



Santé
Canada Health
Canada

INFO

Échange

POUR LES AÎNÉ(E)S

Printemps 1995

Les déterminants de la santé

Comment détermine-t-on l'état de santé d'une population? Les Canadiens et Canadiennes qui suivent le débat sur les soins de santé pourraient être portés à croire que la santé d'une population tient au nombre de lits d'hôpitaux disponibles dans leur collectivité, ou au prix des médicaments qu'ils consomment.

Mais si nous prenons pour acquis que la notion de santé va plus loin que l'absence de maladie — qu'au-delà du physique, elle a des ramifications psychologiques et sociales — il est clair que les hôpitaux et les médicaments ne suffisent pas à garantir la santé, même s'ils aident à la rétablir et à la maintenir.

En 1986, la **Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé** tentait d'identifier «les déterminants de la santé», soit la paix, le logement, l'éducation, la nourriture, le revenu, un écosystème stable, la justice sociale et l'équité. La pertinence de tels facteurs ne fait plus de doute. De fait, les recherches confirment que l'environnement physique et social, la situation d'emploi et le statut socio-économique — c'est-à-dire les conditions de vie et de travail des gens et leurs interactions sociales — ont un effet déterminant sur l'état de santé des individus et de la société en général.

Un récent document de réflexion produit par le **Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population** a identifié neuf grands «déterminants de la santé»: le revenu et le statut social; les réseaux d'appui social; l'éducation; les conditions d'emploi et de

travail; l'environnement physique; l'hérédité biologique et génétique; les pratiques de santé personnelles et la capacité de faire face aux défis de la vie; le sain développement de l'enfant; et les services de santé. Le document insiste sur l'importance des liens entre ces divers facteurs.

Cette façon de qualifier la santé affecte grandement le travail des personnes chargées d'élaborer des politiques et programmes à l'intention des personnes âgées. Si nous parvenons à identifier ce dont les aîné-e-s d'aujourd'hui et de demain ont besoin pour rester en santé et vivre de façon autonome le plus longtemps possible, nous pourrions diriger nos ressources là où elles sont plus susceptibles d'améliorer ces facteurs. Nos dollars-santé iront beaucoup plus loin s'ils servent à garder les gens en santé plutôt qu'à les soigner.

Cet article examine divers déterminants de la santé au troisième âge. Il tente aussi de déterminer ce que les gouvernements et les intéressés peuvent faire en vue d'améliorer les conditions de vie favorisant la santé chez les aîné-e-s.

Revenu, scolarité et statut social

La bonne santé a toujours été associée à des niveaux de revenu et de scolarité supérieurs et à un statut social plus élevé. Des études menées dans diverses provinces et villes canadiennes confirment que la santé des gens s'améliore au fur et à mesure que leurs revenus augmentent. À titre d'exemple, les hommes qui se situent dans l'échelon supérieur de revenus (les premiers 20 p. 100 de l'échelle) vivent, en moyenne, six ans de plus que les hommes qui se situent au bas de l'échelle (les derniers 20 p. 100); ils vivent aussi 14 ans de plus sans souffrir d'une déficience quelconque. Chez les femmes, ces chiffres

s'établissent à trois ans et à huit ans respectivement.

Les recherches indiquent aussi que plus la richesse d'un pays est équitablement répartie, plus sa population est en santé (à preuve, la Suède et le Japon qui dépensent une portion beaucoup plus faible de leur PNB sur les soins de santé par rapport au Canada).

Un corollaire de la richesse, le statut social est étroitement associé à la santé. Une étude importante effectuée en Grande-Bretagne suggère qu'un revenu et un statut social supérieurs semblent protéger les gens contre la maladie. Ne serait-ce plutôt qu'un revenu et un statut social inférieurs empêchent les gens de lutter efficacement contre la maladie?

D'autres études portent à croire que les avantages liés à un revenu et un statut social élevés — le contrôle qu'exercent les mieux nantis sur leur existence et leurs sources de stress, et la «marge de manœuvre» dont ils jouissent — contribuent à améliorer l'état de santé. D'autre part, les gens plus démunis, qui ont peu d'options face à la vie et n'ont pas les compétences voulues pour faire face au stress, s'avèrent plus vulnérables que d'autres à la maladie.



En améliorant la sécurité financière des gens et en leur offrant de nouvelles possibilités, par la scolarité, l'apprentissage continu et la formation professionnelle par exemple, il est possible d'améliorer leurs perspectives de santé. Il en va de mêmes des efforts visant à réduire le stress, à améliorer l'estime de soi et à aider les gens à mieux diriger leur vie. Pour être efficaces, ces démarches doivent se prolonger au-delà du domaine de la santé et englober des secteurs tels que l'économie, l'éducation, les services sociaux et l'emploi. Même de modestes progrès en ce sens améliorent les perspectives économiques des

gens et les encouragent à prendre leur vie en main au travail, à la maison et dans leurs collectivités. Il en résulte une amélioration globale de la santé de la population.

Appui social

Des recherches effectuées dans plusieurs pays confirment le lien crucial entre les réseaux d'appui social et le taux de mortalité. Ainsi, le manque d'aide au plan familial, social ou communautaire constitue un important facteur de risque pour la santé. Une étude révèle que les hommes qui ont le moins de contacts sociaux ont deux fois plus tendance à mourir prématurément que ceux qui en ont le plus. Les chiffres indiquent aussi que les gens mariés ont tendance à vivre plus longtemps que les gens seuls, et que les veufs et veuves sont plus exposés aux maladies et à la mort prématurée. Certains spécialistes croient même que les liens sociaux ont autant d'effets sur l'état de santé que les grands facteurs de risque connus, comme le tabagisme, l'obésité et la haute tension artérielle.

D'autre part, les gens qui jouissent de bons appuis sociaux sont plus en mesure de faire face au stress, de même qu'aux problèmes de la vie. En plus de garantir l'accès aux nécessités vitales — la nourriture et le logement par exemple — les parents et amis jouent d'autres rôles essentiels. Ils s'occupent les uns des autres en cas de maladie, et ils s'entraident quand vient le temps de changer certains modes de vie. Cette qualité de soins, alliée au respect et au sentiment de satisfaction et de bien-être qui en résultent, semblent les rendre moins vulnérables aux problèmes de santé.

Ces données portent à croire que les initiatives visant à consolider les réseaux d'appui — des programmes pour améliorer la vie familiale ou des projets communautaires axés sur l'interaction et la tolérance sociale, par exemple — contribueraient grandement à améliorer la santé de la population.

Pratiques de santé

Au Canada, beaucoup de problèmes de santé sont liés au tabagisme, à l'alcool, au mauvais usage des médicaments, à l'inactivité physique et à une mauvaise alimentation.

Les Canadiennes et Canadiens qui fument régulièrement sont beaucoup plus exposés que les autres au cancer du poumon et aux maladies cardio-vasculaires. Les accidents et les actes de violence entraînant des blessures, l'invalidité ou la mort sont étroitement liés aux abus d'alcool. L'inactivité physique augmente les risques de maladies cardio-vasculaires, de diabète, d'obésité, de maux de dos et de certains cancers. Une mauvaise nutrition et de mauvaises habitudes alimentaires peuvent aussi entraîner le diabète, les maladies cardio-vasculaires et le cancer.

Il n'est pas facile d'inciter les gens à adopter des comportements plus sains. Même si la scolarité, la bonne volonté et la faculté d'adaptation jouent un rôle essentiel en ce sens, il faut aussi favoriser un réseau d'appui efficace, un revenu adéquat et des politiques publiques axées sur la promotion de comportements sains comme le port obligatoire de la ceinture de sécurité, les espaces libres de fumée, des renseignements nutritionnels précis et compréhensibles sur les produits alimentaires. Les pressions et le conditionnement social aident aussi à déterminer les comportements en matière de santé. Les stratégies de santé orientées vers la population doivent être définies largement, qu'il s'agisse d'améliorer les facteurs environnementaux et les conditions sociales, ou d'aider les gens à adopter des modes de vie sains.

Santé et services sociaux

Même si les services et les traitements curatifs s'orientent autour de la maladie et des facteurs de risque cliniques, ils s'inscrivent

dans une démarche plus large de promotion de la santé au sein de la société. Cette démarche regroupe diverses approches, soit des services de prévention et de soins de santé primaires (l'immunisation, par exemple); des services d'éducation populaire portant sur les facteurs de risque et les choix santé; des services de santé environnementale axés sur la sécurité alimentaire et la qualité de l'eau et de l'air; et des services pour aider les aîné-e-s à vivre en santé et de façon autonome.

Investir dans la santé

Les facteurs décrits ci-haut figurent parmi de nombreux autres qui affectent la santé des individus, au fur et à mesure qu'ils vieillissent. Un document du Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population intitulé **Stratégies pour la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens et Canadiennes** indique qu'il faut tenir compte de tous les facteurs susceptibles d'influencer le niveau de santé de la population. Le document précise que les conditions de vie et de travail, le bien-être économique, la faculté d'adaptation, le sentiment de contrôle sur son existence et ses sources de stress, la capacité de relever les défis quotidiens sont des déterminants clés de la santé. Il ajoute que les stratégies sur la santé de la population doivent en tenir compte au même titre que les facteurs normalement associés à la santé, soit un mode de vie sain et l'accès aux services de santé.

Le défi est clair. Les prestataires de soins de santé, les décideurs et les collectivités doivent trouver le moyen de concrétiser cette approche et d'orienter davantage leurs efforts vers les «déterminants de la santé».



Nouveaux Horizons : Partenaires des aîné-e-s

Les maladies chroniques, l'invalidité, le grand âge, la pauvreté, l'isolement social, l'abus, les mauvaises conditions de vie, les pertes et le deuil... Autant de facteurs de risque qui menacent la santé, le bien-être et l'autonomie des Canadiennes et Canadiens âgés. Voilà pourquoi le programme **Nouveaux Horizons** du gouvernement fédéral s'est donné pour mandat d'identifier des approches novatrices, créatives et rentables pour y faire obstacle.

Nouveaux Horizons offre une aide financière aux organismes d'aîné-e-s et à leurs divers partenaires. Pour être admissibles, les projets doivent chercher à améliorer les conditions de vie d'aîné-e-s à risque ou à prévenir de telles situations. En plus d'avoir des effets immédiats sur la vie des aîné-e-s, les projets Nouveaux Horizons contribuent à sensibiliser le public aux dossiers qui affectent les aîné-e-s. De plus, ils jouent un rôle essentiel en fournissant aux responsables des politiques et programmes de précieux renseignements sur les aîné-e-s.

À l'heure actuelle, Nouveaux Horizons jouit d'un plus large rayonnement que jamais. Lors de sa création, en 1972, Nouveaux Horizons avait pour but d'encourager les aîné-e-s à prendre en main les dossiers qui les intéressaient. Le lancement du **Programme d'autonomie des aîné(e)s** (PAA) allait permettre d'étendre cette aide financière aux groupes, aux organisations, aux agences de service social et aux maisons d'enseignement. L'avènement d'**Alliances pour l'autonomie**, en 1993, élargissait

Une définition du risque

Les gouvernements, les groupes communautaires et les agences de service qui élaborent des programmes à l'intention des aîné-e-s font souvent référence aux termes «risque» et «aîné-e-s à risque». Malgré tout, il n'existe pas de consensus quant à la définition de ces mots.

Pour en arriver à une définition utile, la **Direction des aînées et aînés** a demandé à l'**Association canadienne de gérontologie** (ACG) d'analyser la notion de risque en rapport avec les aîné-e-s. Partant d'une définition de base du risque, soit la probabilité d'une conséquence néfaste, le rapport examine les fonctions qui influencent le risque et les façons de minimiser ce risque.

Le premier volet du document analyse les facteurs qui déterminent la gravité du risque et cherche à découvrir pourquoi les aîné-e-s constituent un groupe à risque. La gravité du risque dépend de ses effets potentiels sur la vie de l'individu, de son degré de probabilité et de son imminence. Certains aîné-e-s sont plus à risque que d'autres parce que certains résultats semblent plus probables que d'autres et leurs effets potentiels, plus dommageables que d'autres.

Le deuxième volet propose un cadre conceptuel de travail pour examiner le risque, tenant compte de trois dimensions : les interactions entre divers facteurs de risque, les ressources personnelles pour faire face au risque, et l'expérience de vie. Le troisième volet porte sur le processus de détermination du risque. Il précise

qu'il ne suffit pas d'identifier les facteurs, puisque les facteurs de risque n'ont pas tous la même portée et que la présence simultanée de plusieurs facteurs de risque peut multiplier les effets négatifs.

Le quatrième volet tente d'identifier des façons de modifier ou de réduire le risque. Il existe plusieurs moyens de réduire le risque. En ce sens, le rapport fournit des directives sur la prévention et l'intervention. Le document précise que l'aide et le traitement s'avèrent beaucoup plus efficaces quand les aîné-e-s participent pleinement aux efforts. Selon le document, les responsables de programmes et projets à l'intention des «aîné-e-s en situation de risque» devraient se poser les questions suivantes : Quel type de vulnérabilité est en cause? Pourquoi ce problème est-il perçu comme un risque? A-t-on tenu compte de la gravité des conséquences? Quels sont les indicateurs de risque? Quelles hypothèses les sous-tendent? Ce risque peut-il être minimisé? Doit-on nécessairement s'en occuper? De point de vue de qui? Dans l'intérêt de qui? Les actions entreprises pour contrer ce risque respectent-elles l'individu? Tiennent-elles compte de ses besoins et désirs?

Pour obtenir d'autres renseignements sur cette version préliminaire du rapport, communiquer avec :

Louise Plouffe
 Direction des aînées et aînés
 Santé Canada
 Ottawa (Ontario)
 K1A 0K9
 (613) 957-1703
 télécopieur (613) 957-7627

encore plus les critères de financement en appuyant les projets communs de divers partenaires représentant les entreprises, les groupes syndicaux et divers niveaux de gouvernement. Depuis le premier avril 1995, le PAA et Alliances pour l'autonomie sont été intégrés à Nouveaux Horizons pour former un seul et unique programme d'aide financière.

Les subventions permettent de financer des projets spécifiques pour des périodes de temps limitées, généralement 24 mois au plus. Ces projets doivent respecter les critères de financement établis à l'échelle nationale et dans chaque province et territoire, en accord avec les aîné-e-s, les porte-parole gouvernementaux et les groupes et associations communautaires. D'autre part, il est essentiel que les aîné-e-s soient directement engagés dans l'élaboration, la mise en œuvre ou la gestion du projet, qu'il s'agisse d'une initiative locale, régionale ou nationale.

Nouveaux Horizons s'engage à couvrir les frais liés à la réalisation des objectifs du projet. De leur côté, les participants acceptent de fournir une aide financière ou matérielle. Il peut s'agir de bénévolat, de ressources humaines, de matériel ou d'équipement (des fournitures de bureau ou un local gratuit, par exemple).

Nouveaux Horizons accepte les demandes d'aide de nombreux groupes et organismes, entre autres, les :

- groupes d'aîné-e-s
- organismes sans but lucratif
- associations professionnelles
- maisons d'enseignement
- agences de santé et de services sociaux
- entreprises et commerces
- groupes syndicaux
- gouvernements provinciaux, territoriaux et locaux

Les particuliers **ne sont pas** admissibles.

Pour faire une demande

Pour obtenir de plus amples renseignements sur **Nouveaux Horizons** (y compris les priorités de financement), veuillez communiquer avec le Bureau de la promotion de la santé et du développement social de votre région. Veuillez prendre note que les demandes rela-

tives à des projets d'envergure **nationale** doivent être acheminées à la Direction des aînées et aînés, à Ottawa.

Terre-Neuve

(709) 722-2279
télécopieur (709) 772-2859

Île-du-Prince-Édouard

(902) 566-7806
télécopieur (902) 566-7860

Nouvelle-Écosse

(902) 426-2741
télécopieur (902) 426-5361

Nouveau-Brunswick

(506) 851-7007
télécopieur (506) 851-2572

Québec

(514) 283-7306 ou
1-800-363-9716
télécopieur (514) 283-3309

Ontario

(416) 973-4389
télécopieur (416) 973-0009

Manitoba

(204) 983-2833
télécopieur (204) 983-8674

Saskatchewan

(306) 780-5355
télécopieur (306) 780-6207

Alberta et Territoires du Nord-Ouest

(403) 495-2754
télécopieur (403) 495-7370

Colombie-Britannique et Territoire du Yukon

(604) 662-2729
télécopieur (604) 666-8503

Bureau national

Direction des aînées et aînés
Santé Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9
(613) 952-7606
télécopieur (613) 957-7627

Nouvelles orientations en recherche

Les efforts en vue d'améliorer la santé, l'autonomie et la qualité de vie des aîné-e-s au Canada sont constants. En effet, la ministre de la Santé, l'honorable Diane Marleau, approuvait récemment le financement de 13 programmes multidisciplinaires en recherche appliquée. Ces recherches examineront divers facteurs qui affectent l'autonomie des aîné-e-s et tenteront d'établir un plus grand consensus en la matière. Elles analyseront plusieurs domaines sociaux et de santé associés aux aîné-e-s, dont la consommation de médicaments, l'entraide et les soins personnels. Elles permettront aussi d'évaluer et de comparer divers programmes, modèles de soins, services et activités centrées sur l'autonomie des aîné-e-s. Les aîné-e-s eux-mêmes aideront à concevoir les plans de diffusion de l'information.

Ces études démarrent à peine. Mais au fur et à mesure qu'elles avancent, les chercheurs feront part de leurs découvertes à la population. Voici un bref aperçu des programmes de recherche financés par Santé Canada :

- **La consommation de médicaments chez les aîné-e-s** (Université McGill) — L'objectif du projet, à long terme, est de garantir que les aîné-e-s consomment bien leurs médicaments et de réduire l'incidence de maladies qui y sont associées. Les chercheurs tenteront aussi de réduire le nombre de prescriptions inopportunes, de fournir de meilleures directives sur la façon de prescrire des médicaments aux aîné-e-s, et de les aider à mieux respecter les posologies.
- **Entraide à l'intention des aîné-e-s et de leurs aidants naturels** (Université de Dalhousie) — Ce projet examinera les caractéristiques de groupes d'entraide œuvrant auprès des aîné-e-s et de leurs familles dans trois provinces, soit la Nouvelle-Écosse, le Québec et l'Ontario. Les chercheurs évalueront aussi l'effet de tels groupes sur la santé des participants et sur leur recours aux services sociaux. Ils élaboreront ensuite des stratégies pour améliorer l'accès des aîné-e-s

et des aidants naturels aux groupes d'entraide.

- **L'autonomie des aîné-e-s vulnérables : le rôle des services de soins formels, des aidants naturels et de l'entraide** (Université de Victoria) — Ce projet portera sur trois différents types de soins : les soins formels offerts par les services communautaires, les soins offerts par les aidants naturels et les réseaux d'entraide. Il évaluera dans quelle mesure ces approches déterminent la capacité des aîné-e-s de vivre de façon autonome dans les dernières années de la vie, et l'effet de tels soins sur l'autonomie des aîné-e-s les plus vulnérables.

Ces programmes de recherche profitent de l'aide financière du **Programme de recherche sur l'autonomie des aîné-e-s (PRAA)**, en accord avec le **Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS)**.

Renseignements auprès de :

Francine Leduc
 Coordonnatrices du PRAA
 Direction des aînées et aînés
 Santé Canada
 Ottawa (Ontario)
 K1A 0K9
 (613) 954-8635
 télécopieur (613) 957-7627

ou

Linda Murphy
 Agente de projet
 Direction des programmes de recherche
 extra-muros
 Santé Canada
 Ottawa (Ontario)
 K1A 1B4
 (613) 954-7943
 télécopieur (613) 954-7363

Les ministres se penchent sur le dossier des aîné-e-s

Le 21 novembre 1994, Winnipeg accueillait les **ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des aîné-e-s**, dans le cadre d'une rencontre pour discuter des défis et enjeux liés à la situation des aîné-e-s canadiens et au vieillissement global de la population. L'événement était co-présidé par la ministre fédérale de la santé, l'honorable Diane Marleau, et par le ministre responsables des aîné-e-s au Manitoba, Gerry Ducharme.

La rencontre a permis d'aborder plusieurs thèmes. Entre autres :

- **Gérer l'évolution vers les services communautaires** — Compte tenu du fait qu'un nombre grandissant d'aîné-e-s préfèrent rester dans leur propre logement le plus longtemps possible, les gouvernements continueront d'élargir les services sociaux et de santé offerts à domicile et dans la collectivité. Les ministres ont convenu que la prestation continue des soins demeurera une priorité dans toutes les juridictions et que les efforts de collaboration continueront en ce sens.

- **Répondre aux besoins des aîné-e-s en période de restrictions financières** — Les ministres ont reconnu que la santé et le bien-être général tiennent à une série de déterminants dont le revenu, l'appui social et les services de santé. Ils ont aussi reconnu que les modifications apportées aux programmes et aux avantages dans une juridiction pouvaient affecter d'autres juridictions. Les ministres se sont aussi entendus pour élaborer des lignes directrices et des principes communs leur permettant d'examiner et de revoir les changements apportés et leurs effets cumulatifs sur le groupe des aîné-e-s. Ces mesures les aideront à mieux évaluer les répercussions de ces changements, avant leur mise en œuvre.

- **Rôle des ministres responsables des aîné-e-s** — Les ministres ont réaffirmé l'importance de désigner un ministre responsable des aîné-e-s dans toutes les juridictions pour garantir que les politiques et programmes des gouvernements tiennent compte des besoins et intérêts des aîné-e-s. Les ministres ont réitéré leur engagement à consulter pleinement les aîné-e-s dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et programmes à leur intention.

Soins continus en Ontario



Lors de la rencontre fédérale, provinciale et territoriale de novembre 1994, les participants ont identifié les soins continus comme une priorité pour les aîné-e-s canadiens désireux de sauvegarder leur autonomie le plus longtemps possible. Certaines provinces ont déjà pris les devants en proposant des réformes en ce sens. Voici un aperçu des projets adoptés par le gouvernement ontarien en matière de soins continus :

- La réforme ontarienne s'est donnée comme premier objectif de réduire la dépendance envers les services institutionnalisés et d'améliorer les soins prolongés et les services d'aide à domicile et en milieu communautaire.
- D'ici 1996-97, la province investira 440 millions \$ de plus en vue d'élargir les services communautaires offerts aux aîné-e-s, aux

adultes avec des déficiences et tout autre groupe pouvant bénéficier d'une aide à domicile.

- La **Loi sur les soins prolongés** fournit un nouveau cadre de travail juridique pour la planification, la gestion et la prestation des services communautaires (la Loi 173 n'était pas en vigueur au moment de la publication, même si elle avait été adoptée par la Législature ontarienne le 7 décembre et avait reçu l'assentiment royal le 9 décembre 1995).
- Cette loi permet aussi la création d'agences multi-services locales sans but lucratif, ce qui devrait simplifier et améliorer l'accès à des soins communautaires sensibles aux besoins locaux et permettre aux consommateurs de participer pleinement à la planification et au contrôle des services.

- **Rencontres futures des ministres responsables des aîné-e-s** — Conscients des effets du vieillissement de la société canadienne et de l'urgence de travailler ensemble pour répondre aux besoins des aîné-e-s, les ministres ont accepté de se réunir au moins une fois tous les 18 mois. Des rencontres régulières portant sur des dossiers relevant directement des ministres responsables des aîné-e-s, permettront d'examiner les questions relatives aux politiques et d'assurer la consultation entre diverses juridictions. Ces rencontres favoriseront surtout le dialogue et inciteront les ministres à identifier des solutions efficaces et viables, en réponse aux grands dossiers relatifs aux aîné-e-s et au vieillissement de la population.

Dans un dernier temps, tous les ministres présents ont convenu de l'importance et de l'envergure du phénomène du vieillissement de la population et du défi qui se pose aux Canadiens. L'explosion démographique des aîné-e-s et les pressions constantes au plan du financement de la santé et des systèmes d'appui social forceront les gouvernements à élaborer des stratégies novatrices, ouvertes et rentables qui favoriseront l'autonomie et la sécurité des aîné-e-s.

Pour plus de renseignements sur les projets ontariens en matière de soins continus, communiquer avec le :

Centre d'information sur la santé
Ministère de la santé de l'Ontario
Direction des communications
Édifice Hepburn, 8^e étage
Queen's Park
Toronto (Ontario)
M7A 1S2
1-800-268-1153 (Ontario seulement)
(416) 327-4327
télécopieur (416) 314-8721
ATM/ATS 1-800-387-5559 (Ontario seulement)

Étude sur la santé et le vieillissement au Canada

Dans le cadre de la plus importante étude canadienne sur la démence (y compris la maladie d'Alzheimer), les chercheurs ont évalué l'état de santé de 10 263 Canadiennes et Canadiens de 65 ans et plus, dans 36 collectivités à travers le pays. Environ 9 000 répondants vivaient au sein de la collectivité. Les autres habitaient dans des centres de soins prolongés.

L'Étude sur la santé et le vieillissement au Canada fournit les renseignements les plus précis jamais recueillis sur le sujet. Elle s'attarde à trois grands secteurs : l'incidence des cas de démence; les facteurs de risque associés à la maladie d'Alzheimer; l'aide aux soignants. Voici quelques faits saillants tirés de cette étude :

Incidence des cas de démence

- Huit pour cent de la population de 65 ans et plus — plus d'un quart de million de personnes — souffrent d'une forme quelconque de démence. Un peu moins de la moitié (123 900) vit au sein de la collectivité, alors que les autres habitent dans des centres de soins.
- Près des deux tiers des personnes démentes souffrent de la maladie d'Alzheimer.
- L'incidence des cas de démence augmente avec l'âge, allant de 2,4 p. 100 chez les individus de 65-74 ans à 11,1 p. 100 chez les aîné-e-s de 75-84 ans, et jusqu'à 34,5 p. 100 chez les personnes de 85 ans et plus.
- Parmi les cas diagnostiqués, 68 p. 100 sont des femmes. Ceci reflète la présence accrue des femmes au sein de la population plus âgée, où l'incidence de cas de démence est plus élevée.

Facteurs de risque

- Les personnes dont un parent est atteint de la maladie d'Alzheimer sont 2.5 fois plus sujettes à contracter la maladie. Ces données confirment la théorie selon laquelle la génétique joue un rôle dans cette maladie.
- Même si les résultats ne sont pas concluants, l'étude montre que la maladie d'Alzheimer risque plus de se développer chez des individus qui ont déjà subi une blessure à la tête, occupé des emplois les

exposant à divers types de colles, de pesticides ou de fertilisants, ou qui sont moins scolarisés (la scolarisation pouvant retarder le déclenchement des symptômes de la maladie).

- L'étude n'a pas réussi à établir de liens valables entre la maladie d'Alzheimer et l'usage d'anti-sudorifiques ou d'antiacides contenant de l'aluminium, ou la consommation d'alcool.
- Contrairement à d'autres recherches, l'étude n'a **pas** réussi à démontrer que le tabagisme contribuait à réduire les risques de contracter la maladie d'Alzheimer.

Les soignants

- Quatre-vingt dix-sept pour cent des personnes atteintes de démence vivant au sein de la collectivité reçoivent l'aide d'un ou une soignante, mais pas nécessairement une personne habitant à domicile. (Il s'agit souvent de leur fille, qui habite tout près). Vingt-neuf pour cent — soit environ 34 800 personnes — vivent seules.
- Huit pour cent des personnes atteintes de démence profitent de l'aide d'un ou une seule soignante (les personnes qui fournissent des soins à leur conjoint sont les moins susceptibles d'obtenir de l'aide, même si le ou la conjointe est atteinte d'une démence grave).
- Certains aidants souffrent de problèmes de santé chroniques. On note deux fois plus de cas de dépression chez ceux qui s'occupent de personnes atteintes de démence que chez les autres soignants.

- Plus le cas de démence est grave, plus l'aidant est sujet à la dépression — environ 16 p. 100 des soignants qui s'occupent de personnes atteintes de démence légère, comparativement à 40 p. 100 de ceux qui s'occupent de personnes gravement atteintes.
- Au Canada, le coût total annuel de la démence s'élève à 3,9 milliards \$ (1,25 milliard \$ pour les patients qui vivent dans la collectivité et 2,18 milliards \$ pour les patients en centres de soins prolongés; 74 millions \$ en frais de médicaments, de diagnostic et d'hospitalisation; 10 millions \$ en recherche).
- Le coût équivalent chez les moins de 65 ans s'établit à environ 389 millions \$.

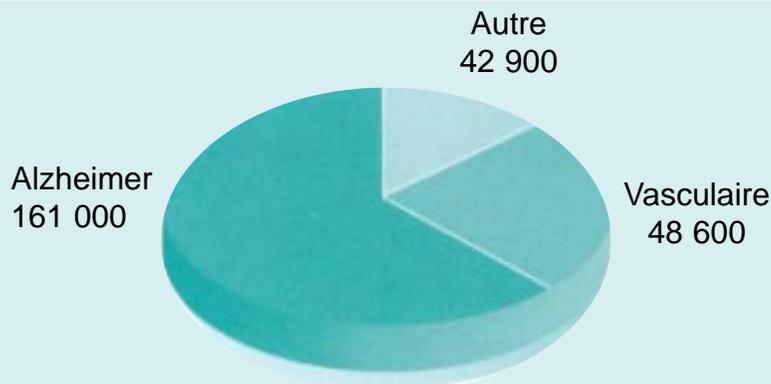
Cette étude conjointe a été menée par l'Université d'Ottawa, en collaboration avec le Laboratoire de lutte contre la maladie, à Santé Canada, avec l'aide financière du Programme de recherche sur l'autonomie des aîné-e-s (PRAA). Renseignements auprès de :

Étude sur la santé et le vieillissement au Canada
Département d'épidémiologie et de médecine communautaire
Université d'Ottawa
451, chemin Smyth
Ottawa (Ontario)
K1H 8M5



Incidence de la démence

Toutes les régions selon le genre démence



Les déterminants de la santé émotive

Quels sont les facteurs qui affectent le bien-être et la santé émotive des aîné-e-s? Quelles circonstances engendrent des sentiments de plaisir, de fierté et de joie de vivre? Lesquelles sèment la dépression, l'anxiété ou le découragement?

L'échelle d'équilibre affectif de Bradburn est un outil multidimensionnel qui permet de mesurer la santé émotive. Dans le cadre d'un projet parrainé par la Direction de la santé mentale de Santé Canada et la Direction des aînées et aînés, les chercheurs ont eu recours à l'échelle en vue de mesurer le niveau de bien-être émotif de 20 000 répondants ayant participé à **l'Enquête sur le vieillissement et l'autonomie 1991** (voir **InfoÉchange des aîné-e-s**, automne 1992, page 1).

D'après les résultats du sondage, les aîné-e-s qui vivent de manière autonome et cultivent des liens avec leur entourage ont plus tendance à jouir d'une bonne santé mentale que les aîné-e-s qui dépendent des autres et se sentent isolés socialement. Les répondants plus optimistes semblaient avoir un revenu adéquat, posséder un permis de conduire valide (hommes de 65 ans et plus) et avoir effectué un voyage loin de la maison pendant quatre semaines ou plus au cours des 12 derniers mois. De plus, les aîné-e-s qui venaient régulièrement en aide aux autres — à titre de bénévoles, par exemple — semblaient avoir une attitude plus positive face à la vie.

D'un autre côté, les répondants plus pessimistes avaient un revenu plus faible, étaient en mauvaise santé ou souffraient d'une invalidité quelconque, et ne se sentaient pas en sécurité à la maison ou dans leur quartier. Les personnes qui avaient besoin d'aide au niveau des soins personnels

ou qui faisaient appel à des services professionnels pour faire face au stress semblaient plus pessimistes. Ces résultats suggèrent qu'en général, les aîné-e-s qui maintiennent des liens solides avec leur famille, leurs amis et leur collectivité sont moins portés à avoir des sentiments négatifs face à la vie que ceux qui jouissent d'un réseau d'appui moins solide, comme les veufs, les veuves ou les personnes divorcées. Ces derniers sont donc plus à risque.

Parmi toutes les variables, le stress semble avoir le plus d'effets négatifs sur le bien-être et la santé émotive, surtout chez les femmes plus âgées. Les aîné-e-s qui vivent un stress à la suite d'un changement de poste, d'une perte d'emploi, d'une maladie, d'une blessure grave ou de problèmes familiaux sont plus portés que d'autres à avoir des sentiments négatifs.

Même si l'étude décrit certains déterminants du bien-être émotif (tels qu'identifiés dans l'échelle), d'autres facteurs entrent aussi en jeu. Les personnes intéressées à en savoir plus sur l'analyse de l'Enquête sur le vieillissement et l'autonomie de 1991 peuvent faire appel à Statistique Canada pour obtenir des fichiers de microdonnées ou profiter du service de production de tableaux personnalisés selon les paramètres de l'utilisateur. Pour obtenir un exemplaire gratuit, en version française ou anglaise, du document **Bien-être : Résultats de l'intégration de l'échelle d'équilibre de Bradburn à l'Enquête sur le vieillissement et l'autonomie de 1991**, communiquer avec le service des :

Publications
Santé Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9
(613) 954-5995
télécopieur (613) 952-7266

La rationalisation des services liés aux prestations des aîné-e-s

Plusieurs modifications législatives ont été proposées en vue d'améliorer les services aux aîné-e-s. Ces modifications concernent le **Programme de sécurité de la vieillesse** et le **Régime de pensions du Canada**.

Situation actuelle

Pour continuer de recevoir leurs prestations, près de 1,4 millions de bénéficiaires du Supplément de revenu garanti (SRG) et de l'Allocation au conjoint (AC) doivent renouveler leur demande chaque année. Les versements ne reprennent qu'une fois la demande de renouvellement approuvée. Les retards à



soumettre une demande ou les délais de vérification entraînent chaque année un retard dans le versement de prestations à 100 000 aîné-e-s environ. (Puisque le SRG et l'AC sont versés aux aîné-e-s à faible ou moyen revenu, ces retards peuvent causer de sérieux problèmes.)

Nouvelle approche

Lorsque le projet aura reçu l'assentiment royal, les personnes qui reçoivent l'Allocation commenceront automatiquement à recevoir leurs prestations de Sécurité de la vieillesse et, le cas échéant, de la SRG. De plus, la soumission tardive de demandes annuelles n'entraînera pas nécessairement de retard dans les versements du SRG et des AC.

Le ministère assouplira aussi divers autres services. Les prestataires pourront dorénavant annuler leurs prestations de Sécurité de la vieillesse advenant un changement dans leur situation économique. De plus, ils n'auront plus à se soucier des dispositions de récupération lors de leur prochaine déclaration de revenu. D'autres améliorations sont aussi en cours : le processus d'appel de la Sécurité de la vieillesse et du RPC a été rationalisé; les aîné-e-s seront désormais admissibles aux prestations de retraite rétroactives du RPC pendant une période maximale d'un an suivant leur 65^e anniversaire. Les prestataires du RPC pourront annuler leur désignation de pension (partage des crédits de pension avec le conjoint dans le cadre d'une relation stable) lorsqu'ils le désirent. En accord avec la majorité des programmes gouvernementaux, les prestations de Sécurité de la vieillesse pourront être versées rétroactivement pour une période n'excédant pas un an.

Renseignements auprès de :

Richard Fix
Directeur des communications, PSR
Développement des ressources humaines
Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0L1
(613) 957-2807
télécopieur (613) 957-1602

La recherche à votre service

Les aîné-e-s ont tout lieu de se demander si les recherches actuelles sur le vieillissement affecteront un jour leur vie. Nombre d'individus et d'organismes voués au maintien de l'autonomie chez les aîné-e-s partagent leur impatience. C'est maintenant, et non dans 10 ans que ces résultats doivent servir. Il existe divers moyens de vulgariser et de communiquer ces nouvelles connaissances

scientifiques, économiques et sociales à un large auditoire, mais il reste beaucoup à faire.

Une conférence organisée par le Programme de recherche sur l'autonomie des aîné-e-s (PRAA) en novembre 1994 et intitulée **La recherche au service du vieillissement** visait justement à trouver des moyens pour améliorer la situation. La rencontre tentait de déterminer pourquoi les résultats des recherches n'étaient pas mieux disséminés et d'élaborer des propositions concrètes.

Les participants ont identifié plusieurs facteurs susceptibles de nuire à la bonne diffusion des résultats, entre autres :

- les contrats de recherche actuels ne prévoient pas de montants adéquats pour la diffusion des résultats
- plusieurs chercheurs ne savent pas comment, ou ne prennent pas le temps de présenter leurs résultats de manière utile et accessible au grand public
- dans certains cas, les résultats des recherches doivent être intégrés à d'autres études avant d'être distribués.

Dans un monde idéal, il suffirait, aux dires des participants, de pousser sur un bouton pour avoir immédiatement accès à des informations à jour. Dans ce contexte, ils trouvaient bon d'expliquer les programmes de recherche au grand public et de faire davantage appel aux aîné-e-s pour définir les besoins et les priorités en matière de

recherche. Ils s'entendaient à dire que les aîné-e-s devraient avoir accès à tous les renseignements susceptibles d'améliorer leur bien-être, et que ces études et données devraient être présentées sous forme de synthèses multidisciplinaires et conviviales.

Les participants ont fait part de nombreuses suggestions, pour atteindre cet objectif, entre autres :

- allouer une portion suffisante des fonds de recherche à la diffusion des résultats
- faire appel à des personnes qualifiées pour vulgariser les résultats des recherches
 - élaborer des outils de diffusion efficaces, y compris des programmes informatisés, compte tenu du fait que les aîné-e-s de demain auront les compétences voulues pour manipuler les données et communiquer efficacement par ordinateur.

La conférence témoignait bien de l'engagement du gouvernement à profiter au maximum des nombreuses recherches en cours. Les résultats et recommandations seront publiés dans le cadre d'un prochain rapport. Mieux encore, le PRAA intégrera certaines de ces idées à ses propres projets, entre autres dans la formulation des avis de compétition de recherche et dans les directives aux candidats.

Pour obtenir un exemplaire gratuit du rapport de la conférence, en version française ou anglaise, veuillez communiquer avec :

Francine Leduc
 Coordonnatrices du PRAA
 Direction des aînées et aînés
 Santé Canada

Ottawa (Ontario)
 K1A 0K9
 (613) 954-8635
 télécopieur (613) 957-7627



Dans un monde idéal, il suffirait, aux dires des participants, de pousser sur un bouton pour avoir immédiatement accès à des

Débat sur les aîné-e-s et les médicaments

Le **Conseil consultatif national sur le troisième âge** (CCNTA) invitait récemment des aîné-e-s et des membres du grand public à s'exprimer sur l'usage des médicaments au cours d'un débat télévisé en direct.

Diffusé le 10 janvier sur la Chaîne parlementaire par câble, le **Forum national sur les aîné-e-s et les médicaments** comprenait une table ronde avec des experts et des échanges en studio avec des auditeurs des quatre coins du pays. Plus de 100 participants représentant des associations d'aîné-e-s, des professionnels de la santé, des groupes d'action communautaire, des industries pharmaceutiques et autres étaient sur les lieux pour participer au débat.

La tribune téléphonique a remporté un succès inespéré. Appelés à répondre à la question : «Que feriez-vous pour régler le problème des aîné-e-s et des médicaments?», les participants y sont allés de nombreuses suggestions, entre autres :

- installer une ligne informatisée entre le bureau du médecin et la pharmacie
- demander aux médecins de vérifier les dossiers pharmaceutiques des patients avant de leur prescrire de nouveaux médicaments
- encourager les aîné-e-s à poser des questions avant d'accepter une prescription
- faire comprendre aux médecins qu'ils doivent être à l'écoute de leurs patients
- encourager les pharmaciens à être proactifs — qu'il s'agisse de bien renseigner les aîné-e-s sur leurs prescriptions ou de souligner un danger potentiel au médecin

Le Conseil s'affaire présentement à analyser les réponses et les réactions glanées lors du

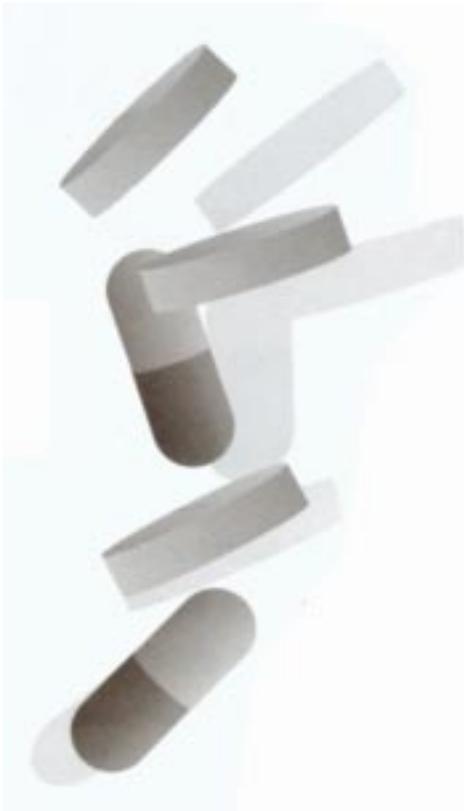
Forum. Il fera bientôt part de ses conclusions dans le cadre d'un rapport. Renseignements auprès du :

Conseil consultatif national sur le troisième âge
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9
(613) 957-1968
télécopieur (613) 957-7627

Données sur l'usage des médicaments

«L'utilisation inappropriée des médicaments sur ordonnance est un problème qui mérite notre attention immédiate.» C'est sur ces mots que le président du CCNTA, John MacDonell lançait le projet de **Forum national sur les aîné-e-s et les médicaments**. Voici quelques statistiques à ce sujet :

- de 1987 à 1991, les dépenses liées à l'achat de médicaments ont augmenté de 10,5 p. 100 au Canada, soit la plus forte augmentation dans le domaine de la santé de toute cette période
- les aîné-e-s constituent 12 p. 100 de la population canadienne, mais ils consomment 25 p. 100 de tous les médicaments sur ordonnance
- de 25 p. 100 à 40 p. 100 de tous les médicaments sur ordonnance sont mal prescrits pour la circonstance
- 15 p. 100 des admissions à l'hôpital seraient dues aux effets secondaires des médicaments sur ordonnance
- en 1993, les aîné-e-s ontariens ont reçu 27 prescriptions en moyenne, alors que les aîné-e-s québécois en ont reçu 33; la même année, 6 aîné-e-s québécois sur 10 consommaient, à un moment donné, au moins un médicament sur ordonnance
- selon un sondage effectué en 1991, 53 p. 100 des Canadiens et Canadiennes de 55 ans et plus ont affirmé qu'ils accepteraient la décision d'un médecin de ne pas leur pre-



scrire un médicament, même s'ils l'avaient spécifiquement demandé; cependant, 37 p. 100 ont indiqué qu'ils iraient voir un autre médecin pour obtenir une prescription

- quelques raisons qui expliquent le mauvais usage des médicaments : ordonnance mal suivie par le patient; trop de médicaments prescrits par les médecins; manque de suivi de la part du pharmacien; suivi limité de la part des aidants naturels; manque de communication entre patient et professionnel; et suivi inadéquat auprès des patients.

(Source : Conseil consultatif national sur le troisième âge, **Vignettes sur le vieillissement.**)

L'activité physique : la prévention avant tout

Bonne nouvelle pour les aîné-e-s! Des études récentes confirment le lien direct entre l'activité physique régulière et le sain vieillissement. Les faits parlent d'eux-mêmes.

Fonctionnement physique

- L'activité physique régulière améliore et élargit la capacité fonctionnelle. La moitié des limites physiques auparavant associées au vieillissement ne sont, de fait, que des «maladies de l'inactivité» qui entraînent la dégénérescence et la perte fonctionnelle de la masse musculaire et de la masse osseuse.
- L'entraînement visant à acquérir de la résistance peut aider à réduire et même à renverser les pertes de force et de masse musculaire — même chez les centenaires!

Bien-être psychologique

- Un quart environ des aîné-e-s souffrent de troubles mentaux, dont les plus fréquents sont la démence et la dépression, suivis de l'anxiété et de l'abus de médicaments.
- La recherche indique qu'il existe des liens étroits entre l'activité physique et l'amélioration du bien-être psychologique; on a prouvé que les gens qui font de l'exercice sont plus conscients de

leurs capacités physiques et qu'ils en tirent de la fierté.

- L'exercice améliore aussi l'humeur des gens anxieux ou dépressifs.

Santé cardio-vasculaire

- La majorité des trois millions de Canadiens et Canadiennes souffrant d'une maladie cardio-vasculaire sont âgés.
- L'inactivité physique s'avère l'un des principaux facteurs de risque associés aux maladies du cœur et aux crises cardiaques, au même titre que le tabagisme, la haute pression artérielle et un taux élevé de cholestérol.
- Un programme d'exercice physique régulier peut contribuer à réduire la pression artérielle et le taux de cholestérol.
- Même une activité physique modérée peut réduire jusqu'à 66 p. 100 le risque de maladies cardio-vasculaires.

Force des os

- La sédentarité figure parmi les facteurs de risques associés à l'ostéoporose, une affection qui peut entraîner l'invalidité, la douleur, les difformités et une nette baisse d'autonomie et de qualité de vie.
- Une femme post-ménopausée sur quatre et un homme âgé sur cinq souffrent d'ostéo-



porose. Jusqu'à 2,5 millions de Canadiens et Canadiennes sont sujets à des fractures liées à une diminution de la masse osseuse.

- En faisant des exercices avec des poids, on permet d'améliorer la santé des os; même les gens sédentaires peuvent accroître leur masse osseuse en étant plus actifs.
- L'activité physique contribue aussi au traitement de l'ostéoporose en améliorant la coordination, l'équilibre et la force musculaire.

Soulagement de l'arthrite

- L'arthrite est l'affection chronique la plus répandue au Canada et constitue la principale cause de limitations physiques chez les femmes d'âge mûr et chez les aînées. Du côté des hommes, l'arthrite vient au second rang, immédiatement après les maladies du cœur.
- Pour un arthritique, la pire chose à faire est d'éviter l'activité aérobique, à moins de souffrir d'une inflammation aiguë.
- Comme les symptômes de l'arthrite tels que la douleur et l'engourdissement sont plus sévères après une période d'immobilité (après une nuit de sommeil, par exemple), il importe d'être actifs toute la journée.

Autres bienfaits

- L'activité physique régulière peut réduire de 50 p. 100 le risque de développer le cancer du colon ou le diabète non insuline-dépendant.
- L'activité physique permet d'atteindre et de maintenir son poids santé, ce qui augmente la longévité.
- Les personnes qui souffrent d'hypertension peuvent réduire leur pression artérielle de 10 mm Hg, en moyenne, en faisant des exercices d'endurance.



À l'intention des femmes âgées ...

- Ce sont les Canadiennes âgées qui font le plus appel aux services de santé. Leur état de santé soulève le plus d'inquiétudes, tenant compte du nombre d'affections chroniques qui les affligent (ostéoporose, arthrite et crise cardiaque) et du stress social auquel elles sont soumises (pauvreté, isolement, dépression).
- Soixante-quinze pour cent des femmes de 65 ans et plus sont aux prises avec une limitation physique qui ralentit leurs activités quotidiennes; 60 p. 100 sont exclues des tests courants de conditionnement physique en raison des risques pour la santé. Lorsqu'une femme âgée tombe, c'est habituellement parce qu'elle est trop faible.
- Un programme intensif d'entraînement pour augmenter la résistance redonne beaucoup de forces aux femmes et s'avère complètement sécuritaire.

Il n'est jamais trop tard pour bien faire

Les Canadiens âgés n'ont pas à investir beaucoup de temps ou d'argent pour atteindre la quantité et l'intensité d'activité physique nécessaires pour améliorer leur santé. Il suffit de trente minutes par jour, tous les jours! Et même si l'activité physique commence au troisième âge, après plusieurs années de sédentarité, elle contribue grandement à améliorer l'état de santé.

Pour plus de renseignements sur les bienfaits de l'activité physique, communiquer avec :

Barbara Shropshire
Direction de la condition physique
Direction générale des programmes et services de santé
Santé Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4
(613) 941-5064
télécopieur (613) 941-6666

Les aîné-e-s prennent le virage électronique

Les aîné-e-s ont mille bonnes raisons de se familiariser avec le monde de l'informatique, qu'il s'agisse de garder le contact avec leurs enfants et petits-enfants, ou de faire des découvertes. Le **Seniors' Computer Information Project** (SCIP) invite les aîné-e-s à explorer un nouveau monde, grâce à son projet de réseau d'information informatisé pour les aîné-e-s.

SCIP est un projet de démonstration national mis sur pied par **Creative Retirement Manitoba**, avec l'aide financière du Programme d'autonomie des aîné-e-s de Santé Canada. Les organisateurs offriront une formation aux aîné-e-s et mettront sur pied le «Système d'information des aîné-e-s». Il s'agit d'un réseau électronique contenant quantité de renseignements pour aider les aîné-e-s à maintenir un mode de vie autonome et à se tenir au fait des plus récentes informations.

Les aîné-e-s manitobains ont maintenant accès, gratuitement, à des ordinateurs dans six centres pour aîné-e-s (à Roblin, Carman, Dauphin, Portage la Prairie et les centres des rues Selkirk et St-Vital, à Winnipeg). Ces ordinateurs sont munis de logiciels courants (traitement de texte, tableurs, dessin, etc.) et ont des capacités multimédias (son et CD-ROM), Internet et imprimantes au laser.

Dans le cadre du volet de formation, le projet aura recours aux connaissances et compétences d'aîné-e-s intéressés à venir en aide à leurs pairs. Au fur et à mesure que les ordinateurs deviennent plus simples à utiliser, il faudra surtout s'assurer que les centres munis d'ordinateurs puissent compter sur des entraîneurs âgés pour initier leurs pairs aux plaisirs de l'informatique.

Des comités d'aîné-e-s identifieront les sujets qui seront intégrés à la banque de données. SCIP a accès à un large éventail de ressources, d'organisations et de programmes : le **Guide fédéral des programmes et services à l'intention des aîné-e-s**; le **Manitoba Senior Citizen's Handbook**; plusieurs organisations de la santé (dont la Société canadienne du cancer et l'Association du diabète du Manitoba); des programmes éducatifs (par ex. le catalogue de printemps de l'Elderhostel) et des programmes gouvernementaux (par ex. les programmes de Sécurité du revenu). Le système offrira aussi des renseignements informatisés sur les modes de vie, la loi, la consommation, les loisirs, le logement, le transport et les finances.

Dans un deuxième temps, il faudra traiter l'information en vue de l'intégrer à Internet. Pour ce faire, SCIP fera appel aux services bénévoles d'aîné-e-s «branchés».

Une fois sur pied, SCIP offrira de nombreux avantages aux aîné-e-s. Ils auront accès à des données plus à jour que la plupart des informations contenues dans des documents imprimés, et plus détaillées que les renseignements transmis au cours d'un appel



téléphonique normal. En fait, les aîné-e-s qui choisissent de prendre le virage électronique découvriront un nouvel univers.

Le système informatique des aîné-e-s est maintenant en opération. Le URL pour y accéder est le <http://www.mbnet.mb.ca./crm/>. Vous pouvez aussi communiquer avec :

Bonnie Trombo
Creative Retirement Manitoba
294, avenue Portage
Pièce 811
Winnipeg (Manitoba)
R3C 0B9
(204) 949-2571
télécopieur (204) 957-7839
E-mail : trombo@crm.mb.ca

Bénévoles 2000 : la voie de l'avenir

«Les popotes roulantes n'offrent pas seulement des repas. Elles offrent de l'amitié, des soins, du confort et de la sécurité.» (John Kirkwood, bénévole, popote roulante)

La camaraderie et les contacts sociaux sont partie intégrante de la vie, surtout pour les aîné-e-s vivant seuls. Les organisateurs et bénévoles de la popote roulante de l'Ordre des infirmières de Victoria (VON) de Richmond-Vancouver en savent quelque chose. Lancé à titre de projet du centenaire, il y a vingt-cinq ans, la popote livrait alors neuf repas par jour. Aujourd'hui, le groupe prépare chaque jour 500 repas distribués dans 13 quartiers de la région, soit plus de 128 000 repas par année livrés à plus de 1 800 personnes, avec l'aide de quelque 650 bénévoles.

Mais l'œuvre de la popote roulante va bien au-delà d'un bon repas chaud. En plus de

savourer des mets nutritifs, les clients — surtout des aîné-e-s — apprécient chaque jour le sourire familial d'un bénévole du quartier. Ces derniers profitent de leur visite pour vérifier la sécurité des lieux. Ce sont souvent les premiers à signaler une situation d'urgence telle une chute. Pour certains aîné-e-s, ce sont leurs seuls visiteurs. Les bénévoles ont donc un rôle important à jouer en vue d'alléger la solitude des aîné-e-s.

La situation profite à tous. Avant d'adhérer au projet de popote roulante, plusieurs bénévoles — souvent des aîné-e-s — pouvaient se sentir isolés à la suite d'une retraite ou d'un deuil. En participant à la popote, ils se sentent engagés et actifs, et ils se rapprochent de leur milieu et de leurs voisins.

C'est l'engagement des bénévoles qui assure le fonctionnement de la popote roulante. Ils sont présents à toutes les étapes du projet, de la planification à la coordination, en passant par l'évaluation, les services directs et le recrutement de nouveaux bénévoles. C'est là qu'entre en jeu le projet **Volunteer 2000**. Tenant compte de l'énorme succès de la popote roulante, le VON de Richmond-Vancouver propose un modèle de développement communautaire qui invite les bénévoles âgés à gérer eux-mêmes divers projets communautaires.



Volunteer 2000 s'inspire de la notion éprouvée de bon voisinage. Il souligne l'importance des liens et vise à garantir que tous les participants sont en rapport constant avec leur milieu. Il existe une relation étroite entre l'engagement des bénévoles au sein des programmes communautaires du genre et l'énergie des quartiers touchés. Cette dynamique appuie et encourage la participation active des aîné-e-s. Selon Mary Crooks, du VON, Volunteer 2000 est la preuve que le bénévolat existe toujours, qu'il se porte bien



Nancy Turner n'a pas manqué sa journée régulière de bénévolat pour la popote roulante pendant 15 ans!



Norm et Muriel Ashworth sont des leaders bénévoles et forment une excellente équipe

Davis Scott, bénévole, livre un repas à Mme Minnie Doyle. Mme Doyle a été bénévole pour la popote roulante pendant plus de 26 ans. Elle et son mari reçoivent maintenant les services de la popote roulante, ce qui leur permet de s'adapter aux changements au niveau de la santé et de conserver leur autonomie au sein de la collectivité.



et qu'il contribue plus que jamais à la vie communautaire. C'est la voie de l'avenir.

Volunteer 2000 a vu le jour grâce à une subvention de démarrage du Programme d'autonomie des aîné-e-s. Renseignements auprès de :

Mary Crooks
Directrice exécutive
ou Brenda Sawada
Coordonnatrice des bénévoles
VON Richmond-Vancouver
1645, 10^e avenue ouest
Vancouver (Colombie-Britannique)
V6J 2A2
(604) 733-6614
télécopieur (604) 733-6698

Projet de l'ASPO sur les déterminants de la santé

Notre état de santé tient à plusieurs facteurs, dont l'estime de soi, le statut socio-économique, le niveau de scolarité et l'environnement. Consciente des rapports entre la santé des individus et la santé à la maison, au travail et dans la collectivité, l'Association pour la santé publique de l'Ontario (ASPO), en accord avec l'Association des centres de santé de l'Ontario et le Conseil du premier ministre sur la santé, le bien-être et la justice sociale, a choisi d'aborder le dossier des soins de santé, tenant compte des «déterminants de la santé». De septembre 1992 à décembre 1993, l'ASPO a conçu et mis sur pied deux séries d'ateliers, soit neuf consultations provinciales et 18 ateliers régionaux.

Déterminants de la santé : Rapport du projet retrace les étapes de développement du projet, ses objectifs et ses résultats. Les ateliers avaient trois buts :

- encourager les participants à se familiariser davantage avec les principaux déterminants de la santé
- examiner les effets des déterminants de la santé sur les professionnels de la santé et sur leurs collectivités
- identifier des initiatives axées sur les déterminants de la santé.

Plus de 1 000 représentants issus de centres de santé communautaire, de conseils de santé de district, d'agences de planification sociale et d'unités de santé ont choisi de participer aux ateliers et de faire part de leurs recommandations. Selon eux, il importe d'adopter une vision commune et de créer des politiques et programmes pour l'appuyer; d'encourager les efforts pour appliquer le principe des déterminants de la santé à leur domaine; et d'engager la participation de la collectivité en vue d'identifier les besoins et de planifier les stratégies.

Le projet a aussi permis de produire un document d'accompagnement intitulé **Déterminants de la santé — Guide d'atelier**. Étape par étape, le guide explique aux individus et aux organismes comment organiser des groupes de discussion et des ateliers. Il contient aussi une liste de questions servant à stimuler les échanges. Les deux annexes du document décrivent les ressources utilisées dans le cadre des ateliers régionaux et provinciaux, y compris les ordres du jour, les feuilles de travail, les formulaires d'évaluation des ateliers et les noms et numéros de téléphone des personnes ressources.

Ces documents sont disponibles gratuitement auprès de :

Association de santé publique de l'Ontario
468, rue Queen est
Pièce 202
Toronto (Ontario)
M5A 1T7
1-800-267-6817 (Ontario seulement)
(416) 367-3313
télécopieur (416) 367-2844

Au nom de la santé

L'Association canadienne des ergothérapeutes publiait récemment un nouveau document intitulé **For the Health of It! Occupational Therapy within a Health Promotion Framework**. Ce manuel fait état des initiatives et des connaissances résultant d'un projet de l'Association portant sur la promotion de la santé des aîné-e-s. Il décrit le processus de promotion de la santé et l'évolution possible des rôles dans une communauté lorsque les ergothérapeutes utilisent un cadre de travail axé sur la promotion de la santé.

Le document comprend quatre sections : un aperçu de la promotion de la santé en rapport avec l'ergothérapie; des indications sur la façon de consulter les membres de la collectivité et de collaborer avec eux pour iden-

tifier les priorités en matière de santé; des exemples de projets communautaires en promotion de la santé; et des suggestions sur la façon de conserver, d'évaluer et d'exploiter les connaissances acquises. L'épilogue décrit les grands défis qui se posent aux ergothérapeutes au fur et à mesure qu'ils orientent leur travail vers la promotion de la santé.



Le document décrit aussi deux projets mis sur pied par des ergothérapeutes à Terre-Neuve et au Manitoba. Il souligne la qualité des apprentissages des participants et offre des suggestions à l'intention des autres collec-

tivités.

Même s'il s'adresse surtout aux personnes qui étudient et travaillent dans le domaine de l'ergothérapie, le manuel s'avérera utile aux autres professionnels de la santé engagés dans une démarche de promotion de la santé.

Le projet de promotion de la santé des aîné-e-s s'étalait sur 30 mois et bénéficiait de l'aide financière du Programme d'autonomie des aîné-e-s (PAA).

Ce manuel de 101 pages est disponible, en anglais seulement, au coût de 10 \$ pour les membres de l'Association (12 \$ pour les non-membres). Renseignements auprès de :

Association canadienne des ergothérapeutes
110, rue Eglinton ouest
3^e étage
Toronto (Ontario)
M4R 1A3
(416) 487-5404
télécopieur (416) 487-0480

Ressources sur la violence faite aux aîné-e-s

Le **Centre national d'information sur la violence dans la famille** vient de faire paraître plusieurs nouveaux titres sur la violence faite aux aîné-e-s. Ces publications intéresseront particulièrement les professionnels de la santé, les aidants, les chercheurs et les responsables de politiques et programmes.

- **Les personnes âgées et la violence dont elles sont victimes : de la participation à la responsabilisation** (22 pages).

Ce document a été commandé par le Groupe de réflexion sur les mauvais traitements infligés aux aîné-e-s dans le cadre d'une évaluation de l'Initiative de lutte contre la violence familiale. Il explique en quoi les aîné-e-s eux-mêmes peuvent jouer un rôle actif au plan de la prévention et de l'intervention en matière de violence aux aîné-e-s. En plus de décrire divers projets mis sur pied par l'Initiative de lutte contre la violence familiale, le document propose un nouveau cadre de travail pour promouvoir un plus grand engagement des aîné-e-s dans ce domaine.

- **Conflit de générations et prévention des mauvais traitements envers les aîné-e-s** (28 pages, rédigé par J.A. Tindale, J.E. Norris, R. Berman et S. Kuiack).

Ce rapport analyse la documentation sur la violence faite aux aîné-e-s, tenant compte des liens familiaux. Il pose deux grandes questions. Se peut-il, d'une part, que l'évolution des rapports entre parents et enfants au cours de la vie familiale soit liée aux mauvais traitements que les enfants feront plus tard subir à leurs parents âgés? Existe-t-il des moyens de prévention efficaces à l'intention des familles et des praticiens?

- **Lignes directrices sur la violence familiale à l'intention des infirmières** (46 pages).

Rédigée par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, cette brochure aidera les travailleurs sociaux et de santé à mieux repérer les victimes de violence familiale. Elle tente de dissiper les mythes sur la violence et indique aux infirmières comment s'y prendre pour dépister les mauvais traitements et aborder la ques-

tion avec leur clientèle. La brochure fournit aussi des lignes directrices sur les modes d'intervention auprès des femmes, des enfants et des aîné-e-s maltraités, et des conseils sur la prévention, l'orientation et les ressources disponibles.

Ces documents sont disponibles gratuitement, en version française ou anglaise. Pour commander une copie ou en savoir davantage sur les autres publications disponibles, s'adresser au :

Centre national d'information sur la violence dans la famille
Santé Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4
(613) 957-2938
télécopieur (613) 941-8930

L'ONF et les choix familiaux

En 1990, le grand-père de Michelle Wong est tombé gravement malade. Lors d'une visite chez ses grands-parents, cette dernière s'est mise à examiner les vieux albums de famille. «Avant cet après-midi chez mes grands-parents, je n'avais aucune idée de la richesse de leur vie», d'expliquer Michelle Wong.

Return Home est le premier film de Michelle Wong. Il trace un parallèle entre le cheminement de son grand-père et sa propre évolution. «Le texte n'a pas été facile à écrire, car je devais confronter des questions et des sentiments que j'avais réussi à refouler toute ma vie», ajoute-t-elle.

Certains de ces stéréotypes et sentiments négatifs tenaient à ses origines chinoises ou à ses attentes face à son éducation nord-américaine. Puisque les caresses ne font pas partie de la culture asiatique et parce qu'ils ne la prenaient pas dans leurs bras, Michelle Wong croyait que ses grands-parents ne l'aimaient pas. Mais au fur et à mesure que, dans le cadre du

film, ils levaient le voile sur leur passé, y compris des incidents douloureux, la cinéaste a découvert à quel point elle se trompait.

Ce film de 29 minutes a été produit par Fortune Films et le Studio D de l'**Office national du film**. Il est disponible en versions anglaise et chinoise.

Le film **The Last Right**, réalisé par Robert Fortier, raconte l'histoire d'un homme de 79 ans en phase terminale qui habite avec son petit-fils et sa famille. Frustré par la situation et déprimé par ses pertes de mémoire, le vieillard choisit d'arrêter de manger pour en finir avec la vie.

Cette décision pose un grave problème moral à la famille : doit-elle respecter le désir du mourant ou l'obliger à subir une intervention médicale? L'histoire remet en cause la bio-éthique, les perceptions du vieil âge, de même que les responsabilités inhérentes au mariage et à la famille.

Produit par Sam Grana, Robert Fortier et Barrie Howells, le film de 29 minutes est disponible en version anglaise seulement.

Ces deux productions de l'ONF sont offertes sur vidéocassette, au coût de 26,95 \$ (taxes et frais de manutention en sus).

Pour obtenir des renseignements ou commander un exemplaire, composer le 1-800-267-7710.



Loi sur la prise de décisions au nom d'autrui

Quand un aîné est confronté à la maladie, à un accident ou à une invalidité temporaire ou permanente, il peut être obligé de recourir à d'autres personnes pour prendre d'importantes décisions légales touchant ses soins personnels ou ses biens. Une nouvelle loi ontarienne vise à clarifier la situation et à faire la lumière sur un dossier resté longtemps dans l'ombre. Il s'agit de la **Loi sur la prise de décisions au nom d'autrui**.

Cette loi reflète les nouveaux courants de pensée en matière de protection des droits individuels. Elle se rattache à trois autres lois importantes, soit la **Loi sur l'intervention**, la **Loi sur le consentement au traitement** et la **Loi modifiant des lois en ce qui concerne le consentement et la capacité**. Ensemble, ces quatre lois reflètent une démarche légale visant à promouvoir les droits des personnes vulnérables ou incapables de prendre leur propres décisions.

Dans le cadre de la loi, le terme «incapacité» fait référence à l'incapacité mentale de prendre des décisions. Cela signifie que «la personne n'est pas en état de comprendre les renseignements pertinents à la prise d'une décision ou qu'elle n'est pas en état d'évaluer les conséquences raisonnablement prévisibles d'une décision ou d'une absence de décision.»

La **Loi sur la prise de décisions au nom d'autrui** a pour objet de :

- donner à la personne concernée un contrôle accru sur les divers aspects de sa vie, si elle devient incapable de prendre elle-même ses décisions
- respecter les choix de vie qu'elle a exprimés avant de devenir mentalement

incapable, et tenir compte de ses désirs actuels

- reconnaître l'importance du rôle des familles et des amis dans les décisions prises au nom d'un proche
- préciser et élargir les droits des adultes mentalement incapables, et les responsabilités des personnes qui prennent des décisions au nom d'autrui
- prévoir des garanties et des responsabilités accrues de nature à protéger les personnes mentalement incapables
- limiter la tutelle publique et autres interventions gouvernementales, dans la mesure du possible.

Les procédures à suivre pour nommer un procureur dépendent du genre de décisions que la personne est incapable de prendre. Un ensemble de règles et procédures s'appliquent aux biens et aux affaires financières; un autre concerne les questions personnelles comme le logement, les soins de santé ou la sécurité et l'hygiène.

Puisque la loi s'avère complexe, un guide a été conçu à l'intention des aidants naturels, des intervenants, des infirmières, des médecins et des agences et associations intéressées. Intitulé **Guide de la Loi sur la prise de décisions au nom d'autrui**, ce document comprend :

- des explications sur la raison d'être de cette loi et son rôle dans un ensemble de nouvelles lois sur les droits individuels
- une définition des termes utilisés
- une description des choix de décisions possibles
- une description des règles servant à définir les pouvoirs de décision
- un aperçu du rôle du nouveau Bureau du Tuteur et curateur public, de l'enregistrement et de la validation.

Compte tenu de la complexité du document, les renseignements ont été regroupés pour aider le lecteur à repérer facilement les explications et précisions portant sur divers aspects de cette loi.

Même si le Guide contient beaucoup d'informations, certains détails ont été omis. Pour obtenir d'autres renseignements ou un exemplaire gratuit, en version française ou anglaise, ou dans un autre format, s'adresser à :

Loi sur la prise de décisions au nom d'autrui
Bureau du curateur public
Ministère du Procureur général
595, rue Bay
Pièce 800
Toronto (Ontario)
M5G 2M6
(416) 314-2989
télécopieur (416) 314-6190
ATM/ATS (416) 314-2687

Les aîné-e-s et l'emploi

La Voix — le réseau canadien des aîné(e)s, vient de publier deux nouveaux documents à l'intention des aîné-e-s et des professionnels qui s'intéressent au phénomène du vieillissement et de l'emploi.

Les travailleur(euse)s âgé(e)s et le vieillissement de la main-d'œuvre du Canada : Rapport final et recommandations

résume les discussions, les décisions et les recommandations issues d'une consultation sur invitation portant sur l'orientation future des Bureaux d'emploi des aîné-e-s au Canada. La rencontre avait pour but de déterminer les préoccupations des travailleuses et travailleurs âgés et de voir comment les Bureaux d'emploi et les organismes d'aîné-e-s pourraient leur venir en aide.

Le rapport de 46 pages traite de sujets soulevés lors de la consultation, entre autres la raison d'être de l'aide à la main d'œuvre âgée, les projets élaborés par divers bureaux d'emploi pour les aîné-e-s au Canada et aux États-Unis, et la création d'un réseau national pour assurer le lien entre les bureaux d'emploi et les organismes d'aîné-e-s.

La publication fait aussi état des recommandations et des réflexions émanant de la rencontre.

La Voix a aussi publié un document d'accompagnement intitulé **Les travailleur(euse)s âgé(e)s et le vieillissement de la main-d'œuvre au Canada : Rapport de recherche**. Ce guide fournit des données et des statistiques relatives à la situation des travailleuses et travailleurs canadiens de 45 ans et plus. À l'aide d'illustrations et de tableaux, il trace un profil détaillé de la main d'œuvre âgée, des tendances démographiques et du marché du travail actuel.

Le rapport de recherche comprend quatre volets : une analyse approfondie des tendances démographiques et du marché du travail au Canada; des informations sur l'occupation des travailleuses et travailleurs âgés, le type d'industrie qui les embauche et leurs motifs de cessation d'emploi (Canadiens de tous les groupes d'âge); une analyse des coûts personnels et macro-économiques associés au chômage chez les plus de 45 ans; et un portrait des Canadiennes et Canadiens âgés ne jouissant pas du plein emploi et ayant besoin d'aide pour trouver un travail satisfaisant. La publication fournit aussi, en annexe, des statistiques additionnelles sur les tendances de la main-d'œuvre et une bibliographie complète.

Ces deux documents sont disponibles en version française ou anglaise, au coût de 10 \$ chacun ou de 15 \$ pour les deux (8 \$ et 12 \$ respectivement pour les membres de La Voix). Renseignements auprès de :

La Voix — le réseau canadien des aîné(e)s
350, rue Sparks
Pièce 1005
Ottawa (Ontario)
K1R 7S8
(613) 238-7624
télécopieur (613) 235-4497

Le client a toujours raison!

Les consommateurs âgés, qui constituent une part de plus en plus importante du marché, ont des exigences et des besoins spéciaux tant en matière de vêtements, de meubles que d'appareils ménagers.

Le groupe de recherche sur les produits et services de CARNET, le **Réseau canadien de recherche sur le vieillissement**, associé à l'Université du Manitoba, publiait récemment deux nouvelles études à la suite de consultations avec les aîné-e-s de la province. Ces dernières visaient à déterminer les préférences et les problèmes des aîné-e-s au niveau des vêtements, et leurs besoins particuliers en matière d'appareils ménagers. Pour ce faire, les chercheurs ont interviewé plus de 1 000 aîné-e-s de Winnipeg et de la région.



Le premier rapport, intitulé **Clothing Preferences and Problems of Older Adults**, faisait état des préférences des aîné-e-s en matière de couleurs et de style, examinait les problèmes courants associés à l'achat de vêtements et proposait des recommandations en ce sens.

Les résultats montrent que 86 p. 100 des aîné-e-s achètent eux-mêmes leurs vêtements. Une personne sur quatre éprouve des difficultés à trouver des vêtements à la fois attrayants et qui font bien. Ces problèmes ont souvent à voir avec la fabrication du vêtement, soit des robes avec une fermeture éclair à l'arrière et des chemises munies de boutons trop petits, par exemple, ce qui rend l'habillage difficile. Certains se sont plaints des allées trop étroites dans les magasins ou des salles d'essayage trop petites

pour accommoder un fauteuil roulant ou une marchette.

Intitulé **Furniture and Appliance Needs of Older Adults**, le second rapport de CARNET, analyse les problèmes des aîné-e-s au niveau des meubles, des appareils ménagers et des appareils électroniques et indique ce qu'ils recherchent dans ce genre de produit. Selon le rapport, les aîné-e-s qui magasinent pour de nouveaux meubles ont de la difficulté à trouver des produits qui répondent bien à leurs besoins. Certains trouvent que les divans et les chaises en vente sur le marché ne sont pas assez grands ou solides. D'autres ont de la difficulté à se relever de certains lits ou divans.

En ce qui a trait aux appareils ménagers et électroniques, les aîné-e-s ont suggéré diverses modifications pour en faciliter l'usage, soit des boutons plus gros sur les fours et les grille-pains, par exemple.

Trente-cinq pour cent des aîné-e-s interviewés possèdent un magnétoscope, mais ont du mal à le programmer. Ils ont le sentiment que le design des appareils électroniques et les directives laissent à désirer et devraient être simplifiés.

Pour obtenir un exemplaire gratuit de ces deux rapports, disponibles en anglais seulement, communiquer avec le :

Groupe de recherche sur les produits et services CARNET
Centre sur le vieillissement
Université du Manitoba
Winnipeg (Manitoba)
R3T 2N2
(204) 474-8754
télécopieur (204) 261-7977

Innovation et collaboration

Le System-Linked Research Unit on Health and Social Service Utilization de l'Université McMaster vient de publier son troisième rapport annuel. Conçu en accord avec des agences sociales et de santé de la région, ce rapport, intitulé **Striking the Right Chords! Orchestrating Collaboration** (Viser l'accord juste ... en orchestrant la collaboration), propose une démarche hautement originale.

L'unité regroupe des professeurs de la faculté de la santé et des sciences sociales et des partenaires communautaires de deux régions, y compris les services régionaux de santé, l'Ordre des infirmières de Victoria (VON), les départements de santé publique et les services infirmiers St-Elizabeth, les groupes médicaux et les conseils de planification sociale et de district. L'étude vise à analyser le cas d'ainé-e-s qui tombent malades ou deviennent angoissés à la suite de stress multiples, et qui font ensuite appel, à répétition, aux services sociaux et de santé. Un programme d'extension pense avoir trouvé la meilleure façon d'aider les ainé-e-s aux prises avec plusieurs problèmes — une maladie chronique jumelée à un sentiment d'isolement et au stress psychologique, par exemple. À ce jour, les résultats s'avèrent positifs. Ils indiquent que les ainé-e-s qui reçoivent une combinaison de soins, dans le cadre de services proactifs — un spécialiste et une infirmière travaillant ensemble, par exemple — ont moins tendance que d'autres à faire appel aux

services sociaux et de santé.

Encouragées par ces résultats, les agences sociales et de santé de la région tentent de jumeler de nouveaux types de services pour réagir plus vite aux besoins des ainé-e-s, offrir un meilleur service et épargner des coûts. Cette collaboration a aussi permis d'éviter des écueils qui affligent souvent les services sociaux et de santé, soit les conflits régionaux, l'isolement et une trop grande centralisation dans les prises de décisions.

Pour en savoir plus long ou pour obtenir un exemplaire gratuit du rapport annuel (en anglais seulement), communiquer avec le :

D^r Gina Browne
Directrice, System-Linked Research Unit
Université McMaster
Faculty of Health Sciences
1200, rue Main ouest HSC 3N47
Hamilton (Ontario)
L8N 3Z5
(905) 525-9140
télécopieur (905) 528-5099



Pour demeurer autonome

La plupart des aîné-e-s préfèrent vivre le plus longtemps possible dans leur propre logement, de façon autonome, plutôt que de déménager dans un foyer d'accueil, un centre de soins prolongés ou un centre hospitalier. Malheureusement, à mesure que les personnes vieillissent, elles peuvent avoir de la difficulté à obtenir de l'aide à domicile ou à accomplir certaines tâches courantes comme prendre un bain, préparer les repas, monter et descendre les escaliers. À ce stade, les options de logement se font plus rares. Pourtant, en apportant certaines modifications au logement et en améliorant l'accès aux services de soutien, plusieurs aîné-e-s présentement en institution pourraient demeurer dans leur propre logement.

La Société canadienne d'hypothèque et de logement (SCHL) propose deux nouvelles publications et un programme informatisé en réponse aux nombreux besoins des aîné-e-s en matière de logement.

Le premier document, intitulé **Adaptation du logement des aînés et des personnes handicapées**, s'inspire d'une présentation de Luis Rodriguez, chercheur de la SCHL, livrée dans le cadre d'une récente conférence internationale. Après avoir analysé les effets de l'explosion démographique des aîné-e-s au Canada, la publication identifie les problèmes les plus courants auxquels sont confrontés les aîné-e-s vivant dans leur logement. Elle décrit aussi certains moyens d'adapter le logement comme l'installation de rampes d'escaliers et de barres dans la salle de bain, ainsi que l'aménagement d'espaces d'entreposage accessibles dans la cuisine. Ces modifications aident à améliorer la qualité de vie des aîné-e-s et leur permettent de vivre plus longtemps dans leur logement, au sein de

leur collectivité.

Le second document s'intitule **Pour faciliter l'autonomie des aînés en milieu rural : Guide de planification du logement et des services de soutien**. Il s'accompagne du programme informatisé SENIORS. Ces deux ressources veulent aider les collectivités à mieux planifier leurs actions, en vue de répondre à la demande croissante des aîné-e-s en matière de logement et de services de soutien. D'abord conçues à l'intention des milieux ruraux, les recommandations s'appliquent également aux centres urbains.

À l'aide de directives détaillées et de formulaires de sondage, le guide indique aux usagers comment recueillir et classer les données sur la population, le logement et les services d'aide propres à leurs collectivités, et comment obtenir des renseignements sur les besoins et préférences des aîné-e-s. Le programme informatisé les aidera à traiter et à analyser cette information et à produire les rapports nécessaires pour évaluer les conditions locales, déterminer les besoins et préférences des résidentes et résidents âgés et identifier les options qui répondent le mieux à leurs attentes.

Pour en savoir davantage sur ces deux publications et sur le programme informatisé, communiquer avec le :

Centre canadien d'information sur le logement
Société canadienne d'hypothèque et de logement
Bureau national
700, chemin Montréal
Ottawa (Ontario)
K1A 0P7
(613) 748-2367
télécopieur (613) 748-4069

Un guide vers l'action sociale

Vous aimeriez savoir comment faire pour mieux défendre vos droits? Un nouveau guide intitulé **L'action sociale par le parrainage civique : Guide à l'intention des organisations d'ainé-e-s** offre mille en un conseils à l'intention des individus qui réclament un changement social.

Publié par le bureau national de la Corporation canadienne des retraités intéressés inc., ce livret explique aux individus et aux organismes comment s'y prendre pour stimuler l'action sociale et faire de l'éducation populaire. Le guide comprend quatre parties :

- un aperçu des efforts de revendication déployés par les groupes d'ainé-e-s
- des suggestions pour consolider le rôle des organismes de revendication, recruter des membres et obtenir une aide financière
- des lignes directrices sur la revendication efficace
- des suggestions pour aider les organismes d'ainé-e-s voués à la revendication à surmonter les obstacles.

Le Guide déborde de renseignements, de stratégies et de conseils pratiques issus d'une série d'ateliers organisés par la directrice des projets, Jane McNiven et la présidente

nationale Myrna Slater, en collaboration avec divers groupes d'ainé-e-s à travers le pays.

Les lecteurs se familiarisent avec une gamme d'outils de discussion et de présentation adaptés aux diverses étapes du processus de revendication. Le guide explique comment évaluer les besoins d'une organisation en matière de leadership et suggère des exercices et des approches pratiques en ce sens.

En annexe, on trouve une liste des organismes pertinents, du matériel de référence, ainsi que des conseils et des exemples de lettres, de communiqués de presse et de messages d'intérêt public.

Ce guide de 168 pages a été publié grâce à l'aide financière du Programme d'autonomie des aîné-e-s (PAA). Il est disponible en version française ou anglaise au coût de 10 \$, plus les frais de poste (aucune taxe). Pour commander un exemplaire, s'adresser à :

Myrna Slater
Présidente
Corporation canadienne des retraités intéressés Inc.
Pièce 310, Halifax Shopping Centre
7001, Mumford Road
Halifax (Nouvelle-Écosse)
(902) 455-7684
télécopieur (902) 455-4709

Info Échange pour les aîné(e)s

Volume 6, numéro 3, 1995

Info Échange pour les aîné(e)s est une revue trimestrielle, publié par la Direction des aînés, Santé Canada. Veuillez adresser vos demandes de renseignements ou de copies additionnelles à la:

Internet: seniors@hpb.hwc.ca
URL: <http://hpbp1.hwc.ca/datahpsb/seniors/senpage.html>

Rédaction
Direction des aînés et aînés
Santé Canada
K1A 0K9
(613) 952-7605

Les opinions exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement les points de vue ou les politiques de la Direction des aînés et aînés ou de Santé Canada.

Des renseignements généraux sur la Direction des aînés et aînés sont maintenant disponibles sur Internet, ainsi que des renseignements sur les publications de la Direction, incluant **Info Échange pour les aîné(e)s** et **Le guide des programmes et services fédéraux pour les aîné(e)s**.

ISSN 0843-8471

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

Santé Canada