



# Bulletin intérimaire

# Aînés au Canada 2003

**Conseil consultatif national sur le troisième âge**



Gouvernement  
du Canada

Conseil consultatif national  
sur le troisième âge

Government of  
Canada

National Advisory Council  
on Aging

Canada



# **Bulletin intérimaire**

## **Aînés au Canada 2003**

**Conseil consultatif national sur le troisième âge**

## Pour plus d'information :

Conseil consultatif national sur le troisième âge  
IA : 1908 A1  
OTTAWA (Ontario)  
K1A 1B4

Tél : (613) 957-1968  
Télec : (613) 957-9938  
Courriel : [seniors@hc-sc.gc.ca](mailto:seniors@hc-sc.gc.ca)  
Internet : <http://www.ccnta.ca>

*La Division du vieillissement et des aînés de Santé Canada fournit le soutien administratif au Conseil consultatif national sur le troisième âge.*

Cette publication peut être fournie, sur demande, dans des formats de substitution. On peut aussi la consulter ou l'imprimer à partir du site Internet du CCNTA.

©Ministre des Travaux publics et Services  
gouvernementaux Canada, 2003  
Cat : H88-3/29-2003F  
ISBN : 0-662- 89681-5

Also available in English: *Interim Report Card: Seniors in Canada 2003*

# Le Conseil consultatif national sur le troisième âge

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) a été créé par décret le 1<sup>er</sup> mai 1980, afin d'aider le ministre de la Santé et de le conseiller sur les questions du vieillissement de la population canadienne et de la qualité de vie des aînés. Le Conseil étudie les besoins et les problèmes des aînés, recommande des mesures correctives, assure la liaison avec les autres groupes intéressés au vieillissement, favorise les discussions avec le grand public, et publie et diffuse de l'information sur le vieillissement.

Le Conseil est composé d'au plus dix-huit membres provenant de toutes les régions du Canada. Les membres sont choisis en raison de leur intérêt et de leur expertise dans le domaine du vieillissement. Ils font bénéficier le Conseil de leur expérience, de leurs préoccupations et de leurs compétences.

## Les membres du CCNTA (Octobre 2003)

### Présidente

Patricia Raymaker      Calgary, Alberta

### Membres

Lloyd Brunes	Hay River, Territoires du Nord-Ouest
Bubs Coleman	Saskatoon, Saskatchewan
Mary Cooley	Halifax, Nouvelle-Écosse
Jean Claude Duclos	Montréal, Québec
Michael Gordon	Toronto, Ontario
Don Holloway	Marystown, Terre-Neuve
Reg MacDonald	Miramichi Bay, Nouveau-Brunswick
Gérald Poulin	Ottawa, Ontario
Ruth Schiller	Osoyoos, Colombie-Britannique
Yvette Sentenne	Montréal, Québec
Mohindar Singh	Winnipeg, Manitoba
Joyce Thompson	Charlottetown, Île-du-Prince-Édouard

# Table des matières

<b>Avant-propos</b> . . . . .	<b>vii</b>
<b>1. Quel est l'état de santé des aînés?</b> . . . . .	<b>1</b>
<b>2. Le système de santé dessert-il bien les aînés?</b> . . . . .	<b>5</b>
<b>3. Quelle est la situation économique des aînés?</b> . . . . .	<b>13</b>
<b>4. Le milieu soutient-il les aînés de façon convenable?</b> . . . . .	<b>19</b>
<b>5. Les aînés participent-ils pleinement à la société?</b> . . . . .	<b>23</b>
<b>Le dernier mot</b> . . . . .	<b>27</b>
<b>Notes/Références</b> . . . . .	<b>31</b>



# Avant-propos

Comment se portent les aînés du Canada?

Pour répondre à cette question, le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) a publié en 2001 le premier *Bulletin : Aînés au Canada*. Dans ce Bulletin, on mesurait le bien-être des aînés en fonction de leur **état de santé**, de leur **accès à des soins de qualité**, de leur **situation financière**, de leurs **conditions de vie** et de leur **participation au sein de la société**. Pour chacun de ces secteurs, le Conseil accordait une note et identifiait des priorités d'intervention. Le prochain Bulletin, qui paraîtra en 2006, évaluera les progrès réalisés en cinq ans.

Entretemps, pour s'assurer que les problèmes identifiés reçoivent une attention constante, le CCNTA publie ce bulletin intérimaire. Puisqu'il s'agit d'un examen des progrès, aucune note n'est attribuée. Il s'agit plutôt d'une mise à jour des informations et d'un examen des tendances et politiques nouvelles prometteuses – ou préoccupantes – pour les aînés. Le prochain Bulletin complet attribuera de nouvelles notes pour les divers secteurs.

En 2001, 3,9 millions des 30 millions de Canadiens avaient 65 ans et plus. Les aînés sont le groupe d'âge qui s'accroît le plus rapidement au Canada : l'augmentation de 360 000 aînés depuis le recensement de 1996 équivaut à la population d'une ville canadienne de taille moyenne comme London, en Ontario, ou Halifax, en Nouvelle-Écosse. Les questions qui touchent les aînés devraient se retrouver parmi les plus hautes priorités de tous les gouvernements.

Le Bulletin de 2001, le présent Bulletin intérimaire 2003 et ceux qui suivront sont en quelque sorte un outil de surveillance du vieillissement de la population et des questions touchant les aînés canadiens. Le Conseil invite les gouvernements de tous les paliers, les organisations d'aînés, les organismes bénévoles et tous les groupes qui s'intéressent aux aînés et au vieillissement de la population à utiliser cet outil pour établir leurs priorités d'intervention et de revendication.

A handwritten signature in blue ink that reads "Pat Raymaker". The signature is fluid and cursive, with the first letters of "Pat" and "Raymaker" being capitalized and prominent.

Patricia Raymaker  
Présidente

*Nous serons heureux de recevoir les commentaires et suggestions de nos lecteurs relativement aux Bulletins du CCNTA, dans l'espoir de mettre au point un outil de plus en plus performant pour influencer positivement la situation des aînés du Canada.*

# 1

**Quel est  
l'état de  
santé des  
aînés?**

# Quel est l'état de santé des aînés?

## Priorités d'intervention

Dans le *Bulletin – Aînés au Canada* que le CCNTA publiait en 2001, trois priorités d'intervention avaient été identifiées en matière de la santé des aînés : la prévention des blessures, la promotion de l'activité physique ainsi que la prévention du suicide – particulièrement chez les hommes.

## Information nouvelle ou mise à jour

- Bien que la population des 65 ans et plus ait augmenté de 3,7 % entre 1997 et 1999, les admissions à l'hôpital indiquent que les aînés ont été victimes d'un peu moins de blessures accidentelles en 1999-2000 (73 113) qu'en 1997-1998 (73 595), ce qui représente une baisse d'environ 0,7 %<sup>1</sup>. La situation est semblable au chapitre des chutes (voir Graphique 1).
- En 2000-2001, on a constaté chez les aînés de 65 à 74 ans une amélioration dans le niveau d'activité physique : 51,1 % ont déclaré être inactifs alors que le pourcentage était de 54,7 % en 1998-1999. Par ailleurs, 63,3 % des personnes de 75 ans et plus étaient inactives physiquement en 2000-2001, ce qui est supérieur aux 62,5 % de 1998-1999<sup>2</sup>.
- Le taux de suicide chez les hommes de 85 ans et plus a chuté entre 1997 et 1998, passant de 34,3 à 31,0 pour 100 000 hommes<sup>3</sup>.

## Observations

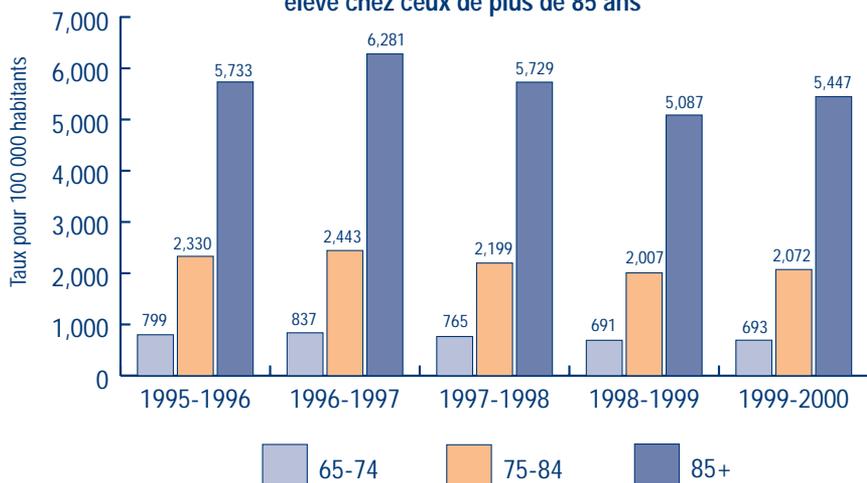
- Il y a eu de légers progrès dans les trois secteurs : une baisse du nombre de blessures accidentelles et de chutes, une diminution continue de l'inactivité physique déclarée chez les aînés de 65 à 74 ans et une baisse constante du taux de suicide chez les hommes de 85 ans et plus.
- Le Conseil se préoccupe cependant du nombre toujours élevé de chutes chez les aînés.
- L'inactivité physique persiste chez les 75 ans et plus, malgré le fait qu'une activité même modérée procure aux aînés de tous les âges des bienfaits indéniables aux plans physique et mental. Passer d'un mode de vie sédentaire à l'habitude de l'activité physique modérée peut contribuer de façon significative à l'amélioration de la santé.
- Le maintien, chez les hommes de 85 ans et plus, de taux de suicide plus élevés qu'au sein des autres groupes d'âge pose depuis longtemps un problème, qui n'a pas encore retenu l'attention requise.

## Nouveaux secteurs prometteurs ou préoccupants

- L'espérance de vie des aînés continue de s'accroître et l'état de santé qu'ils déclarent<sup>4</sup>, de même que certains aspects liés à leur santé mentale, montrent des améliorations. Pourtant, parallèlement à cela, le pourcentage d'aînés qui se disent aux prises avec de sérieuses maladies chroniques, comme le diabète, l'hypertension et l'arthrite ou le rhumatisme, est à la

hausse. En outre, plus d'ainés que de personnes des autres groupes d'âge contractent de nouvelles maladies infectieuses comme le virus du Nil occidental et le Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) ou décèdent des suites de ces maladies. Le CCNTA s'attend à ce que les ministres de la Santé accordent une attention spéciale aux besoins des Canadiens âgés dans le cadre de l'élaboration de la Stratégie pancanadienne de promotion de modes de vie sains, et de mesures d'intervention en santé publique visant à réagir aux nouvelles maladies infectieuses.

**GRAPHIQUE 1. Le nombre de chutes nécessitant une hospitalisation a diminué chez l'ensemble des aînés, mais il demeure élevé chez ceux de plus de 85 ans**



Sources : Institut canadien d'information sur la santé. « National Trauma Registry ». Ottawa : 1998-2002; et Santé Canada. « Données sur les blessures au Canada : décès (1997) et hospitalisations (1996-1997) ». Ottawa : 1999.

# 2

**Le système  
de santé  
dessert-il  
bien les  
aînés?**

# Le système de santé dessert-il bien les aînés?

## Priorités d'intervention

Du point de vue de l'accessibilité, de l'intégralité, de l'efficacité, de la pertinence et de la satisfaction des usagers, le Bulletin de 2001 soulignait qu'il n'y avait pas encore suffisamment d'information pour évaluer dans quelle mesure les aînés sont bien desservis par le système de santé. Cette situation a changé, puisque à la suite d'initiatives fédérales, provinciales et territoriales récentes visant à accroître l'imputabilité du système de santé, de nouvelles études font la lumière sur l'accès aux services de santé par les aînés et sur leur degré de satisfaction face aux soins reçus. Nous disposons également d'information sur les pratiques de prescription des médicaments, ainsi que sur l'accessibilité des soins spécialisés en gériatrie, le coût des médicaments d'ordonnance et l'intégralité des soins à domicile.

## Information nouvelle ou mise à jour

- En 2001, un très fort pourcentage d'aînés (95,9 %) déclaraient avoir un médecin de famille régulier; leur accès à un médecin dépassait la moyenne observée chez l'ensemble des Canadiens (87,7 %)⁵.

- Moins d'ainés que de Canadiens de 15 à 64 ans se sont plaints d'avoir attendu trop longtemps pour obtenir des soins en 2000-2001. (voir Graphique 2)<sup>6</sup>.
- Un très fort pourcentage d'ainés (90,2 %) ont qualifié d'excellente ou de très bonne la qualité globale des services de santé reçus au cours des 12 derniers mois. Il s'agit du pourcentage le plus élevé parmi tous les groupes d'âge; il est suivi par celui des Canadiens de 45 à 64 ans (87,2 %)<sup>7</sup>.
- En 2000, on comptait 144 gériatres<sup>8</sup> au Canada, malgré un besoin estimé de 481. On prévoit que ce nombre sera passé à 198 en 2006, mais que le besoin sera alors de 538 gériatres<sup>9</sup>. Le Canada compte 0,44 gériatres pour 100 000 habitants, comparativement à 2,1 en Israël et à 3,4 aux États-Unis. (La norme préconisée par le Royal College of Physicians of London (Angleterre) est d'environ deux pour 100 000<sup>10</sup>.)
- Les ainés dépensent plus pour les médicaments que les autres groupes d'âge, malgré les plans d'assurance provinciaux et territoriaux. Au Manitoba, par exemple, les données de 1999-2000 montrent que les ainés de cette province dépensent quatre fois plus (par personne) que leurs cadets pour les médicaments d'ordonnance – 708 \$ comparé à 177 \$<sup>11</sup>.
- Bien qu'une bonne part de cette différence soit largement attribuable au fait que les ainés prennent plus de médicaments, le coût élevé des médicaments y est aussi pour quelque chose : les prix de détail des médicaments ont augmenté chaque année depuis 1997<sup>12</sup>.

- Les aînés qui ne comptent que sur les sources formelles de soins à domicile reçoivent beaucoup moins d'heures de services d'assistance que ceux qui se fient au soutien informel<sup>13</sup> ou à une combinaison d'aide formelle et informelle. En 1996, les aînés qui comptaient exclusivement sur des sources formelles ont déclaré n'avoir reçu que 1,8 heures d'aide par semaine, comparativement aux 3,5 heures déclarées par les personnes ayant bénéficié de sources d'aide informelles et aux 6,5 heures de celles ayant reçu à la fois du soutien formel et du soutien informel<sup>14</sup> (voir Graphique 3). Plus le soutien reçu par les aînés était formel, plus ils avaient de besoins non comblés en matière d'aide pour les activités de la vie quotidienne<sup>15</sup>.
- En Colombie-Britannique, le retrait des services d'entretien ménager aux clients des soins à domicile ayant des besoins réduits a entraîné une détérioration de leur état de santé, tel que mesuré par la hausse des taux d'hospitalisation, d'admission en établissement et de décès<sup>16</sup>.

## Observations

- La grande majorité des aînés considèrent que les soins médicaux et hospitaliers de base qu'ils reçoivent sont accessibles et de bonne qualité. Mais les évaluations subjectives ne disent rien sur l'à-propos des soins ou leur efficacité. Ces critères ne peuvent être évalués qu'en examinant les soins administrés en regard de normes de pratiques exemplaires reconnues ainsi que les résultats des traitements. Un grand nombre de médicaments ne sont pas prescrits selon ces normes d'ordonnance et d'efficacité.

- Des études objectives des soins à domicile confirment que depuis longtemps, beaucoup de bénéficiaires, de dispensateurs de services et d'observateurs se plaignent des restrictions des services à domicile et des effets perturbants qu'elles ont eus pour bien des aînés, de même que du fait que les services assurés ne répondent pas toujours entièrement aux besoins.
- Beaucoup d'aînés dépensent plus qu'avant pour les médicaments d'ordonnance dont ils ont besoin. Cette hausse des montants déboursés pour les médicaments peut avoir des conséquences néfastes sur la santé des aînés à revenu faible ou modeste<sup>17</sup>. On s'inquiète particulièrement du fardeau financier de plus en plus grand que constituent les médicaments pour les « quasi-aînés » (c.-à-d. les personnes de 55 à 64 ans), qui ont de plus en plus de problèmes de santé nécessitant la prise de médicaments mais dont certains ne sont couverts par aucun régime d'assurance gouvernemental ou privé.
- L'une des tendances inquiétantes est la pénurie de médecins spécialisés dans les soins aux aînés ayant des besoins complexes. Cet intérêt est partagé par l'Association médicale canadienne et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, qui se disent préoccupées par la pénurie prévue de médecins et de personnel infirmier en mesure de dispenser des soins à une population vieillissante.

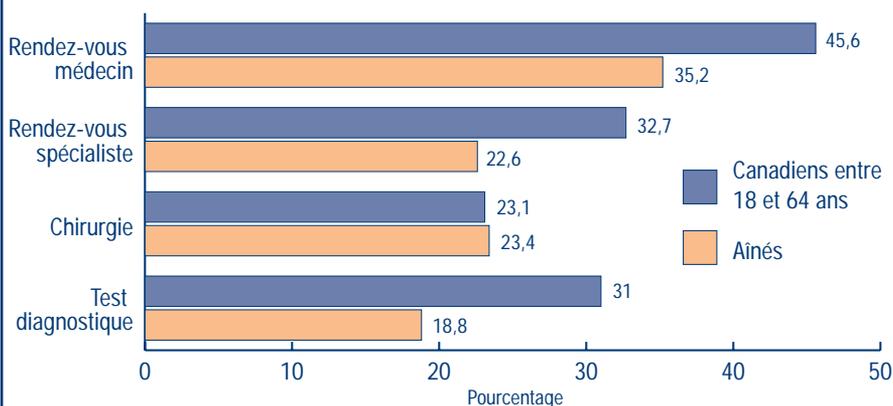
## **Nouveaux secteurs prometteurs ou préoccupants**

- L'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé fournit certaines

orientations des plus nécessaires et prévoit de nouveaux investissements dans les soins de santé primaires, l'aide financière pour les médicaments onéreux, les services de base pour les soins actifs à court terme à domicile, y inclus en santé mentale et en fin de vie. L'investissement de nouvelles sommes devrait permettre aux provinces et aux territoires de consacrer plus de ressources aux soins prolongés, dont la clientèle est surtout constituée d'ainés. Le Conseil surveillera de près les améliorations de ce volet des soins à domicile.

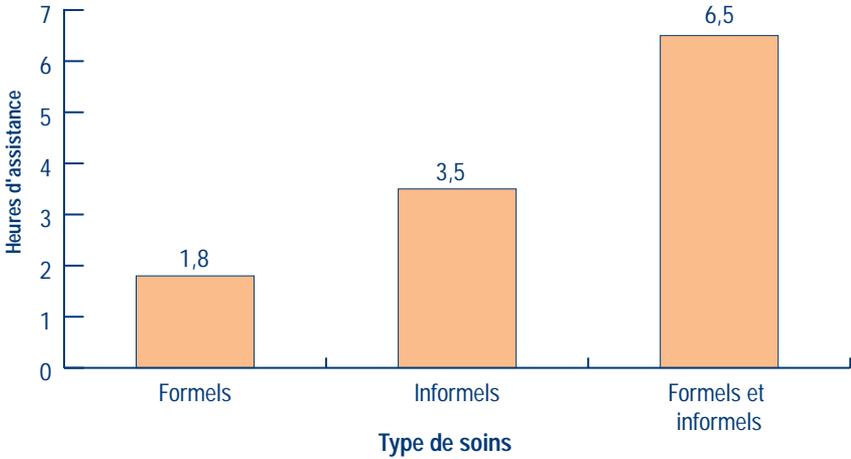
- De plus en plus de rapports font état de l'insuffisance du financement gouvernemental et de la mauvaise qualité des soins dispensés dans les établissements de soins prolongés, alors que les coûts pour les résidents augmentent dans certaines juridictions. Le CCNTA abordera cette question plus en détails dans son prochain Bulletin.

**GRAPHIQUE 2. Moins d'ainés que de jeunes Canadiens ont dit avoir attendu trop longtemps pour recevoir la plupart des services de santé en 2001**



Source : Groupe d'analyse et de mesure de la santé. « Accès aux services de soins de santé au Canada, 2001 ». Ottawa : Statistique Canada, 2002.

**GRAPHIQUE 3. Les aînés n'ayant reçu que des soins formels à domicile en 1996 ont bénéficié d'un moins grand nombre d'heures d'assistance**



Source : Lafrenière, Sylvie, Carrière, Yves, Martel, Laurent et Bélanger, Alain. « Personnes âgées à domicile - sources d'aide ». *Rapports sur la santé*. Vol. 14, N° 4. Statistique Canada : 2003. (N° de cat. 82-003)



# 3

**Quelle est  
la situation  
économique  
des aînés?**

# Quelle est la situation économique des aînés?

## Priorités d'intervention

Dans son Bulletin de 2001, le CCNTA avait conclu qu'au chapitre de la situation économique, des interventions étaient nécessaires auprès des aînés vivant seuls, plus particulièrement des femmes, étant donné que le pourcentage de faible revenu chez elles est plus élevé que chez le reste des aînés.

## Information nouvelle ou mise à jour

- Le pourcentage des femmes âgées seules ayant un faible revenu (après impôt) a décliné, passant de 22,0 % en 1998 à 21,0 % en 2000, tandis qu'il demeurerait stable, aux environs de 17,0 %, chez les hommes<sup>18</sup>.
- Le revenu moyen après impôt des femmes âgées seules est passé de 18 960 \$ en 1999 à 19 299 \$ en 2000<sup>19</sup> (voir Graphique 4).
- Les hommes âgés seuls déclaraient un revenu moyen après impôt de 22 025 \$ en 2000 par rapport à 22 725 \$ en 1999<sup>20</sup>.

## Observations

- L'augmentation du revenu moyen après impôt des femmes âgées seules est une bonne nouvelle, mais elle illustre à quel point bon nombre de ces femmes se trouvent près du seuil de la pauvreté tel que défini par les seuils de faible revenu (SFR) après impôt.
- Bien que les hommes âgés seuls aient un revenu moyen après impôt sensiblement plus élevé que leurs homologues de sexe féminin, leur perte de revenu net après impôt mérite qu'on y prête attention.

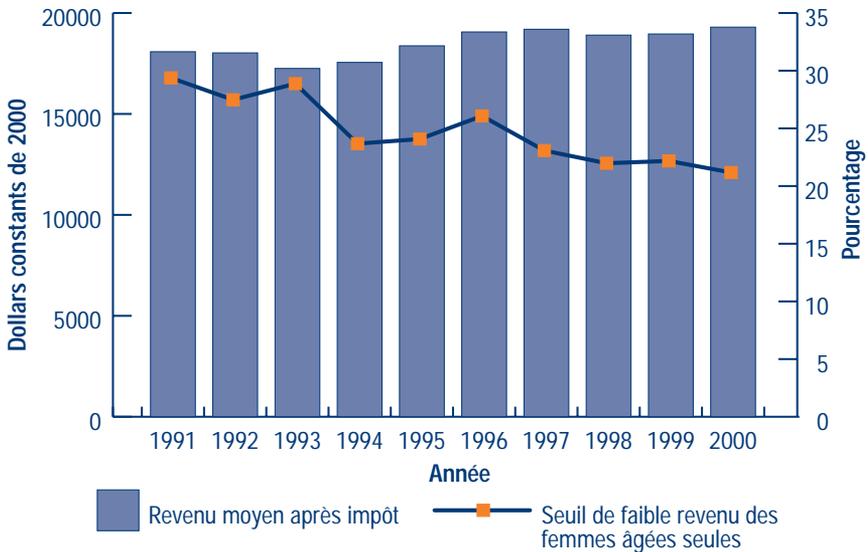
## Nouveaux secteurs prometteurs ou préoccupants

- Le revenu des familles d'ainés perd du terrain par rapport aux autres groupes d'âge. Entre 1991 et 2000, le revenu moyen après impôt des familles d'ainés a baissé de 553 \$ (passé de 39 764 \$ à 39 211 \$) alors que celui des familles plus jeunes a augmenté de 6 585 \$ (passé de 50 635 \$ à 57 220 \$)<sup>21</sup>.
- La majorité des aînés continuent d'avoir de très modestes revenus. Bien que le pourcentage des aînés ayant un revenu suffisamment bas pour bénéficier du Supplément de revenu garanti (SRG) ait chuté au cours de la dernière décennie, encore 36 % des bénéficiaires de la Sécurité de la vieillesse dépendent aussi du SRG. On relève entre les provinces et territoires d'énormes différences dans le pourcentage d'ainés bénéficiaires du SRG; l'écart s'étend de 66 % à Terre-Neuve et au Labrador à 28 % en Ontario. Près de deux bénéficiaires du SRG sur trois sont toujours des femmes. Qui plus est, à mesure que s'accroît la population des 65 ans et

plus, le nombre d'aînés qui doivent se fier au Supplément pour boucler leur budget est à la hausse : on comptait en 2003 quelque 137 000 bénéficiaires du SRG de plus qu'en 1993<sup>22</sup>.

- Ces tendances témoignent du fait que beaucoup d'aînés ont peu, ou n'ont pas de marge de manoeuvre financière pour absorber l'augmentation du coût de la vie. Le coût d'un grand nombre de produits et services essentiels a augmenté, comme l'énergie, les taxes foncières, les primes d'assurance, les médicaments et les régimes d'assurance-médicaments de certaines provinces. Le fléchissement des marchés financiers depuis 2001 a aussi réduit sensiblement les revenus des aînés provenant d'investissements.
- Le gouvernement fédéral déploie des efforts plus vigoureux en vue de rejoindre les aînés à faible revenu qui sont admissibles au SRG mais n'en ont pas encore fait la demande. Le CCNTA rendra compte des tendances en matière de participation au programme de SRG dans son Bulletin de 2006.

**GRAPHIQUE 4. Une faible hausse du revenu moyen après impôt des femmes âgées seules les amène au-dessus du seuil de faible revenu (SFR)**



Source : Division des statistiques sur le revenu. « Revenu au Canada, 2000. »  
Ottawa : Statistique Canada, 2002. Fondé sur le SFR de 1992.



# 4

**Le milieu  
soutient-il  
les aînés  
de façon  
convenable?**

# Le milieu soutient-il les aînés de façon convenable?

## Priorités d'intervention

Le *Bulletin – Aînés au Canada* de 2001 avait identifié deux défis prioritaires en ce qui a trait au soutien et à la sécurité des aînés : l'accroissement de la disponibilité de logements locatifs abordables afin de réduire le besoin impérieux de logements et la réduction des taux de victimisation liée aux crimes économiques.

## Information nouvelle ou mise à jour

- Selon les statistiques sur la fraude téléphonique de PhoneBusters, les Canadiens de plus de 60 ans ont été victimes de près de 90 % des cas de fraude déclarés en 2001, comparativement à environ 77 % en 1999<sup>23</sup>.

## Observations

- Les données de PhoneBusters ne représentent que le nombre d'appels effectués à cette organisation pour signaler une fraude téléphonique, et il s'agit probablement d'une sous-estimation de la prévalence

réelle du télémarketing trompeur. Les taux plus élevés observés chez les Canadiens âgés peuvent indiquer deux choses : les aînés sont les principales victimes de ce type d'acte criminel, ou encore ils connaissent davantage PhoneBusters et sont disposés à signaler qu'ils ont été la cible d'escrocs.

- L'information sur les besoins en matière de logement tirée du Recensement 2001 n'est pas encore disponible<sup>24</sup>.

## **Nouveaux secteurs prometteurs ou préoccupants**

- Depuis 2001, le gouvernement fédéral a investi environ un milliard de dollars afin de stimuler la création de logements plus abordables et il a signé avec toutes les provinces et les trois territoires des ententes relatives à la mise en oeuvre de la première phase du programme (680 \$ millions). En plus de fournir un plus grand nombre de logements abordables aux Canadiens à faible revenu en général, cette initiative a permis la construction de logements pour personnes âgées dans certaines juridictions. Le CCNTA surveillera l'incidence de ce programme sur le pourcentage d'aînés ayant un besoin impérieux de logement.
- Davantage d'aînés, surtout parmi les plus âgés, vivent seuls. Bien que beaucoup d'aînés préfèrent conserver leur autonomie, vivre seul peut être associé à plus de solitude, à des besoins quotidiens non comblés et à de plus grands risques quant à leur sécurité personnelle. Il existe un besoin croissant de nouveaux choix de logements qui peuvent offrir aux aînés vivant seuls des services de qualité pour combler leurs besoins d'aide

fonctionnelle à mesure qu'ils deviennent frêles ou invalides. La sélection d'une résidence pour aînés est très problématique puisqu'il n'existe aucun processus ou normes pour assurer la qualité des services – soit par réglementation ou certification – ce qui fait qu'il existe des résidences de haute qualité et d'autres qui sont tout simplement affreuses.

- En partenariat avec d'autres intervenants, la Société canadienne d'hypothèques et de logement joue un rôle important dans l'identification et la promotion d'un plus large éventail de choix de logements pour les aînés. Néanmoins, le CCNTA a conclu en 2002 dans *La position du CCNTA sur le logement-services pour les aînés* que le gouvernement fédéral devait investir davantage afin d'encourager de nouvelles initiatives qui répondent aux besoins de plus en plus criants.

# 5

**Les aînés  
participent-ils  
pleinement  
à la société?**

# Les aînés participent-ils pleinement à la société?

## Priorité d'intervention

Le *Bulletin – Aînés du Canada* de 2001 considérait prioritaire l'abolition de la retraite obligatoire à 65 ans dans les provinces où elle est toujours en vigueur.

## Information nouvelle ou mise à jour

- L'Ontario a annoncé son intention de rendre illégale la retraite obligatoire, sauf si elle est négociée, en modifiant la définition de l'âge contenue dans le *Code des droits de la personne* et dans d'autres lois.

## Observations

- La discrimination fondée sur l'âge demeure une norme d'exclusion des aînés dans les provinces où les politiques de retraite obligatoire fondée sur l'âge sont toujours légales. Ces provinces sont la Colombie-Britannique, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, la Saskatchewan ainsi que Terre-Neuve et le Labrador<sup>25</sup>.

## Nouveaux secteurs prometteurs ou préoccupants

- Les Canadiens âgés rattrapent rapidement les plus jeunes en ce qui a trait à l'utilisation d'Internet pour communiquer et obtenir de l'information, et leur taux d'inscription à des activités éducatives formelles a augmenté. Étant donné que notre société devient plus complexe et qu'elle dépend davantage d'un accès facile et rapide à l'information, il est primordial que les aînés aient la possibilité de mettre à jour leurs connaissances et leurs compétences afin de participer pleinement.
- Toute proportion gardée, moins d'aînés font du bénévolat qu'il y a quelques années mais ceux qui en font y consacrent davantage d'heures. Il vaut la peine de suivre les tendances à ce chapitre, étant donné que l'engagement continu des bénévoles âgés contribue au bien-être de la société aussi bien qu'à leur propre bien-être.
- L'activité des aînés sur le marché du travail est à la baisse depuis quelques années; par ailleurs, le pourcentage d'aînés qui cherchent activement un travail rémunéré a légèrement augmenté. Moins il y a d'aînés dans le milieu de travail, plus ceux qui désirent – ou qui ont besoin – d'un emploi rémunéré risquent d'en être exclus dans la pratique. Pour qu'il soit plus facile aux aînés de demeurer au sein de la population active, il faut mettre sur pied des initiatives visant explicitement à encourager l'apprentissage continu, l'acquisition de compétences et l'établissement d'un équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle.



# **Le dernier mot**

# Le dernier mot

Des changements positifs sont survenus dans certains domaines depuis la parution du *Bulletin : Aînés au Canada* de 2001. Une province de plus interdira sous peu la retraite obligatoire à 65 ans. Certains aspects de la santé et de la sécurité des aînés ont aussi connu de légères améliorations. Nous disposons maintenant de beaucoup plus d'information sur la perception du public relativement au rendement de notre régime de santé, mais la prudence est de rigueur pour ce qui est de son interprétation. Lorsque les gens évaluent leur degré de satisfaction par rapport aux soins reçus, ils le font sans savoir si ces soins répondent à des normes de qualité objectives. On sait très peu, en fait, de l'efficacité des soins dans la plupart des domaines, et particulièrement des soins destinés aux aînés (bien que certaines données connues relatives à la prescription des médicaments soient inquiétantes). Il existe aussi de sérieuses lacunes dans notre connaissance des soins dispensés à domicile et dans les établissements de soins de longue durée, qui desservent les aînés les plus frêles et les moins revendicateurs de notre société.

Le Conseil réitère la recommandation qu'elle a faite dans *En attendant Romanow...* (2002) voulant qu'un tiers indépendant des gouvernements procède à la vérification de l'efficacité et de la qualité des soins de santé. Il faut, dans les plus brefs délais, une plus grande imputabilité des gouvernements puisque sans données probantes, ces derniers ne subissent aucune pression politique pour améliorer les services de santé.

## **Il y a pourtant suffisamment de preuves pour justifier des mesures dès maintenant :**

Pour ce qui est de l'état de santé des aînés, il faut des activités de promotion de la santé et de prévention de la maladie pour contrôler les taux croissants de maladies chroniques évitables et pour aider les aînés atteints à gérer efficacement leur condition. Les mesures visant les aînés doivent inclure un meilleur accès aux soins à domicile (et un meilleur rendement de ceux-ci), ainsi que l'augmentation du nombre de professionnels de la santé pour soigner les aînés.

## **Certaines tendances doivent être examinées et surveillées afin de prévoir l'orientation à donner aux politiques :**

La situation économique précaire des femmes âgées seules est un problème de longue date, mais celle des hommes âgés seuls et des familles d'aînés commence également à retenir l'attention. Il faudrait évaluer l'impact de la hausse des coûts des produits et services essentiels sur la situation économique des aînés vulnérables. Il serait aussi nécessaire d'examiner la situation des aînés vivant seuls ou dans des maisons de retraite et des établissements de soins de longue durée. Enfin, il faudrait examiner de plus près les taux de participation des aînés aux activités professionnelles rémunérées et aux activités bénévoles, surtout si la tendance à la baisse se maintient.

Au cours de la dernière décennie, le gouvernement fédéral a mis au point des initiatives importantes relativement au bien-être des aînés et au vieillissement de la population canadienne : la réforme des pensions, le renouvellement du système de santé et la création des Instituts canadiens de

recherche en santé – Institut sur le vieillissement. Quoiqu'il s'agisse de mesures positives, le gouvernement fédéral **a failli** à son engagement électoral de promouvoir le vieillissement sain, a réduit son appui aux programmes communautaires et aux organismes d'aînés, et n'a démontré aucun leadership pour ce qui est de la mise en oeuvre au Canada du *Plan international d'action sur le vieillissement (Madrid)* établi par les Nations Unies<sup>26</sup>. De nouvelles initiatives en matière de vie saine, de soins de santé, de logement abordable et d'apprentissage permanent peuvent contribuer à améliorer éventuellement la santé et le bien-être des aînés mais il existe un danger de négliger les besoins particuliers des aînés en adoptant une approche générique et des programmes « à taille unique ».

Le gouvernement fédéral semble croire qu'il a trouvé les solutions au « problème du vieillissement démographique », mais les mesures prises à ce jour sont insuffisantes. Sans un réel leadership fédéral – particulièrement en ce qui a trait à l'implantation chez nous du *Plan international d'action sur le vieillissement* de l'ONU, **le Canada** ne pourra répondre aux besoins de bien des aînés canadiens et **sera mal préparé à l'augmentation considérable de la population des aînés qui se produira dans à peine huit ans.**

# Notes/Références

- 1 Institut canadien d'information sur la santé. *National Trauma Registry 2001 Report – Major Injury in Canada*. Ottawa : 2001, pp.13,18.
- 2 Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé. *Indicateurs de la santé*. 2002, « Activité physique durant les loisirs, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, 2000-2001 », [http://www.statcan.ca:80/francais/freepub/82-221-XIF/01002/tables/pdf/2165\\_f.pdf](http://www.statcan.ca:80/francais/freepub/82-221-XIF/01002/tables/pdf/2165_f.pdf).
- 3 Lindsay, Colin. *Un portrait des aînés au Canada*. Troisième édition. Ottawa : Statistique Canada, 1999. Cat. 85-519XPF.
- 4 Par « état de santé déclaré » on entend l'opinion que se font les aînés de leur propre santé comme étant excellente, très bonne, bonne, assez bonne ou mauvaise. L'état de santé déclaré est généralement considéré comme un bon indicateur de la santé d'une personne.
- 5 Groupe d'analyse et de mesure de la santé. *Accès aux services de soins de santé au Canada, 2001*. Ottawa : Statistique Canada, 2002. Cat. 82-575-XIF. L'analyse supplémentaire basée sur l'âge a été faite par la Division du vieillissement et des aînés de Santé Canada, Unité de développement des connaissances.
- 6 *Ibid.*
- 7 Santé Canada. *Les Canadiens en santé – Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé*. Ottawa : 2002. Cat. H21-206/2002, p. 82.
- 8 *Un gériatre est un médecin spécialisé en médecine gériatrique, c.a.d. dans les problèmes et les maladies liés à la vieillesse.*
- 9 Hogan, David B. « Human Resources, Training and Geriatrics ». *Geriatrics Today*. Vol. 4, N° 1, février 2001, p.8.
- 10 MacKnight, Chris et al. « Response to the Romanow Report ». *Geriatrics Today*. Vol. 6, N° 1, février 2003, p. 13.
- 11 Currie, R.J. « Drug prescribing in Manitoba: How appropriate is it? ». Rapport sommaire de *Pharmaceuticals: Focussing on Appropriate Utilization*. Manitoba Centre for Health Policy. Bulletin de juin 2003.
- 12 Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. *Rapport annuel du CEPMB pour l'exercice 2002*. Ottawa : 2003.
- 13 *Les soins informels sont ceux dispensés par la famille et les proches; les soins formels sont dispensés par du personnel payé, provenant d'organismes à but lucratif, ou non-lucratif.*

- 14 Lafrenière, S., Carrière, Y., Martel, L., et Bélanger, A. « Personnes âgées à domicile – sources d'aide ». *Rapports sur la santé*. Vol. 14, N° 4, août 2003. Ottawa : Statistique Canada. Cat. 82-003.
- 15 Chen J., et Wilkins, R. *Les besoins des personnes âgées en matière d'aide personnelle*. Ottawa : Statistique Canada. Cat. 82-003. Vol. 10, N° 1, p. 48.
- 16 Hollander, Marcus, et Tessaro, Angela. « Evaluation of the Maintenance and Preventive Model of Home Care ». Rapport final à la Division des soins à domicile et des produits pharmaceutiques, Santé Canada. Victoria : Hollander Analytical Services, 2001.
- 17 Tamblyn, Robyn et al. « Adverse Events Associated with Prescription Drug-cost Sharing among Poor and Elderly Persons ». *Journal of the American Medical Association*, 2001. Vol 285, N° 4, pp. 421-429.
- 18 Division de la statistique du revenu. *Le revenu au Canada, 2000*. Ottawa : Statistique Canada, 2002. Cat. 75-202-XIF. (La valeur des dollars est calculée en dollars constants de 2000).
- 19 *Ibid.*
- 20 *Ibid.*
- 21 *Ibid.*
- 22 Développement des ressources humaines Canada. *Bulletin Statistique – Régime de pensions du Canada Sécurité de la vieillesse* (les données de 2003 sont basées sur les cinq premiers mois).
- 23 Phonebusters. *Statistics on Phone Fraud*.  
[http://www.phonebusters.com/Eng/Statistics/canada\\_stats1\\_2002.html](http://www.phonebusters.com/Eng/Statistics/canada_stats1_2002.html). Tables 2001, 2002.
- 24 *On dit d'un ménage qu'il a un besoin impérieux de logement lorsque son logement est en deçà d'au moins une des normes établies pour la salubrité, la convenance ou l'abordabilité et que ce ménage devrait déboursier 30 % ou plus de son revenu brut pour payer le coût moyen du loyer pour un autre logement sur le marché qui satisfait aux normes établies.*
- 25 Développement des ressources humaines Canada. « La conciliation travail-vie dans les milieux de travail canadiens », dans le site Web : [www.labour.hrdc-drhc.gc.ca](http://www.labour.hrdc-drhc.gc.ca).
- 26 Le Plan a été élaboré en 2002 lors de l'Assemblée mondiale sur le vieillissement, à Madrid. Voir le site Internet : <http://www.un.org/french/esa/socdev/ageing/waa/>