

LA SANTÉ DES CANADIENS ÂGÉS

Nancy Miller Chenier
Division des affaires politiques et sociales

Novembre 1993



Bibliothèque
du Parlement

Library of
Parliament

**Direction de la
recherche parlementaire**

La Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement travaille exclusivement pour le Parlement, effectuant des recherches et fournissant des informations aux parlementaires et aux comités du Sénat et de la Chambre des communes. Entre autres services non partisans, elle assure la rédaction de rapports, de documents de travail et de bulletins d'actualité. Les attachés de recherche peuvent en outre donner des consultations dans leurs domaines de compétence.

**THIS DOCUMENT IS ALSO
PUBLISHED IN ENGLISH**

TABLE DES MATIÈRES

	Page
INTRODUCTION	1
QUI SONT LES PERSONNES ÂGÉES ET DE QUELS FACTEURS DÉPEND LEUR SANTÉ	2
A. Âge.....	3
B. Facteurs socio-économiques	6
C. Sexe.....	7
D. Ethnicité.....	9
E. État civil.....	11
F. Situation géographique.....	12
QUELS SONT LES EFFETS DES BESOINS DES PERSONNES ÂGÉES SUR LES SERVICES DE SANTÉ.....	12
A. Augmentation des besoins en services.....	12
B. Financement des services.....	13
C. Organisation des services.....	14
COMMENT EST-IL POSSIBLE DE RÉPONDRE AUX BESOINS DES PERSONNES ÂGÉES EN MATIÈRE DE SANTÉ À LONG TERME	17
A. Services officiels.....	19
B. Services non-officiels.....	20
CONCLUSION.....	23
BIBLIOGRAPHIE.....	24



CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

LA SANTÉ DES CANADIENS ÂGÉS

INTRODUCTION

... la santé n'est pas qu'une question d'âge⁽¹⁾.

Qui sont les personnes âgées et de quels facteurs dépend leur état de santé? En quoi et pourquoi leurs besoins en matière de santé diffèrent-ils des personnes des autres groupes d'âge? Dans le présent document, nous traitons des conséquences qu'ont les réponses à ces questions et à d'autres sur la politique en matière de santé ainsi que de l'orientation particulière qu'il faut prendre pour répondre aux inquiétudes d'une population vieillissante dans ce domaine. Nous y soulignons les efforts déployés partout au Canada pour assurer des services et évaluer dans quelle mesure ils répondent efficacement aux besoins des personnes âgées, dont le nombre est à la hausse.

Dans les années 80, appliquant les notions élargies de santé et conscients que le vieillissement, associé à d'autres changements sociaux, fait naître des exigences particulières, les gouvernements de tout le Canada ont admis la nécessité de coordonner des politiques gouvernementales saines pour relever les défis que pose une évolution sociale rapide et irréversible⁽²⁾. Ces politiques à l'intention des personnes âgées doivent tenir compte non seulement des questions de santé habituelles, mais aussi des stratégies sociales et économiques qui favorisent une plus grande équité pour la population vieillissante.

Au Canada, le rapport Lalonde de 1974 a été le premier dans lequel ont été recommandés des objectifs ou des stratégies en matière de santé. Dans le cas des personnes

-
- (1) Santé et Bien-être social Canada, *Action Santé : les aîné(e)s*, Ottawa, Approvisionnement et Services Canada, 1989, p. 5.
- (2) Jake Epp, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, *La Santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, Ottawa, Approvisionnement et Services Canada, 1986, p. 10.

âgées, il était envisagé que l'accent soit mis non sur la guérison des maladies, mais sur les soins nécessités par les maladies chroniques. L'approche globale était double : M. Lalonde proposait, d'une part, que les risques pour la santé mentale et physique des groupes (comme les personnes âgées) perçus comme les plus vulnérables soient limités et, d'autre part, que les soins de santé destinés à ces groupes soient améliorés⁽³⁾. Dix ans plus tard, le rapport Epp cernait trois grands défis nationaux : corriger les injustices, accroître les mesures de prévention et améliorer la capacité des personnes de faire face à leur situation. Les besoins propres aux personnes âgées devaient être satisfaits au moyen de trois mécanismes de promotion de la santé (initiatives personnelles en matière de santé, entraide et salubrité du milieu) qui devaient être mises en oeuvre avec la participation du public, de services de santé communautaire renforcés et d'une saine politique gouvernementale bien coordonnée⁽⁴⁾. En outre, plusieurs commissions provinciales, groupes de travail et conseils de la santé ont proposé des mesures pour atteindre des objectifs pour les personnes âgées, en mettant l'accent sur les ressources financières et humaines ainsi que sur l'organisation et la gestion des services de santé dans le contexte du vieillissement démographique⁽⁵⁾.

QUI SONT LES PERSONNES ÂGÉES ET DE QUELS FACTEURS DÉPEND LEUR SANTÉ?

La notion de « santé » a évolué au fil des temps à mesure que l'on acquérait une meilleure compréhension des facteurs clés qui influent sur l'état de santé. L'Organisation mondiale de la santé a élargi le sens du terme : « un état de complet bien-être physique, mental et social et non simplement l'absence de maladie ». Cette idée a été davantage élaborée dans la Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé, en 1986; dans cette Charte, la santé est conçue comme une ressource de la vie quotidienne pour laquelle les conditions et les ressources fondamentales sont la paix, le logement, l'éducation, l'alimentation, le revenu, un écosystème stable, des ressources renouvelables, la justice sociale et l'équité.

(3) Marc Lalonde, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, Ottawa, 1974, p. 70-77.

(4) Epp (1986).

(5) Douglas Angus, *Compte rendu des commissions d'enquête et d'étude significatives en soins de santé au Canada depuis 1983-1984*, Association des hôpitaux du Canada, Association médicale canadienne et Association des infirmières et infirmiers du Canada, 1991.

À mesure que l'on a compris les facteurs qui influent sur la santé, on s'est beaucoup éloigné de l'hypothèse voulant que l'état de santé s'améliore au gré de l'accroissement des soins de santé. La santé des personnes âgées dépend non seulement de la prestation de soins, dans un cadre officiel ou non officiel, mais aussi de facteurs qui ont joué pendant toute leur vie : logement, alimentation, profession ou activité quotidienne, tabagisme, consommation d'alcool ou d'autres substances et qualité de l'environnement. Ainsi, des facteurs de l'environnement physique et du milieu social des personnes âgées auront déterminé leur état de santé au moment où elles atteignent 60 ans et ils continueront de le déterminer par la suite.

Les personnes âgées vivent plus longtemps et en meilleure santé grâce à des mesures de prévention comme une hygiène plus rigoureuse, des vaccins efficaces et une alimentation plus saine et à des traitements qui font appel à la pharmacologie et à la technologie. En dépit des progrès réalisés dans les domaines de la santé publique, de l'éducation, du niveau de vie, des sciences et de la technologie, des disparités subsistent entre divers groupes, au sein de la population âgée, et des facteurs comme l'âge, les conditions socio-économiques, le sexe, l'ethnicité et l'état civil ont tous une incidence sur la santé.

A. Âge

L'Assemblée mondiale sur le vieillissement, convoquée par les Nations unies à Vienne en 1982, a fixé à 60 ans le début de la vieillesse⁽⁶⁾. Cette limite inférieure a été établie avant tout pour des raisons de commodité, comme moyen de donner à tous un point de référence commun dans les discussions sur les personnes âgées. Pour ce qui est des aspects pratiques, physiologiques et psychologiques, ce choix est discutable. Au Canada, c'est l'âge de 65 ans qui est utilisé dans la collecte des données statistiques; dans le présent document, il constitue donc le premier point de référence le plus couramment utilisé. En 1991, on comptait 3,2 millions de personnes de 65 ans et plus au Canada. Ce groupe représentait 12 p. 100 de la population, en progression sur les 10 p. 100 d'il y a dix ans⁽⁷⁾.

Quelle que soit la limite fixée, les personnes considérées comme âgées ne forment pas un groupe homogène. Le vieillissement biologique est un processus continu qui va de la

(6) Nations Unies, *Plan international d'action de Vienne sur le vieillissement*, New York, Nations Unies, 1983.

(7) Statistique Canada, *Âge, sexe et état matrimonial*, n° de catalogue 93-310, Ottawa, Industrie, Sciences et Technologie, 1992, p. 1.

naissance à la mort et qui varie considérablement d'une personne à l'autre. L'âge est l'un des principaux facteurs qui déterminent la nature et l'importance des besoins d'une personne en matière de santé et sur le plan social, mais, au sein de la population âgée, les plus jeunes et les plus vieux ont toute une vie derrière eux et ont subi l'influence de différents événements économiques, sociaux et politiques.

Les observateurs parlent aujourd'hui de trois catégories de personnes âgées : celles de 65 à 75 ans sont les « jeunes vieux », celles de 75 à 85 ans sont les « vieux d'âge moyen » et enfin celles de plus de 85 ans sont les « très vieux ». Selon les données du recensement de 1991, le groupe d'âge des plus de 65 ans a augmenté de 17,5 p. 100 entre 1986 et 1991, tandis que le groupe des 75 ans et plus, celui qui fait le plus appel aux services de santé, s'est accru de 21,7 p. 100⁽⁸⁾.

Le fait que certaines maladies dépendent de l'âge, c'est-à-dire que leurs origines et leur développement sont directement liés à l'âge, n'est pas sans importance; on trouve dans cette catégorie la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, les accidents cérébro-vasculaires et l'ostéoporose. La présence de ces maladies impose deux conclusions : il faut trouver des moyens de prévention et il faut que les services existants s'adaptent de manière à lutter contre ces maladies. Ainsi, il est possible de prévenir l'ostéoporose, qui frappe environ 25 p. 100 des femmes ménopausées. Il faut accorder à cette maladie une plus grande attention, étant donné que les « fractures de la hanche dues à l'ostéoporose causent le décès dans 12 p. 100 à 20 p. 100 des cas et un handicap chez 75 p. 100 des survivantes »⁽⁹⁾.

La maladie d'Alzheimer, dégénérescence progressive qui entraîne la démence, est un autre exemple qui fait ressortir la nécessité de changements. Le plus souvent, la maladie apparaît après 65 ans, et l'incidence augmente avec l'âge, passant de 3 p. 100 entre 65 et 74 ans à un maximum de 47,2 p. 100 pour les personnes de plus de 84 ans⁽¹⁰⁾. Il y a perte de mémoire, suivie d'une lente désintégration de la personnalité et de la maîtrise des fonctions physiques; aux derniers stades de la maladie, le patient a besoin de soins infirmiers complets.

(8) *Ibid.*

(9) Conseil consultatif national sur le troisième âge, « Un bref portrait des aîné-e-s au Canada – Principales causes de décès? », *Vignette vieillissement #7*, Ottawa, 1993.

(10) Daniel Brassard, *La maladie d'Alzheimer*, BP-335F, Ottawa, Service de recherche, Bibliothèque du Parlement, mai 1993, p. 3.

Compte tenu du vieillissement de la population, la maladie d'Alzheimer posera des difficultés énormes dans le domaine de la santé et sur les plans social et juridique. Il a été dit que, sur le front social, il faudra une aide accrue pour les dispensateurs de soins et un partage plus judicieux des ressources entre de meilleurs services au foyer et les soins en établissement. Certaines questions juridiques se posent, comme celles des procurations et de l'euthanasie volontaire. Au nombre des problèmes de santé, notons le manque d'établissements pour les soins à long terme, notamment des établissements spécialisés pour les victimes de la maladie d'Alzheimer, et la nécessité de faire des recherches et de former les médecins et les infirmiers et les infirmières dans ce domaine⁽¹¹⁾.

Il y a d'autres maladies chroniques qui sont de longue durée et qui gagnent lentement en gravité. Les personnes de plus de 60 ans sont considérées comme une « population à risque » en ce qui concerne, par exemple, les maladies cardio-vasculaires, le cancer, l'arthrite, le rhumatisme et le diabète, autant de maladies qui peuvent être liées au processus de vieillissement⁽¹²⁾. Dans une enquête réalisée en 1985 auprès des Canadiens âgés, 55 p. 100 des répondants ont dit souffrir d'arthrite-rhumatisme, 39 p. 100 d'hypertension et 24 p. 100 de problèmes respiratoires⁽¹³⁾. L'orientation actuelle des services médicaux et institutionnels ne convient pas toujours bien aux maladies où certaines fonctions sont atteintes, mais non profondément perturbées.

Les personnes âgées ne sont pas un groupe homogène, pas plus en matière de santé qu'en ce qui concerne les autres aspects de leur vie. Au Canada, environ 80 p. 100 des personnes de 65 ans et plus disent souffrir d'au moins une condition chronique, mais seulement 20 p. 100 d'entre elles déclarent être limitées dans leurs activités quotidiennes au point d'avoir besoin d'aide⁽¹⁴⁾. La moitié de toutes les personnes de 75 à 84 ans déclarent avoir un handicap; au-delà de 85 ans, la proportion passe à 75 p. 100.

(11) *Ibid.*, p. 15.

(12) Lalonde (1974), p. 62.

(13) Conseil consultatif national sur le troisième âge, « Un bref portrait des aîné-e-s au Canada : Sont-ils en santé? Pendant combien de temps? » *Vignette vieillissement #6*, 1993.

(14) *Ibid.*

B. Facteurs socio-économiques

Le revenu moyen des hommes et des femmes diminue après 55 ans, et la fréquence de faible revenu augmente⁽¹⁵⁾. Les personnes seules de 65 ans et plus, particulièrement les femmes, comptent parmi les Canadiens les plus pauvres. Certaines maladies sont étroitement liées à la situation socio-économique. Ainsi, l'Enquête santé Canada de 1979 a révélé que, parmi les femmes de 70 ans et plus, le taux d'hypertension chronique était le plus faible dans le groupe socio-économique le plus privilégié et le plus élevé chez les plus défavorisées⁽¹⁶⁾.

L'Enquête promotion santé Canada de 1985 a révélé que, tout comme chez les Canadiens plus jeunes, l'évaluation que les personnes âgées font elles-mêmes de leur état de santé varie énormément en fonction du milieu social et économique et non seulement de l'âge. Selon cette enquête, « ceux de la classe moyenne supérieure ont beaucoup plus tendance à évaluer leur santé comme excellente ou très bonne que ceux appartenant au groupe des pauvres ou des très pauvres. À l'inverse, les gens très pauvres ont cinq fois plus tendance à évaluer leur santé comme moyenne ou mauvaise ». De plus, 40 p. 100 des adultes de 65 ans et plus, chez les très pauvres, ont indiqué des limites d'activité, contre seulement 11 p. 100 dans la classe moyenne supérieure⁽¹⁷⁾.

L'Enquête promotion santé a aussi mis en lumière une très forte relation entre le niveau des études, d'une part, et la santé auto-évaluée, la limitation des activités et le bonheur, d'autre part. Ainsi, chez les plus de 65 ans, 34 p. 100 de ceux qui ont fait des études primaires ou moins ont dit que leur santé était moyenne ou mauvaise, alors que la proportion n'était que de 7 p. 100 chez ceux qui ont fait des études supérieures. On a avancé que « les inégalités en matière de santé entre les gens ayant peu d'instruction et ceux en ayant plus tiennent peut-être moins à l'instruction qu'aux emplois occupés par la suite »⁽¹⁸⁾.

Les gains moyens avant la retraite semblent également avoir une influence très claire sur la santé après 65 ans. Dans une étude réalisée à partir des données du Régime de

(15) Statistique Canada, *Certaines statistiques du revenu*, Ottawa, Industrie, Sciences et Technologie, 1993, p. 2 et 4.

(16) Leroy Stone et Susan Fletcher, *Le boom du troisième âge : Hausses considérables de la longévité et meilleures perspectives de santé*, Ottawa, Approvisionnement et Services Canada, 1986, chapitre 4.9.

(17) Santé et Bien-être social Canada, *Le rapport action santé : les aîné(e)s*, Approvisionnement et Services, Ottawa, 1988, p. 18-19.

(18) Santé et Bien-être social Canada, *Le rapport action santé : les aîné(e)s*, p. 20.

pensions du Canada, on a établi une relation très nette entre les gains moyens au cours des 30 années précédant la retraite et les taux de décès après la retraite. Les hommes aux gains moyens les plus bas risquaient deux fois plus de décéder entre 65 et 70 ans que ceux des groupes les mieux nantis⁽¹⁹⁾. D'autres études ont montré que l'espérance de vie des personnes habitant dans les quartiers les plus pauvres de Montréal est de neuf ans inférieure à celles des habitants de quartiers mieux nantis⁽²⁰⁾.

C. Sexe

Au Canada, l'espérance de vie à la naissance s'est accrue de façon constante entre 1975 et 1985. Elle est passée de 70,2 à 73,1 ans pour les hommes et de 77,5 à 79,7 ans pour les femmes. On prévoit que, d'ici 2011, elle sera de 84 ans pour ces dernières et de 77 ans pour les hommes⁽²¹⁾. Parmi les personnes âgées, les femmes sont plus nombreuses que les hommes; en 1991, on comptait 138 femmes pour 100 hommes dans le groupe des 65 ans et plus. Chez les personnes âgées de 85 ans et plus, il y a plus de deux fois plus de femmes que d'hommes⁽²²⁾.

La plus longue durée de vie des femmes multiplie leurs problèmes d'accès aux ressources nécessaires à leur santé, y compris l'alimentation, le logement et les services. En 1991, 52 p. 100 des « principaux soutiens de ménage » (c'est-à-dire la personne qui, dans le ménage, contribue le plus à payer le logement) de 75 ans et plus étaient des femmes⁽²³⁾. Les femmes âgées sont souvent plus pauvres que les hommes âgés. Selon l'Enquête promotion santé, environ 57 p. 100 des femmes de plus de 65 ans sont pauvres ou très pauvres, alors que la proportion est de seulement 47 p. 100 chez les hommes⁽²⁴⁾. Comme les femmes ont une situation sociale et politique inférieure à celle des hommes, elles ont moins facilement accès aux

(19) M.C. Wolfson, G. Rowe, J.F. Gentlemen et M. Tomiak, *Career Earnings and Death: A Longitudinal Analysis of Older Canadian Men*, Toronto, Institut canadien de recherches avancées, PHPWP.12, 1991.

(20) Cité par Maureen Baker, *La condition des personnes âgées*, BP-164F, Service de recherche, Bibliothèque du Parlement, Ottawa, décembre 1988, p. 8.

(21) Conseil consultatif sur le troisième âge, « ... Sont-ils en santé? Pendant combien de temps? », *Vignette vieillissement #6*, Ottawa, 1993.

(22) Statistique Canada, *Âge, sexe et état matrimonial* (1992), p. 2.

(23) Statistique Canada, *Logements et ménages*, n° de catalogue 93-311, Industrie, Sciences et Technologie, Ottawa, 1992, p. 1.

(24) Santé et Bien-être social Canada, *Le rapport action santé : les aîné(e)s*, p. 17.

ressources, notamment en matière de santé. Les femmes qui sont le plus exposées à éprouver des problèmes de cette nature sont celles qui ont plus de 80 ans et habitent dans des centres urbains.

Comme les femmes sont plus nombreuses dans les groupes les plus âgés, elles forment une partie importante de la population exposée aux maladies qui exigent des soins en établissement, notamment la démence, les maladies coronaires et artérielles et les affections squeletto-musculaires. En 1991, les femmes représentaient plus de la moitié de la population de 65 à 74 ans vivant dans des logements collectifs institutionnels; dans le groupe des 75 ans et plus, elles constituaient les trois quarts de la population vivant dans ce type de logement⁽²⁵⁾.

Dans le groupe des 65 ans et plus, cependant, les taux d'hospitalisation entre 1980-1981 et 1985-1986 étaient plus élevés pour les hommes que pour les femmes⁽²⁶⁾. Cette donnée soulève des questions sur les différences dans les soins médicaux dispensés aux hommes et aux femmes. À l'assemblée annuelle de l'American College of Cardiology, en 1993, des chercheurs ont fait remarquer que les femmes souffrant de troubles cardiaques étaient traitées différemment des hommes par les médecins et au moyen de thérapies conçues avant tout pour les hommes⁽²⁷⁾. De plus en plus, on prend conscience que « les femmes n'ont pas été bien servies par la médecine et le système de soins de santé »⁽²⁸⁾.

Tant les hommes que les femmes sont victimes de maladies liées à l'âge, mais les accidents cérébro-vasculaires sont un exemple intéressant pour mettre en lumière la différence que l'âge peut faire. On a fait remarquer : « Le risque relatif d'AVC [accident vasculaire cérébral] est plus élevé pour les hommes dans tous les groupes d'âge. Toutefois, à cause du plus grand nombre de femmes dans les groupes d'âge avancé et à cause de l'augmentation marquée de l'incidence des AVC avec l'âge, un plus grand nombre de femmes que d'hommes meurent d'un AVC. Seize pour cent des femmes mourront d'un AVC alors que seulement 8 p. 100 des hommes mourront de cette affection »⁽²⁹⁾.

(25) Statistique Canada, *Logements et ménages*, 1992, p. 13.

(26) Statistique Canada, *Un portrait des aînés au Canada*, Ottawa, Approvisionnement et Services, 1990.

(27) Daniel Haney, « Heart Treatments for Men Not as Useful for Women », *The Ottawa Citizen*, 18 mars 1993, p. A6.

(28) Carolyn Green, « Group Will Monitor Women's Health Studies », *Medical Post*, 30 mars 1993, p. 19 (traduction).

(29) Mary Gordon, « Série de monographies sur les maladies liées au vieillissement : III. Les accidents vasculaires cérébraux », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 14, n° 3, été 1993, p. 75.

Si les mauvais traitements ne sont pas le lot exclusif des femmes âgées, elles en sont les plus fréquentes victimes. Comme problème social, les mauvais traitements infligés aux personnes âgées ne reçoivent toujours pas beaucoup d'attention. Pourtant, ces mauvais traitements, qu'ils soient physiques, psychologiques ou matériels ou qu'ils tiennent de la simple négligence, peuvent avoir des effets terribles sur la santé et le bien-être des personnes âgées. Le problème se pose aussi bien dans le domaine de la santé que sur les plans juridique et social, et il nécessite une conception, une stratégie bien coordonnées.

D. Ethnicité

L'ethnicité a, de plusieurs manières, un retentissement sur l'état de santé. Certaines études ont mis en évidence des différences dans la fréquence de certaines maladies liées à l'âge entre les divers groupes raciaux. Ainsi, la maladie de Parkinson est moins fréquente chez les Noirs que chez les Blancs aux États-Unis, tandis que les cas de maladies cérébro-vasculaires sont plus nombreux chez les Chinois et les Japonais que dans la population des pays occidentaux⁽³⁰⁾. Certaines études ont porté sur les problèmes qu'éprouvent les personnes âgées de groupes ethniques à obtenir les services de santé de la majorité parce qu'elles ne parlent ni l'anglais, ni le français. De plus, les habitudes, les attentes et les préférences en matière de santé, chez les personnes âgées de certains groupes ethniques, peuvent différer de façon appréciable de celles de l'ensemble de la population canadienne⁽³¹⁾.

Bien des personnes qui changent de pays ou passent d'une culture à une autre éprouvent des problèmes de stress, mais les personnes âgées sont particulièrement exposées aux difficultés d'adaptation. En 1991, la majorité de la population des immigrants avait moins de 65 ans, mais près de 800 000 personnes, soit quelque 20 p. 100 de la population, avaient plus de 65 ans⁽³²⁾. D'après un rapport sur les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés accueillis au Canada, les nouveaux venus qui sont âgés ont des besoins particuliers : « Ils restent

(30) Judith Seidman-Ripley, « Série de monographies sur les maladies liées au vieillissement : II. Maladie de Parkinson », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 14, n° 2, printemps 1993, p. 44 et Gordon (1993), p. 75.

(31) Association canadienne de santé publique, *Rapport de l'Atelier national sur l'ethnicité et le vieillissement*, Ottawa, 1988.

(32) Statistique Canada, *Immigration et citoyenneté*, Industrie, Sciences et Technologie, Ottawa, 1992, p. 66.

une minorité isolée dans chaque communauté ethnoculturelle et dépendent financièrement, socialement et psychologiquement des plus jeunes membres de leur famille »⁽³³⁾.

L'effet de l'immigration sur l'utilisation des services de santé n'est pas clairement documenté. Selon certaines études, les immigrants âgés cherchent et utilisent les services des médecins généralistes plus que les personnes âgées nées au Canada, mais ils sont moins portés à utiliser les services vers lesquels ils sont aiguillés⁽³⁴⁾. Les efforts déployés pour modifier le programme d'étude des facultés de médecine et offrir des services hospitaliers adaptés aux besoins des groupes ethnoculturels doivent également tenir compte des besoins propres aux immigrants âgés⁽³⁵⁾.

Les personnes âgées constituent un segment plus faible de la population autochtone que ce n'est le cas dans l'ensemble de la population canadienne. En 1986, 10 p. 100 de la population canadienne avait 65 ans ou plus, mais la proportion n'était que de 4 p. 100 chez les autochtones⁽³⁶⁾. Toutefois, il y aura peut-être croissance du groupe des 65 ans et plus en raison de l'augmentation de l'espérance de vie et des modifications apportées à la *Loi sur les Indiens*, qui permettent la réintégration de certains adultes dans la population indienne. Les plus fortes concentrations d'Indiens se trouvent dans les quatre provinces de l'Ouest (60 p. 100) et en Ontario (23 p. 100). Les Inuit vivent surtout dans les Territoires du Nord-Ouest, tandis que les Métis habitent principalement au Manitoba, en Saskatchewan et en Alberta⁽³⁷⁾.

Au Canada, les autochtones âgés éprouvent de nombreux problèmes de santé qui contribuent à faire diminuer l'espérance de vie de l'ensemble de la population : « Entre 1976 et 1986, l'espérance de vie à la naissance des Indiens inscrits de sexe masculin est passée de 59,8 ans à 63,8 [sic] et de 66,3 à 71 ans pour les femmes. [...] En 1987, on a évalué à 66 ans

(33) Groupe chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada, *Puis... La porte s'est ouverte*, Ottawa, Approvisionnement et Services, p. 93.

(34) *Ibid.*, p. 96.

(35) Olga Lechky, « Health Care System Must Adapt to Meet Needs of Multicultural Society, MDs Say », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 146, n° 12, 15 juin 1992, p. 2210-2212, et Olga Lechky, « Cultural Awareness Part of the Health Care Agenda at Toronto Hospital », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 146, n° 12, 15 juin 1992, p. 2212-2214.

(36) Conseil consultatif national sur le troisième âge, « Un bref portrait des aîné-e-s au Canada – Aîné-e-s autochtones? D'ethnies différentes? », *Vignette vieillissement #3*, Ottawa, 1993.

(37) Santé et Bien-être social Canada, Direction des services médicaux, *La Santé des autochtones au Canada*, Ottawa, Approvisionnement et Services, 1992.

l'espérance de vie pour les Inuit des Territoires du Nord-Ouest »⁽³⁸⁾. Les autochtones canadiens souffrent de maladies qu'il est souvent possible de prévenir. La pauvreté, une alimentation déficiente et des logements insalubres contribuent à aggraver les problèmes de diabète et de tuberculose, maladies qui préoccupent plus particulièrement toute la population autochtone, et de maladies de l'appareil circulatoire, qui sont la première cause de décès chez les autochtones de plus de 65 ans.

E. État civil

Parmi les facteurs sociaux plus généraux, l'état civil de la personne âgée a été liée aux besoins en services de santé et sociaux. Comme le taux de divorce est à la hausse au Canada et que les femmes vivent plus longtemps, une forte proportion de personnes âgées vivent seules, sans le soutien d'un conjoint. Selon un rapport de l'OCDE, « [c]ette évolution a son importance, car le taux de placement en institution des couples mariés, qui peuvent s'aider mutuellement, est beaucoup plus faible »⁽³⁹⁾.

Pour les femmes qui dépendaient du soutien économique de leur conjoint, la vie comme personne seule pose encore plus de problèmes. Au Canada, au moment du recensement de 1991, plus des trois quarts des hommes âgés avaient une conjointe, mais moins de la moitié des femmes âgées avaient un conjoint. Alors qu'un homme sur dix était veuf, une femme sur deux était veuve⁽⁴⁰⁾. D'après les données de 1990, bon nombre de ces femmes sans conjoint avaient un faible revenu : « 38 p. 100 des femmes âgées seules avaient un faible revenu, comparativement à 26 p. 100 des hommes âgés se trouvant dans la même situation »⁽⁴¹⁾.

Le fait de vivre seul est parfois lié à l'isolement social. Les personnes qui vivent seules peuvent être privées de soutien affectif et physique aussi bien que financier. Selon certaines études, il y aurait plus de mortalité et de morbidité parmi les personnes privées de soutien social⁽⁴²⁾.

(38) *Ibid.* p. 35.

(39) Organisation de coopération et de développement économiques, *L'Avenir de la protection sociale*, OCDE, Paris, 1988, p. 54.

(40) Conseil consultatif national sur le troisième âge, « Un bref portrait des aîné-e-s au Canada – Combien sont-ils? Hommes/Femmes? Quel âge? Tous mariés? », *Vignette vieillissement #1*, Ottawa, 1993.

(41) Edward Ng, « Les enfants et les personnes âgées : le partage des ressources de l'État », *Tendances sociales canadiennes*, été 1992, p. 11.

(42) Pan American Health Organization, *Health of the Elderly: A Concern for All*, Washington (D.C.), PAHO, 1992, p. 22.

F. Situation géographique

En 1991, près du tiers des personnes âgées vivaient en zone rurale ou dans de petites villes; or, c'est là que tendent à être insuffisants les services des médecins et autres professionnels de la santé qui se spécialisent en gériatrie⁽⁴³⁾. Selon une étude manitobaine, « les personnes âgées qui habitent à l'extérieur de Winnipeg sont 1,6 fois plus exposées à être hospitalisées que celles qui vivent à Winnipeg » et « les effets régionaux de cette nature ne sont pas rares au Manitoba ». Tout en attirant l'attention sur le fait que le rapport entre le nombre de lits d'hôpital et la population plus élevé dans les collectivités rurales peut contribuer au phénomène, les auteurs de l'étude font remarquer qu'il manque de solutions de remplacement à l'hospitalisation⁽⁴⁴⁾.

QUELS SONT LES EFFETS DES BESOINS DES PERSONNES ÂGÉES SUR LES SERVICES DE SANTÉ?

A. Augmentation des besoins en services

La population mondiale vieillit. La natalité, la mortalité et les taux de migration internationale au fil des ans ont été les facteurs clés qui ont déterminé l'évolution de la structure par âge de la population. Aujourd'hui, les faibles taux de natalité et de mortalité s'allient pour faire diminuer le nombre de naissances et accroître la proportion des personnes âgées. On estime que, au Canada, le nombre de personnes de plus de 65 ans doublera au cours des 30 prochaines années.

Il a été soutenu que le vieillissement entraînera une forte augmentation de la demande de soins de santé et de services personnels⁽⁴⁵⁾. Ainsi, le vieillissement de la population veut dire qu'il y aura de plus en plus de gens souffrant de maladies liées à l'âge qui solliciteront les services mis en place pour préserver la santé et soigner les malades. En outre, l'évolution des structures familiales, alliée à une présence accrue des femmes sur le marché du travail, rendra les

(43) Thérèse Jennissen, *La santé dans le Canada rural*, BP-325F, Ottawa, Service de recherche, Bibliothèque du Parlement, décembre 1992.

(44) Neena Chappel et John Horne, *Housing and Supportive Services for Elderly Persons in Manitoba*, Ottawa, Société canadienne d'hypothèques et de logement, 1987, p. 62.

(45) Organisation de coopération et de développement économiques, *Le vieillissement démographique : conséquences pour la politique sociale*, Paris, OCDE, 1988.

choses plus difficiles pour les familles qui doivent s'occuper de parents âgés, et il sera encore plus important de prévoir des services de soutien dans la collectivité.

D'autres pensent que toute augmentation de la demande peut être liée à la prédominance actuelle des soins curatifs en établissement⁽⁴⁶⁾ plutôt qu'au seul processus de vieillissement biologique. Le « vieillissement sociogénique », c'est-à-dire le point de vue social voulant que les personnes changent profondément en vieillissant, joue également dans la perception des besoins. Certains critiques du modèle biomédical de la santé et de la maladie prétendent que cela nous a amenés à « définir l'âge comme un problème qu'il est possible de résoudre au moyen de services, essentiellement médicaux, dispensés au niveau personnel »⁽⁴⁷⁾.

Une certain nombre de raisons font que le vieillissement peut s'accompagner d'un accroissement de la demande de services. Certaines sont liées à de grands facteurs qui influent sur l'état de santé, par exemple le sexe, l'ethnicité et l'état civil; les autres se rapportent à l'état de santé physique ou mentale d'une personne âgée donnée. Certaines encore tiennent à des maladies liées à l'âge et d'autres, à la manière dont les services de santé sont financés et organisés. Ce dernier point est examiné plus en détail dans les pages qui suivent.

B. Financement des services

Au Canada, les dix provinces et les deux territoires planifient et exploitent chacun leur propre système de santé avec l'aide financière du gouvernement fédéral. La *Loi canadienne de la santé*, adoptée en 1984, réaffirme les cinq principes de base du système canadien de soins de santé : administration publique des régimes provinciaux d'assurance-maladie; assurance complète de tous les services médicalement nécessaires; application universelle; transférabilité; et accès raisonnable aux services hospitaliers et médicaux assurés. Si l'actuel régime canadien est financé par les pouvoirs publics, les services sont principalement organisés par des entités privées, les médecins et les hôpitaux. Le rôle des médecins et des hôpitaux fait l'objet d'un débat considérable; on dit qu'ils ont un rôle de première importance dans la prestation des services aux personnes âgées et qu'ils sont, dans une certaine mesure, responsables de l'accroissement de la consommation de services.

(46) Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Les relations intergouvernementales et le vieillissement de la population au Canada – Les défis à relever*, Ottawa, Approvisionnement et Services, 1991, p. 9.

(47) Neena Chappell, « Society and Essentials for Well-Being: Social Policy and the Provision of Care », *Ethics and Aging: The Right to Live, The Right to Die*, James E. Thorton et Earl R. Winkler (éd.), Vancouver, University of British Columbia Press, 1988, p. 147 (traduction).

Les faits permettent de croire que de fournir les soins aux personnes âgées selon la formule actuelle coûte plus cher que ce n'est le cas pour le reste de la population. En 1974, on dépensait 4,5 fois plus en soins pour les personnes de 65 ans et plus que pour le reste de la population. Dans le cas des personnes de 75 ans et plus, les dépenses étaient 6,7 fois plus importantes que pour les Canadiens de moins de 65 ans⁽⁴⁸⁾. Ce qu'il faut faire, c'est réorienter vers les soins à long terme et la prévention certaines des ressources affectées aux soins actifs et aux mesures curatives.

L'augmentation des coûts des soins pour les personnes âgées inquiète les gouvernements provinciaux, qui ont vu le gouvernement fédéral rajuster à sept reprises depuis 1982 la formule du Financement des programmes établis (FPÉ)⁽⁴⁹⁾. La capacité des provinces de financer non seulement les soins de base, mais aussi les soins à long terme, s'en est trouvée réduite. En 1986, on estimait que, à l'échelle nationale, les soins à long terme représentaient entre 15 et 25 p. 100 des coûts des services de santé et se situaient entre 5 et 10 milliards de dollars par année⁽⁵⁰⁾. Les établissements spécialement destinés aux personnes âgées nécessitaient des dépenses d'environ 1,3 milliard de dollars en 1982-1983 à une époque où le gouvernement fédéral versait aux provinces 73 millions de dollars à cette fin.

Outre le financement nécessaire pour les soins à long terme en établissement, il faut des fonds pour les soins au foyer et pour les mesures de réadaptation. Pour les personnes âgées, la santé ne se résume pas à l'absence de maladie; elles doivent aussi conserver leurs capacités fonctionnelles et leur autonomie. C'est pourquoi les mesures permettant aux personnes âgées de rester chez elles et les soins de réadaptation qui améliorent ou rétablissent les fonctions physiques et mentales revêtent une importance toute particulière.

C. Organisation des services

Dans la prestation des services de santé, les préoccupations au sujet des coûts l'emportent souvent sur le souci d'efficacité et d'équité. Selon certains chercheurs canadiens,

(48) Mary Anne Burke, « Conséquences du vieillissement démographique », *Tendances sociales canadiennes*, printemps 1991, p. 8.

(49) Alistair Thompson, « Financing Health Care: A Discussion Paper », *Exploring Options for Canada's Health Care System*, Ottawa, The Health Action Lobby (HEAL), 1992.

(50) S. Fletcher, L. Stone et W. Tholl, *Cost and Financing of Long term Care in Canada*, Santé et Bien-être social Canada, 1986, p. 8.

ces coûts peuvent être attribuables dans une large mesure non au déclin de l'état de santé des personnes âgées, mais plutôt à un système de soins de santé qui met l'accent sur les soins curatifs plutôt que sur la prévention, compte de façon disproportionnée sur les médecins plutôt que sur les autres dispensateurs de soins et privilégie l'hospitalisation et l'institutionnalisation plutôt que les soins au foyer⁽⁵¹⁾. Cette opinion a été réitérée au sujet des systèmes de services de santé dans tous les pays de l'OCDE. En 1988, dans un rapport de l'OCDE, on signalait qu'on « ne s'attache pas assez aux soins de longue durée pour les personnes dépendantes et souffrant de maladies chroniques, ni à la médecine préventive, ni aux effets de l'environnement et des modes de vie sur la santé, ni à l'organisation des soins dispensés en milieu non hospitalier »⁽⁵²⁾.

Est-ce l'âge lui-même ou la réaction des systèmes de soins à l'âge qui entraîne une forte hausse dans les services? Au Canada, on dit que la plupart des personnes âgées, sauf lorsqu'elles sont hospitalisées juste avant leur décès, ne font pas appel aux services médicaux plus souvent que les jeunes adultes. D'après une vaste étude réalisée au Manitoba, « environ 5 p. 100 des personnes âgées (surtout les personnes très âgées) utilisent 59 p. 100 des services de soins de santé; les services les plus chers sont dispensés juste avant le décès »⁽⁵³⁾. Il semble que d'autres facteurs que l'âge puissent être à l'oeuvre, car la fréquence des interventions chirurgicales pendant les hospitalisations est à la hausse non seulement pour les personnes âgées, mais aussi pour le reste de la population. Ainsi, les départs après intervention représentaient 37 p. 100 de tous les départs, contre 29 p. 100 en 1975. Pour les moins de 65 ans, la proportion est passée de 50 p. 100 en 1975 à 55 p. 100 en 1987⁽⁵⁴⁾.

Les médecins peuvent influencer, et le font d'ailleurs, le niveau des services dispensés, notamment le nombre de procédures et d'interventions proposées. On a dit que « 78 p. 100 de l'augmentation des coûts de santé dans les pays industrialisés au cours des 25 dernières années étaient dus au nombre de médecins et à la quantité ainsi qu'au niveau de

(51) Neena Chappell, Laurell Strain et Audrey Blandford, *Aging and Health Care, A Social Perspective*, Toronto, Nolt, Rinehart and Winston, 1986.

(52) Organisation de coopération et de développement économiques, *Le vieillissement démographique : conséquences pour la politique sociale*, Paris, 1988, p. 72.

(53) Cité dans Conseil consultatif national sur le troisième âge, « Le système canadien de soins de santé : Mythes et réalités », *Expression*, vol. 8, n° 2, printemps 1992, p. 5.

(54) Mary Beth Maclean et Jillian Oderkirk, « Les interventions chirurgicales chez les personnes âgées », *Tendances sociales canadiennes*, été 1991, p. 12.

services offerts par patient. Seulement 22 p. 100 étaient dus à des facteurs démographiques incluant le vieillissement de la population »⁽⁵⁵⁾.

Les médecins sont quant à eux influencés par les techniques médicales et les produits pharmaceutiques qui arrivent sur le marché. Voici ce que signalait un rapport de l'OCDE en 1988 : « Les progrès techniques ont fortement augmenté les possibilités de survie, mais souvent sans souci de la qualité de vie future du patient ou même de son autonomie »⁽⁵⁶⁾. Ces questions-là ne sont pas de nature médicale, et elles devraient être examinées non seulement par des médecins, mais aussi par des profanes.

La multiplication des techniques médicales soulève d'importantes questions sur leur utilisation pour maintenir et prolonger la vie. De nos jours, une intervention médicale permet d'éviter le décès dans de nombreux cas de maladies graves qui, il y a quelques décennies, auraient entraîné la mort. De difficiles questions d'éthique se posent : « Comment apprécier la valeur d'une thérapie entique nouvelle? Jusqu'à quel point faut-il recourir à des technologies coûteuses et des traitements intensifs pour maintenir en vie des personnes en phase terminale de la maladie ou des malades sénites? Dans quelle mesure de tels traitements doivent-ils être financés sur fonds publics? »⁽⁵⁷⁾.

Les médecins semblent également avoir une part de responsabilité dans la question des médicaments d'ordonnance et de la consommation excessive qu'en feraient les personnes âgées. À l'heure actuelle, au Canada, les personnes de plus de 65 ans sont les plus grands consommateurs de médicaments, et la quantité de médicaments d'ordonnance qu'ils achètent chaque année est à la hausse⁽⁵⁸⁾. Cela est au moins en partie attribuable au nombre élevé de malades chroniques, mais la croissance de l'industrie pharmaceutique et la mise au point rapide de médicaments nouveaux qui se font concurrence y sont aussi pour quelque chose. Certains observateurs avancent qu'une partie de cette consommation accrue de médicaments par les personnes âgées découle d'ordonnances excessives et d'une piètre coordination entre les professionnels de la santé.

(55) Conseil consultatif national sur le troisième âge, « Un bref portrait des aîné-e-s au Canada – Consomment des services de santé? À quel prix? », *Vignette vieillissement #10*, 1993.

(56) Organisation de coopération et de développement économiques, *L'Avenir de la protection sociale*, Paris, OCDE, 1988, p. 54.

(57) Organisation de coopération et de développement économique, *Le vieillissement démographique : conséquences pour la politique sociale*, Paris, OCDE, 1988, p. 72.

(58) Chappell, « Society and Essentials for Well-Being: Social Policy and the Provision of Care » (1988), p. 146.

Les ordonnances inconsidérées ont un double effet sur les services de santé. Premièrement, elles font croître les coûts des programmes provinciaux d'assurance-médicaments offerts gratuitement aux personnes de 65 ans et plus. Ces régimes provinciaux varient considérablement d'un bout à l'autre du pays. De façon générale, les provinces de l'Ouest ont des régimes universels auxquels ont droit tous les citoyens, tandis que, dans les provinces du centre et de l'Est, ils s'adressent uniquement aux personnes âgées et aux assistés sociaux. En Ontario, on estime que le coût annuel de ce régime pour les personnes âgées est de un milliard de dollars et qu'il augmente de 17 p. 100 par année⁽⁵⁹⁾.

La deuxième conséquence est que de 5 à 15 p. 100 des personnes âgées qui sont hospitalisées sont admises pour des problèmes liés à la consommation de médicaments : de trop nombreux médicaments, une mauvaise posologie ou des erreurs dans la prise des médicaments⁽⁶⁰⁾. Au Canada, la Coalition on Medication Use and the Elderly s'est employée à coordonner les efforts des groupes professionnels, des fabricants de médicaments, des organismes gouvernementaux et des personnes âgées pour s'attaquer au problème d'une consommation peu appropriée de médicaments d'ordonnance ou en vente libre que font de nombreuses personnes âgées.

Les questions d'efficacité et d'équité préoccupent particulièrement les personnes âgées. Notons le manque apparent de coordination entre les dispensateurs de soins, des soins inadéquats ou impersonnels, la surmédicalisation des problèmes sociaux, l'allongement des délais d'attente pour certains traitements et le recours à des techniques médicales coûteuses. Il est extrêmement difficile de mesurer les effets des approches préventive et curative pour savoir dans quelle mesure ils contribuent à la survie et à la qualité de vie des personnes âgées, et il est tout aussi difficile d'établir le coût économique des diverses approches.

COMMENT EST-IL POSSIBLE DE RÉPONDRE AUX BESOINS DES PERSONNES ÂGÉES EN MATIÈRE DE SANTÉ À LONG TERME?

La continuité est un facteur important dans la promotion de la santé et du bien-être des personnes âgées. Il arrive souvent que celles-ci entrent en contact avec les services de

(59) « Lives of Seniors At Risk,' Study Says », *Toronto Star*, 2 juillet 1992. Il est question dans l'article du Senior Citizens' Consumer Alliance for Long-Term Care Reform.

(60) « Ills and Pills: An Overview for Leaders », *Live It Up!: A Guide to Healthy Active Living in the Senior Years*, Toronto, ParticipACTION, sans date.

santé ou les services sociaux à cause de problèmes aigus nécessitant l'hospitalisation. Selon une étude récente réalisée en Saskatchewan, la province canadienne qui comptait le plus fort pourcentage de personnes âgées en 1991, beaucoup de patients âgés, dans cette province, séjournent trop longtemps à l'hôpital, et il serait préférable pour eux qu'on leur assure des soins au foyer ou des soins ambulatoires⁽⁶¹⁾.

Quant aux personnes âgées qui n'éprouvent pas de problèmes graves et qui veulent obtenir des soins de santé, les obstacles à franchir peuvent être redoutables. Les ressources en soins communautaires sont souvent mal coordonnées, mal intégrées et difficiles d'accès pour les personnes âgées ou leur famille. La clé du succès semble être de trouver un équilibre entre les soins actifs et les soins à long terme, entre les soins assurés par les services officiels et les dispensateurs de soins non officiels, entre les soins en établissement et ceux offerts à la personne âgée chez elle.

Les soins à long terme se distinguent des soins actifs par le fait qu'ils exigent des services de santé et sociaux sur une période prolongée. Plusieurs possibilités s'offrent aux personnes âgées qui ont besoin de ce type de soins à un moment donné de leur vie, en fonction de facteurs comme leur état de santé, leur situation familiale et l'endroit où elles habitent. Des services peuvent être assurés à la personne qui vit seule chez elle, avec des membres de sa famille ou des amis ou encore dans un cadre résidentiel ou institutionnel. Ce sont les services de diagnostic, de prévention, de thérapie, de réadaptation et d'aide, et ils peuvent être assurés pendant de courts laps de temps ou des périodes continues et par des dispensateurs de soins officiels ou non officiels.

Les soins au foyer sont-ils plus efficaces et moins coûteux que les services en établissement? La question n'est pas encore tranchée⁽⁶²⁾. Beaucoup d'études publiées jusqu'à maintenant ont été faites aux États-Unis, où les services gériatriques sont moins bien coordonnés et complets qu'au Canada. Le débat actuel, au pays, porte de plus en plus sur la recherche d'un équilibre entre l'efficacité par rapport aux coûts et la qualité de vie pour les Canadiens âgés⁽⁶³⁾.

(61) « Hospitals Overused, Provincial Study Finds », *Globe and Mail* (Toronto), 1^{er} juin 1993, p. A6.

(62) Michael Gordon, « Community Care for the Elderly: Is It Really Better? », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 148, n° 3, 1993, p. 393-396.

(63) Une étude faite récemment au Québec traite des évaluations quantitatives de la qualité de vie. Louise Barnard, *L'Évaluation quantitative des résultats des programmes de longue durée sur la santé, le bien-être et la qualité de vie des personnes âgées en perte d'autonomie: Aspects conceptuels et méthodologiques*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1993.

La prestation de services de santé aux personnes âgées comporte des aspects particuliers d'organisation et de structuration. Si, comme les projections démographiques l'indiquent, la croissance est particulièrement prononcée dans la catégorie des plus de 80 ans, ces personnes parfois fragiles qui utilisent le plus les soins à long terme, il faudra davantage de dispensateurs de soins officiels et non officiels pour donner une aide à long terme. Le réseau actuel de services officiels à long terme apparaît comme inefficace, mal coordonné et parfois mal adapté aux besoins des personnes âgées. Il a été soutenu que des programmes élargis de soins au foyer qui donnent davantage de soutien aux dispensateurs de soins officiels et non officiels sont peut-être le moyen le plus efficace et le moins coûteux de procurer des soins de santé aux personnes âgées⁽⁶⁴⁾.

A. Services officiels

Les dispensateurs de soins officiels sont ceux qui, contre rémunération, donnent des services aux personnes âgées, que ce soit en établissement ou dans des organismes communautaires. Ce sont par exemple les auxiliaires familiales, les diététiciennes, les médecins, les infirmières, les travailleurs sociaux et les physiothérapeutes qui peuvent se rendre au foyer ou assurer leurs services dans des hôpitaux de jour et les préposés des programmes de jour, programmes de relève et autres services communautaires.

Le Canada n'a pas de politique nationale sur les soins à long terme. Si les soins à long terme au foyer et les soins en établissement sont perçus généralement comme une continuité, leurs places relatives et la capacité de les intégrer pour répondre aux besoins en évolution des personnes âgées ne sont pas encore chose acquise. Les soins au foyer, les services de maintien à domicile et les services communautaires sont souvent perçus comme des programmes distincts les uns des autres, pour lesquels il faut payer, tandis que les établissements, plus particulièrement les hôpitaux, assurent la plupart des services gratuitement.

On estime que la stratégie la plus efficace est d'assurer les soins de santé aux personnes âgées chez elles, et, au Canada, les auxiliaires familiales sont considérées comme un élément central dans les services communautaires. De plus, il a été proposé de mieux former les médecins, les infirmières et les travailleurs sociaux en matière de prévention dans les soins primaires et d'offrir dans une plus large mesure l'ensemble des services dans les zones rurales.

(64) Commission royale de la Colombie-Britannique sur les soins et les coûts de santé, *Closer to Home*, rapport, volume 2, 1990, p. B-101.

La prestation de services de santé par des professionnels autres que des médecins peut permettre un usage plus judicieux des services existants de soins actifs et à long terme. En Colombie-Britannique, une étude sur échantillon aléatoire a permis de constater que l'ajout d'un élément de promotion de la santé relevant d'une infirmière de la santé publique avait fait diminuer les besoins en services à long terme en établissement pour les personnes âgées fragiles sur une période de suivi de 21 mois⁽⁶⁵⁾. Au Nouveau-Brunswick, le programme de services hospitaliers externes repose sur des unités d'hygiène publique et les infirmières de l'Ordre de Victoria, qui assurent des services de santé aux personnes âgées ramenées des établissements de soins vers leur foyer⁽⁶⁶⁾.

Le Victoria Health Project est l'un des exemples les plus fréquemment cités d'approches différentes permettant de réduire la demande de soins actifs. Dans le cadre de ce projet, des équipes multidisciplinaires d'intervention rapide, formées d'infirmières, de travailleurs sociaux, de physiothérapeutes et d'ergothérapeutes collaborant avec des médecins, aident des personnes âgées à se rétablir chez elles, alors que, autrefois, l'état de santé de ces dernières aurait exigé l'hospitalisation. Selon les constatations, sans cette formule de l'équipe d'intervention rapide, toutes les personnes âgées fragiles se présentant dans les urgences auraient dû être hospitalisées; grâce à la formule utilisées seulement une sur dix (10 p. 100) a dû être admise dans un hôpital de soins actifs⁽⁶⁷⁾.

B. Services non officiels

Partout, les gouvernements comptent sur la collectivité, surtout la famille, les amis et les voisins, pour répondre aux besoins des personnes âgées. On estime que, au Canada, entre 75 et 85 p. 100 des soins sont dispensés à ces personnes par leur entourage⁽⁶⁸⁾. Les membres de la famille et les amis, perçus par les personnes âgées comme leur source la plus

(65) N. Hall, P.D. Beck, D. Johnson *et al.*, « Twenty-One Month Outcomes of a Health Promotion Program for Frail Elders », document présenté au 14^e congrès international de gérontologie, à Acapulco (Mexique), juin 1989.

(66) Anne Crichton et David Hsu (en collaboration avec Stella Tsang), *Canada's Health Care System: Its Funding and Organization*, Ottawa, Canadian Hospital Association Press, 1990, p. 88.

(67) Susan Iles, « Victoria Health Project », document rédigé pour le chapitre « Community and Institutional Relations » de la publication *Canadian Health Care Management*, avril 1991.

(68) Conseil consultatif national sur le troisième âge, « Un bref portrait des aîné-e-s au Canada – Besoin d'aide au quotidien? De qui? », *Vignette vieillissement #11*, 1993.

importante de soutien moral et physique, peuvent parfois trouver cette tâche trop lourde. Au fur et à mesure du vieillissement, les besoins en soins personnels augmentent considérablement, et on ne peut compter sur la famille et les amis pour assumer seuls cette responsabilité.

À l'intérieur du cadre de la promotion de la santé au Canada, l'entraide est considérée comme l'un des trois facteurs essentiels, avec l'auto-gestion de la santé et un environnement salubre. Dans ce contexte, l'entraide suppose que les gens « s'aident les uns les autres, s'accordent un soutien moral, partagent des idées, des renseignements et de l'expérience »⁽⁶⁹⁾. Aujourd'hui, tandis que le nombre de personnes âgées est à la hausse, les structures familiales se transforment en raison de plusieurs facteurs comme la mobilité géographique, des familles plus petites, des divorces et séparations plus nombreux et l'augmentation du nombre de femmes sur le marché du travail.

Répondre aux besoins des personnes âgées en matière de santé, cela peut vouloir dire les aider à faire leurs courses et à préparer leurs repas, à faire des travaux dans leur maison et aux environs, à gérer leurs finances et à les aider dans leurs soins personnels. Selon des données de 1985, jusqu'à 80 p. 100 des personnes âgées reçoivent de l'aide pour au moins l'une de ces activités, et ce sont les plus de 80 ans qui en reçoivent le plus⁽⁷⁰⁾; d'après Statistique Canada, environ 60 p. 100 des femmes et 70 p. 100 des hommes de plus de 85 ans continuent de vivre en dehors des établissements⁽⁷¹⁾.

Certains passent des heures à aider des parents âgés tout en occupant un emploi normal où ils font des heures normales. Une étude canadienne récente sur les soins aux personnes âgées a montré que 46 p. 100 des employés interrogés avaient donné de l'aide à un parent de 65 ans ou plus au cours des six mois précédents⁽⁷²⁾. Parmi ces répondants, 26 p. 100 devaient s'occuper à la fois de personnes âgées et d'enfants. Les soins généraux, comprenant l'aide pour les courses, le transport, les dispositions d'ordre financier, les tâches ménagères, l'aide pour les difficultés liées à la mémoire et à l'humeur, exigeaient en moyenne quatre heures par semaine. Les soins personnels, comme le bain, l'habillement, les repas, la prise de médicaments et la toilette demandaient en moyenne neuf heures par semaine, soit l'équivalent d'une journée de travail de plus.

(69) Epp (1986), p. 7.

(70) Conseil consultatif national sur le troisième âge, « Un bref portrait des aîné-e-s au Canada – Besoin d'aide au quotidien? De qui? », *Vignette vieillissement #11*, 1993.

(71) L.O. Stone et H. Frenken, *Les personnes âgées au Canada*, Approvisionnement et Services, Ottawa, 1968.

(72) The Work and Eldercare Research Group, *Work and Family: The Survey*, Guelph, Gerontology Research Centre, Université de Guelph, 1993.

Certains ont soutenu qu'il fallait tenir compte, à la fois sur les plans financier et social, des soins dispensés aux personnes âgées par les membres de leur famille. Des comités gouvernementaux, des employeurs, des syndicats et les dispensateurs de soins eux-mêmes ont essayé d'aborder la question en proposant des exemptions d'impôt ou des congés spéciaux pour ceux qui s'occupent de parents âgés.

En 1990, au Canada, le Conseil consultatif national sur le troisième âge, créé en 1980 pour conseiller le ministre fédéral de la Santé nationale et du Bien-être social, s'est prononcé unanimement en faveur du soutien et du renforcement du rôle des dispensateurs d'aide non officielle⁽⁷³⁾. Le Conseil parle dans son document de la nécessité de lier les réseaux d'aide officielle et non officielle ainsi que des moyens de tenir compte des besoins des dispensateurs de soins, notamment des conséquences économiques des soins dispensés à d'autres.

Au niveau fédéral toujours, en 1993, un sous-comité des Communes chargé des questions de santé concernant les personnes âgées, étudiant les mauvais traitements infligés aux personnes âgées, a appris que ceux qui dispensent une aide non officielle, souvent des membres de la famille, assurent tout un éventail de services quotidiens à des personnes âgées qui, autrement, se trouveraient dans des institutions où feraient appel à d'autres services de la collectivité. Les membres du sous-comité ont recommandé au gouvernement fédéral d'envisager des moyens de reconnaître ce travail en versant de l'argent à ceux qui s'occupent de parents âgés⁽⁷⁴⁾.

Au niveau provincial, les gouvernements de la Nouvelle-Écosse et de la Saskatchewan ont pris des mesures pour accorder une aide financière aux dispensateurs d'aide non officielle. En Ontario et en Colombie-Britannique, des groupes demandent à leur gouvernement d'appuyer le même principe⁽⁷⁵⁾. Le Family Caregivers' Network, de Victoria (C.-B.), insiste sur les économies importantes réalisées grâce à ces dispensateurs de soins. Il cite des recherches démontrant que l'hospitalisation des personnes âgées découle souvent d'une interruption des services de ces dispensateurs de soins plutôt que d'une aggravation des maladies de la personne âgée qui reçoit les soins⁽⁷⁶⁾.

(73) *La position du CCNTA – L'aide informelle : soutien et mise en valeur* (1990).

(74) Chambre des communes, *Rompre le silence sur les mauvais traitements infligés aux Canadiens âgés, la responsabilité de tous*, rapport du Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine, juin 1993, p. 36-37.

(75) *La position du CCNTA – L'aide informelle : soutien et mise en valeur*, Ottawa, Approvisionnement et Services, 1990, p. 22.

(76) Barbara Brown, Katherine Cook et Faith Magwood, « A Self-Help Model for Caregiver Education and Support Groups », *Social Worker*, n° 61, printemps 1993, p. 41-44.

Les employeurs et les associations d'employés aident parfois ces dispensateurs de soins, mais bien peu d'employeurs canadiens assurent un soutien direct aux travailleurs qui doivent s'occuper de parents âgés. Ce qu'on trouve le plus souvent, ce sont des conditions de travail souples et des congés pour maladie dans la famille. Les syndicats inscrivent à leur programme les problèmes liés aux responsabilités familiales, mais la question des soins aux personnes âgées est encore marginale et elle apparaît secondaire, auprès des soins des enfants⁽⁷⁷⁾.

CONCLUSION

Nous avons traité, dans le présent document, de quelques caractéristiques des personnes âgées et de l'incidence de ces caractéristiques sur la demande de services dans l'actuel réseau de soins de santé. Nous avons vu également comment l'organisation actuelle fait apparaître des demandes et ressortir la nécessité de restructurer la prestation et le financement des services de santé.

La politique sur la santé doit établir le moyen le plus efficace pour intégrer les préoccupations à l'égard de la santé des personnes âgées à celles qui concerne la santé de toute la population. Dans cette optique, il faut à la fois s'engager dans des recherches scientifiques sur le vieillissement et explorer les moyens, pour la politique gouvernementale, d'équilibrer les notions concurrentes de la responsabilité de la personne, de celle des institutions de santé organisées et de l'État. Les services de santé coûtent-ils plus cher pour les personnes âgées que pour les autres segments de la population? Les opinions là-dessus divergent. Ces divergences mettent en évidence la nécessité de recueillir systématiquement des données, d'interpréter avec cohérence les chiffres sur la consommation de services de santé par les personnes âgées et d'étudier avec soin les moyens de satisfaire aux exigences d'efficacité et de justice.

Le Canada a garanti un accès quasi universel à des services de santé de base de haute qualité pour les personnes âgées. Ces services peuvent être axés sur la prévention ou sur la guérison, porter sur le court terme ou le long terme et faire intervenir toute une gamme de dispensateurs de soins. Si le pays veut maintenir les normes actuelles, il faudra consentir des investissements lourds dans tous les services. Cependant, de bons services de santé supposent

(77) Pradeep Kumar et Lynn Aciri, « Unions' Collective Bargaining Agenda on Women's Issues: The Ontario Experience », *Industrial Relations*, vol. 47, n° 4, 1992, p. 623-652.

plus que l'accès à des traitements pour maladie ou handicap; ils doivent aussi soutenir les personnes âgées qui souhaitent mener une vie autonome en toute sécurité, atténuer le sentiment d'isolement et de vulnérabilité qu'éprouvent certaines d'entre elles parce qu'elles ont des problèmes physiques de plus en plus graves et ont de plus en plus de mal à se déplacer. Si on déploie davantage de ressources pour faire participer utilement les personnes âgées à des activités dont la collectivité peut profiter et pour les aider à rester en forme, on réduira peut-être, de la part des consommateurs, la demande de services de santé.

Dans le monde entier, il s'avère difficile de contrôler les dépenses en matière de santé et de réformer le financement des services, tandis que les progrès technologiques et les besoins croissants des personnes âgées risquent à l'avenir de faire grimper les coûts. La diversité des besoins des différents groupes de personnes âgées exige qu'on sache faire preuve de souplesse et qu'on mette l'accent sur la prévention, le traitement et le soin des maladies chroniques. Dans l'élaboration de la politique officielle, il faut faire la part des divers intérêts divergents afin de mettre en place des programmes capables de permettre de surmonter ces défis dans une population vieillissante.

BIBLIOGRAPHIE

Angus, Douglas. *Compte rendu des commissions d'enquête et d'étude significatives en soins de santé au Canada depuis 1983-1984*. Ottawa, Association des hôpitaux du Canada, Association médicale canadienne et Association des infirmières et infirmiers du Canada, 1991.

Association canadienne de santé publique. *Atelier national sur l'ethnicité et le vieillissement*. Rapport. Ottawa, 1988.

Baker, Maureen. *La condition des personnes âgées*. BP-164F. Ottawa, Service de recherche, Bibliothèque du Parlement, décembre 1988.

Barnard, Louise. *L'Évaluation quantitative des résultats des programmes de longue durée sur la santé, le bien-être et la qualité de vie des personnes âgées en perte d'autonomie : Aspects conceptuels et méthodologiques*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1993.

Brassard, Daniel. *La maladie d'Alzheimer*. BP-335F. Ottawa, Service de recherche, Bibliothèque du Parlement, mai, 1993.

- Brown, Barbara, Katherine Cook et Faith Magwood. « A Self-Help Model for Caregiver Education and Support Groups ». *Social Worker*, n° 61, printemps 1993, p. 41-44.
- Burke, May Anne. « Conséquences du vieillissement démographique ». *Tendances sociales canadiennes*, printemps 1991, p. 6-8.
- Chappell, Neena. « Society and Essentials for Well-Being: Social Policy and the Provision of Care ». *Ethics and Aging: The Right to Live, The Right to Die*. James E. Thorton et Earl R. Winkler (éd.). Vancouver, University of British Columbia Press, 1988, p. 142-154.
- Chappell, Neena et John Horne. *Housing and Supportive Services for Elderly Persons in Manitoba*. Ottawa, Société canadienne d'hypothèques et de logement, 1987.
- Chappell, Neena, Laurell Strain et Audrey Blandford. *Aging and Health Care, A Social Perspective*. Toronto, Holt, Rinehart and Winston, 1986.
- Commission royale de la Colombie-Britannique sur les soins et les coûts de santé. *Closer to Home*. Rapport, volume 2, 1990.
- Conseil consultatif national sur le troisième âge. « Un bref portrait des aîné-e-s au Canada – Combien sont-ils? Hommes/Femmes? Quel âge? Tous mariés? » *Vignette vieillissement #1*, Ottawa, 1993.
- Conseil consultatif national sur le troisième âge. « Un bref portrait des aîné-e-s- au Canada – Aîné-e-s autochtones? D'ethnies différentes? » *Vignette vieillissement #3*, Ottawa, 1993.
- Conseil consultatif national sur le troisième âge. « Un bref portrait des aîné-e-s au Canada – Sont-ils en santé? Pendant combien de temps? » *Vignette vieillissement #6*, Ottawa, 1993.
- Conseil consultatif national sur le troisième âge. « Un bref portrait des aîné-e-s au Canada – Principales causes de décès? » *Vignette vieillissement #7*, Ottawa, 1993.
- Conseil consultatif national sur le troisième âge. « Un bref portrait des aîné-e-s au Canada – Consomment des services de santé? À quel prix? » *Vignette vieillissement #10*, 1993.
- Conseil consultatif national sur le troisième âge. « Un bref portrait des aîné-e-s au Canada – Besoin d'aide au quotidien? De qui? » *Vignette vieillissement #11*, 1993.
- Conseil consultatif national sur le troisième âge. *La position du CCNTA : L'aide informelle, soutien et mise en valeur*. Ottawa, ministre des Approvisionnement et Services Canada, Ottawa, 1990.
- Conseil consultatif national sur le troisième âge. « Le système de soins de santé : mythes et réalités ». *Expression*, vol. 8, n° 2, printemps, 1992, p. 2-5.

- Conseil consultatif national sur le troisième âge. *Les relations intergouvernementales et le vieillissement de la population au Canada : Les défis à relever*. Ottawa, ministre des Approvisionnement et Services Canada, 1991.
- Crichton, Anne et David Hsu (en collaboration avec Stella Tsang). *Canada's Health Care System: Its Funding and Organization*. Ottawa, Canadian Hospital Association Press, 1990.
- Epp, Jake, ministre de la Santé nationale et du bien-être social. *La Santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*. Ottawa, ministre des Approvisionnement et Services Canada, 1986.
- Fletcher, S., L. Stone et W. Tholl. *Cost and Financing of Long Term Care in Canada*. Ottawa, Santé nationale et Bien-Être social Canada, 1986.
- Gordon, Michael. « Community Care for the Elderly: Is It Really Better? » *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 148, n° 3, 1993, p. 393-396.
- Gordon, Mary. « Série de monographies sur les maladies liées au vieillissement : III. Les accidents cérébraux-vasculaires ». *Maladies chroniques au Canada*, vol. 14, n° 3, été 1993, p. 71-100.
- Green, Carolyn. « Group Will Monitor Women's Health Studies ». *Medical Post*, 30 mars 1993.
- Groupe chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada. *Puis... La porte s'est ouverte*. Ottawa, ministre des Approvisionnement et Services Canada, 1988.
- Hall, N., P.D. Beck, D. Johnson *et al.* « Twenty-One Month Outcomes of a Health Promotion Program for Frail Elders ». Document présenté au 14^e Congrès international de gérontologie, Acapulco (Mexique), juin 1989.
- Haney, Daniel. « Heart Treatments for Men Not As Useful for Women ». *The Ottawa Citizen*, 18 mars 1993, p. A6.
- « Hospitals Overused, Provincial Study Finds ». *Globe and Mail* (Toronto), 1^{er} juin 1993, p. A6.
- Iles, Susan. « Victoria Health Project ». Document rédigé pour le chapitre « Community and Institutional Relations » de la publication *Canadian Health Care Management*. Avril 1991.
- « Ills and Pills: An Overview for Leaders ». *Live It Up!: A Guide to Health Active Living in the Senior Years*. Toronto, ParticiP ACTION, sans date.
- Jennissen, Thérèse. *La santé dans le Canada rural*. BP-325F. Ottawa, Service de recherche, Bibliothèque du Parlement, décembre 1992.

- Kumar, Pradeep et Lynn Acri. « Unions' Collective Bargaining Agenda on Women's Issues: The Ontario Experience ». *Industrial Relations*, vol. 47, n° 4, 1992, p. 623-652.
- Lalonde, Marc, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Ottawa, 1974.
- Lechky, Olga. « Cultural Awareness Part of the Health Care Agenda at Toronto Hospital ». *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 146, n° 12, 15 juin, p. 2212-2214.
- Lechky, Olga. « Health Care System Must Adapt to Meet Needs of Multicultural Society, MDs Say ». *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 14, n° 12, 15 juin 1992, p. 2210-2212.
- « Lives of Seniors At Risk', Study Says ». *Toronto Star*, 2 juillet 1992.
- Maclean, Mary Beth et Jillian Oderkirk. « Les interventions chirurgicales chez les personnes âgées ». *Tendances sociales canadiennes*, été 1991, p. 11-13.
- Madore, Odette. *Le vieillissement démographique : Les conséquences économiques*. BP-261F. Ottawa, Service de recherche, Bibliothèque du parlement, Ottawa, juin 1991.
- Nations Unies. *Plan international d'action de Vienne sur le vieillissement*. New York, Nations Unies, 1983.
- Ng, Edward. « Les enfants et les personnes âgées : le partage des ressources de l'État ». *Tendances sociales canadiennes*, été, 1992, p. 11-14.
- Organisation de coopération et de développement économiques. *L'avenir de la protection sociale*. Paris, OCDE, 1988.
- Organisation de coopération et de développement économiques. *Le vieillissement démographique : conséquences pour la politique sociale*. Paris, OCDE, 1988.
- Pan American Health Organisation. *Health of the Elderly: A Concern for All*. Washington (D.C.), PAHO, 1992.
- Parlement. Chambre des communes. *Rompre le silence sur les mauvais traitements infligés aux Canadiens âgés, la responsabilité de tous*. Rapport du Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine, juin 1993.
- Santé et Bien-être social Canada. *Action Santé : les aîné(e)s*. Ottawa, ministre des Approvisionnement et Services Canada, 1989.
- Santé et Bien-être social Canada, Direction des Services médicaux. *La santé des autochtones au Canada*. Ottawa, ministre des Approvisionnement et Services Canada, Ottawa, 1992.

- Seidman-Ripley, Judith, « Série de monographies sur les maladies liées au vieillissement : II. Maladie de Parkinson ». *Maladies chroniques au Canada*, vol. 14, n° 2, printemps 1993, p. 37-51.
- Statistique Canada. *Un portrait des aînés au Canada*. Catalogue 89-519. Ottawa, ministre des Approvisionnement et Services Canada, 1990.
- Statistique Canada. *Certaines statistiques du revenu*. Catalogue 93-331. Ottawa, ministre de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, 1993.
- Statistique Canada. *Logements et ménages*. Catalogue 93-311. Ottawa, ministre de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, 1993.
- Statistique Canada. *Âge, sexe et état matrimonial*. Catalogue 93-310. Ottawa, ministre de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, 1992.
- Statistique Canada. *Immigration et citoyenneté*. Catalogue 93-316. Ottawa, ministre de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, 1992.
- Stone, L.O. et H. Frenken. « Le financement des soins de santé (Résumé) ». In *Exploring Options for Canada's Health Care System*. Ottawa, The Health Action Lobby (HEAL), 1992.
- Stone, Leroy et Susan Fletcher. *Le Boom du troisième âge : Hausses considérables de la longévité et meilleures perspectives de santé*. Ottawa, ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1986.
- The Work and Eldercare Research Group. *Work and Family: The Survey*. Guelph, Gerontology Research Centre, Université de Guelph, 1993.
- Thorton, James E. et Earl R. Winkler (éd.). *Ethics and Aging: The Right to Live, The Right to Die*. Vancouver, University of British Columbia Press, 1988.
- Wolfson, M.C., G. Rowe, J.F. Gentlemen et M. Tomiak. *Career Earnings and Death: A Longitudinal Analysis of Older Canadian Men*. Toronto, Canadian Institute for Advanced Research, PHPWP.12, 1991.