

Atelier sur le vieillissement en santé

du 28 au 30 novembre 2001

Partie I : Le vieillissement et les pratiques de santé

*Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.*

Santé Canada

On peut se procurer d'autres exemplaires de cette publication auprès de :

Division du vieillissement et des aînés
Santé Canada
Indice de l'adresse : 1908A1
Ottawa (ON)
K1A 1B4

Téléphone : (613) 952-7606
Télécopieur : (613) 957-9938
Courriel : seniors@hc-sc.gc.ca
Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines>

Les opinions exprimées dans ce texte sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue officiel de Santé Canada.

©Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2002
Cat. : H39-612/2002-1F
ISBN : 0-662-86979-6

This report is available in English under the title: *Workshop on Healthy Aging. Part I: Aging and Health Practices.*

Table des matières

Page

Avant-propos	1
1. Introduction	4
1.1 Antécédents et objectifs	4
1.2 Les participants et le processus	4
2. Aperçu des enjeux	5
2.1 Introduction au concept de vieillissement en santé	5
2.2 Faciliter le vieillissement en santé	6
2.3 Prévention des blessures et vieillissement en santé	8
2.3. Présentation sur les aînés et la prévention des blessures	8
2.3. Discussion en plénière	9
2.4 Alimentation saine et vieillissement en santé	9
2.4. Présentation sur la nutrition	9
2.4. Discussion en plénière	11
2.5 Renoncement au tabac et vieillissement en santé	11
2.5. Présentation sur l'usage et l'abandon du tabac	11
2.5. Discussion en plénière	13
2.6 Activité physique et vieillissement en santé	14
2.6. Présentation sur l'activité physique	14
2.6. Discussion en plénière	15
3. Modèle transthéorique de changement	15
4. Conclusion : Sommaire des stratégies sur le vieillissement en santé	16
4.1 Sensibilisation et information du public	17
4.2 Politiques gouvernementales et législation	18
4.3 Action communautaire	20
4.4 Information et sensibilisation des professionnels	22
4.5 Développement des connaissances	24
Annexes - Travail en petits groupes — Stratégies suggérées	25
A-1 Prévention des blessures	25
A-2 Nutrition ²⁹	
A-3 Renoncement au tabac	32
A-4 Activité physique	35
A-5 Stratégies d'ensemble	37

Avant-propos

En novembre 2001, la Division du vieillissement et des aînés de Santé Canada a convoqué des spécialistes, des représentants gouvernementaux et des représentants gouvernementaux à un atelier intitulé *Vieillessement en santé*. Le premier qui est l'objet du présent rapport, portait sur le vieillissement et les pratiques qui favorisent la santé, alors que le second (dans le rapport complémentaire, Partie II) concernait les aînés et le diabète. Dans le cadre de la première partie de ce rapport, intitulée *viellissement et les pratiques de santé*, la Division a sollicité des conseils sur les orientations stratégiques et les priorités d'intervention qui favoriseraient le vieillissement en santé. Cet atelier, qui s'appuie sur vingt-cinq ans d'expérience de la santé de la part de Santé Canada, permettra à son tour de mettre au point d'autres initiatives pour favoriser

Le concept du vieillissement en santé a été façonné, au cours des ans, par de nombreux documents de politique, de planification et de recherche, tels que *perspective de la santé des Canadiens* (1974), qui a reconnu que la promotion de la santé ne passe pas seulement par le traitement des maladies; *Chartre d'Ottawa pour la promotion de la santé* (1986) et *La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé* (1986), qui ont défini cinq stratégies clés pour promouvoir la santé; *Stratégies d'amélioration de la santé de la population* (1996), qui a précisé l'importance des déterminants globaux de la santé. En se fondant sur ces documents marquants, Santé Canada a défini le « vieillissement en santé » comme suit :

Un processus permanent d'optimisation des possibilités permettant d'améliorer et de préserver la santé et le bien-être physique, social et psychologique, l'autonomie et la qualité de vie ainsi que de favoriser les transitions harmonieuses entre les différentes étapes de la vie.

L'approche « vieillissement en santé », axée sur la santé de la population, se penche sur les rapports synergiques entre les différents déterminants de la santé au lieu de porter un regard uniquement sur les facteurs individuels de risque. Elle favorise l'adoption de mesures d'intervention qui réduisent les difficultés de la vie quotidienne, notamment chez les groupes vulnérables. Les objectifs visés sont les suivants : réduire le risque de maladie et d'invalidité découlant d'une affection, améliorer la qualité de vie et encourager l'adoption d'une vie active.

Le concept de vieillir en santé a évolué avec le temps, comme en témoignent les politiques et programmes mis en œuvre au cours des années, à commencer par le programme *Nouveaux Horizons* lancé en 1972 jusqu'aux programmes récents de promotion de la santé de la population. Santé Canada s'est fondé sur les connaissances acquises et les succès enregistrés au cours des trente dernières années. Les programmes qui collent de mieux en mieux aux besoins des Canadiens âgés. Il est maintenant temps de ren-

s'attaquer aux dossiers cruciaux du vieillissement en santé, mais il faut d'abord répondre à des questions nouvelles.

Comment Santé Canada doit-il s'y prendre pour réussir à aider la population à vieillir en santé?
Parmi les déterminants d'une bonne santé en vieillissant, quels sont ceux sur lesquels
Santé Canada peut influencer efficacement?
Quelles sont les approches les plus efficaces?

La Division du vieillissement et des aînés se penche sur ces questions depuis 1999. Elle a entrepris une série d'études en vue de répondre à ces questions importantes et de faciliter l'établissement de priorités futures pour favoriser la bonne santé. Elle a consulté des spécialistes de différents dossiers partout au sein de Santé Canada et échangé des renseignements avec eux. Elle a entrepris aussi un processus d'examen et de définition des priorités.

Dans le cadre de son enquête principale, un groupe de travail de la Direction générale, piloté par la Division du vieillissement et des aînés, a dressé une liste de déterminants de la santé en se fondant sur des ouvrages scientifiques. Dans cette liste de déterminants, le groupe a distingué 34 qui ont une incidence sur la santé en vieillissant. Il a ensuite demandé à un groupe de spécialistes de classer les déterminants en fonction de l'importance de ceux-ci pour la santé en vieillissant et de critères de capacité d'intervenir pour produire un effet positif sur la santé.* Après les avoir classés en ordre d'importance, le groupe de spécialistes a placé en tête de liste puis relevé quatre pratiques le plus à même d'améliorer la santé en vieillissant : une saine alimentation, la prévention des blessures, l'activité physique et le renoncement au tabac.

Selon les preuves amassées, on peut prévenir ou renverser en grande partie la fragilisation qui vient avec l'âge. En vieillissant, les risques de développer une maladie héréditaire diminuent, alors que les risques de contracter une maladie chronique du mode de vie prennent de l'importance. De bonnes pratiques de santé, particulièrement en ce qui a trait aux habitudes de vie adoptées précédemment, contribue de façon importante à prévenir l'apparition ou la progression de maladies chroniques et de blessures. Les personnes âgées, peu importe leur âge, peuvent améliorer leur santé et leur bien-être en changeant leurs habitudes de vie. Si les efforts sur les facteurs de risque liés au comportement, on pourrait réduire l'incidence de maladies chroniques comme les maladies cardiovasculaires, le cancer et le diabète, qui découlent d'habitudes de vie adoptées au cours de sa vie. Souvent, en changeant ses habitudes de vie, on réduira non seulement le risque d'apparition d'une maladie donnée, mais aussi le risque d'apparition d'autres maladies.

Une bonne alimentation, la prévention des blessures, l'activité physique et le renoncement au tabac sont quatre domaines où on peut intervenir pour améliorer considérablement la santé au troisième âge. Selon les recherches qui ont été réalisées, il y a de nombreuses interventions qui sont efficaces et pleines de promesse. Toutefois, ces recherches ne permettent pas de distinguer clairement lesquelles conviennent le mieux aux déterminants mentionnés précédemment, ni de déterminer définitivement la ligne de conduite qu'on devrait choisir.

La Division du vieillissement et des aînés s'est donc tournée vers des spécialistes et des intervenants pour obtenir des conseils et d'élaborer un plan d'action pour favoriser « le vieillissement en santé ». Elle a organisé un atelier d'un jour et de nuit au cours duquel les participants ont écouté des exposés de spécialistes et participé à des discussions de groupe sur la prévention des blessures, l'activité physique et le renoncement au tabac. Préalablement à l'atelier, elle avait fourni

* Le groupe de spécialistes du Ministère a tenu compte des critères suivants : l'incidence du déterminant sur le vieillissement en santé, la proportion de Canadiens concernés par le déterminant, la qualité des preuves disponibles sur les liens entre le déterminant et la santé des aînés, la possibilité d'intervenir efficacement sur ce déterminant, l'existence d'interventions efficaces et l'appui possible du public et des politiques à l'égard de l'intervention.

documents d'information sur ces quatre pratiques du point de vue de la santé en vieillissant. Ces documents résument ces éléments et les interventions efficaces en faveur de leur adoption pour vieillir en santé. Les participants avaient fait des observations sur ces documents. On peut obtenir une version révisée de ces documents, qui servent de complément au présent rapport. Au cours de leurs discussions, les participants ont recommandé des actions pour favoriser la bonne santé, des orientations stratégiques, des objectifs et des partenaires potentiels. Le présent rapport se compose principalement des résultats des discussions de groupe.

Santé Canada s'est engagé à poursuivre ses travaux dans le domaine de la santé et du vieillissement, en tirant parti des réussites qu'il a accumulées au cours des trente dernières années. À mesure de ses progrès, Santé Canada pourra développer des programmes qui se fondent sur des concepts solides et sur quatre pierres angulaires : une bonne alimentation, la prévention des blessures, l'activité physique et le renoncement au tabac. Les conseils émanant de l'atelier portant sur *les pratiques de santé* seront précieux pour aider Santé Canada à encadrer l'élaboration de nouvelles initiatives et actions centrées sur les éléments clés de la santé tout au long de la vie et sur l'appui à un environnement qui favorise l'activité et donc l'amélioration de la santé et la qualité de vie des Canadiens âgés.

1. Introduction

1.1 Antécédents et objectifs

Entre le 28 et le 30 novembre 2001, la Division du vieillissement et des aînés de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada a tenu à Ottawa un atelier en deux volets ayant pour thème « Le vieillissement en santé ». Le présent rapport rend compte du déroulement et des résultats de la **Partie I : Atelier sur le vieillissement et les pratiques de santé**. Cette séance d'une journée et demie prévoyait des présentations et des discussions de groupe sur l'activité physique, la saine alimentation, le renoncement au tabac et la prévention des blessures. L'atelier avait pour objectifs :

- de discuter des retombées de ces questions sur la santé des Canadiens âgés et des interventions ayant fait la preuve de leur efficacité, et
- de recueillir des opinions en vue de définir des orientations stratégiques et des priorités d'intervention visant à assurer une vieillesse en santé dans les domaines de l'activité physique, de la saine alimentation, du renoncement au tabac et de la prévention des blessures.

1.2 Les participants et le processus

L'atelier – Partie I a attiré quelque 45 participants, parmi lesquels on retrouvait des représentants de groupes nationaux d'aînés et d'organismes professionnels et bénévoles de santé, des chercheurs se consacrant à la question du vieillissement en santé et des représentants de Santé Canada.

Les documents d'information ont été distribués avant l'atelier portant sur l'activité physique, la nutrition, le renoncement au tabac et la prévention des blessures, tous rédigés du point de vue du vieillissement en santé. Ces documents de travail produits par Santé Canada résumaient les principales connaissances et les interventions efficaces. On avait demandé aux participants de les passer en revue et de faire part de leurs commentaires à un expert désigné de chacun des quatre domaines. Les experts ont produit une synthèse de ces commentaires et les ont intégrés à leurs présentations dans le cadre de l'atelier. Les documents originaux ont été révisés et quatre d'entre eux sont disponibles en anglais et en français sur demande auprès de Santé Canada.

L'atelier a fait appel à un processus interactif prévoyant des présentations, des discussions en plénière et des travaux en petits groupes. L'annexe A contient des notes détaillées sur les discussions des petits groupes relatives aux stratégies suggérées. Ces stratégies sont présentées sous forme de tableaux sommaires dans la conclusion du rapport.

2. Aperçu des enjeux

2.1 Introduction au concept de vieillissement en santé

M. Claude Rocan, directeur général du Centre de développement de la santé humaine de Santé Canada, livre le contexte de l'atelier sur le vieillissement en santé. Il souligne qu'il s'agit là d'une question de santé publique. Les prévisions démographiques montrent que le Canada est une société vieillissante. D'ici à 40 ans, 25 % de la population aura 65 ans ou plus.

Pour Santé Canada, le vieillissement en santé est un concept qui évolue; le Ministère reconnaît que les gouvernements jouent un grand rôle dans l'établissement de conditions sociales, économiques et environnementales qui permettent de vieillir en santé. L'atelier constitue une étape préliminaire importante de l'élaboration d'un plan qui aidera à définir les secteurs prioritaires d'intervention. M. Rocan encourage toutes les personnes présentes à participer activement. Au nom du Ministère, il sollicite les opinions et des conseils d'expert qui faciliteront le positionnement stratégique de la santé dans le vaste plan d'action sur le vieillissement.

Mme Barbara Kennedy, qui était autrefois à la Division du vieillissement et des aînés et qui travaille maintenant à la prévention et de contrôle des maladies chroniques, présente un aperçu des secteurs d'intervention liés au vieillissement.

Elle souligne d'abord que le Canada possède des assises solides dans le domaine de la santé et du vieillissement en santé. L'atelier touchant le vieillissement en santé reflète l'évolution reposant sur le travail de plusieurs décennies.

Mme Kennedy présente la définition suivante du vieillissement en santé :

Un processus permanent d'optimisation des possibilités permettant d'améliorer et de préserver la santé et le bien-être physique, social et psychologique, l'autonomie et la qualité de vie ainsi que de favoriser les transitions harmonieuses entre les différentes étapes de la vie.

Selon elle, vieillir en santé suppose une combinaison des trois facteurs clés suivants :

- faible risque de maladie et d'incapacité causée par la maladie;
- bonne forme physique et psychologique;
- engagement actif face à la vie.

Selon le Groupe de travail interministériel sur une vieillesse en santé, les quatre pratiques en matière de santé que l'atelier ont identifiées comme des déterminants clés de la santé. Bien que la rencontre porte sur l'activité physique, la saine alimentation, la prévention des blessures, les participants ont souligné que ces quatre investissements stratégiques ne sont qu'un aperçu de domaines dans lesquels des investissements stratégiques s'avèrent nécessaires, mais de nombreuses autres questions se posent. Il faut également poursuivre les travaux rattachés à tous les autres domaines de la santé des aînés.

Mme Kennedy termine son exposé en citant la chercheuse en promotion de la santé Renée Lyon :

La question des styles de vie sains et de la façon d'aborder cette question est primordiale. Devant la réduction des budgets de la santé et les pressions de plus en plus fortes

exercées sur les gens pour qu'ils adoptent des modes de vie sains, les décideurs doivent examiner attentivement le rôle de leaders qui leur revient à ce chapitre.

2.2 Faciliter le vieillissement en santé

Au cours de la discussion en plénière de la matinée, les participants se penchent sur la question suivante :

Comment pouvons-nous (gouvernements, secteurs de l'éducation et de la recherche, secteur bénévole) le mieux permettre aux Canadiens âgés de vieillir en santé en mettant l'accent sur l'hygiène de vie personnelle?

Les participants soulèvent de nombreuses idées, qui sont regroupées ci-après :

Mettre les aînés à contribution

Intéresser les aînés à tous les niveaux. Les Canadiens âgés doivent pouvoir participer à l'élaboration des politiques. Nous devons leur poser les questions suivantes :

- Quels sont, selon vous, les enjeux du vieillissement en santé?
- Que signifie pour vous une vieillesse en santé?
- Qu'évoque pour vous l'idée de pratiques personnelles favorisant la santé?

Réorienter le système de soins de santé

Les aînés croient parfois que la santé échappe à leur contrôle et que les changements sur ce plan reposent sur les autres. Ils doivent voir dans la tendance actuelle à promouvoir un vieillissement en santé plus qu'un moyen de se protéger. Au moment, pour bien des gens, promouvoir une vieillesse en santé signifie que les gouvernements vont investir de plus en plus dans les soins de santé. Les aînés ne veulent pas qu'on les culpabilise ou qu'on leur rappelle qu'ils doivent être en santé à un coût moins cher.

Les médecins ont une grande influence sur les aînés; il faut qu'ils s'engagent plus activement à promouvoir un vieillissement en santé. Pour ce faire, cependant, ils ont besoin d'outils efficaces, de même que de plus de temps pour dispenser des conseils. Les pairs-conseillers peuvent aussi leur apporter de l'aide et les pharmaciens, bien que n'étant pas officiellement considérés comme des intervenants clés.

Passer de la recherche à l'action

Il faut mettre l'accent sur le développement des connaissances et transposer ces connaissances en action. Il faut passer de la connaissance à l'action.

Créer des milieux favorables

Les politiques gouvernementales doivent appuyer les choix sains. Elles doivent être reliées à la preuve entourant la santé et adopter une approche axée sur toute la vie. Des mécanismes de soutien environnemental, social et communautaire doivent être accessibles à tous. Tout le monde devrait avoir accès à de l'information à l'appui de décisions positives sur les choix de santé. L'information doit être accessible en dehors du milieu hospitalier, avant que les aînés tombent malades.

L'isolement est un problème critique dans les régions rurales (p.ex., au Nunavut et à l'Île-du-Prince-Édouard). Pour régler ce problème consiste à rétablir des programmes de financement comme Nouveaux Horizons*.

Les facteurs psychosociaux revêtent une importance primordiale dans l'adoption et le maintien de comportements encourageant l'estime de soi, les aptitudes à gérer le stress et la prise en charge de soi. Le fait d'avoir un mode de vie sain présente de nombreux avantages.

** Nouveaux Horizons (1976-1997) était une initiative de Santé Canada qui apportait une aide financière aux projets communautaires conçus par des aînés et à l'intention des aînés.*

Adopter une approche multidimensionnelle qui reconnaît la diversité et favorise la viabilité

Il importe, lorsqu'on traite avec une population vieillissante, d'être au fait des différences entre les cultures, les croyances et les valeurs. Il n'y a pas de moyen unique d'assurer une vieillesse en santé. Toute approche adoptée par un organisme doit être multidimensionnelle.

Les gouvernements peuvent jouer un rôle clé dans la coordination des activités mises en place à travers le pays et dans la surveillance de ce qui se fait. Ils doivent établir des liens avec toutes les parties intéressées. Les organisations non gouvernementales et les gouvernements doivent collaborer étroitement afin d'informer les personnes à risque. Le financement des programmes communautaires qui fonctionnent doit être maintenu au fil du temps.

Combattre la discrimination fondée sur l'âge

Le gouvernement a un rôle essentiel à jouer dans la transmission au public de messages qui démystifient les idées fausses sur le vieillissement.

2.3 Prévention des blessures et vieillissement en santé

2.3.1 Présentation sur les aînés et la prévention des blessures

Mme Vicky Scott, directrice du Falls Prevention Program du Ministry of Health and Ministry Responsible for S
Britannique a présenté le dossier. Elle a souligné que les blessures non intentionnelles chez les aînés posent un p
et de plus en plus complexe. Pour les prévenir efficacement, il faut que de nombreux intervenants unissent leurs
approches variées et intégrées. La quantité de données recueillies dans ce domaine est restreinte. Par ailleurs, to
disponibles ne sont pas pleinement utilisées.

Bon nombre de personnes ayant examiné le document ont souligné qu'il ne met l'accent que sur les blessures découlant de chutes et ne renferme pas d'information sur les autres types de blessures. Selon certains, l'une des façons d'aborder la chose serait d'examiner les tendances observées au fil du temps dans les décès à la suite de blessures. Mme Scott, soulignant qu'il y a plusieurs différences entre les sexes sur ce plan, laisse entendre qu'on pourrait aussi examiner les données sur les taux d'hospitalisation. Cela pose toutefois un problème, étant donné que la baisse récente du nombre d'admissions à l'hôpital ne reflète pas nécessairement une diminution du nombre de blessures mais plutôt les récentes compressions budgétaires. Les futures recherches devraient porter sur les pourcentages de blessures non intentionnelles par rapport à l'ensemble des hospitalisations, selon le groupe d'âge et la cause.

Voici certaines des classifications utilisées pour les autres blessures non intentionnelles :

- véhicule à moteur, piéton, autre moyen de transport
- feu/brûlures : flammes, objet chaud, brûlure causée par l'eau bouillante
- empoisonnement : médicaments, alcool, gaz d'échappement
- suffocation : étouffement
- surmenage
- coupure/transpercement
- milieu naturel : morsures, piqûres, froid excessif
- autres.

Les examinateurs du document ont exprimé certaines difficultés à comprendre les coûts directs et indirects liés aux blessures non intentionnelles. Mme Scott admet qu'il est un peu difficile de s'y retrouver dans la question des coûts. Elle reconnaît également l'importance de clarifier les coûts pour les personnes qui travaillent dans le domaine, étant donné que les gouvernements qui financent les programmes exigent souvent que les organismes prouvent qu'ils exercent une influence monétaire.

Un autre point qui préoccupe bien des participants est la sous-représentation de certaines populations. Mme Scott est d'accord pour dire qu'il s'agit effectivement d'une question critique et qu'il y a malheureusement pénurie de données à ce sujet.

Elle informe les participants de la parution prochaine de deux nouveaux rapports portant sur les meilleures pratiques en matière de prévention des chutes :

Le Répertoire des programmes canadiens de prévention des chutes chez les aînés vivant dans la communauté (disponible à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines/pubs/inventory/intro_f.htm).

Le Guide des meilleures pratiques pour la prévention des chutes chez les aînés vivant dans la communauté (disponible à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines/pubs/best_practices/pdf/BestPractice_Falls_f.pdf).

Elle conclut sa présentation en disant qu'il est nécessaire d'élaborer un plan d'action national complet et intégré en matière de prévention des blessures chez les aînés.

2.3.2 Discussion en plénière

À la suite de la présentation de Mme Scott, les participants à l'atelier définissent les questions, stratégies et priorités suivantes :

- Il y a un fossé immense entre la connaissance, la compréhension et la mise en œuvre. Nous devons trouver la façon de modifier cela.
- Il est important de s'assurer que l'information publique est offerte en français et en anglais et qu'elle tient compte des différences culturelles.
- Les Canadiens âgés ne s'inquiètent pas de savoir si la vieillesse en santé coûte quelque chose au gouvernement ou lui permet de réaliser des économies. Ils veulent des conseils qui les aident à se conscientiser. Ils ne veulent pas qu'on leur inflige statistiques par-dessus statistiques, mais qu'on leur présente de l'information claire et pertinente.
- Le Canada doit amorcer la mise en œuvre d'une stratégie nationale de prévention des blessures. Il est temps de passer à l'action.
- Étant donné que les approches multisectorielles et multifactorielles semblent être les plus efficaces, elles devraient constituer le point de mire des plans d'action.
- Le fait d'enseigner aux gens la façon de bien tomber et de se relever d'une chute peut permettre d'atténuer la gravité des blessures.
- Il faudrait réviser les normes du Code du bâtiment dans le but de réduire les causes environnementales de chutes.
- Il y aurait lieu d'étudier l'interaction entre les facteurs de risque plutôt que de se concentrer sur les facteurs individuels.

2.4 Alimentation saine et vieillissement en santé

2.4.1 Présentation sur la nutrition

Mme Hélène Payette, du Centre de recherche en gérontologie et gériatrie de l'Université de Sherbrooke, a livré un exposé sur le sujet. Sa présentation ajoute à l'information que renferme le document de travail sur la nutrition et le vieillissement en santé distribué pour commentaires avant l'atelier.

Aux fins de la recherche, on entend habituellement par « aînés » les personnes de 65 ans ou plus. La malnutrition est plus courante au sein de ce groupe d'âge, et les recherches montrent que ces

personnes ont des habitudes alimentaires et des besoins nutritionnels différents de ceux des plus jeunes adultes.

Les chercheurs s'entendent pour dire que les aînés ont de moins grands besoins énergétiques en raison de leurs fonctions hormonales, de la diminution de leur masse musculaire et d'une activité physique réduite. De récentes études ont toutefois commencé à remettre en question ce principe, et les chercheurs du domaine croient maintenant que l'apport énergétique recommandé aux Canadiens âgés est trop faible. En outre, les recommandations actuelles sous-estiment les besoins en protéines des aînés. Sans un apport suffisant en protéines, la masse musculaire diminue et cela se répercute de bien des façons sur les aînés. Il faut encore recueillir davantage de données sur les éléments nutritifs essentiels aux Canadiens âgés.

Mme Payette divise en deux catégories les déterminants de l'état nutritionnel :

- les déterminants individuels : appétit, capacité de mastication et état de la dentition, facteurs physiologiques, état de la vision, croyances liées aux aliments et stress;
- les déterminants collectifs (environnementaux) : soutien social, conditions de logement, accès à des services communautaires d'alimentation, facteurs socio-économiques, antécédents culturels.

Des études réalisées dans la communauté révèlent que les aînés qui peuvent se déplacer librement et prendre soin d'eux mêmes affichent les plus faibles taux de malnutrition. Évidemment, la prévalence de la malnutrition est plus élevée chez les aînés hospitalisés, puisqu'ils sont déjà malades. Ceux qui sont dépendants au plan fonctionnel (qui vivent seuls, dans un établissement de soins infirmiers, etc.) présentent également de plus grands risques.

L'indice de masse corporelle (IMC) est un facteur important, et les taux de mortalité sont plus élevés chez les aînés frêles. La perte de poids chez les Canadiens âgés est le plus souvent involontaire et suppose une diminution de la masse musculaire et osseuse aussi bien qu'une perte de gras. Pareille diminution de la masse n'est pas souhaitable et a de graves conséquences sur les fractures de la hanche. Il faut diffuser davantage d'information sur le poids optimal et le problème de l'amaigrissement.

Les stratégies de dépistage et de prévention doivent mettre l'accent sur :

- des interventions ciblées;
- des stratégies reposant sur les résultats cliniques et scientifiques;
- l'intégration aux pratiques courantes des professionnels de la santé et aux programmes communautaires;
- la disponibilité accrue d'aliments sains;
- l'évaluation de l'efficacité.

Il reste encore bien des recherches à faire dans ce domaine, en dépit des obstacles suivants :

- manque d'aide financière substantielle;

- manque de chercheurs canadiens (en nutrition, en épidémiologie, en physiologie);
- absence d'effort concerté des chercheurs, des principaux intervenants et des partenaires des secteurs gouvernemental et privé.

2.4.2 Discussion en plénière

La discussion porte sur les points suivants :

- L'accès à des aliments sains et, si nécessaire, à de l'aide pour l'alimentation sont considérés comme des questions clés. Beaucoup d'établissements de soins prolongés traversent une crise et doivent faire l'objet d'un examen du point de vue de la nutrition et de la santé des aînés.
- Les participants s'inquiètent de l'uniformité des messages. Ils s'attendent par exemple à un problème au sujet du poids santé : il est sain d'être « rembourré » lorsqu'il est question de chutes, mais non en cas de diabète?
- Tous sont d'avis qu'il faut effectuer davantage de recherches sur la saine alimentation, particulièrement en ce qui a trait à l'intervention, à ce que mangent les aînés, aux meilleures pratiques et à l'incidence de l'activité physique.

2.5 Renoncement au tabac et vieillissement en santé

2.5.1 Présentation sur l'usage et l'abandon du tabac

La présentation de **M. Robert Reid**, de l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, portait sur le tabagisme et le sevrage du tabac chez les aînés. Selon les statistiques, 12 % des aînés fument. Cela peut sembler peu, mais reflète le fait que quantité de fumeurs meurent avant d'avoir atteint 65 ans et que c'est chez les aînés, en tant que groupe d'âge, que l'on retrouve le plus grand nombre de personnes réussissant à cesser de fumer. M. Reid ajoute que même si les aînés réussissent souvent à se désaccoutumer du tabac, ils sont par ailleurs moins susceptibles d'essayer. Les personnes âgées sont moins portées à croire que fumer nuit à la santé et ont plus tendance à considérer cela comme une bonne tactique de réaction au stress et de contrôle du poids. Malheureusement, les conséquences du tabagisme sur la santé frappent de façon démesurée chez les aînés.

M. Reid souligne que les *Guides de pratique clinique* « Treating Tobacco Use and Dependence: A Clinical Practice Guideline », Rockville, 2000 et « Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General », Atlanta, Georgia, U.S.A., Department of Health and Human Services, 2000, sont les sources faisant le plus autorité sur les interventions efficaces auprès des fumeurs âgés. Les *Guides de pratique clinique* mentionnent l'efficacité des interventions suivantes pour aider les gens à cesser de fumer :

- dépistage du tabagisme;
- conseil du médecin;
- counseling par encouragement;
- pharmacothérapie (timbres à la nicotine, Zyban).

Les principales variables permettent de prédire si les efforts de sevrage du tabac seront ou non couronnés de succès :

- dépendance à la nicotine

- maladie liée au tabagisme
- motivation à cesser de fumer
- disposition à changer
- autres fumeurs dans le ménage
- antécédents de sevrage
- niveau d'instruction

Il est possible que des gens qui ont échoué à maintes reprises dans leurs tentatives en vue de cesser de fumer perdent confiance dans leur capacité d'y arriver et deviennent par la suite réticents à changer les choses.

Nous avons toujours besoin d'information propre aux aînés, y compris sur :

- les raisons qui les portent à fumer et à cesser de fumer;
- l'efficacité des interventions adaptées aux aînés;
- les techniques qui s'avèrent efficaces pour les motiver à tenter de se sevrer du tabac;
- l'analyse des coûts du problème et des solutions.

Parmi les questions abordées dans le document de travail, M. Reid estime important de mentionner les suivantes :

- L'idée qu'il existe des fumeurs « invétérés », c'est-à-dire de gros fumeurs qui ont déjà tenté sans succès de cesser de fumer et qui ne s'attendent pas à y parvenir. Ces personnes sont plus susceptibles d'être retraitées et d'appartenir aux groupes d'âges plus élevés. Elles représentent un faible pourcentage des fumeurs (environ 5 %) et seront très difficiles à convaincre de renoncer au tabac.
- La comorbidité psychiatrique est un problème courant, étant donné que les fumeurs sont plus portés à être déprimés et à utiliser la cigarette comme mécanisme de réaction au stress.
- L'isolement et la solitude peuvent décourager les personnes vivant seules de cesser de fumer. La cigarette peut être perçue comme une compagne dont les fumeurs hésitent à se séparer.
- L'interaction entre le tabac et les médicaments peut réduire l'efficacité de ces derniers.
- L'intolérance des ex-fumeurs peut porter les aînés qui continuent de fumer à s'isoler.
- Le sevrage du tabac doit être harmonisé avec la prévention du tabagisme. L'effort déployé en vue d'empêcher les gens de commencer à fumer est louable, mais en réalité, tous ceux qui mourront des conséquences du tabagisme au cours des 25 prochaines années fument déjà.

Nous aurions pu mettre davantage l'accent sur :

- ce qui se fait déjà (meilleures pratiques);
- les besoins, défis et problèmes particuliers liés au tabagisme chez les aînés;
- les bienfaits immédiats de l'abandon du tabac et les effets de la fumée secondaire;
- le rôle des organismes d'aînés aux chapitres de la sensibilisation et de la promotion des programmes de désaccoutumance au tabac;

- l'importance des lois et règlements visant à protéger les résidents des localités rurales et isolées.

Parmi les priorités et stratégies possibles, mentionnons les suivantes :

- Sensibiliser davantage les gens au fait que cesser de fumer est avantageux à tout âge.
- Définir des interventions adaptées aux aînés et cibler les programmes de sensibilisation et de sevrage sur les Canadiens âgés (en y faisant participer des organismes d'aînés).
- Concevoir davantage d'interventions reposant sur les médecins, étant donné qu'ils jouent un rôle central dans le succès des processus d'intervention.
- Appuyer les hausses de taxes et l'adoption de lois sur les espaces sans fumée.

2.5.2 Discussion en plénière

Après la présentation de M. Reid, les participants à l'atelier définissent les questions, les stratégies et les priorités suivantes :

- Davantage de programmes d'abandon du tabac doivent cibler les Canadiens âgés. À l'heure actuelle, presque tous s'adressent aux jeunes.
- Il faut mener à bien des études sur les attitudes des personnes qui viennent en aide aux fumeurs désireux de se sevrer. On s'inquiète du fait que ces interventions ne sont utiles qu'une fois sur 15 et on craint que ces faibles taux de réussite découragent les médecins et les professionnels de la santé.
- Étant donné que la dépendance à la nicotine est reliée à la dose absorbée, nous devrions songer à concevoir des stratégies axées sur la réduction de la consommation. Cette approche pourrait s'avérer utile dans le cas des gros fumeurs ou des fumeurs « invétérés ». Il faut effectuer plus de recherches et recueillir davantage de données empiriques probantes sur la réduction de l'usage du tabac.
- Les médecins et les professionnels de la santé jouent un rôle clé dans la désaccoutumance au tabac. Ils devraient recevoir une formation qui les encourage à parler aux aînés de leurs habitudes liées au tabac. Les patients âgés devraient être questionnés à ce sujet et recevoir de l'aide alors qu'ils sont en santé plutôt qu'uniquement une fois malades. Toute la responsabilité ne devrait cependant pas revenir aux médecins. On pourrait mettre sur pied des campagnes de sensibilisation du public (affiches, dépliants, etc.) afin d'aider les gens à prendre les devants et à parler à leur médecin. Ces campagnes pourraient mettre l'accent sur le fait qu'une conversation d'une minute ou deux avec un médecin peut faciliter l'abandon du tabac.
- Étant donné que le tabagisme est si souvent lié au stress, une autre approche pourrait consister à enseigner des techniques de gestion du stress.
- Punir les fumeurs risque d'affaiblir leur estime de soi et ne ferait qu'accroître le problème. Nous devrions plutôt nous concentrer sur ce qui motive un aîné à vouloir cesser de fumer.
- Il faut examiner le tabagisme au sein des différentes cultures.
- Certains s'inquiètent du problème de sécurité lié au tabagisme chez les aînés (qui s'endorment, par exemple, avec une cigarette allumée).
- Un participant souligne que le numéro de l'automne du bulletin « Cette année, on écrase » traitait des lignes directrices et de la pratique entourant la façon dont les

médecins peuvent parler du tabagisme avec leurs patients. Il renfermait aussi une affiche soulignant la nécessité de parler à son médecin.

2.6 Activité physique et vieillissement en santé

2.6.1 Présentation sur l'activité physique

La présentation de **Mme Sandra O'Brien-Cousins**, de la Faculty of Physical Education and Recreation de l'Université d'Alberta traitait du lien entre l'activité physique et le vieillissement.

Des milliers d'études ont porté sur l'activité physique, mais nous manquons toujours de recherches sur l'action coordonnée du rôle de l'activité physique et de son influence sur les autres enjeux d'une vieillesse en santé dont il est question à l'atelier.

La moitié des adultes de plus de 45 ans ne sont pas assez actifs. Les personnes âgées disent souvent qu'elles songent à devenir actives. Le problème ne semble pas être la sensibilisation du public, mais bien la motivation personnelle et le soutien du milieu.

Tout indique que l'activité physique se répercute sur les grands déterminants sociaux de la santé et qu'elle est un élément important d'une vieillesse en santé. Les avantages que procure l'activité physique en termes de qualité de vie sont incommensurables.

Il y a lieu d'examiner les barrières intrinsèques et extrinsèques qui empêchent les adultes âgés de devenir plus actifs physiquement. Un pourcentage de la population déteste l'activité physique et ne deviendra jamais actif, peu importe l'information et les faits. Cependant, beaucoup de Canadiens âgés sont prêts à devenir actifs mais ont de la difficulté à composer avec certaines contraintes comme :

- le temps – Il est prouvé que beaucoup de personnes pleines de bonnes intentions « n'y arrivent tout simplement jamais », et les aînés n'aiment pas que l'on règle leur emploi du temps.
- la gêne – Les aînés disent se sentir ridicules lorsqu'ils font de l'exercice, car cela les met bien en évidence en public. Ils ne se rendent souvent pas compte que les cannes, les déambulateurs et les fauteuils roulants sont visibles également.
- l'hiver – Les Canadiens âgés qui ne « s'envolent » pas vers le Sud diminuent considérablement leurs loisirs extérieurs durant l'hiver. Cela est plus marqué dans le cas des femmes, en raison d'un manque d'accès à des activités intérieures et extérieures. Les aînés doivent être initiés aux activités de base que tous peuvent pratiquer à l'intérieur.
- le besoin de renforcement positif – La recherche sur le comportement revient sans cesse sur l'idée selon laquelle les gens sont plus actifs physiquement lorsque cela leur procure des récompenses intrinsèques et extrinsèques.

Il est très important de consulter les aînés au sujet des questions d'activité physique. Malheureusement, les méthodes de recherche en sciences humaines qui permettraient de saisir réellement ce que les aînés ont à dire souffrent d'un manque chronique de financement.

Parmi les stratégies générales utiles, mentionnons les suivantes :

- faire en sorte que les choix santé soient faciles à faire;
- récompenser les gens qui se prennent en main;
- assurer un soutien gouvernemental stable aux programmes qui fonctionnent.

Mme O'Brien-Cousins termine sa présentation par un appel à l'action. Étant donné que le Canada détient suffisamment de preuves des avantages d'un mode de vie actif au troisième âge, les gouvernements et les groupes non gouvernementaux de tous les paliers doivent dès maintenant faire le nécessaire pour permettre à tous les aînés d'adopter un style de vie sain.

2.6.2 Discussion en plénière

Les participants définissent les grandes questions, stratégies et priorités suivantes :

- Il importe de reconnaître et de promouvoir l'action réciproque entre l'activité physique et les autres enjeux d'une vieillesse en santé. Ainsi, l'activité physique est essentielle pour augmenter l'appétit et accroître l'estime de soi.
- L'érosion des ressources destinées; à promouvoir la santé a produit une génération de Canadiens plus à risque (p.ex., obésité chez les enfants).

3. Modèle transthéorique de changement

M. Steve Hotz, consultant de l'Université d'Ottawa, effectue un survol des concepts de promotion d'un comportement sain, s'inspirant du modèle transthéorique de changement. Lorsqu'on s'emploie à modifier le comportement, on se heurte à un paradoxe. Certains essais donnent lieu à des suggestions de stratégies qui sont couronnées de succès mais qui en fait, une fois appliquées sur le terrain, produisent difficilement des résultats. On s'entend pour attribuer cette faible efficacité à un manque de motivation. Néanmoins, peu de programmes ou de cliniciens abordent directement la question de la motivation.

Les cliniciens doivent adopter une approche pratique pour comprendre la motivation et le changement. Un grand nombre croient que les clients qui ne changent pas ne sont pas motivés. Il s'agit d'un mythe, et par conséquent la question de la motivation n'est pas expressément abordée. En réalité,

- les comportements sont bien pratiqués,
- les comportements surviennent tout simplement; ils ne sont pas planifiés,
- la motivation n'a rien à voir avec la personnalité,
- lorsque les gens donnent des excuses, cela signifie que la santé est descendue plus bas sur leur échelle de priorités.

Ce qu'il faut, ce sont des interventions personnalisées qui tiennent compte du point de vue du client.

Le changement comporte cinq étapes :

- la précontemplation : la personne n'est pas consciente ou est peu convaincue
- la contemplation : la personne est préoccupée, mais...
- la préparation : des décisions se prennent

- l'action
- le maintien : renforcement et maintien du changement

M. Hotz mentionne que les professionnels de la santé ont tendance à conseiller l'action alors que seulement 20 % des gens en sont à cette étape. Il faut s'arrêter davantage aux personnes qui désirent effectuer un changement et qui se trouvent dans le bon état d'esprit pour passer d'une étape à la suivante. Malheureusement, les gens subissent facilement des rechutes et les démarches pour avancer d'une étape diffèrent d'une personne à l'autre. M. Hotz explique que les gens ont recours à dix processus de changement pour modifier leurs comportements, leurs sentiments, leurs croyances ou attitudes et leurs relations. Ces processus sont propres à chaque étape, et la capacité de reconnaître l'étape permet d'adapter le traitement.

Les buts visés par l'intervention à chaque étape sont les suivants :

- Précontemplation : engagement
- Contemplation : résolution
- Préparation : résolution du problème, planification, enseignement
- Action : soutien
- Maintien : prévention d'une rechute

Ce modèle peut être utilisé pour permettre aux aînés de faire des changements et d'adopter des styles de vie sains; pour cela, il faut reconnaître où ils en sont dans les étapes du changement, utiliser les interventions adaptées à chaque étape et créer des milieux favorables qui facilitent le changement.

4. Conclusion

Mme Nancy Garrard, directrice de la Division du vieillissement et des aînés, a clôturé la Partie I de l'atelier en remerciant tous les participants de leurs efforts. Elle leur a rappelé que le rapport et les résultats de l'atelier leur seraient transmis et qu'elle communiquerait avec les partenaires potentiels par téléphone.

Sommaire des stratégies sur le vieillissement en santé

Les cinq tableaux qui suivent résument les stratégies d'intervention suggérées par les petits groupes. Elles sont groupées sous les grandes orientations stratégiques suivantes :

- Sensibilisation et information du public
- Politiques gouvernementales et législation
- Action communautaire
- Information et sensibilisation des professionnels
- Développement des connaissances

4.1 Sensibilisation et information du public

Prévention des blessures	Nutrition	Abandon du tabac	Activité physique	En général
Campagne de sensibilisation des médias – recours à un porte-parole bien connu (un aîné) et à des messages positifs	Élaborer et diffuser aux aînés des messages clairs, non contradictoires – sur le poids, les besoins en nutriments, les choix d'aliments sains et l'action réciproque avec l'activité physique	Campagnes média ciblées sur l'abandon du tabac par les aînés (aînés en tant que modèles de rôles; bienfaits en termes de stress)	Promouvoir les synergies entre la nutrition et l'activité physique	Concevoir et diffuser des messages qui démythifient et éliminent l'âgisme et qui aident à modifier les attitudes négatives envers les aînés et à éliminer les obstacles au changement.
		Inclure des messages sur l'usage du tabac dans d'autres campagnes, p.ex., sur la sécurité et la prévention des blessures, sur les maladies cardiaques	Restaurer ParticipACTION et lancer une campagne de sensibilisation s'adressant aux aînés (utiliser des aînés comme modèles de rôles)	Confronter la complaisance et le déni
			Assurer une utilisation uniforme de la terminologie (utiliser le Guide d'activité physique comme gabarit)	Adapter les stratégies aux différents contextes, cohortes et cultures
				Faire appel à la participation des aînés à tous les niveaux d'élaboration et de mise en œuvre

4.2 Politiques gouvernementales et législation

Prévention des blessures	Nutrition	Abandon du tabac	Activité physique	En général
Présentation à la Commission Romanow	Élaborer et appliquer des normes pour les services de popote roulante	Adopter des politiques interdisant de fumer dans les endroits publics fréquentés par les aînés	Modifier les politiques actuelles interdisant la présence d'animaux familiers dans les établissements de soins prolongés	Intéresser les aînés
Création de produits adaptés aux besoins des aînés grâce à un groupe d'étude de commercialisation	Travailler avec l'industrie alimentaire en ce qui a trait aux portions, à l'emballage et aux besoins nutritionnels des aînés	Prévoir des avertissements sur les médicaments qui interagissent avec le tabac	Offrir des remboursements de taxes, des réductions de primes d'assurance et des rabais aux aînés qui sont actifs physiquement et qui achètent des produits pour l'activité physique	Encourager le financement stable des stratégies de promotion de la santé (touchant tous les groupes d'âge). Hausser le financement des initiatives communautaires en santé de la population mises de l'avant dans le domaine de l'activité physique et dans d'autres domaines
Réviser les normes du Code du bâtiment afin de les adapter aux aînés	Rédiger des recommandations sur l'apport alimentaire et mettre l'accent sur les aînés, y compris sur les différences culturelles, dans le Guide alimentaire canadien		Créer des conditions sûres pour la pratique de l'activité physique (p.ex., des trottoirs déglacés)	Affecter un pourcentage des profits des compagnies pharmaceutiques à des programmes pour les aînés
Élaborer et mettre en œuvre une stratégie nationale de prévention des blessures chez les aînés	Accroître la collaboration entre le gouvernement et la communauté – combler les lacunes en matière d'information et éliminer le dédoublement			Confronter la complaisance et le déni

Prévention des blessures	Nutrition	Abandon du tabac	Activité physique	En général
				Élaborer un plan d'action national sur une vieillesse en santé
				Voir grand, adapté à la culture, ou s'abstenir!
				Ministre d'État responsable des aînés, représentation au Cabinet
				Adapter les stratégies aux différents contextes

4.3 Action communautaire

Prévention des blessures	Nutrition	Abandon du tabac	Activité physique	En général
Créer un réseau d'organismes voués à la prévention des blessures chez les aînés	Améliorer l'accès aux aliments par les aînés isolés, en leur assurant par exemple du transport et en leur donnant des occasions sociales de manger et de créer des liens	Intéresser les organismes d'aînés aux efforts en vue de promouvoir l'abandon du tabac, particulièrement aux programmes de réduction du stress	Élargir la CVAA (Coalition d'une vie active pour les aîné(e)s)	Faire appel aux aînés et les utiliser comme porte-parole
Prôner des changements dans les codes du bâtiment	Collaborer avec les restaurants et les épiceries au sujet de l'équilibre nutritionnel, des portions et de l'emballage pour les aînés	Offrir des programmes de sevrage du tabac pour les aînés	Encourager les établissements de soins prolongés à accepter les animaux de compagnie (pour la marche ou comme compagnons)	Adapter les stratégies aux différents contextes
Soutenir les programmes communautaires	Améliorer l'accès à des aliments de qualité et à l'aide requise pour manger dans les établissements de soins	Cibler les aînés dans le cadre des campagnes anti-tabac et accroître la visibilité des préoccupations liées à l'usage du tabac par les aînés	Veiller à ce que l'activité physique chez les aînés figure à l'ordre du jour des conférences et rencontres sur la santé	Confronter la complaisance et le déni
			Créer des liens entre les professionnels de la santé et les experts en activité physique et loisirs communautaires	Soutenir les programmes et les bénévoles
			Assurer la disponibilité d'experts en activité physique en mesure de donner des conseils sur l'utilisation du Guide d'activité physique pour les aînés et diffuser largement le guide	Accroître la collaboration avec les écoles et les universités

Prévention des blessures	Nutrition	Abandon du tabac	Activité physique	En général
			Prôner des conditions sûres pour la pratique de l'activité physique (p.ex., des trottoirs déglacés)	Soutenir l'encadrement par des pairs et les groupes d'entraide pour les aînés
				Encourager les aînés à poser des questions aux professionnels de la santé et leur montrer comment

4.4 Information et sensibilisation des professionnels

Prévention des blessures	Nutrition	Abandon du tabac	Activité physique	En général
Séances à l'intention des professionnels de la santé sur les meilleures pratiques en matière de prévention des blessures	Informar les professionnels de la santé au sujet des besoins en nutriments et de la façon de composer avec la perte de poids	Informar les professionnels de la santé sur la nécessité d'aider les aînés à cesser de fumer ou à diminuer l'usage du tabac	Informar les médecins et autres intervenants sur la nécessité de poser des questions aux aînés au sujet de l'activité physique	Informar les professionnels de la santé au sujet des messages et du counseling indiqués à chaque étape d'un changement de comportement
	Concevoir des outils à l'intention des professionnels	Accroître le rôle et l'engagement des professionnels de la santé. Leur fournir les ressources qui les aident à conseiller les aînés	Créer des liens entre les professionnels de la santé et les experts en activité physique et loisirs communautaires	Séances sur le respect, le soutien de l'entraide et l'élimination de l'âgisme
			Aider les praticiens de la santé à apprendre comment conseiller à l'aide du Guide d'activité physique canadien pour les aînés	Faire en sorte que la question du vieillissement, du point de vue social et de la santé, soit abordée dans le cadre des programmes d'études des professionnels de la santé
			Encourager l'aiguillage des aînés vers les ressources communautaires en activité physique	Adapter les stratégies aux différents contextes
				Intéresser les aînés
				Confronter la complaisance et le déni
				Mobiliser les liens entre les professionnels de la santé et les aidants naturels

Prévention des blessures	Nutrition	Abandon du tabac	Activité physique	En général
				Faciliter l'entraide et le soutien de l'entraide
				Faire de la santé mentale une priorité : établir des liens entre la dépression et une vieillesse en santé

4.5 Développement des connaissances

Prévention des blessures	Nutrition	Abandon du tabac	Activité physique	En général
Améliorer la surveillance et la déclaration des blessures chez les aînés, p.ex., élargir le SCHIRPT, relever les différences entre les sexes	Créer une masse critique de chercheurs dans ce domaine	Étudier les caractéristiques particulières aux aînés : pourquoi ils fument, pourquoi ils cessent de fumer, les interventions couronnées de succès, l'analyse des coûts	Encourager l'étude des synergies entre l'activité physique et les autres pratiques d'hygiène de vie chez les aînés	Étudier les motivations à changer de comportement
Diffuser largement de l'information sur les meilleures pratiques	Améliorer la surveillance de la malnutrition et de l'alimentation des aînés dans tous les milieux	En apprendre davantage sur l'usage du tabac et les aînés au sein des différentes cultures	Soutenir la recherche qualitative à l'écoute des aînés	Définir les messages indiqués à chacune des étapes du changement
S'assurer de prévoir des compétences et des recherches sur les aînés dans le travail de collaboration sur la prévention des blessures à tous les âges	Enquête nationale sur la nutrition mettant l'accent sur les aînés	Examiner les meilleures pratiques particulières aux fumeurs âgés		Intéresser les aînés
				Adapter les stratégies aux différents contextes
				Confronter la complaisance et le déni
				Traduire en langage clair les connaissances à l'intention des aînés et des groupes d'aînés

Annexe A : Travail en petits groupes – Stratégies suggérées

On a demandé aux participants à l'atelier, en petits groupes, de définir cinq priorités d'intervention et, pour chacune :

- d'indiquer ce que l'on souhaite réaliser (objectif général);
- de déterminer les principaux partenaires et intervenants auxquels faire appel.

A.1 Prévention des blessures

Priorité : Diffuser les connaissances que nous avons rassemblées aux aînés, au grand public, aux familles et aux dispensateurs de soins, par divers canaux (p.ex., centres communautaires pour les aînés, moyens de communication de masse, etc.)

Orientation stratégique : Sensibilisation et information du public.

Objectif général : Informer et sensibiliser davantage le public au sujet des blessures non intentionnelles chez les aînés.

Principaux partenaires : Porte-parole bien en vue, grand public (aînés, dispensateurs de soins, familles, etc.), médias, groupes professionnels, groupes d'intérêts particuliers (p.ex., agriculteurs, autochtones, aînés ayant une incapacité), tous les paliers de gouvernement, groupes d'intervention, groupes de prévention des blessures, organismes d'aînés, VON (Infirmières de l'Ordre de Victoria), ACC (ministère des Anciens combattants), industrie de l'assurance, services d'urgence (service des incendies, ambulance, etc.), organismes de financement, Association canadienne de normalisation, Fondation Sauve-Qui-Pense, Réseau canadien de la santé, infirmières en gériatrie, corps de métier (codes du bâtiment), inspecteurs des bâtiments, fabricants de produits, surveillance, Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT).

Autres commentaires : Le groupe discute de la nécessité de véhiculer des images positives du vieillissement, de remplacer bien des images négatives qu'entretiennent le public, les aînés, les dispensateurs de soins, les professionnels de la santé et les familles. Les participants sont d'avis qu'il s'agit là d'un aspect important de l'accroissement de la sensibilisation. Ils parlent aussi de la nécessité de trouver un porte-parole bien en vue afin d'attirer l'attention et des fonds pour la recherche sur la question. Cette personne aiderait aussi à éliminer certaines images négatives du vieillissement bien ancrées dans notre société.

Le groupe discute de la possibilité de combiner les efforts au moment de diffuser les messages de prévention des blessures aux aînés. On pourrait, par exemple, communiquer l'information dans le cadre de la campagne de vaccination contre la grippe, de salons de la santé déjà établis, de petits déjeuners de crêpes dans les collectivités, etc.

La question de la priorité donnée aux jeunes et aux milieux de travail (à l'exception des exploitations agricoles) est également soulevée; les participants considèrent qu'elle pose un problème et empêche d'aller de l'avant.

Enfin, le groupe aborde la nécessité de toujours bien tenir compte de la diversité des besoins et des capacités des aînés.

Priorité : Constituer de vastes réseaux de concepteurs de programmes et de chercheurs en prévention des blessures en reliant les groupes et les organismes voués à la question.

Orientations stratégiques : Politiques gouvernementales et législation et action communautaire

Objectifs généraux :

- Accroître le leadership et la coordination dans le domaine des blessures non intentionnelles chez les aînés.
- Traduire et diffuser l'information accessible.

Principaux partenaires : Porte-parole bien en vue, grand public (aînés, dispensateurs de soins, familles, etc.), médias, groupes professionnels, groupes d'intérêts particuliers (p.ex., agriculteurs, autochtones, aînés ayant une incapacité), tous les paliers de gouvernement, groupes d'intervention, groupes de prévention des blessures, organismes d'aînés, VON (Infirmières de l'Ordre de Victoria), ACC (ministère des Anciens combattants), industrie de l'assurance, services d'urgence (service des incendies, ambulance, etc.), organismes de financement, Association canadienne de normalisation, Fondation Sauve-Qui-Pense, Réseau canadien de la santé, infirmières en gériatrie, corps de métier (codes du bâtiment), inspecteurs des bâtiments, fabricants de produits, surveillance, Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT).

Autres commentaires : Les participants discutent des lacunes apparentes des politiques touchant les aînés en général. Ils débattent longuement du manque de sensibilisation aux questions qui touchent les aînés et s'entendent pour dire qu'il manque un lien avec ces derniers.

L'idée de s'en rapporter à la Commission Romanow est soulevée comme moyen d'établir la nécessité de faire de la prévention des blessures non intentionnelles chez les aînés une question prioritaire.

Priorité : Intéresser des partenaires de l'industrie (fabricants de produits, corps de métier, inspecteurs des bâtiments, etc.) à la conception de produits sûrs pour les aînés (bouteilles d'oxygène, téléphones, cuisinières, bouteilles de pilules, guichets automatiques, appareils et accessoires fonctionnels). Aborder le problème des stéréotypes et de l'âgisme chez les professionnels de la santé et les dispensateurs de soins et dans les établissements.

Orientation stratégique : Information et sensibilisation des professionnels et politiques gouvernementales et législation.

Objectifs généraux :

- Sensibiliser davantage les professionnels au problème des blessures non intentionnelles chez les aînés.
- Créer des milieux adaptés aux aînés.

Principaux partenaires : Porte-parole bien en vue, grand public (aînés, dispensateurs de soins, familles, etc.), médias, groupes professionnels, groupes d'intérêts particuliers (p.ex., agriculteurs, autochtones, aînés ayant une incapacité), tous les paliers de gouvernement, groupes d'intervention, groupes de prévention des blessures, organismes d'aînés, VON (Infirmières de l'Ordre de Victoria), ACC (ministère des Anciens combattants), industrie de l'assurance, services d'urgence (service des incendies, ambulance, etc.), organismes de financement, Association canadienne de normalisation, Fondation Sauve-Qui-Pense, Réseau canadien de la santé, infirmières en gériatrie, corps de métier (codes du bâtiment), inspecteurs des bâtiments, fabricants de produits, surveillance, Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT).

Autres commentaires : L'un des membres du groupe lance l'idée de créer un conseil d'examineurs formé d'aînés. Cette idée a été développée aux États-Unis; le conseil, du nom de « 1 000 elders », est un groupe d'étude de commercialisation qui examine les produits destinés aux aînés. Il peut approuver les produits en leur apposant la marque de qualité « 1 000 elders seal of approval ». Cette marque atteste, essentiellement, du fait que le produit est adapté aux aînés.

Le groupe discute également des besoins contradictoires des enfants et des personnes âgées au chapitre de la sécurité, en ce qui a trait aux bouteilles de pilules et aux cuisinières, par exemple. Les participants discutent de la difficulté à installer des appareils et accessoires fonctionnels ou des technologies à domicile. Une membre parle de la difficulté que pose l'installation de barres d'appui, soulignant qu'il faut tenir compte de nombreux facteurs comme la nature de l'incapacité, la taille de la personne, l'emplacement des poteaux muraux, etc.

Priorité : Recherche (p.ex., sur les attitudes des aînés vis-à-vis de la prévention des blessures non intentionnelles, les précurseurs de blessures causées par une chute, ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas). Collecte de données et ressources en matière de surveillance.

Orientation stratégique : Développement des connaissances.

Objectif général : Accroître nos connaissances relatives aux blessures non intentionnelles chez les aînés.

Principaux partenaires : Porte-parole bien en vue, grand public (aînés, dispensateurs de soins, familles, etc.), médias, groupes professionnels, groupes d'intérêts particuliers (p.ex., agriculteurs, autochtones, aînés ayant une incapacité), tous les paliers de gouvernement, groupes d'intervention, groupes de prévention des blessures, organismes d'aînés, VON (Infirmières de l'Ordre de Victoria), ACC (ministère des Anciens combattants), industrie de l'assurance, services

d'urgence (service des incendies, ambulance, etc.), organismes de financement, Association canadienne de normalisation, Fondation Sauve-Qui-Pense, Réseau canadien de la santé, infirmières en gériatrie, corps de métier (codes du bâtiment), inspecteurs des bâtiments, fabricants de produits, surveillance, Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT).

Autres commentaires : Ce que nous avons appris au sujet de la prévention des chutes chez les aînés peut s'appliquer à la prévention de toute autre blessure. À l'heure actuelle, la « mise en commun » des chercheurs est très répandue à travers le pays. Il est primordial d'assurer dans les initiatives conjointes une représentation adéquate de ceux qui sont bien renseignés sur la prévention des blessures chez les aînés.

Les membres du groupe discutent de la nécessité de recueillir de l'information importante sur les blessures non intentionnelles dans les salles d'urgence, les bureaux de médecins, les cliniques sans rendez-vous, les établissements, etc. Cette information doit être communiquée aux chercheurs, puis traduite et transmise aux responsables de programmes. Le Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT) recueille et analyse des données sur les circonstances entourant les blessures traitées dans les services d'urgence, et les membres du groupe débattent de la nécessité d'implanter le SCHIRPT dans un plus grand nombre d'hôpitaux; il est actuellement utilisé dans dix établissements, dont sept desservent les enfants. Les participants sont d'accord avec ce qui est dit dans le document de travail, à savoir qu'étant donné que la plupart des hôpitaux sont des hôpitaux pédiatriques, la capacité actuelle de surveillance des aînés est insuffisante.

De façon générale

En résumé, les membres du groupe aimeraient que soit adoptée une approche incluant les multiples stratégies suivantes :

- accroissement de la sensibilisation;
- développement communautaire;
- recherche;
- constitution de réseaux;
- évaluation et diffusion.

Objectifs généraux de cette approche :

- prévenir les blessures, et non uniquement les chutes;
- inciter les partenaires à recueillir des fonds;
- soutenir la mise sur pied de programmes communautaires;
- créer des liens entre les chercheurs et les concepteurs de programmes, les décideurs et les bailleurs de fonds pour la recherche;
- influencer les politiques.

Le rôle de Santé Canada dans cette approche consisterait :

- à indiquer la voie à suivre en ce qui a trait aux politiques, à l'établissement des programmes et au développement des connaissances;
- à coordonner les efforts;
- à fournir des ressources (financières et humaines).

A.2 Nutrition

Priorité : Surveillance.

On manque de données sur l'apport nutritionnel recommandé à tous les Canadiens, y compris d'information portant précisément sur les aînés. Jusqu'à 65 % des personnes vivant en institution souffriraient de malnutrition. En outre, les personnes en situation de soins communautaires ne reçoivent pas des services de nutrition adéquats, surtout celles qui vivent chez elles. Cela peut être particulièrement vrai dans les régions isolées et, surtout, dans les provinces où les services à domicile ont été réduits.

Orientation stratégique : Développement des connaissances.

Que souhaite-on réaliser? Il faut mener à bien une enquête qui couvre tous les segments de la population âgée, y compris les personnes en situation de vie communautaire et celles qui bénéficient de soins formels et informels à domicile. Cette enquête devrait également tenir compte des différences culturelles, étant donné que les normes canadiennes actuelles ne s'appliquent pas à tous les groupes (certains, par exemple, peuvent avoir une masse osseuse plus petite et nécessiter un moins grand apport alimentaire).

Principaux partenaires : Santé Canada doit prendre la décision de financer et de mener à bien une enquête nationale. D'autres intéressés incluent la National Academy of Science et les groupes représentant différentes cultures.

Priorité : Assurer l'accès à des aliments de bonne qualité dans les établissements et dans la communauté.

Il arrive souvent que des aînés vivent seuls et en marge de la communauté. S'ils sont informés de quelque chose de nouveau et ont envie de l'essayer, leur intérêt peut s'éveiller. Cependant, cela ne pourra se faire si les jeunes leur communiquent uniquement des messages du genre : prenez vos multivitamines, n'oubliez pas votre canne lorsque vous sortez... etc. Un tel langage est condescendant et ne rend pas attrayants les actes envisagés.

L'aspect social de la nourriture fait souvent défaut dans la vie des aînés. L'isolement conduit à un manque d'intérêt et à de mauvaises habitudes alimentaires. Les gens mangent mieux dans un contexte social.

Orientations stratégiques :

- Sensibilisation et information du public
- Politiques gouvernementales et législation
- Action communautaire
- Information et sensibilisation des professionnels

Que souhaite-on réaliser?

- Intéresser les aînés aux aliments de bonne qualité et en assurer la disponibilité dans les établissements et dans la communauté, y compris : portions adéquates et équilibrées dans les restaurants; portions adéquates et équilibrées d'aliments surgelés pré-emballés offerts dans les supermarchés (faciles à préparer et présentés dans des emballages faciles à ouvrir); repas frais et savoureux livrés à domicile.
- Assurer du transport vers les restaurants, les supermarchés, etc.
- Faire en sorte que manger soit une occasion de socialiser pour les aînés.
- S'assurer que la qualité, les portions et la pertinence (y compris au plan culturel) des aliments distribués par des groupes comme La Popote Roulante répondent à certaines normes.

Principaux partenaires : Restaurants, épiciers, supermarchés, établissements de soins prolongés et organismes d'accueil.

Priorité : Modifier les attitudes

Il faut modifier les attitudes de la société en général, des professionnels et des personnes âgées elles-mêmes vis-à-vis de l'activité physique chez les aînés, de la nutrition et de la prévention. Pour y arriver, nous avons besoin de mieux comprendre ce qui motive le changement. Un aîné d'un petit groupe de discussion, par exemple, dit que la méditation (qu'il pratique au sein d'un groupe) l'aide à rester motivé.

Attitudes sociales

Étant donné que nous vivons dans une société capitaliste qui valorise la productivité économique, les aînés (qui sont retraités) se retrouvent en marge et se sentent dévalorisés. Les foyers de soins infirmiers asiatiques de Toronto ont été cités comme exemples d'établissements de soins prolongés dont les résidents jouissent d'une grande qualité de vie. On attribue cela au fait que dans les cultures asiatiques, les personnes âgées sont des membres précieux de la société et sont estimées pour leur sagesse.

Aînés

Les personnes âgées ont besoin de croire qu'il n'est jamais trop tard pour changer leurs habitudes et pour commencer à bien s'alimenter, à faire de l'exercice, etc.

Professionnels

Les professionnels ont également besoin de réévaluer leurs attitudes à l'endroit des aînés et de respecter les compétences particulières de ces derniers.

Orientations stratégiques :

- Sensibilisation et information du public
- Action communautaire
- Information et sensibilisation des professionnels

Que souhaite-on réaliser? Modifier les attitudes à l'égard des aînés. Trop de personnes âgées croient à tort que l'hygiène de vie ne peut être modifiée du tout au tout. Un grand nombre trouvent qu'il est trop tard pour changer. Il faudrait concevoir des messages qui s'adressent précisément aux aînés et qui soient réalistes (il ne s'agit pas de leur dire qu'ils peuvent retrouver leur jeunesse). Il y aurait lieu de définir une approche ne reposant pas sur la transmission de messages du haut vers le bas. Les discussions devraient se dérouler à l'échelle communautaire et faire appel à des aînés aussi bien qu'à des professionnels.

Principaux partenaires :

- Aînés
- Ensemble de la société
- Professionnels de la santé

Commentaire : Cette priorité est liée à la diffusion.

Priorité : Dépistage

Cette priorité est liée à la surveillance et en constitue un suivi. Des mesures de dépistage s'avèrent nécessaires à l'échelle institutionnelle, individuelle et communautaire.

Orientations stratégiques :

- Politiques gouvernementales et législation
- Information et sensibilisation des professionnels
- Développement des connaissances

Que souhaite-on réaliser?

- Concevoir des outils appropriés de dépistage (y compris des outils adaptés à la culture), afin de cerner les personnes à risque.
- Élaborer des recommandations sur l'apport alimentaire adéquat pour les aînés.

Principaux partenaires : Communauté, établissements, groupes culturels.

Priorité : Diffusion.

C'est là l'élément qui relie la recherche à la pratique. Il est essentiel que les connaissances découlant de la surveillance et du dépistage mènent à l'action.

Le Guide d'activité physique canadien a été adapté aux aînés, mais ça n'est pas le cas des guides alimentaires.

Orientations stratégiques :

- Information et sensibilisation des professionnels
- Développement des connaissances

Que souhaite-on réaliser?

- Utiliser l'information tirée de la surveillance et du dépistage.
- Définir les apports appropriés et concevoir des outils adaptés à la culture et dans la langue appropriée.
- Adapter aux aînés les guides alimentaires existants (comme le Guide alimentaire canadien pour manger sainement) et les adapter au plan culturel.
- Créer des partenariats afin de bien diffuser l'information.

De façon générale

Toutes les priorités touchent à l'ensemble des orientations stratégiques. Celles qui sont proposées devraient reposer sur ce qui a déjà été accompli. Il faudrait établir un lien avec le rapport stratégique *Nutrition pour un virage santé : voies d'action, 1996* déjà adopté par le gouvernement fédéral.

Il y aurait lieu de former au niveau communautaire un groupe de personnes bien informées qui feraient le lien avec les initiatives en cours et définiraient des mesures concrètes. Il faut recueillir et diffuser les meilleures pratiques.

Il existe déjà une liste de programmes et services financés par le gouvernement; cette liste pourrait être consultée et servir de point de départ. On mène actuellement à bien une consultation sur le vieillissement en santé chez les aînés des groupes ethniques. Environ 350 entrevues ont été réalisées avec des aînés de divers antécédents culturels à travers le pays. Il en résultera une compilation des programmes et services offerts aux aînés des différents groupes culturels dans toutes les régions du Canada.

Toute stratégie élaborée sur le vieillissement et la santé devra intégrer l'ensemble des déterminants de la santé. Il doit s'agir d'une stratégie globale. L'aspect spirituel de la nutrition (et des autres questions) ne doit pas être négligé.

A.3 Renoncement au tabac

Priorité : Assurer un renforcement positif aux personnes désireuses de cesser de fumer, en utilisant les aînés comme modèles de rôles et dans le cadre de campagnes média ciblées.

Orientations stratégiques :

- Sensibilisation et information du public
- Action communautaire

Que souhaite-on réaliser? De l'avis de l'ensemble des participants, la campagne sur le thème « il n'est jamais trop tard pour cesser » suscite une réaction négative, étant donné qu'elle n'aborde pas les bienfaits du sevrage du tabac. Cette campagne semble laisser entendre qu'il faut éviter de fumer, mais ne propose pas d'activités de remplacement qui procurent autant de plaisir.

Le message sur les bienfaits de cesser de fumer doit l'emporter sur l'élément « plaisir » associé au fait de fumer. Souvent, les méfaits pour la santé ne constituent pas un facteur suffisant,

particulièrement chez ceux qui fument depuis longtemps (qui ont le sentiment d'avoir triomphé des probabilités), jusqu'à ce que la personne soit confrontée à une conséquence du tabagisme qui porte réellement atteinte à sa santé (par exemple, l'emphysème).

Afin d'améliorer la promotion des messages sur les avantages de cesser de fumer, on suggère la mise sur pied, par exemple dans des foyers collectifs, de groupes de pairs au sein desquels d'autres aînés témoignent de la façon dont ils ont cessé de fumer et des bienfaits que cela a eu sur leur vie. Les personnes âgées qui cessent de fumer obtiennent également un taux de succès plus élevé que le reste de la population; il faut donc que l'information diffusée mette l'accent sur les données ciblées touchant les aînés.

À l'heure actuelle, les campagnes média visent à convaincre les jeunes de ne pas commencer à fumer. Il faut aussi mettre l'accent sur les aînés, puisque ces deux groupes démographiques ont des expériences et des attitudes très différentes à l'endroit de la cigarette. Il faut rendre les aînés plus « visibles » dans les campagnes média.

Les campagnes pourraient aussi être ciblées sur « l'amour », c'est-à-dire mettre en lumière les effets de l'habitude de fumer des aînés sur leurs êtres chers (conjoint(e), petits-enfants, etc.). Il se peut toutefois que cette approche ne soit pas aussi efficace pour les aînés vivant seuls ou pour qui fumer est une activité sociale pratiquée entre amis et avec la famille.

Intéressés : Association canadienne des individus retraités (ACIR), Santé Canada, établissements de soins prolongés, groupes de lutte contre le tabagisme, membres des familles, groupes d'aînés.

Priorité : Intégrer des messages sur les bienfaits de cesser de fumer à d'autres campagnes liées à la santé des aînés.

Orientation stratégique : Sensibilisation et information du public.

Que souhaite-on réaliser? Inclure des discussions sur les effets positifs qu'a le fait de cesser de fumer sur d'autres problèmes de santé comme le diabète, les maladies cardiaques, etc.

On peut aussi traiter du tabagisme dans le cadre de campagnes de sécurité portant sur les blessures personnelles et les dégâts matériels découlant d'incendies causés par des fumeurs négligents.

Principaux partenaires : Conseil de sécurité, Santé Canada, groupes communautaires de promotion de la santé.

Priorité : Accroître le rôle des professionnels de la santé dans la promotion d'une désaccoutumance réussie au tabac chez les aînés.

Orientation stratégique : Information et sensibilisation des professionnels.

Que souhaite-on réaliser? Encourager les professionnels de la santé à parler régulièrement des programmes et des stratégies de sevrage du tabac avec les aînés (période sensible pour l'apprentissage). Leur fournir à l'appui de cette initiative des ressources traitant précisément du tabagisme chez les aînés.

Des participants suggèrent en outre d'apposer des avertissements sur les médicaments, un peu comme cela se fait pour l'alcool, si l'usage du tabac risque d'en réduire l'efficacité.

Intéressés : Médecins, infirmiers et infirmières, infirmiers et infirmières en santé publique, pharmaciens, travailleurs de la santé oeuvrant directement auprès des aînés.

Priorité : Réaliser un examen systématique des meilleures pratiques et des éléments de preuve d'intervention précisément liés aux fumeurs âgés.

Orientation stratégique : Développement des connaissances.

Que souhaite-on réaliser? Il faut revoir continuellement les meilleures pratiques afin de trouver de nouvelles données probantes et de renforcer les éléments qui prouvent les avantages de cesser de fumer pour les aînés. Un examen systématique s'avère en outre nécessaire pour recueillir des éléments de preuve ou pour documenter les différences observées dans les taux de succès des divers programmes d'intervention à l'intention des personnes âgées.

On possède actuellement de grandes quantités de données cliniques sur le tabagisme, mais il n'a encore jamais été analysé du point de vue des tendances liées à l'âge. Cette suggestion est formulée par les participants en guise de prochaine étape.

Principaux partenaires : Santé Canada, groupes de lutte contre le tabagisme, chercheurs et professionnels de la santé.

Autres commentaires : Bon nombre des autres priorités abordées par ce groupe ont trait à l'information et à l'accroissement de la sensibilisation du public. Les participants soulèvent plusieurs idées touchant l'information, que voici :

- Dans les documents de promotion, adresser les messages aux aînés.
- Les documents d'information et de promotion devraient avoir pour objet de motiver les aînés à cesser de fumer. Les Canadiens âgés réussissent mieux à se sevrer du tabac si la décision vient d'eux.
- Inclure les aînés dans les campagnes anti-tabac et parler davantage des problèmes que leur cause le tabagisme.
- Les médecins, infirmiers et infirmières, travailleurs en santé publique et pharmaciens devraient fournir de l'information professionnelle.

Les membres du groupe sont également d'avis qu'il y a des lacunes au niveau du développement des connaissances, particulièrement en ce qui a trait à ce qui distingue les fumeurs âgés des plus jeunes. Si elles existent, des lignes directrices fondées sur l'expérience clinique entourant les meilleures pratiques pour aider les aînés à se sevrer du tabac devraient être élaborées davantage.

A.4 Activité physique

Priorité : Mettre sur pied un groupe d'intervention formé d'aînés, afin d'assurer la représentation et la participation de ces derniers aux questions liées à l'activité physique ou de renforcer les coalitions actuelles. Inscrire les aînés à l'ordre du jour des conférences, rencontres et autres discussions et leur permettre de prendre part à la définition de possibilités et de programmes d'activité physique qui répondent à leurs besoins.

Orientation stratégique : Action communautaire.

Objectif général : Donner aux aînés une voix plus forte au chapitre de l'activité physique au Canada.

Principaux partenaires : Organismes nationaux pour les aînés; Association canadienne de gérontologie; Coalition d'une vie active pour les aîné(e)s (CVAA).

Priorité : Inciter les médecins à s'enquérir systématiquement du niveau d'activité physique de leurs patients lorsqu'ils se présentent à un rendez-vous, de même qu'à les aiguiller vers les ressources communautaires.

- Il est nécessaire d'informer davantage les médecins et autres professionnels de la santé, peut-être par le biais des programmes d'études universitaires, de façon à ce qu'ils possèdent les connaissances et les outils nécessaires pour donner à leurs patients des conseils et des consignes de base en matière d'activité physique.
- Créer des liens entre les médecins et un réseau d'experts de l'activité physique. L'interface devra peut-être commencer avec les professionnels de la communauté qui ont des compétences à offrir en matière de consultation sur le mieux-être. Au Yukon, par exemple, on a mis sur pied un projet pilote dans le cadre duquel les médecins prescrivent de l'activité physique à leurs patients.
- Prôner l'utilisation du *Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine pour les aînés* en tant qu'outil professionnel utile à tous.

Orientation stratégique : Information et sensibilisation des professionnels.

Objectif général : Veiller à ce que les médecins s'intéressent au niveau d'activité physique de leurs patients, afin d'accroître la sensibilisation à l'importance de l'activité physique et d'informer les aînés sur les possibilités qui s'offrent à ce chapitre.

Principaux partenaires: Collège des médecins de famille du Canada; Association des infirmières et infirmiers du Canada; Association médicale canadienne.

Priorité : Rendre le *Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine pour les aînés* plus facilement disponible aux aînés dans leur communauté et veiller à ce que des personnes bien informées puissent en expliquer et en interpréter le contenu.

Orientation stratégique : Sensibilisation et information du public.

Objectif général : Utiliser les outils disponibles plus efficacement, de manière à habiliter les aînés à être plus actifs physiquement.

Principaux partenaires : Santé Canada; Infirmières de l'Ordre de Victoria; plus de 60 organismes appuyant le contenu du Guide d'activité physique canadien.

Priorité : Offrir des remboursements de taxes et des rabais aux aînés qui se procurent du matériel d'exercice ou qui deviennent membres de clubs de conditionnement et consentir des baisses de primes d'assurance à ceux qui sont actifs physiquement. Assurer la disponibilité de matériel d'exercice que les gens puissent utiliser dans les lieux publics (p.ex., les centres commerciaux, les salles d'attente, les aéroports, les bibliothèques, les centres communautaires, les bureaux des administrations fédérale et provinciales).

Orientation stratégique : Politiques gouvernementales et législation.

Objectif général : Réduire les obstacles financiers à l'activité physique et mettre en place un système de récompenses pour les personnes actives physiquement.

Principaux partenaires : Revenu Canada; Sporting Goods Manufacturers Association; établissements de loisirs; compagnies d'assurance.

Priorité : Utiliser les émissions de télévision et les commerciaux pour transmettre aux personnes âgées des messages sur l'activité physique et le plaisir et les bienfaits qu'elle procure, de même que pour leur faire pratiquer une activité physique tout en regardant la télévision.

Orientation stratégique : Sensibilisation et information du public.

Objectif général : Mobiliser les gens dans leur foyer et leur communauté.

Principaux partenaires : Stations de télévision; Fondation des maladies du cœur et autres organismes de santé; Coalition d'une vie active pour les aîné(e)s; sociétés associées.

Autres secteurs prioritaires :

- Hausser le financement disponible pour réorganiser et accroître la commercialisation sociale des activités physiques importantes.
- Assurer un emploi uniforme de la terminologie et des messages (p.ex., activité physique plutôt que conditionnement physique). Se reporter au *Guide d'activité physique canadien*.
- Améliorer la collaboration entre le gouvernement fédéral et les groupes communautaires en assurant l'échange d'information et en réduisant le chevauchement des initiatives.
- Atténuer les préoccupations relatives à la sécurité liées à l'activité physique chez les aînés, aussi bien par le biais des messages transmis qu'en créant des conditions sûres dans lesquelles les aînés puissent prendre part à des activités physiques (assurer, par exemple, l'enlèvement de la neige et de la glace dans les rues).

A.5 Stratégies d'ensemble

Le cinquième groupe s'est penché sur les quatre grandes questions discutées à l'atelier, afin de définir les secteurs prioritaires et de suggérer des stratégies susceptibles d'avoir des retombées sur la vieillesse en santé en général. Ces priorités ont ensuite été regroupées selon l'orientation stratégique.

Sensibilisation et information du public

Les participants ont entre autres soulevé les points suivants en ce qui a trait à la sensibilisation et à l'information du public.

- Les aînés ne se sentent pas soutenus, en raison d'un manque d'information ou d'un manque d'efficacité sur le plan de la diffusion et de l'accessibilité.
- Beaucoup d'aînés craignent de faire de l'exercice après 70 ans.
- Il faut mettre en évidence les attitudes âgistes. Nous vivons dans une société orientée vers la jeunesse et des recherches doivent être effectuées afin d'examiner l'incidence de telles attitudes sur le point de vue que se font les gens du vieillissement.
- Les aînés doivent prendre part à toutes les initiatives de sensibilisation et d'information ayant trait à une vieillesse en santé, particulièrement au niveau de la planification stratégique.
- Nous devons éviter de considérer les aînés comme un groupe homogène; ils ont besoin de stratégies adaptées aux besoins particuliers de divers sous-groupes. Ainsi, par exemple, le niveau d'incapacité ou de capacité fonctionnelle d'un aîné détermine ses besoins – certains se portent bien, d'autres sont frêles, d'autres vivent en institution.
- Il faut confronter l'attitude complaisante des aînés vis-à-vis des questions de santé. Pour ce faire, nous avons besoin d'information percutante qui permette de contrer l'ignorance, la complaisance et le déni.
- L'accessibilité est une question clé. Souvent, les aînés n'ont pas les moyens de demeurer actifs ou sont incapables de se rendre dans les centres pour personnes âgées.
- Beaucoup de programmes sont administrés par des bénévoles, et le nombre de bénévoles est à la baisse.

- Le gouvernement doit investir dans les programmes axés sur une vieillesse en santé. La durabilité des fonds destinés aux programmes pour les aînés a posé un problème jusqu'ici.

Politiques gouvernementales et législation

Les participants sont d'avis que les questions entourant les politiques gouvernementales et la législation devraient être examinées en ayant en tête le slogan suivant : « Voir grand, ou s'abstenir ». En d'autres termes, il faut apporter des changements significatifs aux politiques; sinon autant ne rien faire du tout. Les participants s'entendent pour dire que des ressources concrètes devraient être affectées aux secteurs où il y a des besoins, de la survie de base à la réalisation de soi. Ils ont établi la nécessité d'un « plan directeur national sur le vieillissement », qui pourrait inclure :

- une représentation au niveau du Cabinet.
- le rétablissement au niveau fédéral d'un ministre d'État responsable des aînés.
- une « Loi sur les Canadiens âgés ».
- du personnel rémunéré et des incitatifs pour les bénévoles.
- des logements abordables pour les aînés.
- l'affectation de 1 % des profits des compagnies pharmaceutiques aux questions liées à la vieillesse en santé.
- le rétablissement du programme ParticipACTION.
- des encouragements financiers (p.ex., des allègements fiscaux) pour mode de vie sain.

Action communautaire

- Il faut intéresser et habiliter davantage les aînés.
- Il n'y a pas assez de centres de soins ou d'endroits abordables où puissent se rendre les aînés, outre les centres de jour; il serait préférable aussi que quelqu'un y soit disponible pour parler avec les aînés.
- Les aînés qui jouissent d'une grande visibilité devraient défendre les intérêts des personnes âgées.
- Il faut régler le problème du manque de fonds pour la coordination des initiatives locales.
- Il faut faire un meilleur usage des programmes des collèges et universités, y compris de la collaboration entre les écoles et la communauté.

Information et sensibilisation des professionnels

- Les questions de santé et les aspects sociaux liés au vieillissement doivent être abordés dans le cadre des programmes d'études postsecondaires de base. À l'heure actuelle, vieillir en santé est considéré comme un « plus ». Ces questions devraient faire partie intégrante de la formation des médecins, infirmières et autres professionnels de la santé.
- Porter la question de la vieillesse en santé à l'ordre du jour des organismes professionnels, de manière à informer et à préparer les praticiens.
- Mobiliser les liens entre les professionnels et les dispensateurs de soins (p.ex., les enfants et les conjoints).
- S'assurer que les professionnels de la santé sont au courant des questions qui touchent les aînés.

- Faciliter l'entraide; offrir des incitatifs aux professionnels pour qu'ils dispensent de l'aide.
- La santé mentale est une priorité : les aînés ne peuvent bien s'alimenter ou faire de l'exercice s'ils sont déprimés; il est difficile de trouver de l'aide en cas de deuil dans les communautés rurales, et il faudrait remédier à cela.

Développement des connaissances

- Le financement des projets de recherche pourrait dépendre de la participation d'aînés, du transfert de connaissances et de la « mise en marché » des connaissances acquises.
- Inclure des aînés dans l'équipe de recherche ainsi que dans la planification et la diffusion.

Autres commentaires

- La question d'une vieillesse en santé ne devrait pas être prise de façon isolée, mais en tant qu'aspect de l'ensemble du système de santé.
- Voici une « trichotomie » utile : aînés en santé; aînés frêles; aînés placés en institution.
- La vieillesse en santé est l'affaire de tous.
- Certains aînés ont besoin d'apprendre à mieux communiquer; ils doivent poser des questions et exiger des réponses.