l'objet d'une évaluation et d'un examen complet en 2005. Un débat actif est déjà en cours sur les insuffisances possibles du système, incluant des préoccupations à savoir si des services suffisants sont offerts pour répondre à la demande que le système

créera, ainsi que des inquiétudes quant au montant des primes et des frais d'utilisation et au maintien de soins de qualité⁶⁷.

En Finlande, les services sociaux et les soins de santé sont financés principalement (90 %) par les fonds publics provenant des impôts national et municipaux. Les frais payés par les clients et les utilisateurs correspondent à environ un dixième des coûts. Ces frais sont fixes ou déterminés en fonction du revenu du client. En vertu de la loi, certains services sont gratuits.

La politique adoptée en Finlande visait également à fournir des services communautaires pour permettre aux personnes âgées de demeurer à domicile. Ceux-ci comprennent les prestations aux soignants, l'aide domestique, les soins infirmiers à domicile, les soins dispensés dans des hôpitaux de jour et les soins de courte durée en établissement. Ainsi, les personnes n'ont pas recours aux soins en établissements à moins d'être gravement inaptes, et les maisons traditionnelles de soins infirmiers n'existent pour ainsi dire pas. Historiquement, les soins de longue durée aux personnes âgées étaient fournis dans les hôpitaux; plus récemment, des services distincts ont été élaborés à cette fin dans les hôpitaux de soins primaires. La part des soins de longue durée dispensés à des aînés baisse de façon régulière depuis les années 1980. En 1995, 2 % des personnes âgées de 65 ans ou plus recevaient des soins de longue durée dans un établissement, tandis que 9 % recevaient des soins infirmiers à domicile⁶⁸.

Durant la grave récession au début des années 1990, d'importants changements ont été apportés en Finlande en matière de prestation de services sociaux et de santé. À ce moment, les municipalités se sont vu accorder davantage de liberté et de pouvoir de décision à l'égard de la prestation de services sociaux et de santé, de même que le droit de facturer ces services. Simultanément, le montant du financement qu'elles recevaient du gouvernement fédéral pour fournir les services a été grandement réduit. Ainsi, contrairement à la situation en Australie et au Japon, chaque municipalité décide quels services seront fournis, quels seront les frais d'utilisation de ces services et si les services seront fournis par des employés municipaux ou par le petit mais croissant secteur privé. La diversité de services qui en résulte dans les 460 municipalités rend pratiquement impossible la description des services offerts aux personnes âgées en Finlande. Alors que les municipalités plus grandes et plus prospères fournissent une gamme étendue de services, souvent sans frais, les municipalités plus petites ou plus éloignées offrent peu de services et peuvent exiger des frais d'utilisation élevés⁶⁹.

Au lieu des maisons de soins infirmiers, la plupart des municipalités ont conçu des logements avec services pour fournir les services de base aux personnes âgées et assurer leur sécurité. Le personnel de ces maisons n'est pas sur place 24 heures sur 24, mais les résidents ont accès à des soins infirmiers à domicile. Un grand nombre de municipalités ont préparé des plans d'action stratégique pour relever les défis liés au vieillissement de la population. Toutefois, dans de nombreuses municipalités, les services de soutien offerts aux aînés qui vivent dans un logement ordinaire n'ont pas sensiblement augmentés⁷⁰. La démarche consistait davantage à payer un ami ou un membre de la famille pour prendre soins des personnes âgées dans la collectivité. La Finlande est reconnue comme un chef de file mondial pour le paiement d'un salaire aux soignants.

En plus des logements de services et des indemnités aux soignants, les principaux services offerts aux aînés sont le recours à des aides-domestiques, des services de soutien à domicile et des programmes de jour. Les aides-domestiques finnois sont un groupe quasi-professionnel et doivent suivre un programme de formation à temps plein de 2 ans et demi. En plus d'aider aux tâches quotidiennes et aux soins personnels, les aides-domestiques surveillent l'état de santé des aînés et les orientent vers les services disponibles. Certains des services de soutien disponibles comprennent une popote roulante, des centres de jour, des services de transport et d'escorte, différentes lignes téléphoniques d'urgence et des services de blanchisserie et de nettoyage.

La législation de 1993 qui permettait aux municipalités de facturer des frais pour les services de soutien à domicile a entraîné une diminution rapide de la demande pour ces services. Entre 1990 et 1998, on a observé une baisse d'environ 40 % du nombre de ménages âgés qui recevaient une aide domestique⁷¹. Malgré cette situation, la dotation en personnel des services municipaux d'aide à domicile a augmenté. Dans un grand nombre de municipalités, les services d'aide à domicile pour les aînés se concentrent sur les personnes en très mauvaise santé. Le nombre de clients a chuté, mais le niveau d'aide nécessaire pour chaque client est plus élevé⁷².

En réaction à la récente vague de mécontentement à l'égard de la disparité des services municipaux qui ont été mis sur pied au cours des dix dernières années⁷³, le gouvernement fédéral a élaboré un le cadre national pour la prestation de soins et de services de haute qualité pour les personnes âgées (National Framework for High-quality Care and Services for Older People)⁷⁴ dans le cadre d'un plus vaste projet d'élaboration de normes nationales. Le cadre fait la promotion de normes de soins pour les aînés qui ne sont pas fixées par les gouvernements locaux, mais qui encouragent les municipalités à élaborer des stratégies politiques et des plans d'action locaux. La mise en œuvre du cadre sera surveillée à l'échelle nationale.

CONCLUSIONS ET INCIDENCES POLITIQUES



Ensemble, la Finlande, le Japon et l'Australie offrent aux responsables de l'élaboration des politiques un portrait très évocateur de la gamme diversifiée de politiques et de programmes qui peuvent être élaborés dans les pays qui partagent un objectif commun d'offrir un soutien et des soins aux personnes âgées tout en ayant des traditions culturelles et politiques différentes. Bien que les démarches et les mesures soient uniques à chaque pays, plusieurs éléments communs peuvent servir de modèles au Canada et dans les provinces de l'Atlantique.

Le premier de ces éléments est l'élaboration de cadres stratégiques pangouvernementaux à l'échelle nationale pour coordonner les réformes liées à l'âge et obtenir l'appui nécessaire. Les trois pays ont senti le besoin d'élaborer des plans d'ensemble stratégiques liés à l'âge et fondés sur des principes, des buts et des objectifs qui tiennent compte de tous les déterminants du vieillissement actif, de même que de la prospérité économique. Ces cadres visent tous les ministères gouvernementaux, les partenaires sociaux, les organismes non gouvernementaux et le grand public. Bien que la portée et la structure des cadres varient, un objectif principal était d'assurer la compréhension du public et d'obtenir le consensus nécessaire pour appuyer les réformes – certaines d'elles seraient autrement impopulaires. Ces cadres ont assuré un leadership national pour la prise de mesures et une cohérence des activités dans différents secteurs et à différents niveaux. On prétend qu'ils ont aidé à soutenir la réforme plus longtemps que ce n'est habituellement le cas en politique publique. En Finlande et au Japon, les plans stratégiques pour faire face au vieillissement de la population sont également requis au niveau étatique ou municipal. La démarche australienne a engagé le grand public dans un débat national pour élaborer le cadre.

Domaines communs de réforme des politiques

Cadres stratégiques pangouvernementaux

Emploi de travailleurs âgés

Réforme des pensions

Solutions de rechange à l'institutionnalisation et soutien aux soins dans la collectivité

Systèmes complets de soutien aux soignants familiaux

Logements supervisés

Fournisseurs de services du secteur privé (commerciaux ou à but non lucratif)

Normes nationales de soins

Un autre thème courant est la préoccupation à l'égard des questions touchant le travail, telles que le chômage chez les travailleurs d'âge mûr, la retraite anticipée et la pénurie de travailleurs. Les trois pays ont commencé à sentir l'impact du vieillissement de la population

sur la population active. Ils ont reconnu la sottise des mesures incitatives de retraite anticipée et ont effectué un virage à 180 degrés en ce qui concerne les politiques dans ce domaine. Ils ont également mis en oeuvre des politiques visant à promouvoir la réadaptation, le recyclage professionnel et l'apprentissage continu pour permettre aux personnes âgées de demeurer au travail jusqu'à l'âge de 65 ans ou plus. Le Japon et la Finlande ont tous deux élaboré des cadres stratégiques complets pour faire face au vieillissement de la population active. Au Canada atlantique, comme en Finlande, nous sommes plus familiers avec le chômage qu'avec la pénurie de travailleurs, et cette question peut être difficile à saisir. Toutefois, au Canada atlantique, nous avons récemment commencé à voir les signes de pénurie de travailleurs dans des secteurs professionnels tels que les soins infirmiers, l'enseignement et la médecine. Le chômage chez les travailleurs âgés atteint des sommets inégalés dans notre région, et les perspectives d'emploi futures pour les personnes ayant peu de formation et de faibles capacités de lecture et d'écriture sont décourageantes.

Un autre thème important est la priorité que la Finlande, le Japon et l'Australie ont accordé à la prévention de l'institutionnalisation des personnes âgées. Chaque pays a adopté une gamme complète de mesures pour maintenir les personnes âgées dans la collectivité. En Australie et au Japon, l'expression « soins de longue durée » ne fait plus référence à l'institutionnalisation puisque les soins de longue durée sont dorénavant offerts à domicile et dans une gamme d'établissements. Une grande variété de services de soutien a rapidement été créée pour encourager la prestation de soins à domicile. En raison de cette profusion de services de soins et de soutien à domicile, la coordination des soins est devenue nécessaire. Dans les trois pays, un coordonnateur de soins est désigné pour les personnes qui ont besoin de plusieurs services de soutien.

De plus, pour faciliter la prestation de soins à domicile, les pays à l'étude ont tous élaboré d'efficaces systèmes de soutien pour les soignants. Ceux-ci comprennent tous une certaine forme de paiement, un droit en vertu de la loi à des services de relève et un accès facile à des conseils et à un soutien émotionnel.

Dans le cas des personnes âgées qui ne peuvent pas demeurer à domicile, les trois pays ont mis l'accent sur la construction d'une gamme de logements supervisés, tels que des foyers, des groupes d'habitations, des maisons de services, et des maisons spéciales de soins infirmiers. Dans la plupart des cas, le personnel de ces logements supervisés n'est pas sur place 24 heures sur 24.

Un autre élément commun de ces réformes est la confiance accordée au secteur privé pour fournir un grand nombre des services de soutien aux aînés. Bien que les services soient achetés par le gouvernement, ils sont de plus en plus offerts par des fournisseurs du secteur privé, incluant les organismes à but lucratif et non lucratif.

L'engagement croissant du secteur privé et la décentralisation des services au profit des municipalités (au Japon et en Finlande) ont suscité des inquiétudes à l'égard du manque de cohérence et des soins de qualité variable dans les trois pays, qui sont tous en train d'élaborer

des mécanismes, tels que des normes nationales et des programmes d'accréditation, pour assurer la qualité et la cohérence.

Le Canada peut également tirer une leçon des importantes différences observées dans les démarches adoptées par chaque pays. Un thème récurrent dans tous les programmes australiens est la participation du public et l'accès à l'information. La démarche consultative du gouvernement australien qui a mené à l'élaboration de la Stratégie nationale pour une Australie vieillissante, fondée sur cinq documents de travail traduits dans 13 langues, se détache nettement de l'approche descendante japonaise. Le gouvernement australien a fait de l'accès à l'information une priorité, avec de nombreuses publications gratuites offertes dans plusieurs langues, un certain nombre de lignes téléphoniques d'information sans frais et une variété de centres d'information établis dans des endroits très fréquentés à travers le pays pour permettre aux aînés et à leurs soignants de rester au courant de tous les services et programmes offerts.

La démarche de planification très systématique du Japon peut également servir de modèle aux responsables de l'élaboration des politiques au Canada atlantique. En tenant compte des projections démographiques du nombre d'aînés âgés qui auront besoin de soins dans notre région au cours des vingt prochaines années, les municipalités, les régions sanitaires et les provinces peuvent commencer dès maintenant à fixer des objectifs pour construire l'infrastructure requise – conformément à la démarche du Japon avec sa série de plans or.

Les responsables de l'élaboration des politiques au Canada atlantique peuvent se demander qui paiera pour ces réformes à grande échelle. À la lumière des expériences menées en Finlande, au Japon et en Australie, il ne semble pas possible de miser sur une seule source de financement. Chaque pays a recours à une combinaison de mesures pour défrayer les coûts des nouveaux programmes et services. Dans le système d'aide sociale du berceau au tombeau de la Finlande, la plupart des programmes sont toujours financés au moyen des impôts généraux, tandis que les employeurs assument une certaine responsabilité pour fournir des services aux employés et à leur famille. Des frais d'utilisation ont été introduits pour un grand nombre de programmes. Le système australien requiert l'évaluation des moyens financiers du demandeur pour la plupart des services. Pour la première fois de son histoire, la population âgée de l'Australie est relativement bien nantie sur le plan financier, et on s'attend à ce que les utilisateurs ayant un revenu confortable paient pour les services. Les Japonais et Japonaises, qui sont fortement opposés à l'imposition, croient fermement que les personnes devraient être autonomes. Malgré tout, au moment de l'introduction du premier Plan or en 1989, le gouvernement japonais a imposé une taxe sur les produits et services pour la première fois. Bien que les deux mesures ne soient pas officiellement liées, l'opinion générale prétend le contraire. Depuis peu, le nouveau programme d'assurance des soins de longue durée en vigueur au Japon exige que les employeurs, les travailleurs et les aînés paient des primes régulières pour soutenir les réformes. De plus, les utilisateurs doivent payer de 10 % à 30 % des coûts de la plupart des services. Les trois pays ont pris des mesures pour réduire le fardeau supporté par les programmes nationaux de pensions et d'assurance-chômage. Il est clair qu'aucune de ces mesures n'a été populaire auprès du public, mais elles ont été acceptées avec le temps. Une discussion publique informée sur les solutions de réformes et leur financement

fournira une occasion à chacun de nous au Canada atlantique de concevoir la combinaison de services et les régimes de paiement appropriés à notre situation unique.

Le vieillissement de la population est un phénomène démographique qui n'est pas sur le point de disparaître. Il prendra même de l'ampleur au cours de notre vie. Les expériences menées en Finlande, au Japon et en Australie démontrent que plus d'une dizaine d'années sont nécessaires à l'élaboration d'une infrastructure globale et intégrée qui maintiendra la prospérité et soutiendra la population vieillissante. La combinaison unique de politiques et de programmes dans chacun de ces pays est le fruit des interactions complexes entre leur culture, leurs traditions et leurs priorités économiques. Les similarités émergentes des réponses de la Finlande, du Japon et de l'Australie au vieillissement de leurs collectivités offrent des modèles fiables aux responsables de l'élaboration des politiques du Canada atlantique et de l'ensemble du pays.

NOTES

1. Susan Lilley et Joan Campbell, 1999.
2. Satya Brink, 1999.
3. Organisation mondiale de la santé, 2001.
4. T. Harkki, K. Kauppinen et A. Raijas, 2000.
5. Organisation mondiale de la santé, 1996.
6. Comité national sur les politiques adaptées au vieillissement, 1996.
7. Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2000.
8. Robert Arnkil et Jarmo Nieminen, 2000.
9. Institut national de recherche sur la population et la sécurité sociale, 2001.
10. Gouvernement du Japon, 1995.
11. Ministère de la Santé et des Soins aux personnes âgées du Commonwealth, *The Australian Health Care System: An Outline*, 2000.
12. La stratégie nationale et les cinq documents de travail peuvent être consultés à l'adresse http://www.health.gov.au/acc/foa/ageing_policy/ (en anglais)
13. Ministère de la Santé et des Soins aux personnes âgées du Commonwealth, *Commonwealth, State and Territory Strategy on Healthy Ageing*, 2000.
14. Idem. Également, ministère des Services familiaux et communautaires du Commonwealth, 2001.
15. Ministère du Travail, 2000, et l'Organisation pour la coopération et le développement économiques, 2001.
16. Rolf Myhrmann, 2000.
17. Arnkil et Nieminen, 2000.
18. Institut japonais du travail, 2001.
19. Scott Bass and Masuko Oka, 1995.
20. Institut japonais du travail, 2001.

21. Commonwealth d'Australie, *Fact Sheet: Return to Work Programme*, 2000.
22. Ministère de la Santé et des Soins aux personnes âgées du Commonwealth, *National Strategy for an Ageing Australia: Employment for Mature Age Workers Issues Paper*, 1999.
23. S. Encel, 2000.
24. Myhrmann, 2000.
25. Ministère des Affaires sociales et de la Santé, *The Issue of Ageing Up for Societal Discussion*, 2001.
26. Conseil consultatif national sur le troisième âge en Finlande (document non daté consulté sur le Web en janvier 2002).
27. Ministère de l'Éducation, de la Culture, des Sports, de la Science et de la Technologie, 2000.
28. Université des ondes (document Web non daté consulté en janvier 2002).
29. Satoshi Kose, 1997.
30. Ministère de la Santé et des Soins aux personnes âgées du Commonwealth, *National Strategy for an Ageing Australia: Attitude, Lifestyle and Community Support Discussion Paper*, 2000, et Commonwealth d'Australie, 2001.
31. Centre national de recherche et de développement sur l'aide sociale et la santé (STAKES), 2001.
32. Organisation mondiale de la santé, *Japan : Country Situation and Trends*, 2001.
33. Ministère des Affaires étrangères, 2001.
34. K. Perttilä, 2000.
35. Ministère des Affaires sociales et de la Santé, *Government Resolution on the Health 2015 Public Health Programme*, 2001.
36. Stratégie européenne pour l'emploi, 2000.
37. Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, 2001.
38. Alliance stratégique intergouvernementale sur la nutrition, 2001.
39. Partenariat national pour la santé publique, 2001.
40. Ministère de la Santé et des Soins aux personnes âgées du Commonwealth, *National Falls Prevention for Older People Initiative 1999-2003*, 2001.

41. Ministère de la Santé et des Soins aux personnes âgées du Commonwealth, *Staying at Home: Care and Support for Older Australians*, 1999/2000.
42. Ministère de la Santé et des Soins aux personnes âgées du Commonwealth, *National Respite for Carers Program*, 2001.
43. Ministère de la Santé et des Soins aux personnes âgées du Commonwealth, *Annual Report 2000-2001*.
44. Institut japonais du travail, 2001.
45. Ministère de la Santé et des Soins aux personnes âgées du Commonwealth, *Staying at Home*, 2000.
46. Ministère de la Santé et des Soins aux personnes âgées du Commonwealth, *Financing*, 2000.
47. Ministère de la Santé et des Soins aux personnes âgées du Commonwealth, *Staying at Home*, 2000.
48. Ministère de la Santé et des Soins aux personnes âgées du Commonwealth, *Annual Report 2000-2001*.
49. Idem.
50. Commonwealth d'Australie, *Australia Japan*, 2001.
51. Ministère de la Santé et des Soins aux personnes âgées du Commonwealth, *Annual Report 2000-2001*.
52. Commonwealth d'Australie, *Australia Japan*, 2001.
53. Idem.
54. Conseil national du programme de visiteurs de la collectivité, 2000.
55. Ministère de la Santé et des Soins aux personnes âgées du Commonwealth, *Annual Report 2000-2001*.
56. Ministère de la Santé et des Soins aux personnes âgées du Commonwealth, *Financing*, 2000.
57. Ministère de la Santé et des Soins aux personnes âgées du Commonwealth, *Annual Report 2000-2001*.
58. Commonwealth d'Australie, *Australia Japan*, 2001.

59. Ministère de la Santé et des Soins aux personnes âgées du Commonwealth, *Commonwealth Carelink Centres*, 2001.
60. Ministère de la Santé et des Soins aux personnes âgées du Commonwealth, *Primary Care Initiatives*, 2001.
61. Kiyoshi Adachi et al., 1996.
62. Ministère de la Santé, du Travail et de l'Aide sociale, 2002.
63. Kiyoshi Adachi, 1996.
64. Masoto Kosaka, 1996.
65. Ministère de la Santé, du Travail et de l'Aide sociale, 1999.
66. M. Shiraishi, 1999.
67. Pour obtenir de plus amples renseignements sur le programme japonais d'assurance des soins de longue durée, consultez l'Institut national de recherche sur la population et la sécurité sociale, 2000, Yoko Crume, 1997, et le ministère de la Santé, du Travail et de l'Aide sociale, 1999.
68. Ministère des Affaires sociales et de la Santé, *Country Reply, Finland*, 1999.
69. Caroline Glendinning, 1998.
70. Ministère des Affaires sociales et de la Santé, *Country Reply, Finland*, 1999.
71. Idem.
72. Idem.
73. Ministère des Affaires sociales et de la Santé, *Finnish Social Protection in 2000*, 2000.
74. Ministère des Affaires sociales et de la Santé, *Summary: National Framework for High-quality Care and Services for Older People*, 2001.

BIBLIOGRAPHIE

Adachi, Kiyoshi. *In-home Services Policy for the Elderly in Japan*, document présenté à l'Université Turku, Finlande, 1996.

<<http://www.lit.kyushu-u.ac.jp/~adachi/Finland%20presentation%20paper.html>>

_____, James Lubben et Noriko Tsukada. *Expansion of Formalized In-Home Services for Japan's Aged*, document présenté à l'Université Turku, Finlande, 1996.

<<http://www.lit.kyushu-u.ac.jp/~adachi/ucla.htm>>

Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail. *Occupational Safety and Health and Employability: Programmes, Practices and Experiences*, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg, 2001.

<<http://agency.osha.eu.int/publications/reports/employability/>>

Arnkil, Robert et Jarmo Nieminen. *National Programme for Ageing Workers: Presentation and Assessment of the Policy by an Independent Expert as a Basis for Review by Peer Countries*, programme de révision par les pairs de la Stratégie européenne pour l'emploi, Helsinki, 2000.

<<http://peerreview.almp.org/en/finoct00.htm>>

Australie. Ministère de la Santé de l'Australie-Occidentale. *Stay on Your Feet – Action Plan*, Public Health Division, Perth, 1998.

<<http://www.public.health.wa.gov.au/SOYF/action.pdf>>

Australie. Ministère de la Santé et des Soins aux personnes âgées du Commonwealth. *The Australian Health Care System: An Outline*, Financing and Analysis Branch, Canberra, 2000.

<<http://www.health.gov.au/haf/ozhealth/ozhcsyspart1.htm#general>>

_____. *Commonwealth Carelink Centres*, Aged and Community Care Division, Canberra, 2001.

<<http://www.commCarelink.health.gov.au/ccinfo1.htm>>

_____. *Commonwealth, State and Territory Strategy on Healthy Ageing*, Office for Older Australians, Canberra, 2000.

<<http://www.health.gov.au:80/acc/healthage/hatfstrat/index.htm>>

_____. *Financing*, Aged and Community Care Division, présentation à une conférence à Chengdu, 2000.

<http://www.health.gov.au:80/hfs/acc/foa/ageing_policy/international/presentations.htm>

_____. *National Falls Prevention for Older People Initiative 1999-2003*, Population Health Division, Canberra, 2001.

<<http://www.health.gov.au/pubhlth/strateg/injury/falls/>>

_____. *National Respite for Carers Program*, Aged and Community Care Division, Canberra, 2001.

<<http://www.health.gov.au/hfs/acc/carers/nrcprogm.htm>>

_____. *National Strategy for an Ageing Australia*, Office for Older Australians, Canberra, revised 2002.

<<http://www.health.gov.au/acc/ofoa/documents/pdf/nsaabook.pdf>>

_____. *National Strategy for an Ageing Australia: Attitude, Lifestyle and Community Support Discussion Paper*, Office for Older Australians, Canberra, 2000.

<http://www.health.gov.au/acc/ofoa/positive_healthy_ageing/positive_images/support_paper.htm>

_____. *National Strategy for an Ageing Australia: Employment for Mature Age Workers Issues Paper*, Office for Older Australians, Canberra, 1999.

<http://www.health.gov.au/acc/ofoa/work_later_life_planning/employment_paper.htm>

_____. *National Strategy for an Ageing Australia: Healthy Ageing Discussion Paper*, Office for Older Australians, Canberra, 1999.

<http://www.health.gov.au/acc/ofoa/positive_healthy_ageing/disscussion_paper.htm>

_____. *National Strategy for an Ageing Australia: Independence and Self-Provision Discussion Paper*, Office for Older Australians, Canberra, 1999.

<http://www.health.gov.au/acc/ofoa/work_later_life_planning/income_retirement/independence_paper.htm>

_____. *National Strategy for an Ageing Australia: World Class Care Discussion Paper*, Office for Older Australians, Canberra, 2000.

<http://www.health.gov.au/acc/ofoa/health_and_care/discussion_paper.htm>

_____. « Outcome 3: Enhanced quality of life for older Australians », *Annual Report 2000-2001*, Portfolio Strategies Division, Canberra, 2001.

<<http://www.health.gov.au/pubs/annrep/ar2001/pdf/06hacout.pdf>>

_____. *Primary Care Initiatives: Enhanced Primary Care Package*, Acute and Coordinated Care Branch, Canberra, 2001.

<<http://www.health.gov.au/hsdd/primcare/enhancpr/enhancpr.htm>>

_____. *Staying at Home: Care and Support for Older Australians*, Aged and Community Care Division, Canberra, 1999/2000.

<<http://www.health.gov.au/acc/publicat/brochures/stayhome.htm>>

Australie. Ministère des Services familiaux et communautaires du Commonwealth. *Home and Residence Choices for Older People*, AusInfo, Canberra, 1999.

<<http://www.facs.gov.au/internet/facsinternet.nsf/aboutfacs/programs/seniors-homeres.htm>>

_____. *Moving House: Your Choices*, AusInfo, Canberra, 2001.

<<http://www.facs.gov.au/internet/facsinternet.nsf/aboutfacs/programs/seniors-movinghouse.htm>>

Bass, Scott A. et M. Oka. « An older-worker employment model: Japan's Silver Human Resource Centers », *The Gerontologist*, vol. 35, n° 5, p. 679, 1995.

Brink, Satya. *Preparation for an Aging Society in Canada: What we are doing right ... What we are doing wrong*, article présenté à la conférence de la Design for an Aging Society, Reading, 1999. <<http://www.rdg.ac.uk/AcaDepts/kc/nhe/w84/CIBuk.doc>>

Commission européenne. *SIPTS Services for Intelligent Public Transport Services: Final Report*, Direction générale de la Société de l'Information, Réseau transeuropéen des télécommunications, Tampere, 2001.

<http://www.ten-telecom.org/en/prjdets/SIPTS_FR.htm>

Commonwealth d'Australie. *Australia Japan: A Comparison of Aged Care in Australia and Japan*, Commonwealth Department of Health and Aged Care, Canberra, 2001.

<<http://www.health.gov.au/acc/publicat/download/austjap.pdf>>

_____. *Fact Sheet: Return to Work Programme*, Department of Employment and Workplace Relations, Canberra, 2000.

<http://www.dewrsb.gov.au/department/budget/2000/factSheets/return_work.htm>

Community Visitors Scheme National Council. *Community Visitors Scheme "Friends for Older People,"* Canberra, 2000.

<<http://home.vicnet.net.au/~visitors/index.htm>>

Crume, Yoko. « Publicly-Mandated Long Term Care Insurance Programs: Japan Chooses a Modified German Model », *Occasional LTC Policy Paper Series*, Paper #5, Duke Long Term Care Resources Program, Durham, 1997.

<<http://www.geri.duke.edu/ltc/japanins.html>>

Encel, S. « Mature Age Unemployment: A Long-term Cost to Society », *The Economic and Labour Relations Review*, vol. 11, n° 2, p. 233-245, Sydney, 2000.

European Employment Strategy. *National Programme for Ageing Workers, Finland: Executive Summary*, Peer Review Program, Helsinki, 2000.

<<http://peerreview.almp.org/en/finoct00.htm>>

Finlande. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. *Country Reply, Finland* (réponses au sondage national de l'OCDE sur les réformes pour une société vieillissante), Finance and Planning Department, Helsinki, 1999.

<<http://www.oecd.org/pdf/M00019000/M00019199.pdf>>

_____. *Finnish Social Protection in 2000*, Helsinki, 2000.

<<http://www.vn.fi/stm/english/tao/publicat/year2000/stm2000eng.pdf>>

_____. *Government Resolution on the Health 2015 Public Health Programme*, Helsinki, 2001.

<<http://www.vn.fi/stm/english/eho/publicat/health2015/health2015.pdf>>

_____. *The Issue of Ageing Up for Societal Discussion*, National Programme on Ageing Workers, Helsinki, 2001.

<<http://www.vn.fi/stm/english/current/ageprog/ikomieng.htm>>

_____. *The National Programme for Ageing Workers 1998-2002*, Helsinki, 2000.

<<http://www.vn.fi/stm/english/current/ageprog/experien.htm>>

_____. *Summary: National Framework for High-quality Care and Services for Older People*, Helsinki, 2001.

<http://www.vn.fi/stm/english/publicat/publications_fset.htm>

Finlande. Ministère du Travail. « Implementation of the 1999 NAP and its Main Results », *Finland's National Action Plan for Employment*, Helsinki, 2000.

<<http://www.mol.fi/english/reports/nap-eng20005.html>>

Glendinning, Caroline (Ed.). « Community Care for Frail Older People in Finland », *Rights and Realities: Comparing New Developments in Long-term Care for Older People*, Policy Press, Bristol, 1998.

Glendinning, Caroline, Michaela Schunk et Eithne McLaughlin. « Paying for Long-Term Domiciliary Care: A Comparative Perspective », *Ageing and Society*, vol. 17, p. 123-140, 1997.

Gouvernement du Japon, (Loi n° 129, 1995).

<<http://www8.cao.go.jp/kourei/measure/ekihon.htm>>

Gray, Len. *Two Year Review of Aged Care Reforms*, ministère de la Santé et des Soins aux personnes âgées du Commonwealth, Canberra, 2001.

<http://www.health.gov.au/acc/2yr_rvw/download/finalrep.pdf>

Hahn, A., E. Van Beurden, A. Kempton, T. Sladden et E. Garner. « Meeting the Challenge of Falls Prevention at the Population Level: a Community-based Intervention with Older People in Australia », *Health Promotion International*, vol. 11, n° 3, p. 203-211, 1996.

Harkki, T., K. Kauppinen et A. Raijas. *Employment, Family and Community Activities: A New Balance for Women and Men – Finland*, European Foundation for Living and Working Conditions, Helsinki, 2000.

<<http://www.eurofound.ie/publications/files/EF00116EN.pdf>>

Heumann, Leonard F. et Duncan P. Boldy. *Aging in Place with Dignity: International Solutions Relating to the Low-Income and Frail Elderly*, Praeger Publishers, Westport, 1993.

Ihara, Kazuhito. *Japan's Policies on Long-Term Care for the Aged: The Gold Plan and the Long-Term Care Insurance Program*, International Longevity Center, New York, 2000.

<http://www.ilcusa.org/_lib/pdf/ihara.pdf>

Institut japonais du travail. *The Labour Situation in Japan 2001*, Tokyo, 2001.

<http://www.jil.go.jp/eSituation/pdf/ljsj2001_5.pdf>

Japon. Ministère de la Santé, du Travail et de l'Aide sociale. *Annual Report on Health and Welfare 1998-1999: Social Security and National Life*, Tokyo, 1999.

<<http://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw/>>

_____. *Direction of Health and Welfare Policies for the Elderly Over the Next Five Years: Gold Plan 21*, traduction anglaise non publiée obtenue de Tadayuki Mizutani, chef, Legal Section, Planning Division, Health and Welfare Bureau for the Elderly, Japon, janvier 2002.

Japon. Ministère de l'Éducation, de la Culture, des Sports, des Sciences et de la Technologie. *Toward the Achievement of a Lifelong Learning Society*, Life-long Learning Bureau, Tokyo, 2000.

<<http://www.monbu.go.jp/aramashi/2000eng/e03/e03-2.htm>>

Japon. Ministère des Affaires Étrangères. *Care-prevention Plans: Independent Living Becomes New Focus of Attention*, Japan Information Network, Trends in Japan, Tokyo, 2001.

<<http://jin.jcic.or.jp/trends00/honbun/tj010112.htm>>

Karintaus, Heikki. *Demand Responsive Transport Services – Travel Dispatch Centers*, Mobisoft Ltd., Tampere (document consulté sur le Web en janvier 2002).

<<http://152.99.129.29/cdrom/2094.pdf>>

Kosaka, Masoto. « Developing a Health Service System for the Elderly in Japan », *Journal of Case Management*, vol. 5, n° 4, p. 182-185, 1996.

Kose, Satoshi. « Housing Elderly People in Japan », *Ageing International*, vol. 23, n° 2, p. 148-164, 1997.

_____. « Housing for an Ageing Society: Adapting housing design toward universality is the minimum requirement for inclusion », compte rendu de *Inclusion by Design, the World Congress on Barrier-Free Design*, Montréal, 2001.

<<http://www.inclusionbydesign.com/worldcongress/Proceedings/Kose.pdf>>

Lilley, Susan et Joan Campbell. *Les sables vivants : Le profil du Canada atlantique en transition*, Direction générale des programmes et de la promotion de la santé, bureau régional de l'Atlantique, Santé Canada, Halifax, 1999.

<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/les-regions/atlantique/documents/pdf/sands_f.htm>

Local Futures Group. *Wheels and Wires – Innovation in European Transport*, London, 2001.

<<http://www.localfutures.com/article.asp?aid=5>>

Lord, Anita et Mary Mellor. « Women and the Cooperative Provision of Care: The Example of the 'Fukushi Club' in Japan », *Economic and Industrial Democracy*, vol. 17, p. 199-220, 1996.

Myhrmann, Rolf. *Follow-up Report on the Programme for Ageing Workers 2000*, ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2000.

<<http://peerreview.almp.org/pdf/official-paper-fin-oct00-e.pdf>>

National Advisory Board of the Third Age in Finland. *Third Age Universities in Finland*, Tampere (document Web consulté en janvier 2002).

<<http://www.avoinyliopisto.fi/english/engikis.html>>

National Committee on Ageing Policy. *A National Ageing Policy up to 2001*, ministère des Affaires sociales et la Santé, 1996.

<<http://www.vn.fi/stm/english/pao/ageing1.htm>>

National Community Housing Forum. *Building a Better System Manual*, Building a Better System: A National Expo of Best Practice in Community Housing, Adelaide, 1999.

<<http://www.nchf.org.au/expo.htm#welcome>>

National Institute of Population and Social Security Research. *Social Security in Japan*, Tokyo, 2000.

<<http://www.ipss.go.jp/English/Jasos/Jasos.pdf>>

National Public Health Partnership. *Preventing Chronic Disease: A Strategic Framework*, Melbourne, 2001.

<<http://www.dhs.vic.gov.au/nphp/chrondis/index.htm>>

National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES). *The Ageing Population and Technology: Examples of Good Practices*, ETAN Expert Working Group on Ageing and Technology, Helsinki, 2001.

<<http://www.stakes.fi/etan/examples.htm>>

Ogawa, Naohiro et Robert Retherford. « Shifting Costs of Caring for the Elderly Back to Families in Japan: Will it Work? » *Population and Development Review*, vol. 23, n° 1, p. 59, 1997.

Oka, Masoto. « A Special Consumer Cooperative Association Nursing Home », *Journal of Aging and Social Policy*, vol. 11, n° 2, p. 99-106, 2000.

Organisation de coopération et de développement économiques. *Vieillesse et revenus - Les ressources des retraités dans 9 pays de l'OCDE - Questions sociales*, Service des publications de l'OCDE, Paris, 2001.

<<http://www1.oecd.org/publications/e-book/8101121e.pdf>> (en anglais)

_____. *Des réformes pour une société vieillissante*, Service des publications OCDE, Paris, 2000.

<<http://www1.oecd.org/publications/e-book/8100081e.pdf>> (en anglais)

Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO). *A City for All - Barrier-free Environment Finland*, Management of Social Transformations Program Best Practices Database, Genève, 1999.

<<http://www.unesco.org/most/westeur2.htm>>

Organisation mondiale de la santé. *Health and Ageing: A Discussion Paper*, Department of Health Promotion, Non-Communicable Disease Prevention and Surveillance, Genève, 2001.

<<http://www.madrid2002-envejecimiento.org/Healthy%20Ageing%20booklet.pdf>>

_____. *Highlights on Health in Finland*, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague, 1996.

<<http://www.who.dk/country/fin01.pdf>>

_____. *Japan: Country Situation and Trends*, Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, Manille, 2001.

<<http://www.wpro.who.int/chips/chip01/jpn.htm>>

Perttilä K. « Municipal Health Promotion in Finland », *Outcomes in Health Promotion, 3rd Nordic Health Promotion Research Conference*, Tampere, 2000.

<http://www.uta.fi/laitokset/tsph/conference/sessions/a2/a2_2.html>

Prisma Research. *Highlights of EU Current Best Practice in Service Delivery and Research Methods (Interim Report)*, European Commission's Information Society Technologies (IST) Programme, 2001.

<<http://www.prisma-eu.net/docs/prismad31.pdf>>

Repass, Mary Eva. *Change: Retirement in Japan and the Resulting Challenges for Japanese Adult Education*, thèse présentée au Virginia Polytechnic Institute and State University, Falls Church, VA, 1999.

<<http://scholar.lib.vt.edu/theses/available/etd-080299-145701/unrestricted/Repass.pdf>>

Royal Commission on Long Term Care. « Part 2: Policy Options for Informal Caregivers », *Community Care and Informal Care*, Research Vol. 3, The Stationery Office, London, 1999.

<<http://www.archive.official-documents.co.uk/document/cm41/4192/4192-2v3.htm#part2>>

Shiraishi, M. « The Construction of Combined Facilities to Enhance Welfare Services », *NLI Research*, vol. 126, p. 22-35, 1999.

<<http://www.nli-research.co.jp/eng/resea/life/li9905.pdf>>

Strategic Inter-Governmental Nutrition Alliance. *Eat Well Australia: an Agenda for Action in Public Health Nutrition 2000-2010*, National Public Health Partnership, Melbourne, 2001.

<<http://www.dhs.vic.gov.au/nphp/nutstrat/index.htm>>

University of the Air. Chiba City, Japon (site Web consulté en janvier 2002).

<<http://www.u-a9r.ac.jp/eng/index.html>>

INDEX DES SUJETS ET DES PROGRAMMES

Les politiques et programmes particuliers sont indiqués en caractères gras.

La lettre entre parenthèses fait référence au pays où ils ont été adoptés.

A

accès à l'information 53
accès facile 22, 27, 52
aide domestique 37, 41, 46-49
apprentissage continu 9, 18-21, 54

C

Cadre pour la prestation de soins et de services de haute qualité (F) 52

Cadre national pour la création d'une société axée sur l'apprentissage continu (J) 21

cadres stratégiques 9, 14, 33, 53, 54

Centre de ressources pour les soignants (A) 35

Centres Carelink du Commonwealth (A) 42

centres de jour 35, 36, 38, 42, 44, 51

Centres de relève pour les soignants (A) 35

centres de santé communautaires 7

centres de soutien aux soins à domicile (J) 36, 44, 45

centres polyvalents (A) 39, 40, 46

centres polyvalents pour aînés (J) .. 44, 46

chômage .. 6-8, 10, 15, 16, 18, 19, 53, 54

Conseil national sur l'apprentissage continu (J) 20

Conseil sur les politiques ajustées à une société âgée (J) 9

coordination des soins 38, 54

D

décentralisation 44, 54

démence ... 27, 36, 38, 40, 41, 44, 46-48

déterminants du vieillissement actif . 1-3, 14, 53

diversité culturelle 10

Don't Overlook Mature Expertise (DOME) (A) 19

E

Ensembles de soins communautaires pour les aînés (A) 38

Ensembles de soins prolongés à domicile pour les aînés (A) 38

Équipes d'évaluation des soins pour les aînés (A) 39

établissements de services de court séjour (J) 44, 45

établissements de soins de longue durée 45

F

facteurs économiques 2, 15

financement 41, 51, 54

foyers collectifs 28, 45-47, 51

foyers collectifs pour les aînés atteints de démence 45, 46

frais d'utilisation 7, 10, 51, 52, 54

H

Habitations de services (J) 28

Home and Community Care Services (A) 27

HomeFront(A) 28

I

indemnités aux soignants 36, 52

Initiative nationale de prévention des chutes chez les personnes âgées (A) 34

J

Japon en santé 21 (J) 32

L

Ligne d'aide sur l'entretien ménager (A) 28

Lignes directrices d'aménagement d'unités d'habitation pour la société vieillissante (J)	24
logement . . . 28, 29, 31, 39, 40, 47, 51, 52, 53, 54	
Loi sur les relations en milieu de travail (A)	18
Loi fondamentale sur les mesures à prendre face à une société vieillissante (J)	9
Loi sur la promotion de l'apprentissage continu (J)	20
Loi sur le congé pour soins d'enfants et le congé pour soins de parents (J)	36
M	
Maintien des habiletés professionnelles (F)	32
maisons Abbeyfield (A)	26
maisons de soins (J)	44, 46
maisons de soins infirmiers . . . 35, 34, 38, 39, 41, 43, 51	
maisons spéciales de soins infirmiers pour les aînés (J)	44, 45
Marjala (F)	28
mesures incitatives à demeurer au travail	15
N	
normes	24, 39, 51, 53, 54
normes de construction	24
Nouveau plan or (J)	43
P	
Page des aînés (A)	42
Plan local de santé et d'aide sociale pour les aînés(J)	43
Plan or (J)	43, 44, 54
Politique de base sur les mesures de sécurité d'emploi pour les personnes âgées au cours de l'exercice financier de 2001 (J)	16
Politique nationale sur le vieillissement (F)	7
politiques sur les pensions	14-17
politiques sur le travail	15-18, 53-54
prévention des chutes	33, 34
Profit from Experience (A)	19
Programme de retour au travail (A)	18
Programme de logement des aînés vivant dans les régions locales (J) .	23
Programme de prévention des soins(J)	31
Programme de visiteurs de la collectivité (A)	39
Programme d'aide aux travailleurs d'âge mûr (A)	19
Programme national de relève pour les soignants (A)	35
Programme national pour les travailleurs vieillissants (F) .	7, 15, 32
Programme d'assurance des soins de longue durée (J)	49, 54
Programme pour les travailleurs d'âge mûr de la Nouvelle-Galles du Sud (A)	18
programmes de jour	51
projections démographiques	5, 54
promotion de la santé	32, 34
Q	
questions touchant le travail	53
R	
Régime de bonification des pensions (A)	18
Régime d'encouragement à l'emploi des travailleurs d'âge mûr (A) . . .	19
régimes d'assurance-maladie	9, 49
résidences-services	46
retraite	14-18, 32, 53
revenu	2, 7, 9, 14-16
S	
Santé 2015 (F)	32
Service consultatif national sur les comportements associés à la démence (A)	36

Service de soins infirmiers à domicile	
pour les aînés	45
Service de transport sur	
demande (F)	29, 30
Services d'information financière	
Centrelink (A)	14
Services aux personnes atteintes de	
démence (A)	40
services de relève	35, 36, 38, 40, 54
services d'un aide-domestique (J)	45
Silver Housing (J)	23
Silver Human Resource Centres (J) .	17
soins à domicile ..	38, 39, 41, 43, 46-49, 54
Soins communautaires et à	
domicile (A)	37
soins coopératifs	48
soins en établissement (A) 3, 36-43, 49, 51	
Soins médicaux subaigus (A)	41
soins prodigués par la famille .	8,11,35,36
soutien aux soignants	35, 38
Stay on Your Feet (A)	34
Stratégie de dix ans de promotion	
des soins et de l'aide sociale	
aux aînés (J)	43
Stratégie de réforme des soins	
prodigués aux personnes âgées (A)	37
Stratégie sur le vieillissement	
en santé (A)	11
Stratégie nationale de gestion de	
l'incontinence (A)	41
Stratégie nationale pour une Australie	
vieillissante (A)	11, 14, 18, 54
T	
tendances démographiques ...	1, 3, 5, 6, 8
transport	29,30
U	
Université des ondes (J)	21,22
Université pour les aînés (J)	22, 23
Universités du troisième âge (F)	20
V	
vieillesse active	1-3