
**Le vieillissement en santé au Canada:
une nouvelle vision, un investissement vital**

**Document de discussion préparé pour le Comité
fédéral-provincial-territorial des hauts fonctionnaires
(ainés)**

Gouvernements qui ont participé:

Gouvernement de l'Alberta
Gouvernement de la Colombie-Britannique
Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard
Gouvernement du Manitoba
Gouvernement du Nouveau-Brunswick
Gouvernement de la Nouvelle-Écosse
Gouvernement du Nunavut
Gouvernement de l'Ontario
Gouvernement du Québec*
Gouvernement de la Saskatchewan
Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest
Gouvernement du Yukon
Gouvernement du Canada

Membres du Groupe de travail sur le vieillissement en santé et le mieux-être

Colombie-Britannique
Manitoba
Nouvelle-Écosse
Ontario
Terre-Neuve-et-Labrador
Canada

Remerciements

Le présent document et le rapport complémentaire ont été rédigés à l'intention du Groupe de travail sur le vieillissement en santé et le mieux-être du Comité fédéral-provincial-territorial des hauts fonctionnaires responsables des aînés. Le groupe de travail tient à remercier Peggy Edwards et Aysha Mawani de l'Alder Group d'avoir fait des recherches et rédigé le rapport intégral et le présent document.

Les opinions exprimées dans le présent document sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue d'une province ou d'un territoire en particulier.

Note : Dans ce document, l'usage générique du masculin est parfois employé pour représenter les hommes et les femmes, uniquement dans le but d'alléger le texte.

Also available in English under the title:

HEALTHY AGING IN CANADA: A NEW VISION, A VITAL INVESTMENT

* Le gouvernement du Québec a contribué au présent document en échangeant de l'information et des pratiques exemplaires. Toutefois, il ne participe pas aux initiatives conjointes présentées dans le document parce qu'il assume la pleine responsabilité des activités reliées à la santé et aux services sociaux.

LE VIEILLISSEMENT EN SANTÉ AU CANADA : UNE VISION NOUVELLE, UN INVESTISSEMENT ESSENTIEL

Quelques mots au sujet du présent document

Le présent document a été rédigé à l'intention du Groupe de travail sur le vieillissement en santé et le mieux-être du Comité fédéral-provincial-territorial (FPT) des hauts fonctionnaires (aînés) afin de susciter des discussions à un débat et à des décisions sur les mesures à prendre pour mettre en valeur le vieillissement en santé au Canada.

Le présent document expose une nouvelle vision dynamique du vieillissement en santé au Canada et propose cinq grands domaines d'intervention (le « quoi »). Il indique pour quelles raisons il convient d'investir dans le vieillissement en santé (le « pourquoi »). Finalement, il décrit trois mécanismes d'intervention essentiels et propose certaines occasions importantes à saisir pour progresser dans ce dossier (le « comment »).

Un document d'information complémentaire plus long qui présente de manière exhaustive les concepts et les preuves est également disponible. Il s'adresse à toutes les personnes qui élaborent, influencent et mettent en œuvre des politiques et des pratiques ayant un impact sur le bien-être des Canadiens de plus de 65 ans, notamment les ministres responsables des aînés, d'autres décideurs à tous les ordres du gouvernement et divers autres secteurs, le secteur non gouvernemental (y compris les groupes d'aînés, les fournisseurs de services dans les domaines de la santé, des loisirs, du logement et du développement social, ainsi que les personnes aînées elles-mêmes.

Table des matières

| | Page |
|--|------|
| 1. Une vision nouvelle du vieillissement en santé | 4 |
| 2. Un investissement vital | 6 |
| 3. Moyens de concrétiser la vision | 10 |
| 4. Cinq grands domaines d'intervention : les preuves | 13 |
| 5. Prochaines étapes | 19 |
| 6. Références | 22 |

1. Une vision nouvelle du vieillissement en santé

Nous vieillissons tous. Et la population du Canada dans son ensemble vieillit à un rythme plus rapide que jamais. Aujourd'hui, on a une opinion plus éclairée de l'importante contribution qu'apportent les aînés à leur famille, à leur collectivité et à la nation. Et on comprend de mieux en mieux la diversité des aînés, tant pour ce qui touche la tranche d'âge que le degré d'indépendance et les antécédents ethnoculturels. Les hommes et les femmes ne vivent pas le vieillissement de la même façon et les femmes sont beaucoup plus nombreuses que les hommes dans les groupes les plus âgés (80 ans ou plus). Il y a des différences significatives entre les deux sexes à 65 ans, à 75 ans et à 85 ans ou plus. Ces groupes sont également hétérogènes, en ce sens que leurs valeurs, leurs niveaux de scolarité et leur statut socioéconomique diffèrent. Étant donné la diversité ethnique, raciale et linguistique qui existe chez les immigrants et les Autochtones, le Canada occupe une position particulière.

Aujourd'hui, les aînés du Canada vivent plus longtemps et ont moins d'invalidités que ceux des générations précédentes. Mais en même temps, la majorité affiche au moins une maladie chronique. Notre système de soins de santé actuel se concentre sur la guérison plutôt que sur la promotion de la santé et la prévention des maladies. Il faut rediriger l'attention sur la prévention des maladies pour aider les personnes âgées à garder une santé et une qualité de vie optimales. Ce faisant, nous réussirons à gérer les pressions imposées sur le système de soins de santé.

Les preuves sont là. Les aînés peuvent vivre plus longtemps et en meilleure santé s'ils conservent des liens sociaux, s'adonnent à une plus grande activité physique, s'alimentent sainement, prennent des mesures pour minimiser les risques de chute et s'abstiennent de fumer. Mais des obstacles environnementaux, systémiques et sociaux font entrave à ces comportements sains. Certains s'expliquent par des iniquités attribuables au sexe, à la culture, à la capacité, au revenu, à la région géographique, à l'âgisme et aux conditions de vie. On peut et on doit s'attaquer à ces obstacles et à ces iniquités dès maintenant. Par une combinaison de volonté politique, de soutien public et d'effort personnel, vieillir en santé, dans la dignité et la vitalité, est à la portée de tous les Canadiens.

Il est temps d'adopter une nouvelle vision du vieillissement en santé — une vision qui :

- *valorise et appuie la contribution des aînés;*
- *apprécie la diversité, rejette l'âgisme et réduit les inégalités;*
- *donne aux aînés du Canada des occasions de faire des choix sains qui rehausseront leur autonomie et leur qualité de vie*

S'appuyer sur une base solide

Cette vision du vieillissement en santé se fonde sur plusieurs notions et plans importants que les ministres responsables des aînés ont déjà appuyés :

Le cadre national sur le vieillissement expose une vision globale : « Le Canada, une société pour tous les âges, favorise le bien-être et la participation des aînés dans tous les aspects de la vie » (Santé Canada, 1998). La vision du vieillissement en santé consiste à déterminer des moyens de créer des milieux qui répondent aux besoins des aînés et des possibilités de faire des choix sains pour améliorer leur autonomie et leur qualité de vie.

Selon le *Cadre national sur le vieillissement*, les **cinq principes** suivants soutiennent cette vision : dignité, autonomie, participation, équité et sécurité (Santé Canada, 1998). Ces principes fournissent un ensemble de valeurs communes pour tous les gouvernements et respectent les principes des Nations Unies en ce qui a trait aux personnes âgées (Assemblée générale des Nations Unies, 1991).

Le Comité FPT des hauts fonctionnaires (aînés) a rédigé le *Cadre de planification pour le vieillissement de la population canadienne* afin de guider les gouvernements du Canada dans l'élaboration des politiques et des programmes pour la population vieillissante. Les trois domaines d'intervention sont les suivants : santé, mieux-être et sécurité; apprentissage continu, travail et participation à la société; soutien et compassion dans la collectivité. La vision et le cadre d'intervention présentés dans le présent document sont fondés sur le pilier lié à la santé, au mieux-être et à la sécurité.

2. Un investissement vital

À l'heure actuelle, les personnes de 65 ans ou plus représentent environ 13 % de la population canadienne. D'ici 2031, le pays comptera quelque neuf millions d'aînés, soit 25 % de l'ensemble de la population³. Si nous ignorons ce phénomène, le vieillissement de la population aura des conséquences sociales, économiques et politiques importantes dont les coûts dépasseront de loin ce qu'il en coûterait d'investir aujourd'hui pour aider la population à vieillir en santé. Outre cet impératif démographique, diverses autres raisons importantes justifient des investissements dans le vieillissement en santé :

1. Les aînés apportent une importante contribution à la richesse de la vie et à l'économie du Canada. Les personnes âgées sont des sources d'expérience, de savoir, de continuité, de soutien et d'amour pour les générations suivantes. Leur travail non rémunéré constitue une contribution de premier plan pour leur famille et leur collectivité. Approximativement 69 % des aînés du Canada fournissent de l'aide, sous une forme ou sous une autre, à leurs conjoints, leurs enfants, leurs petits-enfants, leurs amis et leurs voisins⁴. Beaucoup de grands-parents gardent leurs petits-enfants à temps partiel ou à temps plein et un nombre croissant de grands-parents élèvent seuls leurs petits-enfants⁵. À titre d'aidants naturels d'un conjoint, d'un autre membre de la famille, d'amis ou de voisins, les aînés représentent une ressource indispensable lorsqu'il s'agit de réduire les coûts des soins de santé et des services sociaux. Les programmes de la société civile profitent des contributions volontaires d'un nombre vaste et croissant de retraités dont les connaissances et les compétences sont précieuses. De plus, par habitant, les aînés viennent au premier rang des donateurs aux œuvres de bienfaisance⁶.

La contribution des aînés à l'économie n'est pas négligeable. En 2001, on comptait plus de 300 000 travailleurs et travailleuses de 65 ans ou plus dans la population active⁷. À mesure que les changements démographiques réduisent le ratio entre la proportion des actifs et des inactifs (c'est-à-dire les enfants et les retraités), les gouvernements et certains employeurs encouragent les gens à travailler plus longtemps. Pour rester dans la population active et participer aux affaires civiles, il faut nécessairement maintenir une bonne santé.

Une contribution économique essentielle

En 1998, au Canada, environ 42 % des personnes de 55 à 64 ans et 44 % des personnes de plus de 65 ans consacraient en moyenne 2,2 heures par jour au bénévolat. Cela représente pour nos collectivités une ressource dont la valeur est estimée à 60,2 milliards de dollars par année⁸.

D'après certaines estimations, il faudrait près de 300 000 employés à temps plein à un coût de 6 milliards de dollars par année pour effectuer le travail des 2,1 millions de Canadiens et de Canadiennes qui s'occupent de personnes âgées ayant un problème de santé de longue durée⁹. La majorité de ces aidants naturels sont des femmes d'âge mur et des femmes âgées.

*2. Un vieillissement en santé peut avoir pour effet de repousser les maladies chroniques et les invalidités qui se manifestent plus tard au cours de la vie et d'en réduire la gravité, ce qui représente des économies pour les services de santé, tout en réduisant les besoins en matière de soins de longue durée*¹⁰. En 2003, les besoins des personnes âgées représentaient plus de 44 % des dépenses liées à la santé de tous les gouvernements provinciaux et 90 % des dépenses dans les établissements de soins de longue durée¹¹. Selon les experts, les coûts des soins de santé occasionnés par le vieillissement de la population seront gérables dans le contexte d'une économie croissante — particulièrement si on peut prévenir les problèmes physiques et mentaux attribuables aux maladies chroniques et aux blessures ou les reporter jusqu'à la toute fin de la vie. Ce phénomène, celui de la « compression de la morbidité », peut être un résultat direct du vieillissement en santé et de ses nombreux avantages. Ainsi, l'Organisation mondiale de la santé est d'avis que l'un des grands objectifs des politiques publiques doit être d'encourager les gens à demeurer physiquement actifs tout au long de leur vie, à conserver leurs contacts sociaux à mesure qu'ils vieillissent, à adopter de saines habitudes alimentaires et à faire des choix alimentaires sains, et à s'abstenir de comportements à risque comme le tabagisme, la suralimentation et les activités qui peuvent donner lieu à des chutes et à des blessures¹².

Les chutes : coûts et économies

On estime que les blessures survenues lors d'une chute chez les personnes de plus de 65 ans coûtent 2,8 milliards de dollars par année à l'économie canadienne¹³. Selon l'Agence de santé publique du Canada, une réduction de 20 % du nombre de chutes pourrait se traduire par 7 500 hospitalisations de moins et 1 800 invalidités permanentes de moins chez les personnes âgées et des économies de 138 millions de dollars par année à l'échelle nationale¹⁴.

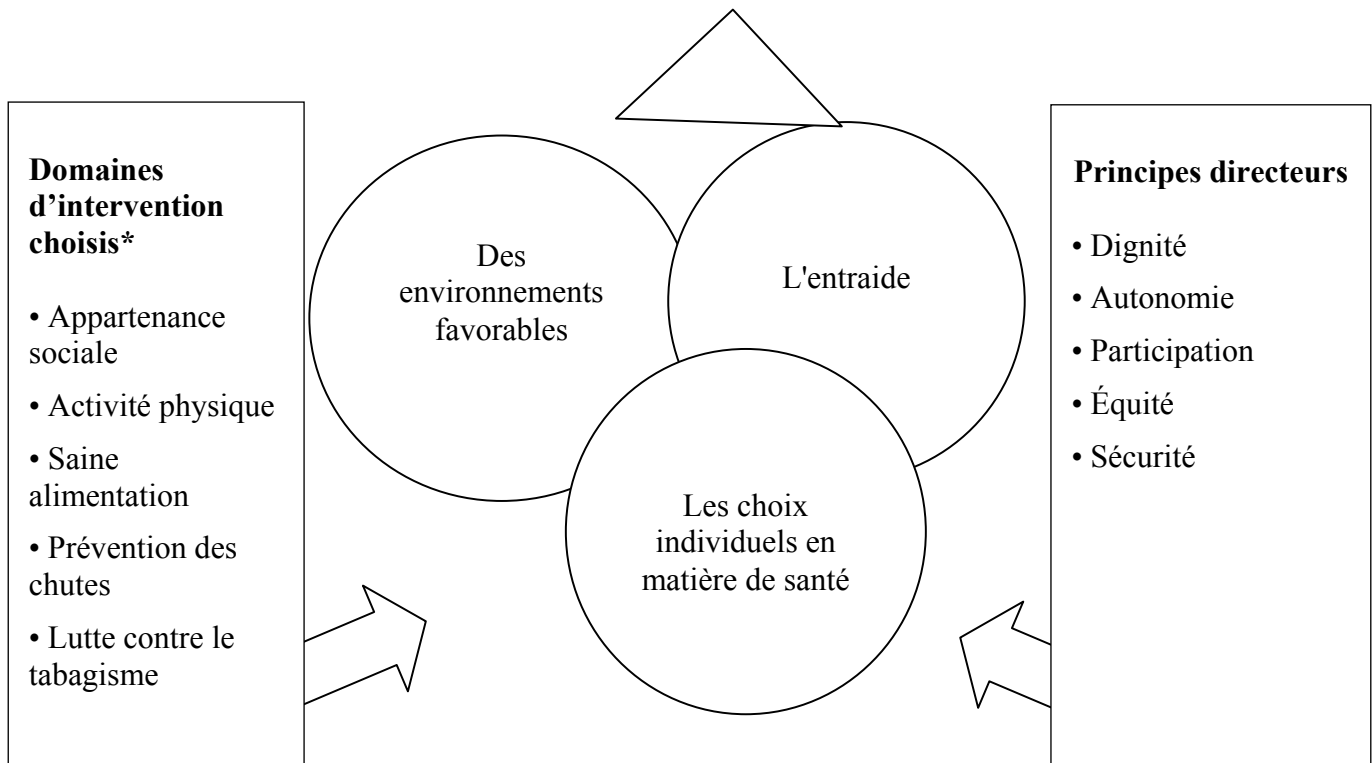
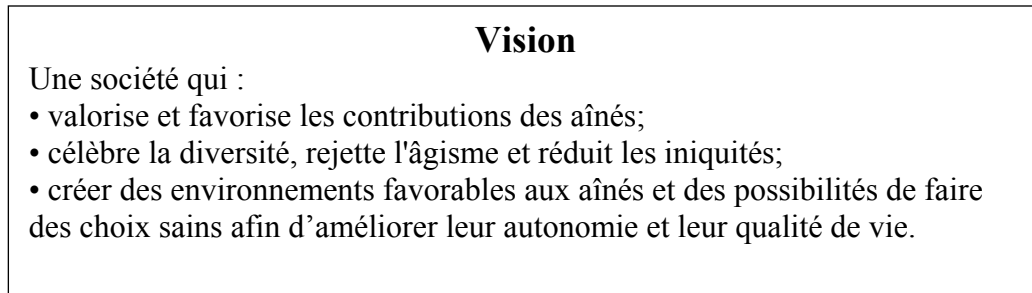
3. Compte tenu des preuves dont nous disposons, nous devons saisir les occasions qui s'offrent à nous, mettre sur pied des interventions que l'on sait efficaces et faire preuve de leadership en appuyant des démarches novatrices. L'expérience nous inspire certains modèles et des interventions efficaces qu'il y a moyen de reproduire dans d'autres milieux. De plus, nous avons l'occasion de tabler sur les stratégies en matière de vieillissement et de vie saine qui sont déjà en œuvre dans la plupart des provinces et territoires ainsi qu'au niveau fédéral et au niveau local. Certaines de ces pratiques prometteuses et de ces occasions à saisir sont explorées plus en détail dans le rapport intégral qui accompagne la présente synthèse.

Les capacités du Canada en matière de recherche communautaire ainsi que les nouvelles possibilités de collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé sont autant de nouvelles occasions à saisir pour acquérir de nouvelles connaissances et faire preuve de leadership au niveau provincial-territorial, au niveau national et au niveau international.

4. Les Canadiens de tous âges croient qu'il est de mise de prendre des mesures pour aider les aînés à conserver leur santé et leur autonomie. Des valeurs établies comme l'autonomie et l'interdépendance, la justice sociale et le respect envers les familles qui comptent plusieurs générations contribuent à nous définir comme société. De plus, en tant que signataire du *Plan d'action international sur le vieillissement* de 2002, le Canada s'est clairement engagé à rehausser la santé physique et mentale et le bien-être tout au long de la vie, ainsi qu'à préserver l'autonomie des aînés et à accroître leur participation à la société¹⁵.

Investir dans le vieillissement en santé ne signifie pas faire des choix mutuellement exclusifs en faveur des aînés et au détriment des jeunes. C'est plutôt une démarche s'inscrivant dans une logique de parcours de vie en vertu de laquelle des investissements stratégiques sont faits à différentes époques et au moment de différentes transitions du processus de vieillissement. Il n'est jamais trop tard pour investir dans la santé de la population. Par exemple, grâce à des interventions taillées sur mesure pour eux, les aînés qui fument peuvent renoncer au tabac et commencer immédiatement à en retirer des avantages à court et à long terme pour la santé¹⁶. De plus, les investissements dans un environnement adapté à l'âge profitent généralement aux aînés aussi bien qu'aux jeunes.

3. Les moyens de concrétiser la vision



**Ces cinq champs d'intervention sont les premiers à être retenus dans le cadre de la stratégie pour le vieillissement en santé. D'autres dossiers (p. ex., la violence et la négligence à l'égard des aînés, la disparité des revenus, l'alphabétisation et l'apprentissage continu) pourront être abordés plus tard ou dans le cadre d'autres stratégies concertées.*

Trois mécanismes de premier plan peuvent servir à concrétiser cette vision nouvelle du vieillissement en santé :

1. *Des environnements favorables*, c'est-à-dire des politiques, des services, des programmes et des milieux qui favorisent le vieillissement en santé là où les aînés du Canada vivent, travaillent, apprennent, aiment, se divertissent et pratiquent leur religion. Des politiques publiques saines qui suscitent des environnements favorables débordent du cadre de la santé et passent souvent par la concertation avec des secteurs comme ceux des transports, du logement et de la politique fiscale. Tous les paliers de gouvernement participent à la mise sur pied et à la gestion d'environnements favorables, ainsi que le secteur non gouvernemental et le secteur privé et des institutions comme les universités, les hôpitaux, les lieux de travail et les établissements de soins de longue durée.

Voici quelques exemples de mesures qui susciteront des environnements favorables : la création de collectivités adaptées à l'âge qui faciliteront les interactions sociales pour les aînés et qui offriront des lieux sûrs et agréables pour s'adonner à la marche et à l'activité physique; des transports accessibles qui encouragent l'appartenance sociale; des lieux publics sans fumée; des restaurants et des épiceries adaptés pour les aînés qui favorisent et facilitent une saine alimentation; et des politiques qui réduisent les iniquités attribuables au statut socioéconomique. La participation des aînés à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des environnements favorables à tous les niveaux sera essentielle à la réussite.

2. *L'entraide*, c'est-à-dire les gestes que les gens posent pour se soutenir mutuellement sur les plans affectif et physique ainsi que le partage d'idées, d'information, de ressources et d'expériences. Encourager l'entraide, c'est reconnaître et appuyer les efforts des aînés en matière de bénévolat et de groupes d'entraide, les aidants naturels et le soutien informel des membres d'une famille les uns envers les autres. L'entraide est également un processus intergénérationnel réciproque. À mesure que changent les proportions de jeunes et d'aînés au sein de la population canadienne, il devient particulièrement important de soutenir les relations intergénérationnelles pour la santé de notre société en général.

3. *Les choix individuels en matière de santé*, soit les choix que fait une personne et les mesures qu'elle prend pour veiller à sa santé; par exemple, choisir d'être active, de devenir membre d'un organisme communautaire ou de rendre sa maison plus sécuritaire. La culture, le sexe, le statut socioéconomique, le niveau d'aptitudes, les contacts et l'accès à une information fiable et culturellement nuancée, tous ces éléments influencent les choix individuels en matière de santé.

Pour faire des choix sains et les concrétiser, les aînés ont besoin d'information accessible et taillée sur mesure, et d'aide pour acquérir les compétences nécessaires à un vieillissement en santé. Par exemple, il est important de dispenser de l'information nuancée selon la culture et le sexe sur les genres et les niveaux d'exercice appropriés. Toutefois, beaucoup d'aînés ne possèdent pas les compétences dont ils auraient besoin pour entreprendre un programme d'exercice sûr et efficace. En les aidant à apprendre comment s'adonner à des activités comme le ski de fond, les exercices à la maison ou la danse, on leur donne les moyens d'y participer activement, en toute confiance, et d'y prendre du plaisir.

Ces trois mécanismes reposent sur les mesures suivantes :

- la formation de leaders et de professionnels dans des secteurs comme la santé, les loisirs, l'urbanisme, etc., qui influencent les possibilités de vieillir en santé;
- le renforcement des capacités communautaires des groupes d'aînés, les services à l'intention des personnes âgées et des centres destinés aux aînés ainsi que des pratiques et des programmes intergénérationnels afin de favoriser le vieillissement en santé;
- le soutien d'un programme de recherche et d'acquisition de connaissances et le transfert des connaissances acquises de façon à ce que les décideurs, les leaders, les aînés et leurs familles puissent les comprendre et les utiliser.

4. Cinq grands domaines d'intervention : les preuves

En 2005, tout en reconnaissant que le vieillissement en santé dépend de l'ensemble des grands déterminants de la santé (dont le revenu, le logement, la protection contre la maltraitance, etc.), les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des aînés ont convenu qu'il fallait s'intéresser à cinq grandes questions, compte tenu de leurs répercussions sur la santé des aînés, de la disponibilité et de l'efficacité des interventions, des coûts du traitement des problèmes de santé associés à ces facteurs et de leur possibilité de réduire les iniquités sur le plan de la santé. Ces grands domaines d'intervention sont l'appartenance sociale, l'activité physique, une saine alimentation, la prévention des chutes et la lutte contre le tabagisme.

L'appartenance sociale

Avant d'investir dans le vieillissement en santé, il faut examiner attentivement les déterminants sociaux, affectifs et mentaux de la santé. La promotion de la santé mentale — y compris l'appartenance sociale — est intimement liée au bien-être et à l'état fonctionnel des aînés.

L'appartenance sociale a un effet positif sur le bien-être et sur la capacité de s'accommoder efficacement du changement et des transitions au cours de la vie. Elle influence également d'autres comportements bénéfiques pour la santé. Par exemple, les aînés qui sont isolés et tristes ont tendance à mal s'alimenter; les gens sont plus susceptibles de faire de l'exercice si un ami ou un membre de la famille les accompagne.

D'après l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, les aînés qui signalent un solide sentiment d'appartenance à la collectivité sont 62 % plus susceptibles d'être en bonne santé, par rapport à 49 % chez ceux qui se sentent plus isolés¹⁷. Il a également été démontré qu'un soutien social et des contacts sociaux quotidiens exercent une influence positive sur les autoperceptions de la santé chez les aînés qui vivent dans la collectivité ou dans un établissement de soins de santé¹⁸. Selon la *Gerontological Society of America*, les aînés qui font du bénévolat en retirent divers avantages sur le plan de la santé, notamment une diminution de l'incidence des maladies cardiaques, du diabète et des maladies cardiovasculaires et une amélioration de la santé mentale¹⁹.

Les aînés sont vulnérables au rétrécissement des réseaux sociaux et à la diminution du soutien social à la suite de facteurs qui exercent une action synergique comme la retraite, des changements physiques attribuables au déclin de la santé et l'accroissement de l'incapacité, des pertes sensorielles, des restrictions à la mobilité, ainsi que le décès de proches et la perte d'autres relations²⁰. L'isolement social et l'exclusion à cause de l'âge et du racisme accroissent considérablement le risque de mauvaise santé et de solitude, et peuvent même se révéler des causes de décès^{21, 22}. Les femmes âgées qui s'occupent de leur conjoint et d'autres personnes malades ou frêles peuvent être très vulnérables aux effets négatifs sur la santé qui découlent de leur isolement en raison de leur rôle d'aidantes naturelles.

Même si les aînés du Canada ont des choix en matière d'appartenance sociale, c'est un environnement propice, assorti de soutiens familiaux et communautaires, qui fait qu'il est souvent possible et souhaitable que les aînés soient des participants actifs dans leur collectivité. Les décideurs peuvent contribuer à favoriser des réseaux sociaux pour les aînés en appuyant une gamme d'occasions d'engagement social, notamment le bénévolat, un environnement favorable à l'engagement social, l'apprentissage continu, l'emploi, les loisirs et la participation civique. Il faut que les politiques, les services et les programmes s'attaquent aux obstacles qui limitent l'engagement social de la part des aînés, tout en encourageant les contacts sociaux intra et intergénérationnels.

L'activité physique

Une activité physique qui se poursuit au fil du temps et qui est intégrée aux activités de la vie quotidienne présente des avantages physiques, mentaux et sociaux cumulatifs^{23, 24}. La relation entre une bonne santé et l'activité récréative physique est particulièrement solide chez les aînés, même lorsqu'on tient compte de facteurs socioéconomiques et du nombre de maladies chroniques. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes montre que 67 % des aînés qui s'adonnent à des activités physiques au moins trois fois par semaine sont en bonne santé, par rapport à 36 % de ceux qui sont rarement actifs. La participation régulière à des activités physiques est également associée à une meilleure santé mentale, de meilleures chances de rester en bonne santé au fil du temps et au rétablissement en cas de mauvaise santé²⁵. En dépit de ces avantages, les

aînés (et particulièrement les femmes) continuent d'être le segment de la population le plus inactif.

Un environnement socioéconomique et un milieu physique favorables jouent un grand rôle lorsqu'il s'agit de donner aux aînés les moyens d'intégrer l'activité physique à leur vie quotidienne^{26, 27}. Par exemple, des passages pour piétons sécuritaires, des trottoirs bien entretenus et l'accès à des programmes de marche à l'intérieur en hiver permettent aux aînés de faire de la marche quotidiennement. Une activité modérée, comme la marche ou le jardinage, représente peut-être la mesure la plus importante que les aînés peuvent prendre pour conserver leur mobilité et prévenir l'incapacité^{28, 29}. Le défi à relever, mais aussi l'occasion à saisir, consiste à faire de l'activité physique un choix plus accessible et plus attrayant pour les aînés de toutes les tranches d'âge, peu importe leurs capacités et leurs intérêts.

Une saine alimentation

Une saine alimentation assure les apports essentiels en énergie et en nutriments nécessaires pour le bien-être général, le maintien de la santé et de l'autonomie fonctionnelle et la prévention des maladies chroniques chez les personnes plus âgées. Les aînés ont besoin de moins de calories mais de plus de nutriments pour promouvoir et protéger la santé et favoriser l'autonomie, l'autoefficacité et la qualité de vie^{30, 31}. Une récente enquête a permis de constater que 62 % des aînés qui consomment des fruits et des légumes au moins cinq fois par jour sont en bonne santé, comparativement à 52 % des aînés qui consomment moins de fruits et de légumes³².

Comme chez les Canadiens plus jeunes, on constate un accroissement de la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité dans la population des aînés à cause d'une consommation excessive d'aliments riches en calories doublée d'inactivité physique. Les taux d'obésité chez les aînés de 75 ans ou plus ont monté en flèche pour atteindre 24 % en 2004, par rapport à 11 % en 1978-1979. Par contre, le taux d'obésité n'a pas augmenté de façon considérable chez les adultes de 65 à 74 ans. L'embonpoint a tendance à être plus commun chez les hommes d'âge moyen et d'âge plus avancé que chez les femmes, mais le taux d'obésité est plus élevé chez les femmes que chez les hommes³³.

Un poids excessif a pour effet d'accroître les risques de maladies chroniques et de blessures et de compromettre la santé. Ainsi, en 2005, 55 % des aînés qui affichaient un indice de masse corporelle sain étaient en bonne santé, par rapport à 46 % des aînés obèses³⁴. De plus, selon de nouvelles recherches, l'obésité serait une cause de la dépendance à l'âge moyen et plus tard dans la vie et cette dépendance, à son tour, est une cause du placement en établissement³⁵.

En même temps, la malnutrition n'est souvent pas reconnue chez les aînés et ne reçoit pas toujours l'attention qu'il faudrait. Les aînés (et particulièrement les personnes de 75 ans ou plus) sont aux prises avec divers obstacles à une saine alimentation qui peuvent se traduire par la malnutrition, comme une mauvaise santé bucco-dentaire, des difficultés financières, l'isolement, les maladies chroniques et l'absorption inadéquate des nutriments.

Les politiques sur l'alimentation saine et la nutrition doivent tenir compte de la multiplicité des facteurs qui influencent les choix alimentaires des aînés; de leurs besoins nutritionnels particuliers; des déterminants de l'état nutritionnel (p. ex., conditions médicales sous-jacentes et tendances en matière de consommation); de la vulnérabilité des aînés face aux carences et aux problèmes nutritionnels^{36, 37}. Le consensus n'est pas général sur les poids optimaux pour les aînés au Canada et c'est une question importante sur laquelle il faudra axer de futures recherches.

La prévention des chutes

Les blessures non intentionnelles chez les aînés représentent un fardeau significatif, en termes humains aussi bien qu'économiques. La principale cause des blessures chez les aînés du Canada est la chute. Les blessures attribuables à une chute menacent la vie autonome des personnes âgées, leur autonomie en général, leur mobilité, leur capacité fonctionnelle et leur état de santé. Les blessures peuvent précipiter le placement en établissement, voire même le décès. Si une chute n'occasionne pas une blessure, elle peut néanmoins se traduire par des craintes accrues et persistantes chez les personnes âgées et la réduction des activités (comme l'exercice régulier), deux facteurs qui peuvent avoir des conséquences négatives sur leur état de santé global et leur fonctionnement et augmenter les risques d'autres chutes à l'avenir. Les aînés qui subissent une blessure

à la suite d'une chute s'en remettent rarement complètement. Ils éprouvent souvent des douleurs chroniques, leur mobilité est réduite, ils perdent leur autonomie et leur confiance, et leur qualité de vie s'en trouve compromise^{38, 39}.

Parmi les aînés, les femmes plus âgées font généralement plus de chutes qui occasionnent une blessure et leur taux d'hospitalisation en raison d'une chute est plus élevé. Les femmes sont également plus vulnérables que les hommes aux fractures attribuables à une chute, ce qui s'explique en partie par la diminution de leur densité osseuse après la ménopause et à des taux plus élevés d'ostéoporose⁴⁰.

On estime que les blessures occasionnées par une chute chez les personnes de 65 ans ou plus au Canada coûtent 2,8 milliards de dollars par année à l'économie⁴¹. Les périodes de rétablissement et de réadaptation sont généralement plus longues et plus pénibles chez les aînés qui ont fait une chute occasionnant une blessure — jusqu'à deux fois plus longues pour les chutes que pour toutes les autres causes d'hospitalisation, ce qui représente un lourd fardeau pour le système de soins de santé⁴². La prévention des chutes se justifie donc clairement, tant du point de vue humain que du point de vue financier. Ce qu'il faut, c'est la détermination politique d'adopter une démarche intégrale visant à mettre en place des stratégies d'intervention efficaces à l'échelle du pays.

La lutte contre le tabagisme

La consommation de tabac et l'exposition à la fumée secondaire sont associées à l'apparition et à la progression de nombreuses maladies chroniques, à des restrictions de la mobilité, à l'invalidité et au déclin du fonctionnement physique. La cigarette joue un rôle dans huit des 14 principales causes de décès des adultes de 65 ans ou plus⁴³. Les décès liés au tabac se traduisent par une réduction moyenne de 15 ans de l'espérance de vie. De plus, les aînés qui souffrent de maladies cardiaques, d'asthme et d'autres maladies chroniques sont particulièrement vulnérables aux risques associés à la fumée secondaire. Heureusement, il n'est jamais trop tard pour cesser de fumer, ce qui peut améliorer la qualité et la durée de la vie tout en réduisant les risques de maladie, de déclin et de décès^{44, 45}.

Les aînés constituent une clientèle importante pour les mesures d'abandon du tabac. Cependant, il n'y a pratiquement aucune intervention qui leur est expressément destinée au Canada. Il faut élaborer une variété d'interventions ciblées pour aider les aînés à cesser de fumer et prendre note de celles qui se révèlent efficaces, tout en tenant compte des obstacles économiques et environnementaux à l'abandon du tabac par les aînés. Des programmes d'abandon du tabac destinés expressément aux aînés et des lieux sans fumée sont essentiels pour la protection de la santé et la promotion du vieillissement en santé.

5. Les prochaines étapes

Cette section fait état de certaines occasions que toutes les parties prenantes peuvent saisir dès maintenant pour concrétiser la vision nouvelle d'un vieillissement en santé.

1. *Se rallier à une vision du vieillissement en santé* qui valorise et favorise les contributions des aînés; célèbre la diversité, rejette l'âgisme et réduit les iniquités; offre aux aînés du Canada des occasions de faire des choix sains qui rehausseront leur autonomie et leur qualité de vie.
2. *Financer et évaluer des initiatives nationales, provinciales-territoriales et locales* qui favorisent des environnements favorables aux aînés, l'entraide et les choix individuels en matière de santé. Consulter des groupes d'aînés, des organismes communautaires et les personnes âgées elles-mêmes au sujet des dossiers prioritaires. *Travailler avec le secteur bénévole* et particulièrement avec des alliances représentant plusieurs groupes de parties prenantes, comme la Coalition d'une vie active pour les aînés, *ainsi qu'avec le secteur privé* pour favoriser la constitution d'environnements favorables aux aînés, l'entraide et les choix individuels en matière de santé chez les aînés.
3. *Tableur sur les mesures existantes pour promouvoir le vieillissement sur la base de partenariats*, par exemple des stratégies provinciales comme *ActNow BC* et *2010 Legacies*; *En avant, les années* : Promotion des aînés du Manitoba; *Giving Older People a Voice* en Nouvelle-Écosse; ainsi que *Vie active 2010* en Ontario; la stratégie pancanadienne intégrée sur les modes de vie sains et les maladies chroniques; les travaux actuels des ministres FPT responsables du sport, de l'activité physique et des loisirs; les *Canada Senior Games*; et le Programme d'action national pour les personnes handicapées. Certaines de ces activités sont examinées plus à fond dans le rapport intégral qui accompagne le présent document. Il faut en trouver et en exploiter dans d'autres provinces et territoires.
4. *Participer aux activités internationales visant à promouvoir le vieillissement en santé et les soutenir*. Les occasions de collaboration à l'échelle internationale ne manquent pas. Il s'agirait notamment de travailler avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à des mesures de prévention des chutes et de participer à un projet pilote global sur

les villes favorables aux aînés. Portage La Prairie (Manitoba), Halifax, (Nouvelle Écosse), Sherbrooke (Québec), et Saanich (Colombie-Britannique) participeront officiellement au projet des villes adaptées à l'âge de l'OMS. C'est pour le Canada une occasion sans pareille d'élargir et de tester cette intervention dans de petites collectivités.

5. ***Réorienter les services de santé et sociaux afin de mieux promouvoir le vieillissement en santé par le biais de mesures améliorées visant à promouvoir la santé ainsi que la prévention et le contrôle des maladies.*** Il pourrait s'agir notamment d'incitatifs à l'intention des médecins et du personnel infirmier des soins primaires qui conseillent les aînés vulnérables à l'isolement, à la réduction de l'activité physique, aux chutes, à une nutrition compromise, et à la consommation du tabac et à l'exposition au tabac; de subventions à l'intention des aînés qui souhaitent participer à un programme d'abandon du tabac ou faire réaliser un bilan de leur état physique ou nutritionnel; d'un rôle accru pour les travailleurs de l'hygiène publique et le personnel des centres d'aide à la vie autonome lorsqu'il s'agit de favoriser le vieillissement en santé des aînés qui ont des invalidités et des maladies chroniques. Il faudrait également augmenter le niveau de soutien offert aux services sociaux communautaires qui facilitent le vieillissement en santé.
6. ***Documenter et partager les pratiques prometteuses.*** Les initiatives visant à documenter et à partager les interventions, les études de cas, les projets, les politiques et les programmes en matière de vieillissement en santé ont été nombreuses mais éparées. Pour l'instant, il n'y a pas de librairie ou de portail pour documenter et faire connaître les pratiques exemplaires ou prometteuses au Canada. La mise sur pied d'un centre de ressources à cette fin pourrait se révéler une initiative utile et peu coûteuse.
7. ***Créer des lignes directrices nationales sur le vieillissement en santé et les faire connaître.*** Mieux faire connaître le *Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine pour les aînés* et en promouvoir l'utilisation. Créer un guide semblable pour une alimentation saine, en complément de la version révisée du *Guide canadien de la saine alimentation*. Explorer la possibilité d'élaborer des lignes directrices nationales concernant les aînés et la consommation de tabac, la prévention des chutes et l'inclusion sociale.

8. *Constituer une équipe d'ambassadeurs du vieillissement en santé.* Il y a beaucoup d'aînés du Canada qui participent activement à des initiatives de vieillissement en santé et qui sont considérés comme des leaders dans leurs collectivités. Reconnaître, officialiser et appuyer une équipe de tels « ambassadeurs » à l'échelle provinciale-territoriale pourrait être un moyen efficace d'accroître la sensibilisation au vieillissement en santé et le soutien en la matière.
9. *Renforcer les liens intergénérationnels* par le biais de « conversations » entre les générations ainsi que de politiques et de programmes qui soutiennent l'action des grands-parents et les activités intergénérationnelles dans la collectivité en général. À cette fin, il faudra forger des partenariats intersectoriels pour promouvoir le bien-être tout au long de la vie.
10. *Appuyer un programme d'acquisition du savoir.* Il faut amorcer des efforts intégrés visant l'acquisition, la synthèse, la traduction et l'échange d'information sur le vieillissement en santé dont s'inspireront les politiques et les pratiques. Un tel programme d'acquisition du savoir devra s'attaquer aux lacunes dans la recherche et appuyer une démarche concertée de recherche de solutions qui fera appel à des universitaires et des chercheurs dans la collectivité, des aînés et des instituts de recherche comme les Instituts de recherche en santé du Canada (Institut du vieillissement), l'Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, le *Canadian Centre for Active Aging*, etc.

Références

1. Santé Canada, à l'intention du ministre fédéral et des ministres provinciaux et territoriaux responsables des aînés. (1998). Cadre national sur le vieillissement. http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines/nfa-cnv/nfaguide2_f.htm
2. Assemblée générale des Nations unies. (1991). Principes des Nations Unies pour les personnes âgées, Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. <http://www.afbah.org/principesonu.pdf>
3. Statistique Canada. (2005). Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 2005 à 2031. <http://www.statcan.ca/Daily/Francais/051215/q051215b.htm>
4. Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA). (2001). Bulletin : Aînés au Canada, Ottawa, CCNTA. http://www.naca-ccnta.ca/report_card/intro_f.htm
5. Statistique Canada. (2001). Les grands-parents et les petits-enfants, Résultats de l'Enquête sociale générale. www.statcan.ca
6. Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA). (2001). Bulletin : Aînés au Canada, Ottawa, CCNTA. http://www.naca-ccnta.ca/report_card/pdf/report_f.pdf
7. Statistique Canada. (2001). Vieillir au Canada, Ottawa, Santé Canada. http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines/pubs/fed_paper/pdfs/fedpaper_f.pdf
8. Statistique Canada. (1998). Aperçu sur l'emploi du temps des Canadiens en 1998, n° 12F0080XIF au catalogue. <http://www.statcan.ca/francais/freepub/12F0080XIF/12F0080XIF1999001.pdf>
9. Keating, N., J. Swindle et D. Foster. (2005). Le rôle du capital social pour bien vieillir, dans *Le capital social à l'œuvre : Études thématiques sur les politiques*, Projet de recherche sur les politiques, Le capital social comme instrument de politique publique.

10. Laditka, J. (2001). Providing behavioral incentives for improved health in aging and medicare cost control: A policy proposal for universal medical savings accounts, *Journal of Health and Social Policy*, 13(4), 75-90.
11. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Statistique Canada. (2005). Tendances des dépenses nationales de santé 1975-2005, Ottawa, ICIS. <http://www.cihi.ca>
12. Organisation mondiale de la santé (OMS). (2005). Prévention des maladies chroniques : un investissement essentiel, Genève, OMS.
13. Scott, V., S. Peck et P. Kendall. (2004). Prevention of falls and injuries among the elderly: A special report from the Office of the Provincial Health Officer, Victoria, BC Ministry of Health Planning.
14. Agence de santé publique du Canada (ASPC). (2005). Rapport sur les chutes des aînés au Canada, Division du vieillissement et des aînés, Ottawa, ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux, Canada.
15. Nations Unies. (2002). Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement, Madrid. www.un.org/esa/socdev/ageing/waa/a-conf-197-9b.htm
16. Santé Canada. (2002c). Tabagisme et renoncement au tabac chez les aînés, Division du vieillissement et des aînés, Ottawa, ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux, Canada.
17. Shields, M., et L. Martel. (2006). Des aînés en bonne santé, *Supplément aux Rapports sur la santé*, volume 8, 7-20, Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue.
18. Ramage-Morin, P.L. (2006). Bien vieillir en établissement de santé. La santé de la population canadienne, *Supplément aux Rapports sur la santé*, volume 16, 47-56, Ottawa, Statistique Canada.
19. Gerontological Society of America. (2005). Civic Engagement in an Older America, The National Academy on an Aging Society,

Washington, D.C. [http://www.agingsociety.org/agingsociety/Pages/percent20from percent20Geron-NLSept05.pdf](http://www.agingsociety.org/agingsociety/Pages/percent20from%20percent20Geron-NLSept05.pdf)

20. Powell, S. (2004). Meeting the Mental Health Needs of Seniors, *Stride Magazine*. www.stridemagazine.com/articles/2004/q1/mental.health/
21. Wilkins, K. (2006). Prédicteurs du décès chez les personnes âgées. La santé de la population canadienne, *Supplément aux Rapports sur la santé*, volume 16, 57-66, Ottawa, Statistique Canada.
22. Organisation mondiale de la santé (OMS). (2003). Les déterminants sociaux de la santé : Les Faits, deuxième édition. <http://www.euro.who.int/document/E82519.pdf?language=French>
23. Shields, M., et L. Martel. (2006). Des aînés en bonne santé, *Supplément aux Rapports sur la santé*, volume 8, 7-20, Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue.
24. Santé Canada. (2002). L'activité physique chez les personnes âgées, Division du vieillissement et des aînés, Ottawa, ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux, Canada. http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/pubs/workshop_healthyaging/physical/physical1_f.htm
25. Shields, M., et L. Martel. (2006). Des aînés en bonne santé, *Supplément aux Rapports sur la santé*, volume 8, 7-20), Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue.
26. Santé Canada. (2002). L'activité physique chez les personnes âgées, Division du vieillissement et des aînés, Ottawa, ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux, Canada.
27. Coalition d'une vie active pour les aîné(e)s (CVAA). (1999). Projet de plan d'action sur la vie active des aînés, Toronto, CVAA. <http://www.alcoa.ca/f/whatsnew/projet.pdf>
28. LaCroix, A.Z., J.M. Guralnik, L.J. Berkman et coll. (1993). Maintaining mobility in late life. II. Smoking, alcohol consumption, physical activity, and body mass index, *American Journal of Epidemiology*, 137(8), 858-69.

29. Leveille, S.G., J.M. Guralnik, L. Ferrucci et coll. (1999). Aging successfully until death in old age: opportunities for increasing active life expectancy, *American Journal of Epidemiology*, 149(7), 654-64.
30. Diététistes du Canada. (1998). Manger mieux, c'est meilleur pour savourer les années! Guide de ressources à l'intention des professionnels de la santé.
31. Santé Canada. (2002). Vieillesse en santé : Alimentation saine et vieillissement en santé, Division du vieillissement et des aînés, Ottawa, ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux, Canada.
32. Shields, M., et L. Martel. (2006). Des aînés en bonne santé, *Supplément aux Rapports sur la santé*, volume 8, 7-20, Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue.
33. Tjepkema, M. (2005). Obésité mesurée – Obésité chez les adultes au Canada : Poids et grandeur mesurés. Nutrition : Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Ottawa, Statistique Canada. http://www.statcan.ca/francais/research/82-620-MIF/2005001/pdf/aobesity_f.pdf
34. Shields, M., et L. Martel. (2006). Des aînés en bonne santé, *Supplément aux Rapports sur la santé*, volume 8, 7-20, Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue.
35. Wilkins, K., et M. de Groh. (2005). Masse corporelle et dépendance, *Rapports sur la santé* (17)1, Ottawa, Statistique Canada.
36. Payette, H., et B. Shatenstein. (2005). Les déterminants de la saine alimentation chez les personnes âgées vivant dans la collectivité, *Revue canadienne de la santé publique*, 96 (supplément 3), 27-31).
37. Raine, K. (2005). Determinants of healthy eating in Canada: An overview and synthesis, *Revue Canadienne de la santé publique*, 96 (supplément 3), S8-S14.
38. Agence de santé publique du Canada (ASPC). (2005). Rapport sur les chutes des aînés au Canada, Division du vieillissement et des aînés,

Ottawa, ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux, Canada.

39. Santé Canada. (2002). *Vieillessement en santé : Prévention des blessures non intentionnelles chez les aînés*, Division du vieillissement et des aînés, Ottawa, ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux, Canada.
40. Agence de santé publique du Canada (ASPC). (2005). *Rapport sur les chutes des aînés au Canada*, Division du vieillissement et des aînés, Ottawa, ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux, Canada
41. Scott, V., S. Peck et P. Kendall. (2004). *Prevention of falls and injuries among the elderly: A special report from the Office of the Provincial Health Officer*, Victoria, BC Ministry of Health Planning.
42. British Columbia Ministry of Health. (2005). *Healthy Aging through Healthy Living: Towards a Comprehensive Policy and Planning Framework for Seniors in B.C.: A Discussion Paper*, Victoria, B.C, Ministry of Health.
http://www.healthservices.gov.bc.ca/cpa/publications/healthy_aging.pdf
43. Santé Canada. (2002c). *Tabagisme et renoncement au tabac chez les aînés*, Division du vieillissement et des aînés, Ottawa, ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux, Canada.
44. U.S. Department of Health and Human Services. (2004). *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
45. LaCroix, A., et G. Omenn. (1992). *Older Adults and Smoking*, *Clinical Geriatric Medicine*, (8)1: 69-87, Seattle, Center for Health Studies, Group Health Cooperative of Puget Sound.