L'administrateur en chef de la santé publique

Rapport sur l'état de la santé publique au Canada

2010

Vieillir — Ajouter de la vie aux années

Canada

Also available in English under the title: *The Chief Public Health Officer's Report on the State of Public Health in Canada, 2010: Growing Older – Adding Life to Years*.

Le Rapport de L'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2010 : Vieillir – Ajouter de la vie aux années est disponible sur Internet à l'adresse suivante : http://santepublique.gc.ca/rapportdeACSP

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, 2010

Cat:. HP2-10/2010F-PDF

ISBN: 978-1-100-95460-8

Message de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada

Dr David Butler-Jones
L'administrateur en chef de la santé publique du Canada

La population canadienne est vieillissante, c'est bien connu. Toutefois, le Canada n'est pas un cas unique et il n'est pas non plus le seul pays dont la population vit plus longtemps qu'auparavant tout en maintenant une santé relativement bonne. Cela témoigne, en partie, de nos réalisations collectives dans les domaines de la santé publique et de la médecine. À mesure que la population vieillit, nous prenons conscience que les membres âgés de notre société sont les premiers artisans des succès que nous connaissons, d'hier à aujourd'hui. Le rapport de cette année porte principalement sur la santé et le bien-être de la population vieillissante du Canada, et son attention sera tournée tout particulièrement vers les secteurs où il importe d'agir afin d'apporter un changement dans la vie des aînés, aujourd'hui et pour les années à venir.

D'ici dix ans, près d'un Canadien sur cinq fera partie du troisième âge. Vingt ans plus tard, ce sera le cas d'un Canadien sur quatre. Pour bien des gens, les répercussions de ce changement démographique sur l'économie, les soins de santé et les autres services sont troublantes, d'autant plus qu'elles révèlent la nécessité d'investir maintenant pour nous préparer à cette éventualité.

Les efforts déployés pour promouvoir la santé, pour prévenir les risques de blessures et pour encourager et accroître la participation et l'inclusion sociales doivent être perçus comme un investissement essentiel qui permet de réaliser des économies, de maintenir et d'améliorer la qualité de vie et de favoriser une économie saine. Comme on l'entend souvent dans le milieu de la santé, mieux vaut prévenir que guérir. Notre capacité à répondre aux besoins des aînés et à en faire des collaborateurs à part entière aura certes une grande influence sur les succès que nous accomplirons pour favoriser vieillissement en santé, succès qui profiteront d'ailleurs à tous les Canadiens.

Dans le présent rapport, je dresse un portrait de l'état de santé et de bien-être des aînés du Canada et je cerne certains secteurs névralgiques où nous pouvons, en tant que pays, conjuguer nos efforts pour améliorer la situation; je pense notamment aux chutes et aux blessures qui en résultent, à la santé mentale, aux mauvais traitements et à la négligence, à l'appartenance sociale, aux modes de vie sains, aux soins et aux services. Si le Canada a déjà instauré les conditions essentielles à la santé et au bien-être de ses citoyens à toutes les étapes de leur vie, d'autres mesures s'imposent pour

Le but, c'est de mourir jeune… le plus tard possible – Ashley Montagu

Message

maintenir la qualité de vie des aînés à mesure que leur nombre augmente et que les ressources se raréfient. La mise en place, dès maintenant, de programmes et d'initiatives efficaces pourrait contribuer, tant à court qu'à long terme, à l'atteinte de notre objectif ultime, qui est de promouvoir le vieillissement en santé de la population canadienne.

J'ai examiné les données sur les principales causes de chute chez les aînés, les circonstances dans lesquelles elles surviennent et les blessures qui en résultent laissent croire que ces incidents pourraient être évités, du moins dans une certaine mesure. Puisque les séquelles qui surviennent à la suite d'une chute peuvent, en très peu de temps, compromettre la santé des aînés et de leur famille, ce domaine vaut la peine qu'on s'y attarde. Par ailleurs, on n'insistera jamais assez sur l'importance d'une bonne santé mentale, et je m'inquiète que cette question reste irrésolue dans le cas des aînés. Les mauvais traitements et la négligence, tout comme l'appartenance sociale et les modes de vie sains, ont une incidence sur tous les aspects de la santé et du bien-être des aînés. On peut donc s'attendre à ce que les efforts en ce sens donnent de bons résultats.

Bien que la plupart des aînés se disent fonctionnels, je sais que certains groupes sont plus susceptibles que d'autres d'être en mauvaise santé, soit parce qu'ils ont un accès limité à des soins et à des services de soutien, soit parce qu'ils vivent dans l'isolement ou dans un environnement non sécuritaire. C'est le cas notamment des personnes à faible revenu, des résidants des collectivités rurales et éloignées, des Autochtones et des nouveaux immigrants. Tout au long du rapport, je fais référence aux grands secteurs névralgiques et chaque fois j'essaie de me pencher sur ces cas en particulier. Il nous faudra absolument déployer des efforts supplémentaires pour que l'aide aux aînés soit spécialement accessible à ces groupes de population.

Les problématiques soulevées dans le présent rapport ne sont pas toujours insurmontables ni irréversibles. À nous de trouver les moyens de gérer au mieux nos efforts pour pouvoir en apprécier les bienfaits. Cela dit, la recherche de solutions sera ardue, mais il faut garder à l'esprit que même le plus petit changement peut créer la différence. Pour améliorer le sort des Canadiens, nous devons favoriser un vieillissement en santé, maintenir des milieux de vie sains et stimulants et recueillir de nouvelles données et information sur la situation des aînés. Il nous faudra également resserrer nos relations et nos partenariats afin de pouvoir répondre aux besoins fondamentaux de notre population à mesure qu'elle vieillit et nous attaquer à la nécessité grandissante d'offrir des soins officiels et non officiels.

Lorsque nous vieillissons, notre qualité de vie, comme population ou comme individu, n'est pas seulement le résultat de la génétique et des comportements; elle dépend aussi des conditions sociales et des milieux où nous vivons. Nous voulons offrir à nos aînés des environnements sécuritaires et sains, mais en même temps nous ne pouvons sous-estimer l'importance de promouvoir une culture de respect. Savoir reconnaître le rôle essentiel et unique que les aînés peuvent jouer et qu'ils joueront de plus en plus dans notre société est un atout précieux pour tous les Canadiens, y compris pour les aînés.

Le rôle de la santé publique est de faire des rapprochements – par exemple d'établir des liens entre l'exposition à un facteur et les résultats qui en découlent, de dégager les tendances, de cerner les secteurs où les efforts sont suffisants et ceux porteurs de bons résultats – et de contribuer à la recherche de solutions collectives. C'est pourquoi la santé publique jouera toujours un rôle essentiel dans la santé et le bien-être des populations, tout au long de leur vie.

Dans 20 ou 30 ans, un Canadien sur quatre fera partie du troisième âge et nous ne voulons pas nous retrouver dans un environnement défavorable et non sécuritaire, sans accès aux soins essentiels. Comme le montre le présent rapport, la tâche qui nous attend s'inscrira dans la durée. Nous sommes déterminés à améliorer la situation et disposons de tous les outils nécessaires pour y parvenir. Les mesures que nous prendrons profiteront à tous les Canadiens à mesure qu'ils grandissent et vieillissent.

Dr David Butler-Jones

Message

Le Dr David Butler-Jones est le premier administrateur en chef de la santé publique du Canada. En sa qualité de médecin, il a travaillé au Canada et fourni des avis aux professionnels à l'étranger dans les domaines de la santé publique et de la médecine clinique. Il est professeur à la Faculté de médecine de l'Université du Manitoba et professeur clinicien au Département de santé communautaire et d'épidémiologie de l'Université de la Saskatchewan. Le Dr David Butler-Jones a par ailleurs occupé les fonctions de médecin hygiéniste en chef de la Saskatchewan et a œuvré au sein d'organismes de santé publique, notamment à titre de président de l'Association canadienne de santé publique et vice-président de l'American Public Health Association. Il a reçu en 2007 un doctorat honorifique en droit de la Faculté des sciences de la santé de l'Université York en reconnaissance de ses réalisations en santé publique. En 2010, il s'est vu décerner le Prix Robert Davies Defries, la plus haute distinction remise par l'Association canadienne de santé publique, pour sa contribution exceptionnelle au domaine de la santé publique.

Remerciements

De nombreuses personnes et organisations ont contribué à l'élaboration du *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2010 : Vieillir – Ajouter de la vie aux années*.

Je tiens d'abord à exprimer ma gratitude aux personnes suivantes, qui ont fourni conseils, soutien stratégique et savoir-faire à différentes étapes du projet :

- L'honorable Gary Filmon, C.P., O.C., O.M., directeur d'entreprise, The Exchange Group;
- John Frank, directeur, Scottish Collaboration for Public Health Research and Policy; président, Public Health Research and Policy, Université d'Édimbourg; professeur émérite, Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto;
- Sénateur Wilbert J. Keon, Sénat du Canada;
- Richard Massé, directeur, École de santé publique, Université de Montréal;
- David Mowat, médecin hygiéniste, région de Peel, Ontario;
- Jeff Reading, professeur et directeur, Centre de recherche sur la santé des Autochtones, Université de Victoria;
- Brenda Zimmerman, directrice, Health Industry Management Program; professeure agrégée (stratégie et politique), Schulich School of Business, Université York.

J'aimerais aussi remercier le personnel de l'Agence de la santé publique du Canada pour sa précieuse contribution. Je tiens tout particulièrement à souligner le dévouement dont ont fait preuve les membres de l'Unité des rapports de l'administrateur en chef de la santé publique, du Bureau de la pratique en santé publique, tout au long de la préparation du présent rapport : Sarah Bernier, Jane Boswell-Purdy, Suzanne A. Boucher, Paula Carty, Camille Des Lauriers, Maureen Hartigan, Sean Hockin, Valerie Jerabek, Deborah Jordan, Shelley Lafleur, Jack MacGillivray, Erin L. Schock, Melannie Smith, Andrea Sonkodi, Kathryn Spack et Crystal Stroud. Je tiens également à remercier le rédacteur interne du rapport anglais, Rob Stirling.

J'aimerais, par ailleurs, exprimer mes remerciements aux membres du groupe cadre de conseillers de 2009-2010 : Maureen Carroll, Sara Coleman, Mette Cornelisse, Saira David, Mary Elizabeth Fry, Mana Herel, Semaneh Jemere, Erin Kingdom, Leanne Maidment, Leonora Montuoro, Howard Morrison, Monica Palak, Louise A. Plouffe, Simone Powell, Lindsay Sprague, Kelly Stang, Jan Trumble-Waddell et Paul Varughese.

Je tiens également à souligner la contribution des vérificateurs et autres intervenants de l'extérieur :

- Kim Barker, conseillère en santé publique, Assemblée des Premières Nations;
- Neena L. Chappell, chaire de recherche du Canada en gérontologie sociale; professeure, Centre du vieillissement et Département de sociologie, Université de Victoria; présidente, Association canadienne de gérontologie;
- Erica Di Ruggiero, directrice associée, Institut de la santé publique et des populations, Instituts de recherche en santé du Canada;
- Elizabeth Dyke, conseillère en santé;
- Malcolm King, directeur scientifique, Institut de la santé des Autochtones, Instituts de recherche en santé du Canada;
- Dianne Kinnon, directrice, Inuit Tuttarvingat, Organisation nationale de la santé autochtone;
- Denise Kouri, Kouri Research;
- Anne Martin-Matthews, directrice scientifique, Institut du vieillissement, Instituts de recherche en santé du Canada; professeure, Département de sociologie, Université de la Colombie-Britannique;
- Cory Neudorf, médecin hygiéniste en chef, Régie régionale de la santé de Saskatoon;
- Michelle Peel, directrice adjointe, Institut du vieillissement, Instituts de recherche en santé du Canada;
- Erin Wolski, directrice de la santé, Association des femmes autochtones du Canada.

Enfin, mes remerciements s'adressent tout spécialement aux ministères, organismes et programmes gouvernementaux qui ont collaboré à la présente publication:

- Affaires indiennes et du Nord Canada;
- Anciens Combattants Canada;
- Bureau du Conseil privé;
- Gendarmerie royale du Canada;
- Instituts de recherche en santé du Canada;
- Ministère de la Justice Canada;
- Ressources humaines et Développement des compétences Canada;
- Santé Canada;
- Société canadienne d'hypothèques et de logement.

Table des matières

Message de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada ..... **i**

Remerciements ..... **v**

Résumé **1**

Chapitre 1 : Introduction **9**

Pourquoi un rapport sur l'état de la santé publique au Canada? 9

But du rapport 9

De qui est-il question dans ce rapport? 10

Contenu du rapport 11

Chapitre 2 : Pour un vieillissement en santé : L'expérience du Canada **13**

Un vieillissement actif et en santé 13

Vieillissement et trajectoire de vie 13

Facteurs ayant des répercussions sur la santé et le vieillissement 14

Promouvoir un vieillissement en santé : Bref historique de l'expérience du Canada 14

Résumé 21

Chapitre 3 : La santé et le bien-être des aînés au Canada **23**

Données démographiques relatives aux aînés 23

Santé physique 24

Santé mentale 36

Bien-être économique 39

Sentiment de bien-être 41

Mauvais traitements et négligence 46

Résumé 48

Chapitre 4 : Créer les conditions pour un vieillissement en santé **49**

Répondre aux besoins fondamentaux 49

Vieillir à l'endroit de son choix 51

Prévention des chutes et des blessures 53

Santé mentale 60

Prévention de la violence et de la négligence envers les aînés 65

Appartenance sociale 72

Pratiques engendrant des modes de vie sains 76

Soins et services 86

Résumé 99

Table des matières

Chapitre 5 : Vers un vieillissement en santé 101
Mesures prioritaires 101
Prochaines étapes 106
Annexe A : Liste des sigles et acronymes 111
Annexe B : Indicateurs de santé et facteurs qui influent sur la santé des Canadiens 113
Annexe C : Définitions et sources de données des indicateurs 115
Références 129

Liste des figures

Figure 2.1 Taux de natalité brut au Canada, de 1921 à 2007 16
Figure 2.2 Population canadienne, 1978, 2038 16
Figure 3.1 Proportion, actuelle et prévue, de la population âgée de 65 ans et plus dans certains pays, pour les périodes de 1960 à 2007 et de 2010 à 2050 24
Figure 3.2 Espérance de vie restante à 65 ans, selon le sexe, dans certains pays de l'OCDE, de 1980 à 2008 26
Figure 3.3 Taux de mortalité selon les principales causes et les divers groupes d'âge, Canada, 2006 27
Figure 3.4 Taux d'incidence et de décès chez les Canadiens de 65 ans et plus selon certains types de cancer et le sexe, 2006 29
Figure 3.5 Proportion de la population atteinte d'au moins une maladie chronique selon certains groupes d'âge, Canada, 2009 30
Figure 3.6 Prévalence prévue de démence chez les aînés, selon le sexe, Canada, de 2008 à 2038 37
Figure 3.7 Personnes dont le revenu se situe sous le seuil de faible revenu après impôt, par groupes d'âge, Canada, de 1978 à 2008 39
Figure 3.8 Aînés canadiens à faible revenu avant impôt et après impôt, selon le sexe, Canada, de 1978 à 2008 40
Figure 3.9 Fréquence relative de faible revenu chez les aînés, certains pays 40
Figure 3.10 Revenu médian après impôt des aînés, selon le sexe et le niveau de scolarité, Canada, 2006 41
Figure 3.11 Taux d'emploi rémunéré chez les aînés, selon le sexe, Canada, de 1990 à 2009 43
Figure 3.12 Pourcentage d'aînés ayant reçu des soins à domicile au cours de la dernière année, Canada, 2003 44

Liste des tableaux

Tableau 3.1 Les aînés au Canada 23
Tableau 3.2 La santé des aînés au Canada 25
Tableau C.1 Seuils de faible revenu, Canada, 2008 125

Encadré

Encadré 1.1 Le rôle de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada 11
Encadré 2.1 Initiatives internationales sur le vieillissement 19
Encadré 2.2 Influences des événements historiques sur la peuples autochtones 20
Encadré 4.1 Répondre aux besoins fondamentaux dans les situations d'urgence 50
Encadré 4.2 Collectivités et villes-amies des aînés 52
Encadré 4.3 Conception universelle à Shizuoka 54
Encadré 4.4 *Steady As You Go* (De pied ferme) 56
Encadré 4.5 Programme d'information pharmaceutique 58
Encadré 4.6 Initiative fédérale de lutte contre les mauvais traitements envers les aînés 68
Encadré 4.7 Équipe de lutte à la violence faite aux aînés : savoir pour agir 70
Encadré 4.8 Programme Nouveaux Horizons pour les aînés 73
Encadré 4.9 Programme SMART des Infirmières de l'Ordre de Victoria 80
Encadré 4.10 *Seniors in the Community Risk Evaluation for Eating and Nutrition* (Aînés dans la collectivité : évaluation des risques nutritionnels) 82
Encadré 4.11 Possibilités d'apprentissage continu : l'Université du troisième âge 85
Encadré 4.12 Projet de soins à domicile pour les anciens combattants ayant servi outre-mer 88
Encadré 4.13 Modèles de soins intégrés destinés aux aînés fragiles 96
Encadré 4.14 Prestation de soins de longue durée : l'expérience japonaise 98
Encadré 5.1 Histoire de Frank et de Marie 109

Résumé

Le présent rapport annuel sur l'état de la santé publique au Canada est le troisième à être produit par l'administrateur en chef de la santé publique. Il dresse un portrait de l'état de santé et de bien-être des aînés au Canada et décrit les principaux facteurs qui influent, positivement ou négativement, sur le vieillissement en santé de la population, par exemple, les chutes et les blessures qui en résultent, la santé mentale, les mauvais traitements et la négligence, l'appartenance sociale, les modes de vie sains et les soins et les services. Le rapport met également en lumière les principaux secteurs dans lesquels le Canada peut intervenir en vue d'instaurer des conditions propices à un vieillissement en santé.

Pour un vieillissement en santé : L'expérience du Canada

Étant donné que les individus et les populations vieillissent, les Canadiens ont intérêt à mettre toutes les chances de leur côté pour s'assurer bien vieillir. Vieillir en santé exige des efforts continus pour améliorer et maintenir, par tous les moyens possibles, sa qualité de vie, son autonomie et sa santé physique, mentale et sociale tout au long de sa vie.

Pour favoriser le vieillissement en santé de la population, il faut examiner les facteurs qui ont un effet déterminant sur les aînés, y compris les expériences et les événements survenus plus tôt dans leur vie qui peuvent, avec le temps, influer sur leur santé et leur qualité de vie. Il faut aussi pouvoir compter sur une société qui soutient et valorise la contribution des aînés, favorise la diversité, s'attaque aux inégalités en matière de santé et offre aux Canadiens la possibilité de préserver leur qualité de vie et leur autonomie et de faire des choix sains tout au long de leur vie.

En santé publique, la mise en place d'un modèle basé sur la trajectoire de la vie nous assure que le vieillissement en santé est considéré dans le contexte global de la vie, et non simplement comme un phénomène de fin de vie. Une telle approche aide à mieux cerner et interpréter les tendances en santé et à établir des rapprochements entre le temps, les expériences de vie, l'exposition à un ou plusieurs facteurs et les répercussions que tout cela entraîne, plus tard, sur la santé. Ce faisant, elle permet de planifier des interventions, des politiques et des programmes adaptés aux diverses étapes de la vie.

En examinant brièvement certains des nombreux succès et défis que le Canada a connus dans ses précédentes démarches pour favoriser un vieillissement en santé, on constate que les efforts déployés jusqu'ici ont eu, au fil du temps, un effet positif sur la santé des aînés. Ce recul historique permet également de mettre en lumière d'autres grands défis que l'avenir nous réserve, par exemple, l'adoption de plus en plus répandue de comportements malsains et la prévalence des maladies chroniques. L'accroissement de la population vieillissante rendra inévitable la nécessité de trouver et d'intégrer des façons de surmonter ces défis et de favoriser un vieillissement sain. Pour y arriver, il doit être clairement établi, dans l'esprit de tous, que le vieillissement en santé ne touche pas uniquement les aînés, mais bien tous les groupes d'âge et toutes les générations. Si l'on veut encourager la population canadienne à rester en santé le plus longtemps possible, il faut lui donner les moyens de se bâtir et de maintenir une bonne santé physique, mentale et sociale, et ce, aux différents moments de sa vie.

La santé et le bien-être des aînés au Canada

Au Canada, la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus est passée de 9 à 14 % entre 1978 et 2008 et devrait atteindre 27 % d'ici 2050. L'espérance de vie des aînés au Canada augmente aussi de façon constante. En 2006, les personnes qui atteignaient 65 ans pouvaient s'attendre à vivre encore une vingtaine d'années. L'espérance de vie des Autochtones, toutefois, ne s'accroît pas au même rythme que celle des autres Canadiens et, dans l'ensemble de la population, les femmes continuent de vivre plus longtemps que les hommes. En 2006, les trois principales causes de décès chez les aînés étaient les maladies de l'appareil circulatoire, les cancers et les maladies de l'appareil respiratoires. Les décès à la suite de blessures représentaient des cas moins fréquents; cependant, 41 % de ces décès survenaient à la suite d'une chute.

En 2009, on notait une très grande prévalence des problèmes de santé chronique chez les aînés : 89 % d'entre eux présentaient au moins un problème de santé chronique et bon nombre souffraient de problèmes multiples. En effet, une personne sur quatre, chez les 65 à 79 ans, et plus d'une personne sur trois, chez les 80 ans

et plus, disaient atteint d'au moins quatre problèmes de santé chroniques, que ce soit l'arthrite ou le rhumatisme, l'hypertension artérielle, le diabète, les cardiopathies, les cancers, les accidents vasculaires cérébraux, la maladie d'Alzheimer, les cataractes, le glaucome, les troubles de l'humeur et les troubles anxieux.

Au Canada, les chutes sont la principale cause de blessures chez les aînés. On estime en effet qu'une personne sur trois, chez les aînés, est susceptible de faire au moins une chute au cours de l'année, notamment en raison de maladies chroniques ou aiguës, de problèmes de mobilité, de manque d'équilibre, de prise de médicaments ou de troubles cognitifs. Bien que la majorité finissent par se remettre de leurs blessures, bon nombre d'entre elles ne récupèrent jamais complètement; elles peuvent éprouver des douleurs chroniques, se retrouver avec des capacités fonctionnelles réduites, être contraintes de limiter leurs activités, devoir être placées en établissement et peuvent même en mourir.

La santé des aînés peut aussi être compromise par les problèmes de poids. Comme c'est le cas à tout âge, l'obésité prédispose à des problèmes de santé. En 2008, 29 % des aînés étaient considérés comme obèses, et ce taux ne cesse d'augmenter. À l'opposé, un poids insuffisant peut aussi être néfaste pour la santé et entraîner des problèmes allant de la malnutrition et l'ostéoporose au décès.

Les comportements individuels jouent également un rôle important dans la santé des aînés. Par exemple, faire de l'activité physique et manger sainement peut aider à prévenir les maladies, contribuer au maintien de l'autonomie et être bénéfique pour la santé mentale. Il est donc préoccupant que la majorité des aînés au Canada adoptent un mode de vie sédentaire et ne s'alimentent pas de façon équilibrée. D'autant plus que, même s'ils présentent des taux de tabagisme et de consommation d'alcool plus faibles que les générations plus jeunes, on note toutefois que de 6 à 10 % des aînés consomment de l'alcool de façon excessive.

Par ailleurs, la prise de médicaments peut avoir des effets, tant positifs que négatifs, sur l'état de santé des aînés. Un sondage révèle qu'au Canada plus des trois quarts des aînés vivant dans un ménage privé disent avoir pris au moins un médicament (sur ordonnance ou en vente libre) dans les deux jours précédents et 13 % disent avoir pris au moins cinq médicaments différents. Et les résultats sont encore plus frappants chez les aînés vivant en établissement (97 et 53 % respectivement). Compte tenu de ces taux élevés, il est particulièrement déconcertant d'apprendre qu'environ la moitié des médicaments d'ordonnance ne sont pas pris de façon appropriés, ce qui peut réduire l'efficacité du traitement et mettre en danger la vie des aînés.

Cela dit, la plupart des aînés se disent satisfaits de leur vie en général (97 %) et considèrent avoir une santé mentale très bonne ou excellente (70 %). Cependant, on estime que 20 % des aînés vivant dans la collectivité et de 80 à 90 % des aînés placés en établissement ont un problème de santé mentale. On croit parfois, à tort, que ces problèmes relèvent du vieillissement normal, mais ils débutent souvent en bas âge, à un moment où les expériences et les situations difficiles de la vie peuvent compromettre la santé mentale pour le reste de la vie. De même, les transitions vers la fin de la vie et les problèmes qui surgissent au fil des années peuvent aussi compromettre la santé mentale.

Parmi les problèmes de santé mentale les plus fréquents chez les aînés, on trouve la maladie d'Alzheimer et autres démences, la dépression et le delirium. La démence touche environ 400 000 aînés au Canada, et on prévoit que ce nombre doublera d'ici 30 ans. Les taux de dépression diagnostiquée chez les aînés vivant dans la communauté ont tendance à être plus faibles (de 1 à 5 %) par rapport à ceux chez les aînés vivant dans des établissements de soins de longue durée (de 14 à 42 %). En effet, selon une étude menée récemment, 44 % des aînés au Canada vivant en établissement avaient reçu un diagnostic de dépression ou en présentaient les symptômes sans avoir été diagnostiqués comme tels. Les données révèlent par ailleurs que les femmes âgées sont plus susceptibles que les hommes d'être atteint de dépression ou de développer la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence, quoique l'on s'explique mal les raisons de cette différence. Le delirium (aussi appelé « état confusionnel aigu ») est un autre trouble de santé mentale que l'on trouve généralement chez les aînés. Souvent, le delirium passe inaperçu ou est mal diagnostiqué. Bien que le nombre exact de cas de delirium

au Canada soit inconnu, on estime que de 32 à 67 % des aînés sont atteints de ce trouble sans en recevoir le diagnostic.

Un faible revenu peut aussi avoir une incidence négative sur la santé. En effet, les aînés à faible revenu n'ont peut-être pas les moyens de se procurer des aliments nutritifs, de payer leur hypothèque, leur loyer ou leurs factures de services publics ou de faire les travaux d'entretien à leur résidence et peuvent aussi avoir un accès limité aux moyens de transport et aux services de santé non assurés. Au cours des 30 dernières années, le pourcentage d'aînés à faible revenu a considérablement diminué, passant de 29 à 6 % entre 1978 et 2008. *L'Étude sur le revenu du Luxembourg* considère que le régime de retraite du Canada a sans doute facilité la transition du Canada, d'un pays ayant l'un des plus hauts taux d'aînés à faible revenu, à la fin des années 1980, à un pays affichant l'un des taux les plus faibles au milieu des années 2000. En dépit de ce fait, le taux de faible revenu chez les aînés reste élevé et est même inacceptable dans certains sous-groupes d'aînés, comme les Autochtones et les immigrants, surtout s'ils vivent seuls.

L'appréciation de la vie, les liens d'appartenance sociale et le sentiment d'être productifs et actifs au sein de la collectivité peuvent influer sur le sentiment de bien-être des aînés et, par conséquent, jouer un rôle dans le vieillissement en santé. Les personnes coupées de toute vie sociale peuvent souffrir de solitude et d'isolement et n'éprouver aucun sentiment d'appartenance. En 2003, plus de 60 % des aînés se disant profondément liés à leur collectivité se considéraient également en bonne santé.

Les situations de la vie courante, comme les conditions de logement, la mise à la retraite et la proximité de la famille, peuvent agir sur le sentiment d'appartenance des aînés. Ceux qui établissent des relations par le bénévolat ou par un engagement au sein d'un organisme, par exemple, renforcent leur sentiment d'appartenance et se sentent plus utiles à la société. En 2007, plus du tiers des aînés ont participé à des activités de bénévolat et y ont consacré, en moyenne, plus d'heures annuellement que tout autre groupe d'âge.

Pour bien des gens, la retraite peut être un changement important dans la vie et peut avoir des effets sur le niveau de vie, les activités quotidiennes et les réseaux sociaux. Les personnes qui se disent en bonne ou en excellente santé au moment de leur retraite ont également indiqué que leur appréciation de la vie avait augmenté après la retraite. Certains Canadiens tardent à prendre leur retraite et d'autres retournent par la suite sur le marché du travail. Au cours des deux dernières décennies, le nombre d'aînés occupant un emploi rémunéré a augmenté, passant de 7 % en 1990 à 11 % en 2009, et il s'agit la plupart du temps des hommes, dans une proportion d'au moins deux contre un.

Tous les Canadiens, peu importe leur âge, comptent à un moment ou à un autre sur leur entourage (famille, amis ou voisins) pour les aider à faire leurs courses ou effectuer d'autres tâches quotidiennes. En 2003, 29 % des aînés de 75 ans et plus ont dit avoir obtenu une aide extérieure pour leurs déplacements ou pour faire leurs courses. Cependant, les aînés ne font pas que recevoir de l'aide et des soins, bon nombre en fournissent aussi. En 2007, des aidants âgés de 45 ans et plus apportaient leur aide, gratuitement ou de façon non officielle, à un aîné souffrant d'un problème de santé chronique ou d'une limitation physique, 16 % des aidants était des aînés âgés de 65 à 74 ans et 8 % de ceux âgés de 75 ans et plus[259, 260].

Afin d'être en mesure de maintenir et d'améliorer leur santé et leur bien-être, tous les Canadiens doivent pouvoir recevoir des soins et des services adéquats. Les aînés ont accès à une gamme diversifiée de ressources et de soutien, comme les soins médicaux, les soins à domicile et les soutiens sociaux. En 2003, 15 % des ménages composés d'aînés ont déclaré avoir reçu des soins officiels ou non officiels. Les aînés qui requièrent des soins continus ne pouvant être fournis à domicile sont plus susceptibles d'être confiés à un établissement de soins de longue durée.

L'accès aux soins et aux services dépend de la disponibilité des ressources et de l'information en matière de santé, du niveau de connaissance des aînés quant aux services offerts par la collectivité et de leur propension à se renseigner à ce sujet. À cela s'ajoutent les problèmes de transport (et les frais qui y sont rattachés), la réduction de la mobilité et les contraintes économiques associées, par exemple, à l'achat de médicaments d'ordonnance ou d'aides fonctionnelles. Et la situation peut se compliquer encore davantage pour les Autochtones, les minorités visibles et les nouveaux

arrivants au Canada, notamment en raison de valeurs culturelles divergentes ou de barrières linguistiques.

Autre question à considérer : la littératie en santé. Pour pouvoir gérer leurs problèmes de santé, chroniques ou autres, et choisir des modes de vie sains, les aînés doivent être capables de lire et de déchiffrer les étiquettes nutritionnelles, de respecter la posologie de leur médication et de comprendre les directives et les renseignements en matière de santé. Cela dit, il est particulièrement inquiétant que seulement un adulte de plus de 65 ans sur huit possède la littératie en santé requises pour prendre des décisions élémentaires concernant sa santé.

Enfin, l'exploitation financière, les mauvais traitements et la négligence de nature physique et psychologique peuvent avoir un effet déterminant sur le bien-être des aînés. On rapporte en effet que les victimes de mauvais traitements présentent souvent des taux plus élevés de dépression et d'anxiété. S'il est difficile de quantifier exactement dans quelle mesure ce problème existe au Canada, les données indiquent que de 4 à 10 % des aînés ont vécu une ou plusieurs formes de violence ou de négligence commises par un mandataire ou par une personne de confiance. Les femmes, les personnes de santé fragile et celles atteint d'une déficience cognitive ou physique, entre autres, sont plus susceptibles de subir des mauvais traitements ou d'être victimes de négligence. Et le risque s'accentue dans les cas de handicaps ou de maladies physiques qui engendrent une dépendance et le besoin de recevoir des soins supplémentaires.

Créer les conditions propices à un vieillissement en santé

La prévention des maladies et la promouvoir de la santé peuvent être favorisées au moyen d'initiatives et d'interventions destinées à tous les groupes d'âge. Pour s'attaquer aux secteurs névralgiques mis en lumière dans le présent rapport – les chutes et les blessures qui en résultent, la santé mentale, les mauvais traitements et la négligence, l'appartenance sociale, les modes de vie sains, les soins et les services –, il faut étudier de près les pratiques, les stratégies et les approches exemplaires qui se sont révélées efficaces et qui mettent en évidence les secteurs où le travail reste inachevé. Il est également primordial d'examiner les conditions propices à un vieillissement en santé, comme la satisfaction des besoins fondamentaux et la création de collectivités ou de milieux amis des aînés.

Vieillir en santé nécessite d'abord un revenu adéquat et, partant de ce fait, le Canada est parvenu à réduire la pauvreté des aînés en grande partie grâce à des régimes de pensions et de vastes programmes gouvernementaux de soutien au revenu. Cependant, il y a encore à faire pour aider les aînés dont le revenu net se situe sous le seuil de faible revenu. Les aînés peuvent devenir excessivement vulnérables s'il n'est pas possible de satisfaire leurs besoins fondamentaux, surtout pendant ou après une situation d'urgence. Mais pendant les urgences, ils peuvent aussi devenir une ressource en étant bénévoles ou aidants et en mettant leurs compétences et leurs connaissances à profit pour prendre soin d'autres personnes. Le Canada a d'ailleurs entrepris des travaux multidisciplinaires pour évaluer la vulnérabilité des aînés dans les moments de crise, mais aussi pour examiner le rôle qu'ils peuvent jouer lorsque ce genre de situation survient.

Avoir la possibilité de vieillir à l'endroit de son choix est un autre aspect important d'un vieillissement en santé. Bien que la majorité des aînés au Canada désirent vivre dans leur résidence, les circonstances peuvent les inciter ou les forcer à déménager. Les programmes d'aide à domicile ou d'adaptation résidentielle permettent toutefois aux aînés à faible revenu de vivre plus longtemps, en toute autonomie, dans leur propre logement. Par ailleurs, les villes-amies des aînés assurent des milieux favorables à un vieillissement en santé. De fait, une ville-amie comprend des éléments destinés à tous les groupes d'âge, sans égard aux capacités fonctionnelles; elle offre notamment une conception universelle, des espaces, des moyens de transport et des logements accessibles, un éventail de possibilités sociales et économiques, un soutien communautaire et un accès à des services de santé appropriés. Le Canada a joué un rôle de premier plan dans la création de milieux amis des aînés et a aussi rédigé un guide destiné aux personnes vivant dans les collectivités rurales et éloignées.

Le présent rapport consacre, par ailleurs, un volet important à la prévention des chutes et des blessures. On y décrit cinq approches qui pourraient contribuer à réduire les chutes, à prévenir les blessures ou à en atténuer les effets sur la santé des aînés : mettre au

point des lignes directrices sur la prévention des chutes, concevoir de nouveaux programmes d'information et de sensibilisation à grande échelle, favoriser les comportements et les choix santé, créer des milieux plus sûrs et prévenir les blessures liées aux accidents de la route. Bien que les lignes directrices ne préviennent pas directement les chutes, les pratiques, les normes et les mesures de gestion et d'évaluation peuvent, elles, mener à une stratégie générale de prévention. De même, les programmes de formation et les campagnes de sensibilisation destinés aux médecins, aux citoyens, aux familles et aux aînés, permettent une prise de conscience des risques et des conséquences des chutes et suscitent une meilleure compréhension des bienfaits d'une stratégie de prévention. Certaines mesures ont d'ailleurs fait progresser le travail de prévention, notamment les programmes d'exercices faisant appel à l'équilibre et à la force physique, la sensibilisation à une utilisation appropriée des aides fonctionnelles et l'administration judicieuse des médicaments. La prévention des blessures liées aux accidents de la route nécessite, quant à elle, une sensibilisation aux règles de sécurité routière et une recherche plus poussée pour mieux cerner, analyser et approfondir les questions relatives à la conduite automobile sécuritaire des aînés.

Une santé mentale positive est un aspect important du vieillissement en santé qui devrait être favorisé tout au cours de la vie. Les mesures qui agissent sur les comportements et sur les déterminants socioéconomiques de la santé, à l'instar des collectivités amies, contribuent à l'amélioration du bien-être et de la santé mentale des aînés. La stigmatisation peut avoir des effets néfastes sur la santé et la vie sociale, en particulier sur celles des aînés qui, déjà vulnérables en raison de leur âge, de plus, ont des troubles de santé mentale. Il y aurait donc intérêt à sensibiliser la population aux troubles mentaux et à l'importance de maintenir une bonne santé mentale. Bien que certains programmes canadiens de lutte contre les préjugés s'annoncent prometteurs – c'est le cas notamment de la campagne de lutte contre la stigmatisation et la discrimination que mène depuis peu la Commission de la santé mentale du Canada –, il reste encore beaucoup à faire. La mise en place de réseaux d'échange de connaissances pourrait donner accès à des pratiques exemplaires, à des lignes directrices et à des résultats de recherche en santé mentale et mener, de fil en aiguille, à des interventions ciblées plus efficaces. Ces efforts de sensibilisation gagneraient à être jumelés à une initiative nationale de recherche et d'échange en santé mentale et à des stratégies d'information destinées à l'ensemble de la population canadienne.

Les mauvais traitements et la négligence à l'égard des aînés sont des problèmes insidieux, souvent sous-déclarés. Au Canada, des lois et des politiques, notamment le droit pénal et les lois sur la violence familiale, la protection et la tutelle des adultes, ont été adoptées afin de protéger les aînés contre de tels préjudices. Malgré cela, le problème demeure en raison d'une méconnaissance de ces lois et politiques ou d'une réticence à prendre les mesures qui s'imposent en pareille situation. C'est pourquoi les professionnels de la santé et des services sociaux doivent être mieux outillés pour détecter les signes de mauvais traitements et trouver le soutien adéquat. Il faut aussi renseigner les victimes éventuelles sur leurs droits et sur les mesures mises à leur disposition, puis sensibiliser les familles et le reste de la population à la question des mauvais traitements et de la négligence et au soutien offert en pareil cas. Les programmes d'information et de sensibilisation ciblent un vaste public et ont pour but de faire tomber les stéréotypes et les mythes fondés sur l'âge. Ce travail de sensibilisation pourrait être bonifié par la mise sur pied de réseaux d'information et de connaissances, servant de forum pour cerner les enjeux actuels et les tendances qui se dessinent, élaborer des stratégies et des cadres d'intervention et communiquer l'information et les pratiques exemplaires. Enfin, une approche communautaire cohérente permettrait de recenser les ressources des collectivités, d'en arriver à une compréhension commune de la question et de mettre en place des réseaux de communication et de services.

Il existe un lien direct entre l'appartenance sociale, la santé et le bien-être. C'est pourquoi les initiatives qui visent à enrayer l'isolement social en renforçant le sentiment d'appartenance à la collectivité sont bénéfiques à toutes les étapes de la vie. Le simple fait de se sentir utiles à la société et d'avoir accès à des installations communautaires, des moyens de transport et des activités abordables peut favoriser l'engagement social et aider les aînés à se sentir moins marginalisés. Apprécier les aînés à leur juste valeur, c'est reconnaître

la contribution importante qu'ils apportent à la société, notamment par le bénévolat. Le bénévolat a des effets bienfaiteurs sur la santé des aînés, d'abord parce qu'il leur permet de bénéficier des services bénévoles fournis à leur intention par les réseaux de soins non officiels ou d'autres intervenants, mais aussi parce qu'il leur offre l'occasion, à titre d'aidants, de travailler et d'interagir avec les autres et de donner de leur temps. Il faut d'abord s'interroger sur les raisons qui poussent les aînés à devenir bénévoles pour pouvoir les encourager à suivre cette voie, les inciter à demeurer socialement actifs et reconnaître la valeur de leurs contributions. Pour favoriser la participation sociale des aînés, il faut changer les mentalités à l'égard du vieillissement (âgisme). Les initiatives intergénérationnelles qui favorisent les échanges entre les aînés et les jeunes, comme on en voit dans les collectivités inuites, métisses et des Premières nations, véhiculent une meilleure image du vieillissement, car elles valorisent la connaissance et l'expertise des aînés et incitent au respect. Ces initiatives sont souvent gratifiantes pour tous les participants et peuvent apporter un équilibre dans une collectivité.

L'adoption de modes de vie sains peut également aider les aînés à améliorer et à maintenir leur état de santé et de bien-être. Qui dit pratiques de vie saines, dit création des conditions essentielles pour encourager, tout au cours de la vie, les choix et les comportements sains qui favorisent le vieillissement en santé, à savoir : rester actif, avoir une alimentation équilibrée et éviter de fumer ou de consommer de l'alcool en quantités excessives. Le fait d'enseigner aux aînés les bienfaits d'une vie active peut, en outre, contribuer à faire tomber les mythes liés à leur âge et à leurs limitations fonctionnelles. Par ailleurs, les programmes qui encouragent les aînés à se cuisiner de bons petits plats ou à se réunir entre amis autour d'un repas favorisent de meilleures pratiques alimentaires tout en contribuant à améliorer la sociabilité. Généralement, les initiatives qui encouragent les comportements santé, comme les programmes d'activité physique et d'abandon du tabagisme, s'adressent à tous les groupes d'âge, mais il serait profitable qu'elles tiennent davantage compte de la situation et des besoins particuliers des aînés. Adopter de saines habitudes, comme faire de l'activité physique, nécessite un environnement sécuritaire, accueillant, facilement accessible et à peu de frais. La littératie en santé revêt aussi une importance primordiale. Le problème concerne surtout les aînés qui n'ont pas de connaissances suffisantes en santé pour prendre des décisions élémentaires concernant leur santé, pour accéder à l'information pertinente et savoir la déchiffrer. Afin de contrer ce problème, il faudrait favoriser l'apprentissage continu et mettre à contribution un réseau d'intervenants pour s'assurer que les aînés à risque reçoivent et comprennent bien l'information qui leur est destinée et qu'ils s'en servent pour faire des choix santé et accéder aux programmes et aux services.

Un sain vieillissement repose en outre sur la qualité et l'accessibilité des soins et des services. Puisque, au Canada, de nombreux soins sont offerts de façon non officielle, plusieurs mesures ont été prises dans le but d'alléger le fardeau des aidants naturels, notamment en leur donnant droit à des déductions et des crédits d'impôt et la création, entre autres, du programme de l'*Assurance-emploi et prestations de compassion* qui, offre un soutien financier à ceux qui doivent quitter temporairement leur travail pour prendre soin d'un membre de la famille ou d'un ami gravement malade et a beaucoup fait pour aider les soignants au moyen de régimes de travail personnalisés. Même si ces mesures visent à promouvoir les soins non officiels et à fournir un soutien aux aidants naturels, on gagnerait, par exemple, à approfondir les connaissances sur les aidants eux-mêmes, sur les conséquences que ce genre de pratique peut avoir sur leur vie et sur celle des bénéficiaires, sur le soutien et l'information dont ils ont besoin pour continuer à jouer ce rôle essentiel et, enfin, sur la qualité des soins qu'ils fournissent s'ils n'ont aucune formation en santé.

Enfin, des lacunes subsistent en ce qui concerne le continuum des soins, et ce, pour toute une gamme de besoins, à partir des soins à domicile jusqu'aux soins palliatifs. Une solution pourrait être d'aménager des logements supervisés à prix abordable où l'on offre des services adaptés aux besoins des aînés, de faciliter l'accès aux soins et aux services ou encore de mieux coordonner la transition entre les types de soins. Dans la recherche de solutions, il faut se rappeler qu'il sera difficile d'en arriver à une stratégie intégrée dans un pays comme le Canada, dont l'environnement administratif se partage entre les compétences fédérales, provinciales et territoriales.

Vers un vieillissement en santé

Vieillir en santé comporte des avantages pour tous les Canadiens. Le Canada est parvenu, dans une certaine mesure, à réunir les conditions propices à un vieillissement en santé et abrite, par conséquent, une population vieillissante épanouie dont l'espérance de vie est l'une des plus élevées au monde. Toutefois, à mesure que le nombre d'aînés augmente, nous devons déterminer comment gérer au mieux nos efforts et nous concentrer sur ce que nous pouvons faire maintenant pour les aînés mais aussi pour les Canadiens de tout âge afin d'améliorer la santé et le bien-être futurs des aînés au Canada.

Pour ce faire, nous devons nous inspirer des mesures en vigueur, puis évaluer les progrès accomplis afin de pouvoir, par la suite, obtenir les résultats escomptés. Il sera aussi nécessaire de comprendre les raisons du succès de certains programmes et initiatives et d'établir des stratégies efficaces pour que la santé des aînés au Canada ne cesse de s'améliorer.

Il existe six grands secteurs dans lesquels le Canada peut intervenir afin de créer des conditions propices à un vieillissement en santé :

- s'attaquer aux problèmes d'accès aux soins et aux services;
- améliorer les données et accroître les connaissances sur la santé des aînés;
- valoriser le rôle des aînés et combattre l'âgisme;
- cibler les besoins particuliers des aînés dans la promotion de la santé;
- créer et maintenir un environnement sain et stimulant;
- concevoir une stratégie globale de prévention des chutes.

Pour réaliser des progrès dans ces domaines, nous devons pouvoir compter sur la collaboration des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et sur la participation de tous les secteurs de la société canadienne. Ne pas agir pourrait avoir des conséquences regrettables pour tous les Canadiens à mesure qu'ils vieillissent. En tant que société, nous pouvons continuer sur notre lancée et demeurer un chef de file en matière de santé des aînés et de vieillissement en santé afin que tous les Canadiens puissent maintenir leur état de bien-être et leur qualité de vie à mesure qu'ils vieillissent.

Introduction

CHAPITRE 1

Le présent rapport annuel est le troisième du genre produit par l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada. Il dresse un portrait de l'état de santé et de bien-être des aînés au Canada et présente les facteurs qui influent, positivement ou négativement, sur le vieillissement en santé de la population, notamment les chutes et les blessures qui en résultent, la santé mentale, les mauvais traitements et la négligence, l'appartenance sociale, les modes de vie sains, les soins et les services. Il met également en lumière les principaux secteurs dans lesquels le Canada peut instaurer des conditions plus propices à un vieillissement en santé.

Pourquoi un rapport sur l'état de la santé publique au Canada?

En vertu de la loi, l'administrateur en chef de la santé publique du Canada est tenu de présenter au ministre de la Santé et au Parlement un rapport annuel sur l'état de la santé publique[1].

L'Agence de la santé publique du Canada et le poste d'administrateur en chef de la santé publique ont été créés en septembre 2004 afin de renforcer la capacité du Canada à protéger et à améliorer la santé de la population canadienne[1, 4]. En 2006, la *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada* a confirmé le statut de personne morale de l'Agence et a défini le rôle de l'administrateur en chef (voir l'encadré 1.1 *Rôle de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada*)[1, 5].

But du rapport

Dans ses rapports annuels, l'administrateur en chef de la santé publique doit présenter des questions de santé publique qui méritent, selon lui, d'être étudiées plus

La **santé publique** se rapporte aux efforts organisés déployés par une société pour maintenir les personnes en santé et éviter les blessures, les maladies et les décès prématurés. Il s'agit d'un mélange de programmes, de services et de politiques qui visent à protéger et à favoriser la santé des Canadiens[2, 3].

Introduction

à fond et de faire l'objet d'interventions au Canada. Il doit également fournir aux Canadiens de l'information sur les facteurs qui contribuent à la santé. Cela dit, ces rapports ne représentent pas la politique du gouvernement du Canada en matière de santé et ne se limitent pas aux activités fédérales, provinciales ou territoriales. Ils n'ont pas non plus pour but de fournir un cadre stratégique, mais plutôt de présenter les constatations qu'a faites l'administrateur en chef concernant l'état de la santé publique dans l'ensemble du pays en se fondant sur des données factuelles. Ces rapports doivent servir à renseigner les Canadiens sur des questions importantes qui peuvent avoir des répercussions sur leur santé, tout au long de leur vie, et à présenter des pratiques exemplaires pour l'amélioration de l'état de santé collectif. Chaque rapport décrit des approches éprouvées ou prometteuses adoptées par d'autres pays et d'autres collectivités, notamment dans le cadre de programmes ou d'activités. Ces approches peuvent être une source d'inspiration et donner lieu, éventuellement, à une collaboration ou une intervention des gouvernements, des autorités, des secteurs, des collectivités, des organisations ou des citoyens.

Le *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2009 : Grandir sainement – Priorités pour un avenir en santé* révélait que le Canada devait, comme société, permettre à sa population de jouir d'une bonne santé physique et mentale à toutes les étapes de sa vie, et de l'améliorer et la préserver aussi longtemps que possible[6]. Le *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique au Canada 2010 : Vieillir – Ajouter de la vie aux années*, s'inspire des conclusions du rapport de 2009 et s'intéresse, pour sa part, à la santé et au bien-être des aînés du Canada et à l'importance d'offrir aux Canadiens des possibilités de vieillir en santé tout au long de leur vie.

De qui est-il question dans ce rapport?

Même si le rapport porte sur la santé des aînés, il concerne en fait tous les Canadiens. En effet, chacun a un rôle à jouer et peut profiter des possibilités de vieillir en santé, maintenant et à l'avenir.

Le terme générique *aîné* est utilisé tout au long du rapport. Bien qu'il n'existe aucune définition universellement reconnue de ce qu'est un aîné, la plupart des données, des questions de santé et des mesures de santé publique qui concernent les aînés ciblent les personnes de 65 ans et plus. On reconnaît que certains segments de la population ont une espérance de vie moindre en raison de différents déterminants de la santé et peuvent, de ce fait, vieillir prématurément et être considérés comme des aînés avant l'âge de 65 ans. Cependant, aux fins du présent rapport, le mot *aîné* se rapportera aux personnes de 65 ans et plus[7, 8]. Par conséquent, des termes tels que *personne âgée* et *personne de santé fragile,* considérés comme des descriptifs, ne sont pas utilisés dans le rapport, à moins qu'ils apparaissent dans la description d'un programme.

Par ailleurs, le terme *Canadien* se réfère à toute personne résidant dans les limites géographiques du Canada. Dans certains cas, des termes spécifiques sont utilisés pour désigner des groupes en particulier. Par exemple, le mot *Autochtone* renvoie aux trois groupes reconnus par la Constitution, c'est-à-dire les Indiens, les Inuit et les Métis. Bien que le terme *Premières nations* ne soit pas reconnu par la Constitution, il s'utilise pour décrire les Indiens inscrits en vertu de la *Loi sur les Indiens* et les Indiens non inscrits. Lorsque des données concernant ces groupes de population sont disponibles, des détails sont fournis par souci de clarté.

Contenu du rapport

Le rapport se divise en chapitres, dont le contenu est résumé ci-dessous.

Pour un vieillissement en santé : L'expérience du Canada. Le chapitre 2 initie aux concepts de vieillissement en santé et de trajectoire de vie. Il rappelle les événements marquants de l'histoire du Canada et souligne les succès et les difficultés que le pays a connus en cherchant à instaurer des conditions propices à un vieillissement en santé.

La santé et le bien-être des aînés au Canada. Le chapitre 3 s'intéresse à l'état de santé actuel des aînés au Canada : leur santé physique, leur santé mentale, leur bien-être économique et leur sentiment de bien-être, et explore les principaux facteurs ayant une incidence sur leur santé.

Créer les conditions pour un vieillissement en santé. Le chapitre 4 offre des solutions susceptibles de favoriser un vieillissement en santé et cite en exemple des interventions, des politiques et des programmes. Certains d'entre eux se sont avérés efficaces et il y aurait lieu d'en généraliser l'application; d'autres se sont révélés prometteurs et devraient faire l'objet de plus amples recherches.

Vers un vieillissement en santé. Le chapitre 5 résume les sujets abordés dans les chapitres précédents. On y présente les six principales sphères d'intervention et on propose une série de recommandations et d'engagements de nature à favoriser le vieillissement en santé de la population canadienne.

Encadré 1.1 Le rôle de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada

L'administrateur en chef :

- est l'administrateur général de l'Agence de la santé publique du Canada et relève du ministre de la Santé;
- est le premier professionnel de la santé publique du gouvernement fédéral et fournit, à ce titre, des avis au ministre de la Santé et au gouvernement du Canada sur des questions de santé publique;
- gère les activités courantes de l'Agence de la santé publique du Canada;
- collabore avec d'autres gouvernements, autorités, agences, organismes et pays sur des dossiers de santé publique;
- s'adresse aux citoyens, aux professionnels de la santé et aux intervenants canadiens sur des sujets liés à la santé de la population;
- est tenu par la loi de soumettre au gouvernement du Canada un rapport annuel sur l'état de la santé publique au Canada;
- peut présenter, au besoin, tout rapport qui s'impose sur une question de santé publique[5].

En cas d'urgence de santé publique, telle qu'une épidémie ou une catastrophe naturelle, l'administrateur en chef de la santé publique :

- renseigne et conseille le ministre de la Santé et d'autres personnes, s'il y a lieu;
- collabore avec des homologues d'autres ministères, autorités ou pays, ainsi qu'avec des experts et des représentants élus, à la diffusion d'information à l'intention des Canadiens;
- dirige le personnel de l'Agence de la santé publique du Canada dans son travail de planification et d'intervention en situation d'urgence;
- coordonne le travail d'échange d'information et les plans d'intervention avec les scientifiques et les experts du gouvernement fédéral ainsi qu'avec les médecins hygiénistes en chef des provinces et des territoires du Canada[5].

Pour un vieillissement en santé : L'expérience du Canada

CHAPITRE 2

Au Canada, la population des aînés croît plus rapidement que celle de n'importe quel autre groupe d'âge et, si les projections demeurent justes, elle aura rattrapé celle des enfants d'ici 2015[9]. Une population vieillissante est, selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), une victoire de la société moderne[10]. En effet, une population qui vieillit, c'est signe que les pratiques sociales et les pratiques de santé fonctionnent bien, au point d'augmenter la longévité de la population et de réduire le nombre de décès prématurés qui surviennent en bas âge. Avec le temps, le Canada a créé les conditions essentielles pour une population en santé, notamment en agissant sur les déterminants de la santé. Cependant, la croissance de la population vieillissante l'oblige à prendre d'autres mesures pour continuer d'offrir à sa population la chance de vieillir en santé.

Le présent chapitre rappelle certains succès et défis que le Canada a connus dans ses précédentes démarches pour favoriser un vieillissement en santé. Il met aussi en évidence certaines politiques, percées et difficultés qui ont eu une influence sur la santé des aînés avec le temps et révèle quelques grands défis que l'avenir nous réserve.

Un vieillissement actif et en santé

Puisque personne n'échappe au vieillissement, les Canadiens ont intérêt à mettre toutes les chances de leurs côtés pour s'assurer de bien vieillir[12, 13]. Vieillir en santé exige des efforts continus pour améliorer et maintenir, par tous les moyens, sa qualité de vie, son autonomie et sa santé physique, sociale et mentale tout au long de sa vie[11, 12].

Pour favoriser le vieillissement en santé de la population, il faut examiner les facteurs qui ont un effet déterminant sur les aînés, mais il faut aussi tenir compte des expériences et des événements survenus plus tôt dans leur vie sachant qu'ils peuvent, avec le temps, influer la santé et la qualité de vie[10]. Il faut aussi pouvoir compter sur une société qui soutient et valorise la contribution des aînés, favorise la diversité, s'attaque aux inégalités en matière de santé et offre aux Canadiens la possibilité de préserver leur qualité de vie et leur autonomie et de faire des choix sains tout au long de leur vie[10]. Le chapitre 4 décrit plus en détail les interventions, les politiques et les programmes qui créent, ou ont le potentiel de créer, des conditions propices à un vieillissement en santé.

Vieillissement en santé et vieillissement actif

Il existe plusieurs termes pour décrire le fait de maintenir, le plus longtemps possible, une bonne santé physique, sociale et mentale. Bien que *vieillissement en santé* sera le terme employé le plus fréquemment dans le rapport, d'autres termes comme *vieillissement actif* ont la même définition.

Au Canada, le terme **vieillissement en santé** est le plus souvent employé pour décrire le processus qui consiste à optimiser les possibilités de maintenir une bonne santé physique, sociale ou mentale pour permettre aux aînés de préserver leur autonomie, de jouir d'une belle qualité de vie et de jouer un rôle actif dans la société, à l'abri de la discrimination[11, 12].

À l'échelle internationale, l'Organisation mondiale de la Santé et d'autres organismes utilisent le terme **vieillissement actif** pour désigner le processus qui consiste à optimiser les possibilités de bonne santé, de participation et de sécurité afin d'accroître la qualité de vie pendant la vieillisse[10].

Vieillissement et trajectoire de vie

La trajectoire de vie est le parcours suivi par une personne, de la naissance à la mort[6]. Cette trajectoire peut changer ou évoluer à chacune des étapes de la vie (enfance, adolescence, début de l'âge adulte, milieu de l'âge adulte et troisième âge) et varier d'une personne à l'autre selon des facteurs qui interagissent et ont une incidence sur la santé (facteurs biologiques, comportementaux, physiques et sociaux) qui, en interagissant, influent sur la santé[6, 14]. Ces facteurs, qu'ils soient positifs ou négatifs, évoluent et s'influencent mutuellement au cours des différentes étapes de la vie. À terme, ils peuvent avoir un effet bénéfique ou négatif sur la santé. C'est pendant les premières années de la vie que les déterminants de la santé peuvent, par effet cumulatif, entraîner sur la santé des répercussions qui s'amplifient avec les années[14, 15]. Pour une description plus détaillée du modèle basé sur le cycle de vie et la trajectoire de vie, veuillez consulter le *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2009 : Grandir sainement – Priorités pour un avenir en santé*[6].

Pour un vieillissement en santé : L'expérience du Canada

En santé publique, le modèle basé sur la trajectoire de vie présente un intérêt parce qu'il aide à comprendre le lien entre le temps, l'exposition à un ou plusieurs facteurs, les expériences vécues et les répercussions à long terme sur la santé. L'approche axée sur le cours de la vie peut aider à cerner et à interpréter les tendances ayant trait à la santé des populations et les liens entre les diverses étapes de la vie [6, 14, 16, 17]. Ce modèle peut également servir à planifier des interventions, des politiques et des programmes adaptés aux diverses étapes de la vie. Enfin, il nous assure que le vieillissement en santé est considéré dans le contexte global de la vie, et non simplement comme un phénomène de fin de vie.

La trajectoire de santé est le parcours suivi par une personne tout au long de sa vie et qui détermine son état de santé. Ce parcours évolue au fil du temps, en fonction des actions que cette personne pose et des situations auxquelles elle est exposée durant sa vie[14].

Facteurs ayant des répercussions sur la santé et le vieillissement

La santé individuelle ou collective est le résultat direct et indirect d'une combinaison de facteurs : l'âge, le sexe, l'hérédité et les comportements individuels. Bien qu'il s'agisse de choix personnels, les comportements sont également influencés par des facteurs sociaux et économiques, tels que le revenu, l'éducation, l'environnement et l'appartenance sociale. Ces facteurs sont aussi appelés déterminants sociaux de la santé, en raison justement de l'incidence qu'ils peuvent avoir sur la santé[18-21]. Des références aux déterminants sociaux de la santé, isolément ou globalement, sont présentées tout au long du rapport.

Les déterminants sociaux de la santé sont des facteurs socioéconomiques qui ont une influence sur la santé[18]. Il s'agit en quelque sorte des conditions dans lesquelles les personnes naissent, vivent, travaillent, se divertissent, interagissent et vieillissent[19]. Tout au long de la vie, la santé est déterminée par l'interaction complexe des facteurs sociaux et économiques ainsi que par l'environnement physique et les comportements individuels. Ces facteurs sont souvent influencés par le patrimoine, le statut et les ressources qui, à leur tour, ont des répercussions sur les politiques et les choix et, ultimement, sur les différences dans l'état de santé des personnes et des communautés[19]. On nomme *inégalités en matière de santé* ces différences observées dans les résultats pour la santé[20].

Bien que les effets des déterminants sociaux de la santé se fassent sentir à toutes les étapes de la vie, leur incidence cumulative est plus marquée avec l'âge. Des données probantes montrent que, habituellement, les personnes de statut socioéconomique faible sont en moins bonne santé que les personnes de statut socioéconomique supérieur, et que plus une personne vit dans des conditions sociales et économiques précaires, plus son état de santé est affecté[22]. Ces différences seront approfondies au chapitre 3.

Promouvoir un vieillissement en santé : Bref historique de l'expérience du Canada

Il n'est pas simple d'examiner l'expérience du Canada en ce qui concerne la promotion du vieillissement en santé. Cela exige, d'une part, que l'on tienne compte des principales améliorations en santé publique qui touchent l'ensemble de la population mais aussi celles qui concernent précisément les enfants, puisque, par effet cumulatif, elles ont entraîné des répercussions sur la santé qui se sont amplifiées avec les années[6]. D'autre part, il faut considérer les remarquables progrès qui ont été faits pour améliorer la santé et le bien-être des aînés et pour leur assurer une meilleure santé le plus longtemps possible.

La présente section fournit un bref historique des nombreux succès et défis que le Canada a connus dans ses démarches pour favoriser le vieillissement en santé. Sans présenter un bilan exhaustif de tout ce qui a été réalisé jusqu'à maintenant, elle illustre, par des exemples, la façon dont les progrès en santé publique ont contribué à la santé et au bien-être des aînés. Ce survol historique permet de suivre l'évolution de la santé des aînés et d'établir les bases sur lesquelles s'appuyer pour planifier l'avenir. Pour un aperçu plus détaillé de la santé publique au

Canada, veuillez consulter les deux rapports précédents : *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2008 : S'attaquer aux inégalités* et *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2009 : Grandir sainement – Priorités pour un avenir en santé*[6, 20].

De 1900 à 1950

Avant le 20e siècle, les politiques gouvernementales et les interventions communautaires au Canada n'abordaient que très sommairement la santé et la sécurité des aînés. Elles s'intéressaient plutôt à la santé et au bien-être de la population en général. Les efforts déployés durant cette période avaient comme objectif principal de combattre les nombreuses maladies infectieuses qui bien souvent touchaient une grande partie de la population. Au début des années 1900, la plupart des maladies d'origine hydrique avaient été éliminées grâce à des normes de traitement de l'eau et aux installations sanitaires[23-25]. Puis, la vaccination et l'adoption de nouvelles normes sur les aliments et les drogues ont contribué à réduire encore davantage les risques de maladie[20, 26]. À mesure que l'on prenait conscience du lien qui existait entre la santé, la sécurité et les facteurs sociaux, comme l'éducation et l'emploi, on voyait s'améliorer le taux d'assiduité scolaire, les conditions de vie et de travail et les infrastructures publiques[27-29]. Ces améliorations ont eu un effet déterminant sur la santé publique au Canada, au profit des générations qui ont suivi.

La fin de la Première Guerre mondiale (1914-1918) a marqué le début d'une nouvelle ère sociale et économique au Canada. Les besoins en temps de guerre entraînaient un accroissement de la production industrielle et déplacaient la main-d'œuvre vers les centres urbains. Les emplois habituellement occupés par des adultes plus âgés ont été remplacés par de nouvelles usines et des travailleurs plus jeunes[30]. Cette période d'économie florissante ne favorisait pas tous les secteurs de la société. Même si les aînés du Canada pouvaient espérer vivre plus longtemps, c'était souvent au prix d'une piètre qualité de vie et, dans certains cas d'une extrême pauvreté. En raison de leur âge et de leur état de santé, les hommes âgés qui avaient travaillé toute leur vie n'étaient généralement plus aptes à faire partie de la main-d'œuvre rémunérée. Dans les régions urbaines,

les femmes âgées travaillaient principalement en milieu familial en tant que femmes au foyer ou aidantes non rémunérées. En milieu rural, les hommes et les femmes occupaient aussi des emplois non rémunérés, effectuant des travaux agricoles manuels ou des tâches domestiques[30-32]. Ainsi, les aînés, particulièrement les femmes célibataires et les veuves, risquaient davantage de souffrir d'insécurité financière et de pauvreté.

Sans sécurité financière, les aînés avaient peu de moyens pour subvenir à leurs besoins et à ceux de leur famille. Malgré les pensions de survivant et d'invalidité auxquelles avaient droit les vétérans de la guerre et leur famille, le besoin d'aider les aînés restait pressant. Profitant de l'enthousiasme populaire que suscitaient la lutte contre la pauvreté et l'aide aux aînés à faible revenu, le gouvernement du Canada a formé un comité spécial chargé d'évaluer le besoin d'instaurer un régime de pensions national. C'est ainsi qu'en 1927 la *Loi des pensions de vieillesse* a été adoptée. Cette loi garantissait une aide financière aux sujets britanniques âgés de 70 ans ou plus qui vivaient au Canada depuis au moins 20 ans[30].

Pour un vieillissement en santé : L'expérience du Canada

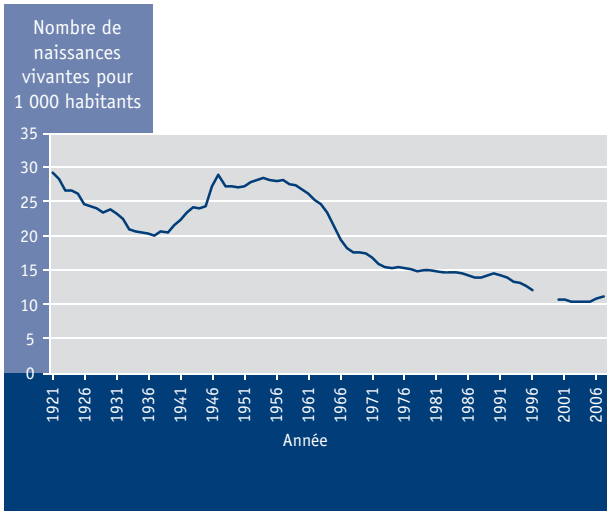
Dans les années 1930, une crise économique a frappé le Canada; l'économie canadienne s'est effondrée et le taux de chômage a explosé, entraînant une dégradation des conditions sociales, notamment sur le plan du logement et la sécurité alimentaire. À mesure que les fermiers faisaient faillite et que les industries s'écroulaient, les Canadiens perdaient leur maison et leur moyen de subsistance. Bon nombre d'entre eux arrivaient difficilement à combler leurs besoins essentiels[33]. La *Loi des pensions de vieillesse,* adoptée quelques années auparavant pour offrir une aide financière aux plus démunis, ne profitait pas à la majorité et était réservée à certains segments de la population, dont ne faisaient partie ni les Indiens inscrits ni les nouveaux immigrants[30]. Par conséquent, les aînés étaient encore nombreux à connaître des conditions de vie difficiles et, dans certains cas, de souffrir de pauvreté absolue.

De 1950 à aujourd'hui

Après la Seconde Guerre mondiale, la santé publique a connu de profonds changement. À mesure que s'amélioraient les taux d'emploi, les niveaux de revenu et les normes en matière de logement et d'éducation, la plupart des Canadiens voyaient leur niveau de vie augmenter, entraînant du coup une amélioration des conditions de vie et des habitudes alimentaires. Puis, la santé des Canadiens a atteint un nouveau sommet grâce à la vaccination massive des enfants contre les maladies infectieuses et à des découvertes scientifiques révolutionnaires, telles que l'insuline et la pénicilline, qui permettaient de traiter le diabète et les infections[20]. Outre les conditions sociales et économiques qui changeaient pour le mieux, la famille canadienne traditionnelle, elle, s'agrandissait : c'était le *baby-boom,* période marquée par un pic de la natalité au milieu des années 1940 (voir la figure 2.1)[34, 35].

Le baby-boom a pris fin au milieu des années 1960 lorsqu'une nouvelle dynamique sociale a commencé à s'implanter dans les familles et dans les collectivités. Pendant et après la Seconde Guerre mondiale, les femmes ont fait une entrée massive sur le marché du travail, et les méthodes de contraception, plus efficaces et plus accessibles, permettaient de retarder le moment de fonder une famille[35, 41]. On assistait également à un exode rural, les villes présentant un attrait pour tous ceux, nombreux,

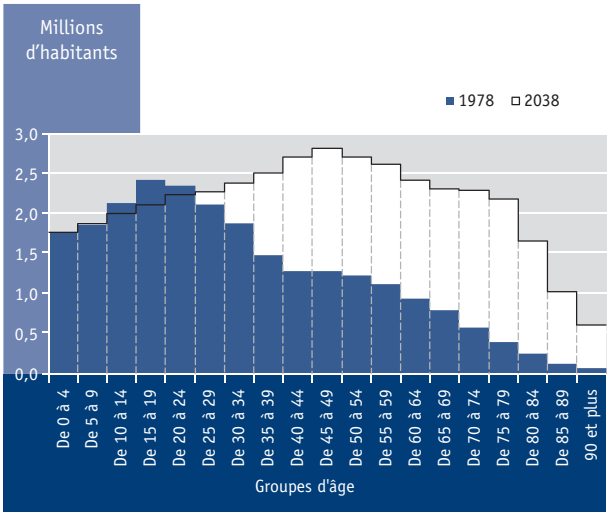
Figure 2.1 Taux de natalité brut au Canada, de 1921 à 2007*[36-40]



* Les données de 1997 à 1999 ne sont pas disponibles.

Source : Statistique Canada.

Figure 2.2 Population canadienne, 1978, 2038*[42, 43]



* Population prévue

Source : Statistique Canada.

qui cherchaient un emploi et un accès plus facile à une formation de meilleure qualité. Les jeunes adultes retardaient le moment de se marier et d'avoir des enfants, entraînant une baisse du taux de natalité au Canada[35, 41]. Les effets du baby-boom sont plus perceptibles aujourd'hui, puisque les premiers baby-boomers franchissent tout juste le cap des 65 ans. Avec le temps, la génération du baby-boom formera la plus importante population d'aînés de l'histoire. D'ici 2038, on prévoit qu'environ 25 % de la population sera âgée de 65 ans et plus (voir la figure 2.2)[42, 43].

La guerre terminée, les revenus réels au pays ont atteint des sommets, ce qui profitait principalement aux populations plus jeunes, qui formaient la majorité de la main-d'œuvre. Appauvris par la guerre et les difficultés économiques de l'époque, les Canadiens qui arrivaient à la retraite avaient, quant à eux, peu d'économies en poche pour leurs vieux jours[8]. Ils étaient alors plus susceptibles de connaître l'insécurité alimentaire et de vivre dans des logements insalubres, mettant ainsi à risque leur santé et leur bien-être. C'est à cette époque que s'est amorcée au Canada une lutte contre la pauvreté des aînés[30, 33]. Les nombreuses initiatives sociales menées jusqu'à maintenant s'adressaient à l'ensemble de la population, et non pas spécifiquement aux aînés. Même que, dans l'ensemble du Canada, il y avait un manque d'initiative, publique ou privée, à l'intention des aînés. C'est ce qui a mené à l'adoption d'une série de politiques et programmes fédéraux de nature à aider les aînés et à améliorer leur qualité de vie.

- *La Sécurité de la vieillesse,* premier régime universel de pension au Canada, a été créée en 1952 pour aider financièrement les Canadiens à la retraite (y compris les Indiens inscrits), dont la qualité de vie était nettement inférieur à celui du reste de la population[30].
- *Le Régime de pensions du Canada* et *le Régime de rentes du Québec,* créés en 1966, sont des régimes de pension transférables d'un emploi à un autre, qui offrent une protection aux travailleurs canadiens contre la perte de revenu due à un départ à la retraite, une invalidité ou un décès[44-46].
- *Le Supplément de revenu garanti* a été introduit en 1967 pour éliminer la pauvreté chez les aînés et aider ceux qui, en raison d'une retraite prématurée, ne sont pas encore admissibles au *Régime de pensions du Canada*[30, 44].

Ces programmes fournissaient un revenu de retraite aux travailleurs et à leur famille, offraient une aide financière à plus grande échelle aux plus démunis et contribuaient, de ce fait, à une meilleure qualité de vie[8, 30]. Jusqu'au milieu des années 1960, la pension de sécurité de la vieillesse était versée à 70 ans; à partir de 1966, l'âge d'admissibilité a été réduit peu à peu, pour atteindre 65 ans en 1970[8]. Au fil du temps, le Canada a laissé tomber les critères de retraite fondés sur l'approche d'un âge clairement défini pour la retraite. Il est même allé jusqu'à inclure au *Régime de pensions du Canada* des plans de retraite adaptés. Certaines provinces ont adopté des lois sur les droits de la personne et les droits du travail afin d'abolir la retraite obligatoire (sauf dans le cas de certains postes soumis à un âge limite)[8, 47]. Cela signifiait qu'à 60 ans les travailleurs accédaient à une variété d'options en matière d'emploi et de retraite. Au début des années 1970, les programmes provinciaux de prestations de revenu ont commencé à se populariser : le Régime de revenu annuel garanti de l'Ontario et l'*Alberta Seniors Benefit Program* (programme de prestations aux aînés de l'Alberta) ont été créées pour offrir aux aînés un revenu minimal garanti en plus des prestations prévues par la Sécurité de la vieillesse, le *Régime de pensions du Canada* et le *Supplément de revenu garanti*[48-50]. En somme, les programmes d'aide au revenu et les régimes de retraite ont aidé les aînés à sortir de la pauvreté. Avec ces prestations de revenu supplémentaires, la qualité de vie, la santé et le bien-être des personnes touchées se sont améliorés. Ces programmes ont profité aux générations suivantes d'aînés et de retraités au Canada[8, 51].

Dans les années 1950, la science de la gérontologie suscitait davantage d'intérêt, surtout en ce qui concerne la sensibilisation à la santé et le bien-être des aînés et de promouvoir la recherche et la formation dans ce domaine. Durant les décennies suivantes, ont vu l'éclosion de plusieurs organisations canadiennes vouées à la promotion de la santé des aînés grâce à la recherche, la sensibilisation et la défense des droits des aînés et, parmi elles, l'Association canadienne de gérontologie (1971), la Société canadienne de gériatrie (1981), l'Association canadienne des infirmiers et infirmières en gérontologie (1985) et l'Académie canadienne de psychiatrie gériatrique (1991)[52-54].

Pour un vieillissement en santé : L'expérience du Canada

Grâce aux investissements sociaux et aux progrès en santé publique, les aînés gagnaient des années de vie en bonne santé et étaient, par le fait même, plus nombreux qu'auparavant[10, 55]. La *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* (1957) leur donnait désormais accès à des services de soins actifs et la *Loi sur les soins médicaux* (1966) leur permettait d'obtenir des services médicaux couverts par le régime d'assurance maladie[56]. L'avancement des techniques médicales et les progrès dans le milieu pharmaceutique permettaient aussi de poser des diagnostics plus exacts, plus rapidement, de soulager la douleur, de faciliter la réadaptation, de prolonger la vie et de préserver l'autonomie des personnes souffrant de blessures ou de maladies chroniques[57]. Jumelées aux campagnes de vaccination, ces initiatives en santé publique aidaient à contrer de nombreuses maladies infectieuses[26]. Cependant, les blessures et les maladies non transmissibles, comme les maladies cardiovasculaires, le cancer, l'arthrite et le diabète, demeuraient une cause importante d'invalidité et de décès[8, 10, 55, 58]. Les facteurs de risque de ces maladies étaient pourtant bien connus, mais les mesures de prévention ou de réduction des risques se faisaient rares[8, 55].

Les soins et les services aux aînés étaient de plus en plus sollicités en raison d'une multitude de facteurs, notamment le changement des valeurs culturelles, l'émergence d'une nouvelle dynamique familiale et le déplacement des populations rurales vers les villes, où l'accès à un emploi ou à une formation de meilleure qualité y était plus facile. Les aînés se retrouvaient loin de leur famille[10]. On a alors mis en place de nombreux programmes d'aide à l'autonomie et de services d'aide familiale afin de les assister dans les tâches domestiques, comme la planification et la préparation des repas, le ménage et la lessive. Les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada et d'autres organisations bien établies ajoutaient également à leurs tâches celles d'offrir des soins à domicile, des services de soins personnels et des services communautaires[59]. De plus, un certain nombre de programmes de soins à domicile provinciaux ont été créés dans l'ensemble du pays. Puis, en 1981, Anciens Combattants Canada a inauguré le Programme pour l'autonomie des anciens combattants, un programme national de soins à domicile visant à aider les anciens combattants à garder la santé et à vivre de façon autonome dans le confort de leur foyer ou au sein de leur collectivité[60].

Pour favoriser le vieillissement en santé dans les foyers et les communautés, il fallait également améliorer les normes relatives à la qualité des soins et à la sécurité[10]. La plupart des demeures n'étaient pas conçues pour répondre aux besoins changeants des aînés. De façon générale, les aînés n'avaient pas les moyens ni la capacité de réaliser tous les travaux nécessaires pour rendre leur demeure fonctionnelle et sécuritaire. Au début des années 1940, des changements avaient été apportés aux codes du bâtiment, notamment au *Code national du bâtiment*, afin d'assurer la santé et la sécurité des aînés, d'améliorer l'accessibilité et de prévenir les blessures. Une mise à jour de ces normes a alors été proposée dans les dernières décennies pour tenir compte des risques actuels et des nouvelles exigences de sécurité[61]. La Société canadienne d'hypothèques et de logement a, pour sa part, lancé des programmes d'amélioration résidentielle, comme le Programme d'aide à la remise en état des logements pour personnes handicapées et le programme Logements adaptés : aînés autonomes; elle venait ainsi en aide aux aînés et aux familles à faible revenu qui devaient, par exemple, adapter leur logement ou le rendre plus accessible[62, 63]. Devant le besoin grandissant de logements supervisés pour les aînés, les maisons d'accueil et les établissements de soins de longue durée, privés et publics, ont commencé à se multiplier.

Sur la voie du progrès

À l'aube du 21e siècle, la question des aînés était toujours d'actualité. Le Canada voyait naître des organismes gouvernementaux et non gouvernementaux qui se destinaient à promouvoir un vieillissement en santé et à prendre position sur des questions d'intérêt pour les aînés, telles que les chutes et les blessures qui en résultent, la santé mentale, les mauvais traitements et la négligence, l'appartenance sociale, les modes de vie sains et l'accès aux soins et aux services. Le Conseil consultatif national sur le troisième âge a été créé en 1980 dans le but de fournir aide et conseil au ministre fédéral de la Santé pour toute question liée au vieillissement et à la qualité de vie des aînés[51, 57, 64]. Puis, en 2007, le gouvernement du Canada s'est adjoint l'aide du Conseil national des aînés pour les questions qui concernaient

la santé et le bien-être des aînés[65]. Ce mouvement de sensibilisation à l'égard des aînés, loin d'être unique au Canada, s'observait également à l'échelle internationale (voir l'encadré 2.1 *Initiatives internationales sur le vieillissement*).

La question des aînés, loin de s'essouffler, gagne de plus en plus de sympathisants depuis les dernières décennies, et ce, en raison notamment d'une plus grande prise de conscience de l'évolution démographique qui se produit au Canada. En effet, comme c'est le cas dans beaucoup d'autres pays, le Canada connaît une croissance remarquable de sa population de 65 ans et plus[12, 51]. Cependant, les aînés au Canada ne forment pas un groupe homogène et, par conséquent, ne connaissent pas les mêmes problèmes de santé ou de bien-être. Ces problèmes varient selon le contexte historique, social et économique, le sexe, l'origine ethnoculturelle et le lieu de résidence (ville, milieu rural ou région nordique)[51]. (Voir l'encadré 2.2 *Influences des événements historiques sur la peuples autochtones*, pour mieux comprendre les répercussions de ces facteurs sur la santé des Autochtones.)

Même si le Canada a mis beaucoup d'efforts pour aider les Canadiens à maintenir et à améliorer la santé des Canadiens vieillissants, le travail est loin d'être terminé. L'adoption de plus en plus répandue de comportements malsains et la prévalence des maladies chroniques viennent miner la santé physique et mentale de la population. La prévention et la gestion des nombreuses maladies chroniques liées à l'âge demeureront au cœur des priorités, non seulement pour le bien de la génération actuelle mais pour celui des générations à venir[12].

Des obstacles environnementaux, systémiques et sociaux rendent difficile l'adoption de comportements sains. Tâche ambitieuse donc que de mener les Canadiens vers une vie plus saine, qui laisse place à la participation sociale, à l'activité physique, à l'alimentation équilibrée et à la réduction des risques de blessure[12]. Par ailleurs, les phénomènes météorologiques exceptionnels, l'éclosion de maladies infectieuses, la contamination de l'eau potable et la grippe saisonnière ont, par le passé, mis en péril la santé et la sécurité des aînés. Les situations de ce genre restent difficilement évitables. C'est pourquoi il est

Encadré 2.1 Initiatives internationales sur le vieillissement

La fin du 20e siècle a été, à l'échelle internationale, une période intense de sensibilisation à la question des aînés. En 1982, l'Organisation des Nations Unies est devenue l'un des principaux artisans de la promotion du vieillissement en santé et de la protection des droits des aînés. Cette année-là, elle a organisé la première Assemblée mondiale sur le vieillissement, à Vienne, préparant la voie à de nombreuses initiatives à l'intention des aînés. Le *Vienna International Plan of Action on Ageing* a été la première initiative en son genre; il a permis d'établir une série de recommandations, de normes et de stratégies visant à accroître la recherche, la collecte de données, l'analyse, la formation et la sensibilisation. Le Plan mettait l'accent sur plusieurs secteurs clés, notamment la santé et la nutrition, la protection des consommateurs, le logement et l'environnement, la famille, l'aide sociale, la sécurité du revenu, le travail et l'éducation[66].

En 1991, les *Principes des Nations Unies pour les personnes âgées* ont été établis pour assurer un traitement prioritaire à la question de la santé et du bien-être des aînés. Ils portaient sur cinq grandes questions : l'indépendance, la participation, les soins, l'épanouissement personnel et la dignité[66, 67]. À la fin du siècle, ces questions avaient pris suffisamment d'importance pour que 1999 soit déclarée Année internationale des personnes âgées[68]. En 2002, l'Organisation des Nations Unies a organisé, à Madrid, la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement afin de discuter des possibilités et des défis du vieillissement de la population et d'évaluer de nouveau les recommandations du *Vienna International Plan of Action on Ageing*[66]. Le Canada est signataire du *Plan d'action de Madrid* et s'est engagé à en respecter l'esprit et la lettre à l'aide d'une série de politiques et de programmes visant à promouvoir et à protéger la santé et le bien-être des aînés au Canada[69].

Pour un vieillissement en santé : L'expérience du Canada

Encadré 2.2 Influences des événements historiques sur la peuples autochtones

L'histoire du Canada révèle, à bien des égards, que les conditions sociales, économiques et environnementales ont eu des répercussions majeures sur la santé des Autochtones au Canada. Des événements historiques, comme la colonisation, la négociation de traités, la perte de terres, la destruction de l'environnement et les pensionnats indiens, ont largement influencé la vie, les traditions et la santé des Autochtones[70, 72].

L'espérance de vie des Autochtones s'est améliorée au fil des années, mais elle demeure faible comparativement à celle des populations non autochtones[73]. De même, les taux de maladies et de blessures chez les membres des Premières nations, les Métis et les Inuit sont souvent plus élevés que ceux enregistrés dans l'ensemble de la population canadienne[74]. Ces inégalités, qui s'observent dans bien d'autres secteurs (notamment l'éducation, l'emploi, le logement, l'alimentation, l'assainissement de l'eau et l'accès aux services) ont eu, sur la santé des Autochtones, des répercussions individuelles et cumulatives qui se perpétuent de génération en génération[71, 72, 75].

Parmi les membres plus âgées des collectivités autochtones, bon nombre ont vécu les tragiques épreuves qui ont marqué l'histoire de leur peuple, y compris les pensionnats indiens. Et malgré cela, ils continuent d'investir des efforts, au sein de leur collectivité, pour renforcer et préserver leur culture et leur langue et pour améliorer leurs conditions sociales et leur état de santé. Les Anciens sont considérés comme le point d'ancrage des collectivités autochtones; ils ont la responsabilité de transmettre leur sagesse, leur histoire, leur culture et leur langue, et ils jouent un rôle essentiel dans la santé et le bien-être de leur famille, de leur collectivité et de leur nation[72, 73, 76].

Satisfaire les besoins en santé des aînés autochtones est une responsabilité que se partagent les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les partenaires autochtones. Par exemple, l'Organisation nationale de la santé autochtone et d'autres organismes autochtones nationaux ont collaboré étroitement avec les collectivités afin d'améliorer la santé et le bien-être des Autochtones. Aidée de ses trois centres de recherche : le Centre des Premières nations, l'Inuit Tuttarvingat et le Centre des Métis, l'Organisation nationale de la santé autochtone répond aux besoins diversifiés des populations autochtones et met de l'avant des stratégies de soins de santé adaptées à la culture[77]. De leur côté, les gouvernements s'efforcent d'améliorer le bien-être socioéconomique des Autochtones et de réduire les inégalités en matière de santé, de logement et d'éducation, notamment par des initiatives qui favorisent la santé et la viabilité des collectivités et par des partenariats solides à long terme avec les Autochtones[78, 79]. Ces initiatives axées sur la santé et le bien-être des Autochtones sont, en réalité, des efforts investis pour promouvoir le vieillissement en santé[7, 8].

important de mettre au point des mesures d'urgence qui tiennent compte des besoins particuliers des aînés afin de réduire les risques de blessure et de décès[80, 81]. Il serait aussi profitable que les aînés au Canada puissent vivre dans un milieu adapté à leurs besoins, où ils ont la possibilité de rester socialement actifs et de faire des choix santé afin de rehausser leur sécurité, leur autonomie et leur qualité de vie[12, 82, 83].

Le Canada doit songer à des moyens d'intégrer le vieillissement en santé au modèle basé sur la trajectoire de vie. En effet, le vieillissement en santé ne touche pas seulement les aînés, mais bien tous les groupes d'âge

et toutes les générations. Si l'on veut encourager la population canadienne à garder la santé le plus longtemps possible, il faut lui donner les moyens, tout au long de sa vie, de se bâtir et de maintenir une bonne santé physique et mentale.

Résumé

Le Canada a fait des progrès notables dans le domaine de la santé publique, au point que la majorité des Canadiens vivent aujourd'hui plus longtemps et en meilleure santé. C'est le résultat de ses nombreuses initiatives mais aussi d'un contexte socioéconomique en perpétuelle évolution, qui a conduit à une série de changements et d'adaptations. Malgré ces progrès, il reste et restera toujours des défis à relever. Le chapitre 3 s'intéresse à l'état de santé actuel des aînés au Canada : leur santé physique, leur santé mentale, leur bien-être économique et leur sentiment de bien-être, et explore les principaux facteurs ayant une incidence sur la santé des aînés.

La santé et le bien-être des aînés au Canada

CHAPITRE 3

Le présent chapitre offre un aperçu de la santé et du bien-être actuels des Canadiens de 65 ans et plus, tout en cernant les tendances observées chez ce groupe d'âge en ce qui a trait à la mauvaise santé et à l'invalidité. Il met l'accent sur la santé physique et mentale de même que sur le sentiment de bien-être et bien-être économique.

L'état de santé des personnes de 65 à 79 ans est souvent différent de celui des personnes de 80 ans et plus. De la même manière, l'état de santé des hommes âgés diffère souvent de celui des femmes du même groupe d'âge. Par conséquent, le présent rapport fournira, au besoin, des données détaillées chaque fois qu'elles sont accessibles.

Données démographiques relatives aux aînés

Selon le recensement de 2006, 4,3 millions (14 %) des 31,6 millions de personnes vivant au Canada sont âgées de 65 ans et plus (voir le tableau 3.1)[84]. Au total, 73 % des aînés au Canada sont âgés de 65 à 79 ans et plus d'un quart (27 %) sont âgés de 80 ans et plus[84]. Les immigrants représentent environ 28 % des aînés du Canada, et les Autochtones, 1 %[84-86].

Au cours des 30 dernières années, la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus est passée de 9 à 14 %[42]. La même tendance a été observée dans d'autres pays développés (voir la figure 3.1)[87-89]. Par exemple, de 1960 à 2007, la proportion des aînés au Japon a plus que triplé, pour passer de 6 à 22 %[87]. En Suède, elle est passée de 12 à 17 %, et aux États-Unis, de 9 à 13 %[87]. Comme l'espérance de vie et les années d'espérance de vie restantes à 65 ans ne cessent d'augmenter, les aînés représenteront une plus grande proportion de la population au cours des 40 prochaines années[43]. Par exemple, alors que les aînés d'aujourd'hui forment 14 % de la population, on estime qu'en 2050 ils seront plus d'un quart (27 %) des Canadiens[42, 43, 88, 89].

Tableau 3.1 Les aînés au Canada

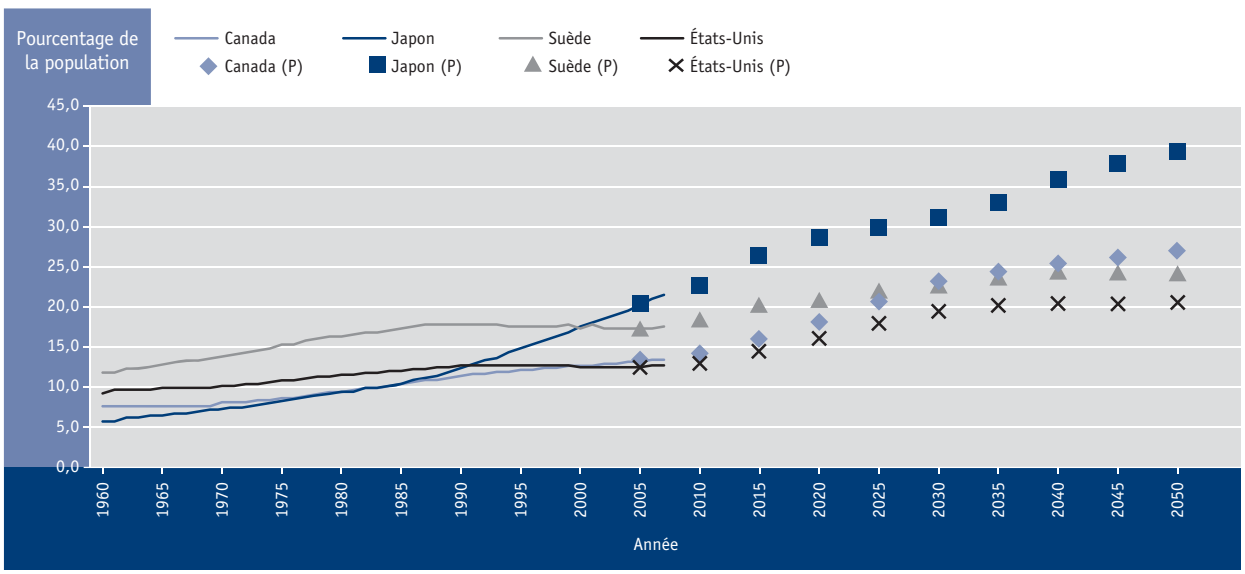
Population (en milliers de personnes âgées de 65 ans et plus)		Année
Population	4 335,3	2006
Autochtones	56,5	2006
Premières nations	32,0	2006
Métis	20,0	2006
Inuit	1,8	2006
Immigrants	1 215,3	2006
Immigration récente (10 ans ou moins)	78,3	2006
Immigration de longue date (plus de 10 ans)	1 137,0	2006
Personnes vivant dans des ménages privés	4 011,9	2006
Personnes vivant dans des établissements de soins de santé ou des établissements connexes	301,3	2006
Population urbaine	3 208,6	2006

Remarque : De plus amples renseignements sont fournis à l'annexe C : Définitions et sources de données des indicateurs.

Source : Statistique Canada.

La santé et le bien-être des aînés au Canada

Figure 3.1 Proportion, actuelle et prévue, de la population âgée de 65 ans et plus dans certains pays, pour les périodes de 1960 à 2007 et de 2010 à 2050[87-89]



(P) Projection de la population future.

Sources : Données sur la santé de 2009 de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et l'Organisation des Nations Unies.

En 2006, les aînés représentaient 5 % de l'ensemble de la population autochtone, et on prévoit que ce chiffre atteindra presque 7 % d'ici 2017[73, 86]. Au cours de la même période, on estime que les aînés chez les Métis feront l'objet de la plus importante augmentation et que leur proportion passera de 5 à 8 %. On s'attend également à ce que la proportion des aînés chez les Premières nations passe de 5 à 6 % et que le pourcentage des aînés chez les Inuit reste sensiblement le même, à environ 4 %[73, 86]. De 1996 à 2006, la proportion d'aînés, parmi les immigrants, a augmenté en passant de 18 à 19 % pour l'ensemble de la population immigrante[90-93]. On s'attend à ce que la proportion d'aînés, chez les immigrants de première et de deuxième générations, diminue et passe de 51 % en 2006 à 41 % de la population immigrante en 2031[94].

Tout comme le reste de la population canadienne (82 %), la majorité des aînés (80 %) vivent à domicile dans les centres urbains du Canada[91, 95]. Bien que les aînés soient plus nombreux à vivre dans les centres urbains que dans les milieux ruraux, les personnes âgées représentent aujourd'hui un plus grand pourcentage de la population rurale que par le passé[90, 91, 96]. Cela est attribuable à l'exode toujours plus massif des jeunes vers les centres urbains, avec pour conséquence que les aînés, qui restent derrière, représentent un plus grand pourcentage de la population rurale[97]. La majorité des aînés (92 %) vivent dans des ménages privés[84, 95]. Les 8 % restants vivent dans divers types d'établissement, notamment les établissements de soins de longue durée, les résidences services et les résidences pour personnes âgées[84, 91, 95, 98, 99].

Santé physique

Même si les aînés sont touchés par divers problèmes de santé physique, tels que les maladies chroniques, en plus d'être limités par une mobilité et des capacités réduites, un grand nombre d'entre eux se sentent en bonne forme et sont prêts à prendre des mesures pour améliorer leur santé. Selon *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé de 2009*, 44 % des aînés se disent en excellente ou en très bonne santé[100]. La même année, 37 % des aînés ont déclaré avoir pris des mesures pour améliorer leur santé; ils ont notamment augmenté leur niveau d'activité physique (71 %), perdu du poids (21 %) et modifié leurs habitudes alimentaires (13 %)[100].

Tableau 3.2 La santé des aînés au Canada

		Année
Santé physique		
Espérance de vie (années d'espérance de vie restantes à compter de 65 ans)[1]	19,8	2005-2007
Hommes	18,1	2005-2007
Femmes	21,3	2005-2007
Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (années d'espérance de vie restantes à compter de 65 ans)[1]	13,6	2001
Hommes	12,7	2001
Femmes	14,4	2001
Mortalité[2] (décès annuels pour 100 000 personnes âgées de 65 ans et plus)		
Maladies de l'appareil circulatoire	1 381,2	2006
Cancers	1 126,9	2006
Maladies de l'appareil respiratoires	397,9	2006
Problèmes de santé et maladies (pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus)		
Auto-évaluation de l'état de santé comme excellente ou très bonne*[1]	43,6	2009
Santé fonctionnelle excellente ou très bonne*[1]	62,0	2005
Hypertension artérielle*[1]	56,1	2009
Cardiopathie*[1]	22,6	2009
Arthrite*[1]	43,7	2009
Diabète[2]	21,3	2006-2007
Difficultés répétées à mener certaines activités*[1]	25,3	2008
Incidence du cancer (nouveaux cas pour 100 000 personnes âgées de 65 ans et plus, par année)[1]	2 044,2	2006
Santé mentale (pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus)		
Personnes satisfait ou très satisfaites de la vie*[1]	96,5	2009
Auto-évaluation de la santé mentale comme excellente ou très bonne*[1]	70,4	2009
Maladie d'Alzheimer et autres démences (estimation)[3]	8,9	2008
Bien-être économique (pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus)[1]		
Personnes à faible revenu (après impôt)	5,8	2008
Sentiment de bien-être (pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus)[1]		
Sentiment d'appartenance communautaire très fort ou assez fort*	70,2	2009
Personnes vivant seules	28,1	2006
Bénévolat*	35,7	2007
Aidant non rémunéré*	24,4	2007
Taux de travail salarié	10,1	2009
Médecin de famille régulier*	95,7	2009
Consultation de professionnels des soins dentaire*	55,9	2009

* Données auto-déclarées.

Remarque : De plus amples renseignements sont fournis à l'Annexe C : Définitions et sources de données des indicateurs.

Sources : (1) Statistique Canada, (2) Agence de la santé publique du Canada, et (3) Société Alzheimer du Canada.

Les données du présent chapitre proviennent, pour la plupart, de sondages sur la santé. Malgré les limites inhérentes à ce type de données, notamment la subjectivité des réponses individuelles et à la non-représentativité des personnes vivant dans un établissement ou une réserve, les données auto-déclarées peuvent fournir des renseignements importants qui, autrement, ne pourraient être accessibles. Sauf indication contraire, les données provenant de ces sources portent seulement sur les aînés vivant au sein de la collectivité.

La santé et le bien-être des aînés au Canada

Espérance de vie

L'espérance de vie des aînés au Canada a graduellement augmenté au fil du temps (voir la figure 3.2)[101, 102]. En 2006, les personnes qui atteignaient 65 ans pouvaient s'attendre à vivre encore une vingtaine d'années (18 ans pour les hommes et 21 ans pour les femmes)[101, 102]. Les femmes canadiennes ont toujours profité d'une plus grande espérance de vie que les hommes, mais cet écart se rétrécit[101-103]. De 1980 à 2006, l'écart observé entre les femmes et les hommes canadiens en ce qui concerne les années d'espérance de vie restantes à 65 ans a diminué, pour passer de cinq à trois ans[101, 102].

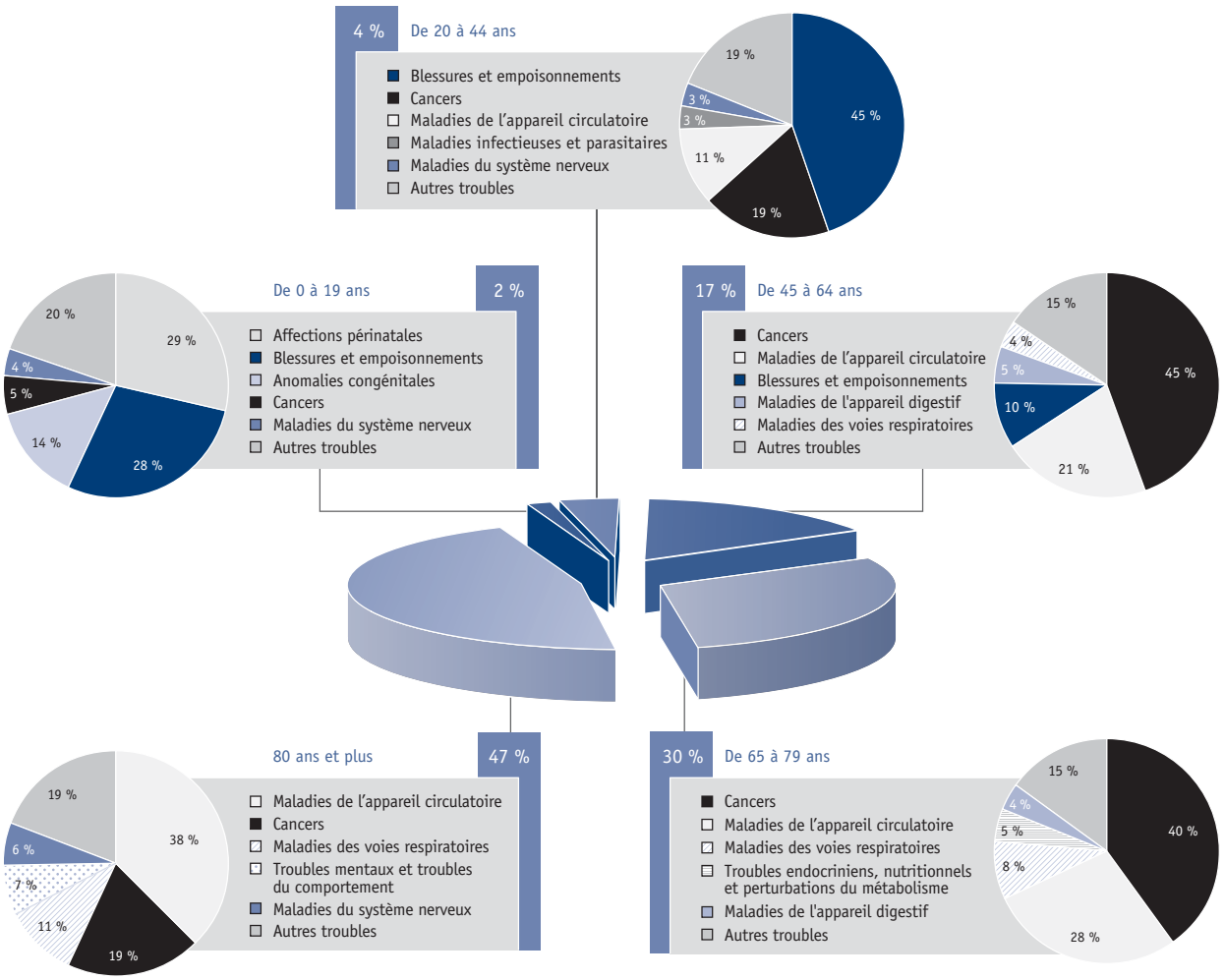
Toutefois, les divers groupes de population au Canada n'ont pas tous de la même espérance de vie. Bien que le nombre d'aînés chez les Autochtones ait augmenté, leur espérance de vie à la naissance était, en 2001, de 71 ans pour les hommes et de 77 ans pour les femmes, ce qui est inférieur à la moyenne canadienne enregistrée pour la même période, c'est-à-dire 77 ans pour les hommes et 82 ans pour les femmes[104, 105].

Dans d'autres pays développés, l'espérance de vie restante à 65 ans ont également augmentés. Certains de ces pays, comme la Suède et les États-Unis, ont vu l'écart entre l'espérance de vie restante à 65 ans diminuer chez les hommes et les femmes. La situation inverse a été observée au Japon, où l'écart s'est accru[101, 102].

Figure 3.2 Espérance de vie restante à 65 ans, selon le sexe, dans certains pays de l'OCDE, de 1980 à 2008[101, 102]

Source : Données sur la santé de l'OCDE, 2009.

Figure 3.3 Taux de mortalité selon les principales causes et les divers groupes d'âge, Canada, 2006[106-125]



Source : Statistique Canada.

Mortalité

Les principales causes de décès chez les Canadiens morts avant l'âge de 45 ans sont habituellement bien différentes de celles des aînés. En effet, dans une large proportion, les décès chez les plus jeunes sont surtout attribuables aux blessures et aux empoisonnements. Cependant, les principales causes de décès chez les aînés de 65 ans et plus ne sont pas bien différentes de celles des personnes âgées de 45 à 64 ans, même si le pourcentage de décès de ces groupes varie en fonction des causes (voir la figure 3.3). En 2006, les maladies de l'appareil circulatoire (y compris les maladies cérébrovasculaires et les cardiopathies ischémiques), les cancers (y compris les cancers du poumon, du côlon, du sein et de la prostate) et les maladies de l'appareil respiratoire (y compris les maladies pulmonaires obstructives chroniques, la grippe et la pneumonie) représentaient les trois principales causes de décès pour l'ensemble des aînés[106-125].

La santé et le bien-être des aînés au Canada

En 2006, les principales causes de décès liés aux maladies de l'appareil circulatoire étaient les cardiopathies ischémiques et aux maladies cérébrovasculaires[114]. Au cours de cette même année, les décès causés par une maladie cérébrovasculaire étaient plus fréquents chez les femmes (309 décès pour 100 000 femmes comparativement à 266 décès pour 100 000 hommes), alors que les décès causés par une cardiopathie ischémique étaient plus fréquents chez les hommes (836 décès pour 100 000 hommes comparativement à 635 décès pour 100 000 femmes)[42, 114].

En 2006, le cancer du poumon et bronche et le cancer du côlon représentaient les principales causes de décès liés au cancer chez les aînés au Canada[107]. Au cours de cette même année, les décès attribuables à ces types de cancer étaient plus fréquents chez les hommes que chez les femmes (cancer du poumon et bronche : 393 décès pour 100 000 hommes comparativement à 229 décès pour 100 000 femmes; cancer du côlon : 113 décès pour 100 000 hommes comparativement à 86 décès pour 100 000 femmes)[42, 107].

En 2006, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, la grippe et la pneumonie étaient les principales causes de décès liés aux maladies de l'appareil respiratoires chez les aînés au Canada[115]. Au cours de cette même année, les décès causés par une grippe ou une pneumonie étaient tout aussi fréquents chez les femmes que chez les hommes aînés (107 décès pour 100 000 hommes comparativement à 108 décès pour 100 000 femmes), tandis que les décès causés par une maladie pulmonaire obstructive chronique étaient plus fréquents chez les hommes (225 décès pour 100 000 hommes comparativement à 156 décès pour 100 000 femmes)[42, 115].

Bien que les trois causes de décès les plus fréquentes soient les mêmes chez les personnes âgées de 65 à 79 ans que chez celles de 80 ans et plus, les causes de décès moins répandues varient davantage entre ces groupes d'âge. Après les maladies de l'appareil circulatoire, les cancers et les maladies de l'appareil respiratoire, les causes de décès les plus fréquentes chez les personnes de 65 à 79 ans sont les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (y compris le diabète et la maladie thyroïdienne) ainsi que par les troubles digestifs (y compris la cirrhose du foie et les hernies). Les aînés de 80 ans et plus meurent des suites de maladies mentales, de troubles du comportement (y compris la démence et la schizophrénie) et de maladies du système nerveux (maladies d'Alzheimer et de Parkinson)[106-125].

En 2006, les décès causés par des blessures intentionnelles ou non-intentionnelles figuraient au huitième rang des causes de décès chez les aînés[106-125]. Dans ce groupe d'âge, la moitié des décès liés à une blessure sont survenus à la suite d'une chute (41 %) ou d'un accident automobile (10 %), que ce soit comme conducteur, passager ou piéton[42, 124].

Troubles chroniques et maladies infectieuses

En 2009, 89 % des aînés au Canada présentaient au moins un problème de santé chronique. L'arthrite et le rhumatisme comptaient parmi les maladies chroniques les plus fréquentes, touchant près de 44 % des aînés en 2009[100]. De la même manière, 53 % des aînés Autochtones qui, en 2001 vivaient hors-réserve, et 46 % des aînés des Premières nations âgés de 60 ans et plus qui, en 2002-2003, vivaient dans une réserve, ont déclaré atteint de ces maladies chroniques[73, 74]. L'arthrose est le type d'arthrite le plus répandu chez les personnes âgées de 75 ans et plus et on estime qu'elle touche environ 85 % de ces aînés[126].

En 2009, on estimait que l'ostéoporose, qui se caractérise par une diminution de la masse osseuse ainsi qu'un affaiblissement et un amincissement progressifs des os, touchait 29 % des femmes et 6 % des hommes de 65 ans et plus[100]. Les blessures les plus fréquentes liées à l'ostéoporose sont les fractures du poignet, de la colonne vertébrale et de la hanche[127, 128]. On estime que l'ostéoporose est responsable d'environ 70 % des fractures de la hanche chez les personnes de 45 ans et plus[129].

De nombreux aînés sont atteints d'une ou de plusieurs maladies cardiovasculaires. En 2009, près d'un quart (23 %) des aînés ont déclaré atteint d'une cardiopathie et un peu plus de 4 % ont affirmé vivre avec les séquelles d'un accident vasculaire cérébral[100]. L'hypertension artérielle, un important facteur de risque lié aux maladies cardiovasculaires, a été déclarée par 56 % des aînés au Canada[100]. En 2002-2003, 20 % des membres des Premières nations âgés de 60 ans et plus ont signalé être atteints d'un type de cardiopathie[74].

En 2006, environ 39 % de tous les nouveaux cas de cancer (61 000) ont touché des Canadiens âgés de 65 à 79 ans, et environ 17 % (27 000), des Canadiens âgés de 80 ans et plus[130]. Parmi ces nouveaux cas, les plus fréquents chez les hommes âgés sont les cancers de la prostate (28 %), du poumon (17 %) et du côlon (14 %) et, chez les femmes âgées, les cancers du sein (21 %), du poumon (16 %) et du côlon (16 %) (voir la figure 3.4)[130].

En 2006-2007, 21 % des aînés canadiens vivaient avec le diabète[131]. Certaines études ont montré que pas moins d'un tiers des aînés atteints de diabète n'avaient pas été diagnostiqués[132, 133]. En 2002-2003, l'*Enquête longitudinale régionale sur la santé des Premières Nations* estimait que 35 % des aînés des Premières nations vivant dans une réserve étaient atteint du diabète[74]. Le diabète de type 2 peut entraîner la cécité, l'amputation d'un membre inférieur, une cardiopathie, un accident vasculaire cérébral ou une insuffisance rénale[134].

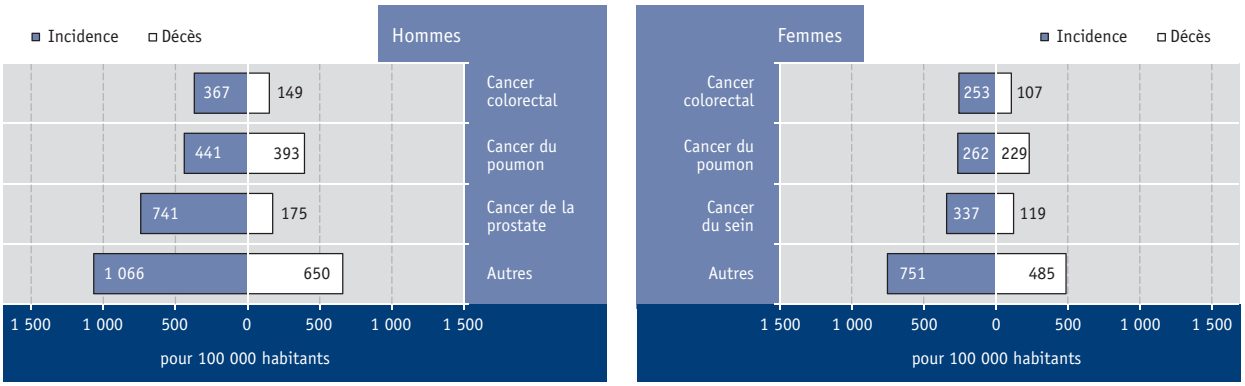
Les maladies chroniques touchant la vision et l'ouïe sont également fréquentes chez les aînés. En 2009, un cinquième (21 %) des Canadiens de 65 à 79 ans et près d'un tiers (32 %) des Canadiens de 80 ans et plus ont déclaré avoir déjà reçu un diagnostic de cataractes. Toutefois, la plupart d'entre eux étaient aptes à subir une simple chirurgie correctrice[100]. Bien que le glaucome ne soit pas aussi fréquent, il touche 6 % des personnes de 65 à 79 ans et 13 % des personnes de 80 ans et plus[100].

On estime que la dégénérescence maculaire liée à l'âge, une maladie dégénérative pouvant provoquer la cécité, touche 19 % des Canadiens de 65 à 74 ans et 37 % des Canadiens de 75 ans et plus[135]. Les troubles de l'ouïe, notamment la surdité et les déficiences auditives, sont plus fréquents chez les aînés que chez les jeunes Canadiens[136]. Dans le cadre de l'*Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2006*, 12 % des personnes de 65 à 74 ans et 26 % des personnes de 75 ans et plus ont déclaré être atteintes d'un type de limitation auditive[136].

Bien que les maladies chroniques susmentionnées comptent parmi les plus fréquentes chez les aînés, il est important de noter que bon nombre d'entre eux sont atteints de plus d'une affection. En 2009, 25 % des Canadiens âgés de 65 à 79 ans et 37 % des Canadiens âgés de 80 ans et plus ont déclaré être atteints d'au moins quatre problèmes de santé chronique (voir la figure 3.5)[100].

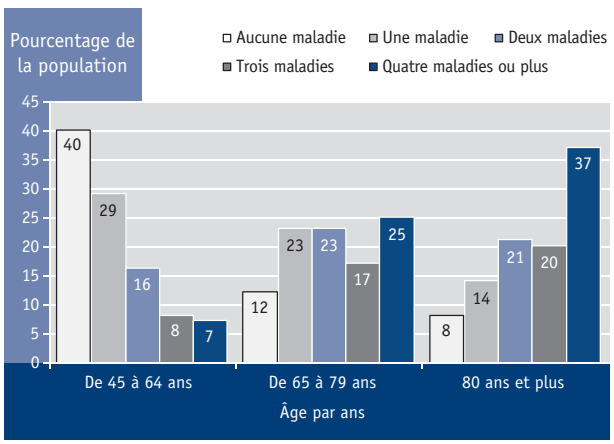
Les maladies chroniques, de même que l'affaiblissement du système immunitaire et la prise de certains médicaments, peuvent rendre les aînés plus vulnérables aux maladies infectieuses, comme la grippe saisonnière, le virus du Nil occidental et les infections nosocomiales[137-139]. En 2008, 1 373 cas d'infections nosocomiales au *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline ont été déclarés et près de la moitié (42 %) d'entre eux touchaient des patients de 65 ans et plus[140]. Au cours de la même période, les cas d'infections nosocomiales à *entérocoque* résistant

Figure 3.4 Taux d'incidence et de décès chez les Canadiens de 65 ans et plus selon certains types de cancer et le sexe, 2006[42, 107, 130]



Source : Statistique Canada.

Figure 3.5 Proportion de la population atteinte d'au moins une maladie chronique* selon certains groupes d'âge, Canada, 2009[100]



* Les maladies inclus sont les suivantes : angine de poitrine, asthme, arthrite ou rhumatisme, ostéoporose, hypertension artérielle, bronchite, emphysème, maladie pulmonaire obstructive chronique, diabète, cardiopathie, cancer, effets de l'accident vasculaire cérébral, maladie de Crohn, colite, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, cataracte, glaucome, maladie thyroïdienne, trouble de l'humeur et trouble anxieux.

Source : Statistique Canada.

à la vancomycine et d'infections au *Clostridium difficile* étaient également plus fréquents chez les personnes de 65 ans et plus (50 % et 65 % respectivement)[140]. Selon les données d'hospitalisation de 2008-2009, les aînés étaient aussi disproportionnellement touchés par les infections grippales (36 %)[140]. En février 2009, un sondage de prévalence ponctuelle, mené dans 49 hôpitaux au Canada, a montré que 13 % des patients hospitalisés de 65 ans et plus souffraient d'une ou de plusieurs infections nosocomiales, ce qui comprend les infections urinaires (6 %), les pneumonies (3 %), les infections de plaies opératoires (2 %), les infections au *Clostridium difficile* (2 %), les infections du système circulatoire sanguin (1 %) et les infections des voies respiratoires (1 %)[140].

Mobilité et santé fonctionnelle

Généralement, les aînés au Canada se rapportent en bonne santé fonctionnelle, basés sur niveaux de leurs vision, l'ouïe, l'allocution, la mobilité, la dextérité, les sentiments, la capacités cognitives et la douleur[141].

En 2005, on considérait que 62 % des aînés (65 % des hommes et 59 % des femmes) jouissaient d'une très bonne, voire d'une excellente santé fonctionnelle[141]. Les Canadiens âgés de 65 à 74 ans étaient plus nombreux à avoir une très bonne ou une parfaite santé fonctionnelle que ceux de 75 ans et plus (50 %)[141].

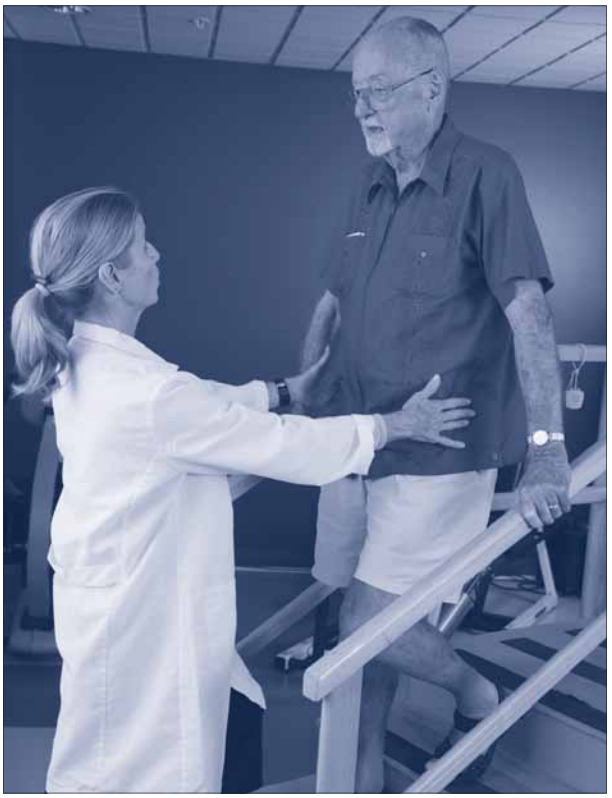
Malgré ces auto-évaluations positives, certains aînés font face à des limitations en raison de troubles physiques de longue date causés par une blessure, d'une maladie ou du vieillissement. Au Canada, un quart des aînés et 70 % des aînés chez les Autochtones hors-réserve ont déclaré souvent éprouver de la difficulté à entendre, à voir, à communiquer, à marcher, à monter les escaliers, à se pencher, à apprendre ou à exécuter d'autres activités connexes[73, 142]. Ils peuvent également avoir de la difficulté à réaliser leurs activités quotidiennes. Dans tous les groupes d'âge, les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir besoin d'aide pour effectuer leurs activités quotidiennes, telles que la préparation des repas, les travaux domestiques, les gros travaux ménagers et les soins personnels[143].

Il est important de rappeler que bon nombre de problèmes liées à la santé fonctionnelle des aînés, comme les altérations de la vision causées par l'âge, la diminution du temps de réaction, la réduction de la force, la diminution de la coordination et le ralentissement des processus cognitifs, peuvent avoir des répercussions sur leur capacité à conduire un véhicule automobile. Les aînés touchés par de tels problèmes risquent davantage d'être impliqués dans des accidents de la route[144, 145].

Chutes et blessures connexes

Les chutes sont la principale cause de blessures chez les aînés au Canada. On estime en effet qu'un aîné sur trois est susceptible de faire au moins une chute au cours de l'année, ce qui représentait, en 2006, environ 1,4 million d'aînés au Canada[84, 146, 147].

Divers facteurs de risque d'ordre biologique, médical, comportemental, environnemental et socioéconomique sont susceptibles, soit directement ou par interactions complexes, d'entraîner des chutes chez les aînés[148]. Des aspects de la santé physique, les maladies chroniques ou aiguës représentent d'importants facteurs de risque[148]. C'est le cas notamment des déficiences visuelles ou auditives, des maladies de l'appareil respiratoire, des



cardiopathies, de l'arthrite, de la maladie de Parkinson, des accidents vasculaires cérébraux et des maladies liées à la pression artérielle[148-150]. Les limitations physiques, comme les déficiences physiques, la faiblesse musculaire, la mauvaise condition physique (particulièrement celle des membres inférieurs), la difficulté à se déplacer et à conserver son équilibre et les maladies touchant les jambes et les pieds, peuvent également accroître les risques de chute[148-151].

À mesure que les personnes vieillissent, certaines situations ou certaines habitudes de vie peuvent concourir à l'accroissement des risques de chute liés à des problèmes de mobilité ou à un manque d'équilibre. C'est le cas lorsque ces personnes montent une échelle, portent des vêtements amples ou des chaussures mal ajustées ou transportent des objets lourds ou encombrants[149-151]. De plus, bon nombre de maladies ou de troubles sont traités à l'aide de médicaments qui, consommés seuls ou en combinaison avec d'autres médicaments, peuvent entraîner des effets indésirables et ainsi accroître les risques de chute[148-151].

De la même manière, les aînés qui ont des troubles cognitifs liés à la dépression, à l'anxiété ou à la démence risquent davantage d'être victimes de chute[148, 149]. La consommation d'alcool, peu importe la quantité, alliée à des problèmes de santé, peut aussi augmenter les risques de chute[149]. Les aînés confinés dans leur demeure ou qui vivent seuls sont également plus à risque[150, 151]. Enfin, ceux qui n'ont pas de réseau sociale sont aussi plus susceptibles de se placer dans des situations hasardeuses qui multiplient les dangers de faire une chute[150, 152].

On estime que plus de 180 000 Canadiens de 65 ans et plus ont, en 2002-2003, été victimes d'une chute ayant causé une blessure[148]. Plus des deux tiers (68 %) des personnes ayant subi des blessures à la suite d'une chute étaient des femmes[148]. La plupart de ces blessures (37 %) se situaient au niveau des hanches, des cuisses, des genoux, des jambes, des chevilles ou des pieds[148]. En fait, 95 % des fractures de la hanche chez ce groupe d'âge sont causées par une chute[153, 154]. Le plus souvent, les chutes qui provoquent des blessures surviennent après que la personne a glissé ou trébuché (44 %), raté une marche d'escalier (26 %) ou perdu pied sur la glace ou dans la neige (20 %)[148].

En 2008-2009, plus de 50 000 aînés au Canada ont été hospitalisés à la suite d'une chute[153]. Les fractures de la hanche (38 %) et les autres types de fracture (39 %) représentaient les blessures les plus fréquentes résultant d'une chute[153]. Ces blessures ont occasionné des hospitalisations d'une moyenne de 15 jours, une durée qui surpasse de 70 % celle liée à tout autre type d'hospitalisation chez les aînés[153].

De plus, en 2008-2009, plus de la moitié (51 %) des chutes ayant occasionné l'hospitalisation d'un aîné se sont produites à la maison et environ 18 % d'entre elles sont survenues dans un établissement résidentiel[153]. Il est probable que, en raison de leur santé fragile ou de leurs déficiences, les aînés vivant dans des établissements de soins de longue durée risquent davantage de tomber et de se blesser que les aînés vivant au sein de la collectivité. Environ la moitié des résidants des établissements de soins de longue durée tombent chaque année, et une chute sur dix entraîne des blessures graves[148].

La santé et le bien-être des aînés au Canada

Bien que la majorité des aînés qui se blessent à la suite d'une chute finissent par recouvrer la santé, bon nombre d'entre eux ne se rétablissent jamais complètement[155-158]. De toutes les chutes survenues chez les aînés, la moitié ont occasionné des blessures mineures et de 5 à 25 % ont entraîné des blessures graves, notamment des traumatismes cérébraux et des fractures des os[148, 159, 160]. Jusqu'à 40 % de toutes les causes d'hospitalisation chez les aînés sont liées à des fractures de la hanche. Ce type de fracture peut avoir de graves répercussions; il peut notamment conduire à une détérioration générale de la qualité de vie, au placement en établissement et même à une diminution de l'espérance de vie[148, 151, 161]. Parmi les aînés qui se sont fracturé la hanche à la suite d'une chute, 20 % d'entre eux meurent à l'intérieur de l'année en raison de complications postopératoires ou par l'aggravation de troubles antérieurs, comme les maladies cardiovasculaires ou neurologiques[148, 162, 163]. D'autres aînés, s'étant rétablis d'une fracture de la hanche, peuvent développer le syndrome post-chute. Ce syndrome est caractérisé par la dépendance accrue aux autres pour effectuer les activités quotidiennes, la perte d'autonomie, la confusion, l'immobilisation, la peur de tomber et la dépression[146].

Les blessures survenues chez les aînés peuvent occasionner des effets secondaires qui vont engendrer des douleurs chroniques, réduire les capacités fonctionnelles et entraîner une diminution des activités quotidiennes[155-158]. Même si les chutes ne causent pas de blessure, elles peuvent avoir des répercussions psychologiques, notamment une perte de confiance, et donc conduire à une diminution des activités[148, 164]. Le fait d'être coupés de leurs activités sociales peut engendrer un isolement et rendre les aînés plus susceptibles de souffrir de solitude et de dépression[148]. De plus, la peur de tomber conduit souvent à une plus grande dépendance et contribue à une réduction de la mobilité qui augmente d'autant les risques de chute[148, 149, 151].

Poids insuffisant et obésité

Comme c'est le cas à tout âge, l'obésité chez les aînés prédispose à des problèmes de santé, y compris le diabète de type 2, l'hypertension et les cardiopathies[166-168].

L'indice de masse corporelle (IMC) est une mesure fréquemment utilisée pour déterminer si une personne maintient ou non un poids santé. Bien que l'IMC fournisse, dans la plupart des cas, une estimation adéquate, ces échelles standards sont toutefois moins efficaces pour évaluer le surpoids et l'obésité chez les aînés, et ce, en raison des changements corporelle entraînés par l'âge[6, 166]. Cependant, l'IMC demeure l'outil de mesure le plus souvent utilisé chez ce groupe d'âge, puisqu'il n'existe pas de solution de rechange faisant l'unanimité[6, 166].

Selon les échelles standards et le calcul de l'IMC avec l'hauteur et le poids mesuré des répondants, le pourcentage d'aînés considérés comme obèses est passé de 22 % en 1978-1979 à 29 % en 2008[169, 170]. Au total (toujours chez les aînés), 28 % des hommes et 31 % des femmes seraient obèses, ce qui dépasse les pourcentages observés chez les Canadiens de 18 ans et plus (26 % des hommes et 24 % des femmes)[170].

L'**indice de masse corporelle** (IMC) est un rapport entre le poids et la taille, calculé comme suit : IMC = poids (kg)/taille (m^2)[165]. Six catégories d'IMC – chacune d'entre elles étant associée à un niveau de risque pour la santé – composent le système de classification du poids[165].

Classification	Catégorie d'IMC (kg/m^2)	Niveau de risque pour la santé
Poids insuffisant	Moins de 18,5	Accru
Poids normal	De 18,5 à 24,9	Moindre
Excès de poids	De 25,0 à 29,9	Accru
Obésité	30,0 et plus	
Obesité Classe I	De 30,0 à 34,9	Élevé
Obésité Classe II	De 35,0 à 39,9	Très élevé
Obésité Classe III	40,0 et plus	Extrêmement élevé

Bien que les risques pour la santé liés au surpoids soient connus, du moins pour les personnes de moins de 65 ans, on pense qu'un léger surpoids offrirait un effet protecteur chez les aînés. Par exemple, les aînés en surpoids seraient plus susceptibles de vaincre une maladie aigüe, de composer avec des situations stressantes et de se rétablir rapidement à la suite d'une blessure grâce à leur surplus de réserves nutritionnelles[171]. En conséquence,

un poids insuffisant offrirait un indice de mauvaise santé plus important que le surpoids chez les personnes de 65 ans et plus[165, 172, 173]. Ainsi, selon des études, le seuil de poids insuffisant actuel sur l'échelle d'IMC (18,5) ne conviendrait pas aux aînés parce que les risques pour la santé liés à un poids insuffisant, comme la malnutrition, l'ostéoporose et la mortalité, se feraient sentir même avec un IMC plus élevé que le seuil inférieur de l'échelle standard[165, 171-173]. En élevant le seuil d'IMC à partir duquel les personnes sont considérées comme en poids insuffisant (un IMC légèrement au-dessus de 20, ce qui semble mieux adapté à ce groupe d'âge), on calcule que 17 % des aînés auraient un poids insuffisant[165, 172-174].

Comportements sains

Plusieurs aspects de la vie quotidienne des aînés peuvent jouer un rôle importants dans le maintien et l'amélioration de leur état de santé. Plus particulièrement, certains comportements peuvent avoir une grande influence sur la santé et le bien-être des Canadiens d'âge avancé, comme l'activité physique, la saine alimentation, le tabagisme, la consommation d'alcool ou d'autres substances et la prise de médicaments.

Activité physique

L'activité physique joue un rôle important dans la prévention de la maladie, le maintien de l'autonomie ainsi que dans l'amélioration de la santé mentale. Comme c'est le cas dans d'autres groupes d'âge au Canada, la plupart des aînés sont physiquement inactifs, d'autant plus que le niveau d'activité a tendance à diminuer avec l'âge[7]. En 2008, selon une auto-évaluation de la fréquence, de la durée et de l'intensité des activités physiques durant les loisirs auxquelles participent les aînés au Canada, la majorité (57 %) étaient considérés comme physiquement inactifs[175]. Au total, chez les aînés, 50 % des hommes et 64 % des femmes admettaient être inactifs[175]. Parmi ceux qui sont le moins susceptibles d'être actifs, on compte les aînés à faible revenu ou peu scolarisés, ceux qui souffrent d'une incapacité, d'une maladie, de douleurs chroniques, d'un manque d'énergie ou d'un manque de motivation, ou encore ceux qui ont peur de se blesser[7, 176]. Les aînés qui vivent en établissement, qui sont isolés ou qui doivent s'occuper d'autres personnes risquent également d'être moins actifs physiquement. Parmi les obstacles qui peuvent limiter ou empêcher leur participation à des activités physiques, mentionnons les coûts, l'accès limité aux moyens de transport, les conditions météorologiques parfois défavorables et l'absence de centres communautaires où sont programmées des activités récréatives, tant intérieures qu'extérieures, qui sont sécuritaires, abordables et accessibles[176, 177].

Les effets bénéfiques de l'activité physique sur la santé et le bien-être des aînés (par exemple, une baisse du risque de décès prématuré) sont bien connus[176, 178]. Même l'activité physique entamée relativement tard dans la vie, si elle est maintenue, s'avère très bénéfique[176]. On sait que la pratique régulière d'activités physiques se traduit par des effets positifs sur les capacités fonctionnelles, la santé mentale, la forme physique et le bien-être en général[176, 179]. L'activité physique peut également contribuer à la prévention et même aider à gérer des maladies chroniques, comme les cardiopathies, l'hypertension, l'ostéoporose, les accidents vasculaires cérébraux, l'obésité et les cancers du côlon et du sein, ainsi qu'à prévenir l'anxiété et la dépression[176, 179]. L'activité physique régulière permet également d'entretenir la résistance musculaire et osseuse, la coordination ainsi que le fonctionnement et la flexibilité des articulations, en plus de favoriser l'autonomie des personnes, qui sont ainsi mieux aptes à effectuer leurs activités quotidiennes[176]. De plus, les aînés qui participent à des activités physiques de groupe ont plus souvent l'occasion de maintenir des liens sociaux[178].

Saine alimentation et nutrition

Une saine alimentation peut contribuer à prévenir les maladies et diminuer le recours aux médicaments et aux soins de santé[180]. Les aînés qui mangent bien en retirent des bénéfices sur plusieurs plans : acuité mentale accrue, meilleure résistance aux maladies, diminution du temps de récupération à la suite d'une maladie ou d'une blessure, renforcement du système immunitaire, niveau d'énergie plus élevé et atténuation des problèmes de santé chroniques[181]. Cependant, comme chez les Canadiens plus jeunes, bien des aînés ne suivent pas une diète équilibrée. Par exemple, en 2004, 52 % des hommes et 60 % des femmes de 71 ans et plus ont déclaré qu'ils ne consommaient pas, comme il est recommandé, le minimum de cinq portions de fruits et de légumes par jour[182].

La santé et le bien-être des aînés au Canada

À mesure que les aînés vieillissent, leur masse maigre diminue, ce qui signifie qu'ils ont besoin de consommer moins de calories. Ils doivent donc choisir des aliments plus riches en nutriments afin de prendre assez de vitamines et de minéraux tout en consommant moins de calories[180, 183]. L'insécurité alimentaire survient quand quelqu'un ne jouit pas d'un accès physiques ou économiques à une nourriture suffisante, saine et nutritive lui permettant de mener une vie saine et active[184]. Bien que la majorité des aînés semblent vivre en situation de sécurité alimentaire, les Autochtones et les personnes vivant dans des collectivités rurales ou éloignées sont plus susceptibles de faire face à des obstacles importants (notamment au point de vue des coûts et de l'accessibilité) au moment de se procurer des aliments nutritifs[185, 186]. La malnutrition, qui se définit par une baisse des réserves nutritionnelles, peut être causée par un régime alimentaire insuffisant ou déséquilibré, une mauvaise digestion ou encore un trouble de métabolisation des aliments[180, 187]. Un appétit insuffisant, des mauvais choix alimentaires et des troubles d'absorption de certains nutriments sont autant de facteurs qui peuvent mener à la malnutrition. Cependant, ils peuvent être exacerbés par une diète restrictive, la prise de médicaments, les maladies physiques ou psychologiques (par exemple, l'hypertension et la dépression), les pertes de goût et d'odorat, la difficulté à mâcher ou à avaler et l'alcoolisme[180, 181, 188, 189].

La prévalence de malnutrition est plus élevée (jusqu'à 60 %) chez les aînés vivant en foyer d'accueil ou en milieu hospitalier, une clientèle dont la santé et les capacités fonctionnelles sont plus susceptibles de s'être détériorées que chez les aînés vivant à domicile[180]. Les aînés vivant seuls ou ont des problèmes de santé sont également prédisposés à souffrir de malnutrition : il se peut qu'ils n'aiment pas manger seuls, qu'ils fassent de mauvais choix alimentaires, qu'ils n'aient pas le goût de préparer leurs repas ou qu'ils ne sachent pas cuisiner[181, 188].

La malnutrition chez les aînés peut exacerber l'affaiblissement du système immunitaire et des fonctions sensorielles en plus d'aggraver les symptômes liés à une maladie chronique, comme le cancer, les troubles cardiovasculaires, le diabète ou l'ostéoporose[7, 190]. Une diète malsaine peut également mener à la fatigue, à des troubles cardiaques, pulmonaires ou digestifs, à une faible concentration des globules rouges (anémie), à une détérioration de l'intégrité de la peau et à la dépression[188]. De plus, les aînés qui souffrent de malnutrition courent d'autres risques : perte d'autonomie, placement précoce en établissement et mortalité prématurée[180]. Les aînés qui ne mangent pas suffisamment peuvent parfois se sentir faibles ou étourdis, ce qui augmente le risque de chute. Une consommation insuffisante en vitamine B peut conduire à une baisse des fonctions cognitives et à un risque accru de démence[7, 191]. Une perte de poids non intentionnelle peut mener à un déficit musculaire et osseux, ce qui aura pour conséquence de diminuer la force et l'endurance, de compromettre l'équilibre et, ainsi, d'augmenter les risques de blessure[7, 12].

Tabagisme

La prévalence du tabagisme est moins élevée chez les aînés que chez le reste de la population. En effet, 9 % des Canadiens de 65 ans et plus sont des fumeurs actuels (quotidiens ou occasionnels) et 47 % d'entre eux l'ont déjà été par le passé[192]. Toutefois, le tabagisme est bien plus fréquent chez les aînés autochtones : 24 % des Autochtones de 65 ans et plus vivant hors-réserve sont des fumeurs quotidiens[73]. Plus précisément, 22 % des membres des Premières nations, 24 % des Métis et 36 % des Inuit de ce groupe d'âge sont des fumeurs actuels, alors que 39 % des membres des Premières nations, 43 % des Métis et 38 % des Inuit de ce même groupe d'âge sont d'anciens fumeurs[73].

Les effets du tabagisme sur la santé et le bien-être sont bien connus[7, 193, 194]. Outre son association évidente avec le cancer du poumon, les cardiopathies et les accidents vasculaires cérébraux, le tabagisme est également associé à un risque accru de fracture de la hanche, de cataractes, de maladies pulmonaires obstructives chroniques, de cancers du rein et du pancréas et de parodontite[193-195]. La cigarette peut également diminuer l'efficacité de divers médicaments comme les antidépresseurs[194]. Chez les aînés, le taux de mortalité des fumeurs actuels est deux fois plus élevé que chez ceux qui n'ont jamais fumé[194]. Huit des quatorze causes les plus fréquentes de décès chez les aînés sont liées au tabagisme, et la moitié des fumeurs de longue date meurent de maladies liées au tabagisme[193, 194].

La plupart des aînés qui fument actuellement ont été des fumeurs pendant la majeure partie de leur vie. Presque la moitié (49 %) de tous les aînés qui ont déjà fumé ou qui fument encore avaient consommé leur première cigarette dès l'âge de 16 ans, et 83 %, à l'âge de 20 ans[192]. Les aînés qui fument ont tendance à moins bien accepter les risques pour la santé liés au tabagisme. Et, comme c'est le cas de certains fumeurs dans le reste de la population, ils peuvent percevoir le tabagisme comme un mécanisme d'adaptation positif et donc recourir à la cigarette pour composer avec une situation émotionnelle ou stressante ou encore atténuer des symptômes psychiatriques[7, 194].

Contrairement à l'idée selon laquelle les aînés sont trop vieux pour tirer des bénéfices de l'abandon du tabagisme, les dangers pour la santé en général et les risques de décès causés par une maladie liée à l'usage du tabac baissent chez les aînés qui cessent de fumer. De plus, leur qualité de vie s'améliore dès les deux premières années passées sans tabac[7, 196]. Même ceux qui ne cessent de fumer qu'après l'âge de 60 ans peuvent s'attendre à prolonger leur vie de trois ans en moyenne, comparativement à ceux qui continuent de fumer[7, 196, 197]. Les aînés qui finissent par renoncer au tabac le font en raison des conseils de leur médecin, par leur volonté propre ou en réponse à un diagnostic de maladie grave[7, 194].

Consommation d'alcool et d'autres substances

Comme dans le cas du tabagisme, le taux de consommation d'alcool chez les aînés est inférieur à celui observé au sein de groupes d'âge plus jeunes. Cependant, le pourcentage d'aînés qui ont des problèmes liés à l'alcool (de 6 à 10 %) est le même que chez les autres groupes d'âge adulte[198, 199]. Au Canada, les aînés, comme les plus jeunes, sont susceptibles de consommer de l'alcool pour composer avec des problèmes personnels : stress, pauvreté, mauvaise alimentation et problèmes de logement[199]. De manière similaire, les problèmes émotionnels découlant de situations éprouvantes, comme les mauvais traitements, le deuil, la solitude et la dépression, peuvent également mener à la consommation d'alcool[199, 200]. Ceux qui bénéficient de beaucoup de temps libre, après la retraite, consomment parfois de l'alcool pour passer le temps[200].

Parce que les aînés métabolisent l'alcool plus lentement, ils sont plus vulnérables à ses effets que les adultes plus jeunes[199]. La consommation d'alcool diminue le contrôle musculaire, ce qui augmente le risque de chute chez les aînés. L'alcool peut également aggraver certains problèmes de santé et accroître les risques de confusion, les pertes de mémoire, les troubles hépatiques, le diabète, les cardiopathies, l'hypertension et les troubles gastriques[199]. En outre, on compte plus de 150 médicaments couramment prescrits aux aînés qui, s'ils sont pris en combinaison avec de l'alcool, peuvent entraîner des problèmes. Certains médicaments risquent de perdre leur effet voulu, alors que, pour d'autres, ils seront intensifiés ou devenir dangereux[199]. Cette situation est fort préoccupante, puisque les taux élevés de dépression et de suicide sont associés à la surconsommation de substances chez les aînés[198, 201].

Les professionnels de la santé risquent d'avoir plus de mal à déceler des problèmes liés à la consommation et à l'abus des substances chez les aînés que dans le reste de la population, car les indicateurs usuels, tels que les problèmes de mémoire, la confusion, le manque de soins personnels, la dépression, les troubles du sommeil et les chutes, peuvent être faussement attribués aux effets du vieillissement[198].

Prise des Médicaments

Selon des sondages, 76 % des aînés au Canada qui vivent en résidence privée ont pris au moins un médicament (sur ordonnance ou en vente libre) dans les deux jours précédents et 13 % ont pris au moins cinq médicaments différents[202]. Ces pourcentages sont encore plus élevés chez les aînés vivant en établissement de soins : 97 % d'entre eux ont pris un médicament, alors que 53 % en ont pris au moins cinq[202].

Certes, les médicaments, s'ils sont prescrits judicieusement et si leur administration est bien supervisée, peuvent prolonger la vie, diminuer la souffrance et améliorer la qualité de vie des aînés. Malheureusement, environ 50 % des médicaments prescrits aux aînés ne sont pas pris de façon appropriés, ce qui peut réduire l'efficacité du traitement et mettre en danger la vie des aînés[199]. On pense également que certains médicaments, comme ceux utilisés pour traiter

l'anxiété, l'insomnie et l'inflammation, sont prescrits de façon excessive aux aînés[203]. Cela peut s'expliquer de différentes manières : manque de communication entre les aînés et leur médecin, indisponibilités des options thérapeutiques et recours à plusieurs médecins et pharmacies[203].

Certains médicaments peuvent induire des effets secondaires, comme l'instabilité, la confusion et le delirium, ou aggraver les symptômes de dépression[199]. Jusqu'à 20 % des hospitalisations chez les personnes de plus de 50 ans surviennent en raison d'un problème médicamenteux[199]. En outre, la prise de plus d'un médicament peut conduire à des interactions chimiques qui risquent de diminuer l'efficacité du traitement ou de causer des réactions dangereuses[199]. Certains médicaments, lorsqu'ils sont utilisés sur de longues périodes, peuvent également engendrer de la dépendance[199].

Santé mentale

Une bonne santé mentale peut aider les aînés à composer avec des situations difficiles et à affronter les épreuves, comme une maladie chronique ou le décès du conjoint ou d'un ami[205]. Pour les aînés atteint des troubles mentaux, les effets négatifs sont lourds de conséquences. Car, les problèmes mentaux peuvent compromettre la santé physique, le bien-être émotionnel et social ainsi que la qualité de vie des aînés[205].

En 2009, la plupart des aînés interrogés se disaient satisfaits de leur vie en général (97 %) et considéraient avoir une santé mentale très bonne ou excellente (70 %)[100]. Par contre, on estime qu'environ 20 % des aînés vivant à domicile et de 80 à 90 % des aînés placés en établissement ont un problème de santé mentale quelconque[206, 207]. Les troubles mentaux et la maladie mentale ne devraient toutefois pas être considérés comme faisant partie du vieillissement normal[208]. Si ces problèmes ne sont pas traités, ils peuvent entraîner des répercussions importantes sur la santé et le bien-être des aînés[208].

Les expériences et les événements vécus à un jeune âge ont une influence sur la santé mentale pour le reste de la vie. Par exemple, subir des mauvais traitements ou vivre dans un ménage à faible revenu peut avoir des effets négatifs sur la santé mentale[205]. Le taux de dépression chez les aînés autochtones de 55 ans et plus qui ont étudié dans un pensionnat est plus élevé que chez ceux qui n'y ont pas étudié[73, 74, 209-211]. Par ailleurs, développer des mécanismes d'adaptation personnels en début de vie peut contribuer à une bonne santé mentale de l'enfance jusqu'à l'âge adulte[205]. La plupart des maladies mentales se manifestent dès l'enfance et persistent pour le reste de la vie. Elles auront des conséquences sur la santé en général, sur le sentiment de bien-être et sur la productivité[212, 213].

Parmi les facteurs qui peuvent nuire à la santé mentale à partir du troisième âge et qui sont les plus fréquents, on compte le stress lié à la détérioration de la santé physique, l'isolement et la solitude, l'inactivité physique ainsi que les maladies chroniques[205]. De plus, les aînés qui prennent soin d'autres aînés sont plus susceptibles de déclarer des troubles de santé psychologiques plutôt que des troubles physiques[214]. Les femmes aînées, en particulier, sont plus portées que les hommes du même groupe d'âge à signaler qu'elles se sentent, parfois ou presque toujours, déchirées entre aider les autres, s'occuper de leurs responsabilités et prendre du temps pour elles-mêmes (31 % des femmes comparativement à 19 % des hommes)[214].

La **santé mentale** est la capacité que chacun d'entre nous possède de ressentir, de penser et d'agir de manière à améliorer notre aptitude à jouir de la vie et à relever les défis auxquels nous sommes tous confrontés. Il s'agit d'un sentiment positif de bien-être affectif et spirituel qui reconnaît l'importance de la culture, de l'équité, de la justice sociale, des interactions entre individus et de la dignité personnelle[204].

Les **maladies mentales** sont caractérisées par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement (ou une combinaison des trois) associées à un état de détresse et à un dysfonctionnement marqués. Les maladies mentales peuvent prendre diverses formes, entre autres : troubles de l'humeur, schizophrénie, troubles anxieux, troubles de la personnalité, troubles de l'alimentation et dépendances telles que la toxicomanie et le jeu pathologique[204].

On associe souvent le suicide aux jeunes. Cependant, le taux de suicide chez les hommes de plus de 85 ans (29 cas sur 100 000) est, en moyenne, plus élevé que dans tous les autres groupes d'âge[42, 124, 205]. Bien que le taux de suicide soit moins élevé chez les femmes aînées, le nombre de tentatives est plus élevé que chez les hommes du même groupe d'âge[205].

Parmi les problèmes de santé mentale les plus fréquents chez les aînés, on trouve la maladie d'Alzheimer et autres formes de démence, la dépression et le delirium[205].

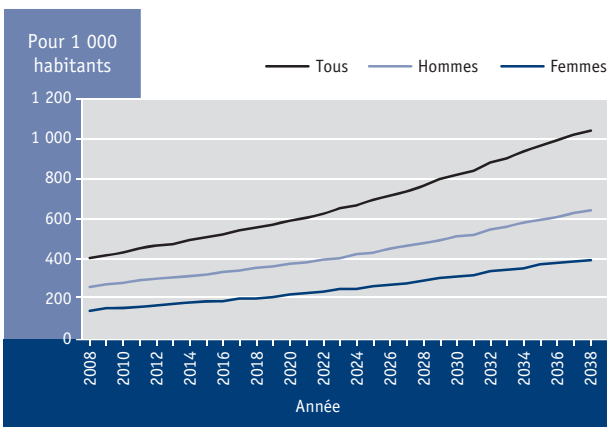
Maladie d'Alzheimer et autres formes de démence

Même si bien des gens utilisent les termes *démence* et *maladie d'Alzheimer* de façon interchangeable, la démence est un terme médical qui décrit plusieurs conditions associées à la perte graduelle des fonctions intellectuelles. La maladie d'Alzheimer, qui représente l'une de ces conditions, est la forme de démence la plus commune[215].

En 2008, on rapportait que la démence touchait environ 400 000 aînés au Canada. On prévoit que ce nombre pourrait plus que doubler d'ici 30 ans (voir la figure 3.6)[215, 216]. La prévalence estimée de démence est plus élevée chez les personnes de 80 ans et plus (212 cas pour 1 000 personnes ou 55 % de tous les Canadiens atteints de démence) que chez les personnes de 65 à 79 ans (43 cas pour 1 000 personnes)[42, 216]. Les femmes aînées sont plus susceptibles que les hommes aînés d'être atteintes de démence (103 cas pour 1 000 femmes comparativement à 72 cas pour 1 000 hommes)[42, 216].

On ne connaît pas la cause de la maladie d'Alzheimer mais, selon des études scientifiques, cette maladie serait attribuable à une combinaison de facteurs de risque[217]. L'âge constitue l'un de ces facteurs, alors que la capacité des cellules du cerveau à réparer leurs dommages diminue avec le temps. D'autres facteurs de risque liés à la maladie d'Alzheimer, comme l'hypertension, l'hypercholestérolémie et le surpoids, sont fréquents chez les aînés au Canada[215, 217]. Le diabète de type 2, les accidents vasculaires cérébraux et les maladies inflammatoires chroniques, comme certains types d'arthrite, sont également des facteurs de risque connus de la maladie d'Alzheimer et d'autres démences[215, 217].

Figure 3.6 Prévalence prévue de démence chez les aînés*, selon le sexe, Canada, de 2008 à 2038[216]



* La population âgés de plus de 65 ans a été simulée à l'aide des données découlant de l'*Étude sur la santé et le vieillissement au Canada*.

Source : Smetanin, P., *et al. Rising Tide: The Impact of Dementia in Canada 2008 to 2038.*

Des facteurs génétiques peuvent également augmenter le risque de développer la forme *familiale* de la maladie d'Alzheimer et d'autres formes sporadiques plus communes de la maladie. Les personnes dont un membre de la famille immédiate a eu la maladie d'Alzheimer courent deux à trois fois plus de risque de développer la maladie que celles qui n'ont pas ce genre d'antécédents familiaux[215, 217]. Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de contracter la maladie d'Alzheimer et les démences connexes, en partie parce qu'elles vivent généralement plus longtemps. Par ailleurs, les changements hormonaux associés à la ménopause contribueraient à sa prévalence plus élevée chez les femmes[217]. Parmi les autres facteurs de risque recensés, mentionnons des antécédents de traumatisme crânien ou de dépression clinique, le syndrome de Down, le stress chronique, le manque d'exercice physique, une quantité insuffisante de stimulation intellectuelle, de mauvaises habitudes alimentaires, un faible niveau de scolarité et un statut socioéconomique faible[215, 217].

La santé et le bien-être des aînés au Canada

Les troubles de la mémoire font partie des symptômes les plus précoces de la maladie d'Alzheimer[218]. Il s'agit d'une maladie progressive et, selon le stade de son évolution, son niveau de gravité varie de léger à sévère[218]. Les personnes atteintes de la maladie à un stade peu avancé peuvent se perdre, avoir de la difficulté à gérer leur argent ou à s'occuper de leurs factures, prendre du temps à effectuer des tâches routinières, se répéter, faire preuve de mauvais jugement et montrer de légers changements d'humeur et de personnalité[218]. À son stade modéré, la maladie d'Alzheimer est associée à des lésions dans les régions du cerveau qui contrôlent le langage, le raisonnement, la perception sensorielle et la pensée, ce qui mène à des pertes de mémoire et à la confusion. Les personnes parvenues à ce stade peuvent également présenter les symptômes suivants : difficulté à reconnaître leurs amis et les membres de leur famille, difficulté à apprendre ou à faire de nouvelles choses, difficulté à effectuer des tâches en plusieurs étapes, difficulté d'adaptation, hallucinations, delirium, paranoïa et comportement impulsif[218]. Chez les personnes ayant reçu un diagnostic de maladie d'Alzheimer à un stade avancé, une réduction importante de la taille du cerveau mène à l'incapacité de communiquer et à une dépendance totale aux soins d'autrui[218].

Dépression

La dépression, que l'on définit comme un trouble de l'humeur, peut empêcher les aînés de profiter pleinement de la vie et compromettre leur santé sur bien des niveaux[205, 219]. Les manifestations émotionnelles et psychologiques de la dépression engendrent de la tristesse, un sentiment de piètre estime de soi et de culpabilité, une fixation sur la mort accompagnée d'idées suicidaires et de tentatives de passage à l'acte, des troubles de concentration, un isolement, un retrait de la société et la perte d'intérêt pour les passe-temps ou toute autre activité qui procure du plaisir[208, 219]. Les aînés atteints de dépression peuvent éprouver de la fatigue, connaître des changements de poids et des modifications de l'appétit, présenter des troubles du sommeil et souffrir de douleurs physiques[208, 219]. Si la dépression n'est pas traitée, elle peut également mener à un abus d'alcool et de médicaments sur ordonnance[208, 219].

Il existe plusieurs causes et facteurs de risque de dépression chez les aînés. Un bon nombre d'entre eux sont attribuables aux changements causés par le vieillissement. Les facteurs physiques impliqués comprennent les maladies chroniques, les incapacités, les douleurs chroniques, le déclin cognitif et la prise de médicaments[219, 220]. Des épreuves comme la perte du conjoint, d'un ami ou d'un membre de la famille peuvent aussi entraîner la dépression chez un aîné. Il en va de même pour le sentiment d'inutilité qu'engendre parfois le passage à la retraite ou la diminution des capacités physiques[219, 220]. La solitude et l'isolement, qui peuvent toucher les personnes vivant seules et celles dont le réseau social est limité ou dont la mobilité est réduite, représentent également des facteurs de risque de dépression chez les aînés. Enfin, on peut mentionner les craintes, souvent communes dans ce groupe d'âge, concernant les problèmes de santé et la peur de faire des chutes[219, 220].

La prévalence de la dépression est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, ce qui demeure difficile à expliquer. Chez les hommes comme chez les femmes, les personnes ayant des antécédents personnels ou familiaux de dépression sont plus à risque de développer la maladie[220]. Les taux de diagnostic de dépression dépendent également du lieu de résidence. Chez les aînés qui demeurent toujours à domicile les taux de

diagnostic de dépression sont moins élevés (de 1 à 5 %) que chez les aînés qui résident dans un établissement de soins de longue durée (de 14 à 42 %)[221-225]. Selon une étude menée récemment auprès d'aînés canadiens vivant en établissement, 44 % d'entre eux avaient reçu un diagnostic de dépression ou en présentaient les symptômes de dépression sans avoir été diagnostiqués comme tels[221].

Pour des raisons qui s'expliquent mal, la dépression peut également faire augmenter le taux de mortalité, même si l'on tient compte d'autres facteurs de risque[219, 226, 227]. Selon des études, les aînés atteints de dépression auraient une fois et demie ou deux fois plus de risque de décéder que ceux qui ne sont pas touchés par la dépression[221, 222, 225, 227-230].

Delirium

Le delirium (aussi appelé *état confusionnel aigu*) est un autre trouble de santé mentale que l'on trouve généralement chez les aînés. De façon caractéristique, la personne qui en est atteinte a du mal à penser clairement et à rester alerte, et peut ne pas se souvenir des événements survenus au cours des dernières heures ou des derniers jours. Le délirium s'installe assez rapidement – en quelques heures ou en quelques jours – et ses manifestations sont habituellement de courte durée (de quelques heures à plusieurs semaines)[231, 232]. Le delirium survient souvent chez les aînés hospitalisés. On estime que 10 à 15 % des ainés hospitalisé étaient déjà atteints au moment de leur admission, alors que de 15 à 25 % l'ont développé pendant leur séjour à l'hôpital[233]. Le delirium peut également augmenter le risque de chute et prolonger l'hospitalisation[234]. Même si le nombre d'aînés vivant à domicile qui vivent des épisodes de delirium est inconnu, on estime que de 32 à 67 % des aînés sont atteints de ce trouble sans en recevoir le diagnostic[233, 235, 236].

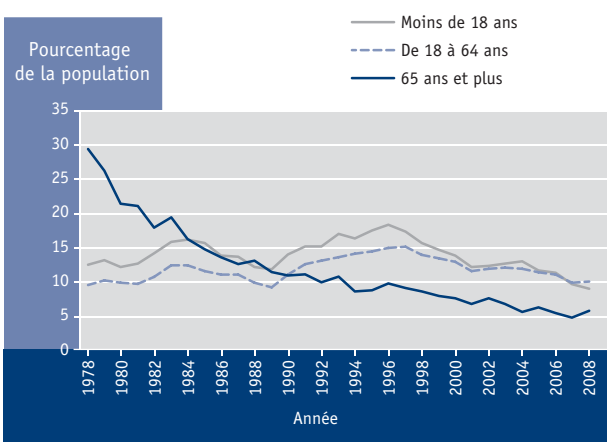
Parmi les causes possibles de delirium, mentionnons les infections graves, la fièvre élevée, la déshydratation, les maladies rénales ou hépatiques, les carences en certaines vitamines, les crises épileptiques, le manque d'oxygène, les traumas crâniens, la prise de certains médicaments, la consommation d'alcool, les opérations chirurgicales et les chutes[231, 232]. Souvent, le delirium passe inaperçu ou est diagnostiqué à tort comme démence ou dépression[232, 237].

Bien-être économique

On sait que le revenu est un déterminant important sur l'état de santé. En effet, les personnes dont le revenu est faible, y compris les aînés, sont plus à risque de vivre en mauvaise santé[174]. Les aînés à faible revenu n'ont peut-être pas les moyens de se procurer des aliments nutritifs, de payer leur hypothèque, leur loyer ou leurs factures de services publics ou de faire les travaux d'entretien à leur domicile et peuvent avoir un accès limité aux moyens de transport ou aux services de santé non assurés, ce qui dans l'ensemble peut entraîner des effets négatifs sur leur santé[238].

En 2008, 6 % des aînés canadiens vivaient avec un faible revenu. Comme le montre la figure 3.7, cela représente une baisse considérable depuis 1978, alors que ce pourcentage s'élevait à 29 %. Cette baisse s'explique par des programmes de retraite et de supplément mis sur pied, au Canada, dans les années précédentes[239].

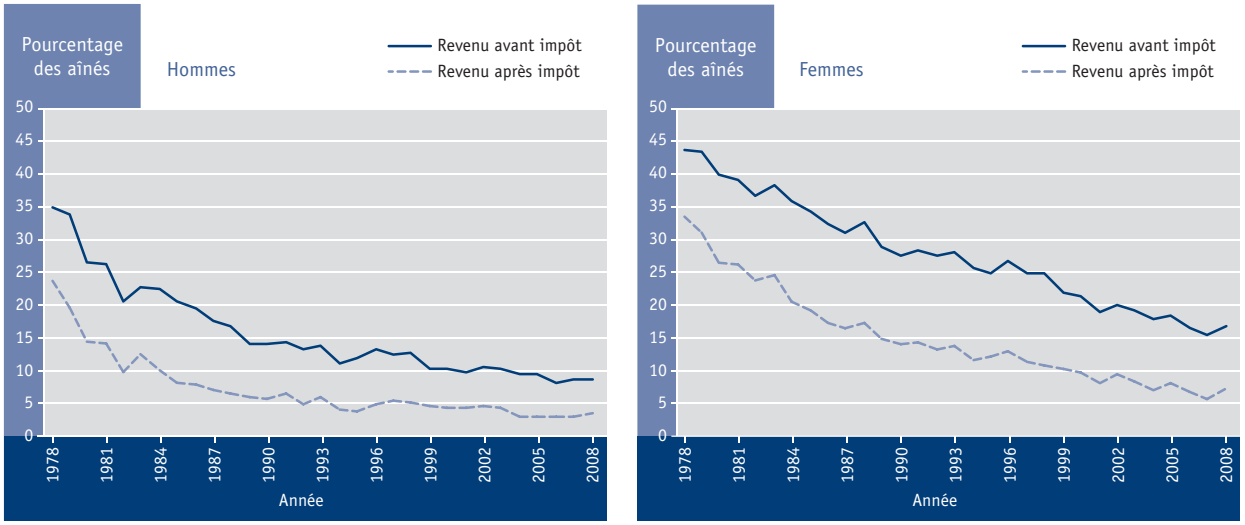
Figure 3.7 Personnes dont le revenu se situe sous le seuil de faible revenu après impôt*, par groupes d'âge, Canada, de 1978 à 2008[239]



* On a établi ces limites de revenu en supposant que les familles dont le revenu est inférieur à celles-ci dépensent habituellement 63,6 % ou plus de leur revenu pour payer leur nourriture, leur logement et leurs vêtements. Les seuils de faible revenu ont été répartis selon la population du lieu de résidence et la taille de la famille.

Source : Statistique Canada.

Figure 3.8 Aînés canadiens à faible revenu avant impôt† et après impôt*, selon le sexe, Canada, de 1978 à 2008[239]



† On a établi ces limites de revenu en supposant que les familles dont le revenu est inférieur à celles-ci dépensent habituellement 54,7 % ou plus de leur revenu pour payer leur nourriture, leur logement et leurs vêtements. Les seuils de faible revenu ont été répartis selon la population du lieu de résidence et la taille de la famille.

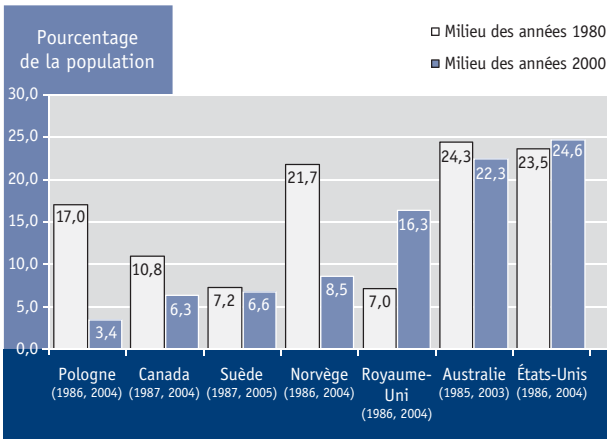
* On a établi ces limites de revenu en supposant que les familles dont le revenu est inférieur à celles-ci dépensent habituellement 63,6 % ou plus de leur revenu pour payer leur nourriture, leur logement et leurs vêtements. Les seuils de faible revenu ont été répartis selon la population du lieu de résidence et la taille de la famille.

Source : Statistique Canada.

La baisse du pourcentage d'aînés à faible revenu a été sensiblement la même chez les hommes et les femmes, calculée selon le revenu avant impôt et selon le revenu après impôt (voir la figure 3.8)[239]. Cependant, la baisse a été un peu plus prononcée chez les femmes, ce qui a contribué au rétrécissement de l'écart qui existait entre les hommes et les femmes à faible revenu[73]. De 1978 à 2008, l'écart observé entre le revenu après impôt des hommes et le revenu après impôt des femmes est passé de 10 à 4 %[239].

Cependant, ce ne sont pas toutes les sous-populations d'aînés qui connaissent des pourcentages si peu élevés de personnes à faible revenu. En 2001, 13 % des aînés autochtones vivaient dans un ménage à faible revenu, comparativement à 7 % des aînés non autochtones. De façon similaire, 50 % des aînés autochtones seuls, vivant sans leur membre de famille, avaient un faible revenu, comparativement à 40 % des aînés seuls non autochtones[73]. La même année, 17 % des aînés immigrants habitant au Canada depuis moins de 20 ans et 8 % de ceux résidant au pays depuis 20 ans et plus vivaient dans un ménage à faible revenu, comparativement à 5 % des aînés

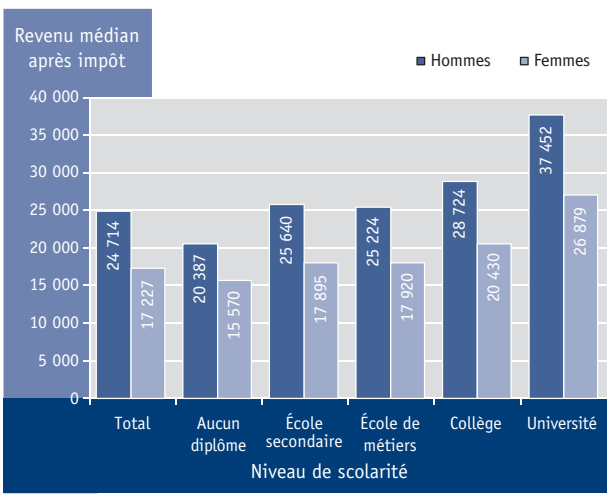
Figure 3.9 Fréquence relative de faible revenu* chez les aînés, certains pays[240]



* Mesure relative, fondée sur le seuil de faible revenu, correspondant à la moitié du revenu familial médian après impôt dans chaque pays en question.

Source : *Étude sur le revenu du Luxembourg.*

Figure 3.10 Revenu médian après impôt des aînés, selon le sexe et le niveau de scolarité, Canada, 2006[244]



Source : Statistique Canada.

d'origine canadienne. Parmi les aînés immigrants seuls, 67 % de ceux qui demeuraient au Canada depuis moins de 20 ans et 43 % de ceux qui y résidaient depuis 20 ans ou plus comptaient sur un faible revenu, comparativement à 39 % d'aînés seuls d'origine canadienne seuls. Toujours en 2001, 19 % de toutes les femmes aînées seules canadiennes vivaient à faible revenu[239].

Les avantages additionnels auxquels les Canadiens ont droit depuis la mise sur pied du régime de pensions du Canada ont permis d'augmenter de 18 % le revenu net moyen des couples d'aînés entre 1980 et 2003[73]. L'*Étude sur le revenu du Luxembourg* considère que le régime de retraite du Canada a sans doute facilité la transition du Canada, d'un pays ayant l'un des plus hauts taux d'aînés à faible revenu, à la fin des années 1980, à un pays affichant l'un des taux les plus faibles, au milieu des années 2000 (voir la figure 3.9)[73, 240].

En 2006, plus de 95 % des aînés recevaient une partie de leur revenu de la *Sécurité de la vieillesse*, du *Supplément du revenu garanti* ou de l'*Allocation au conjoint*[241]. De plus, 96 % des hommes aînés et 84 % des femmes aînées recevaient des prestations du *Régime de pensions du Canada* ou du *Régime de rentes du Québec*[241]. Ceux qui n'ont pas bénéficié de ces prestations n'y étaient pas admissibles ou n'en avaient pas fait la demande[242]. Par exemple, en 2006, plus de 150 000 aînés admissibles au *Supplément du revenu garanti* ne s'en sont pas prévalus[243]. Ensemble, ces suppléments fédéraux comptaient pour 43 % du revenu total de tous les aînés au Canada[241]. En 2000, 73 % du revenu des aînés chez les Autochtones provenait de la *Sécurité de la vieillesse*, du *Régime de pensions du Canada*, du *Supplément du revenu garanti* ou de *l'Assurance-emploi*, comparativement à 48 % pour les aînés non autochtones[73]. Plus de la moitié des aînés (62 %) bénéficient d'une source privée de revenu de retraite, comme le régime de retraite de leur ancien employeur ou *les Régimes enregistrés d'épargne-retraite*, ce qui représente 34 % du revenu total annuel des aînés canadiens[241].

Le revenu gagné par les aînés tout au long de leur vie reflète leur niveau de scolarité (voir la figure 3.10)[244]. De 2002 à 2007, les Canadiens de 65 ans et plus dont le niveau de scolarité ne dépassait pas le diplôme d'études secondaires étaient plus de deux fois plus susceptibles que les titulaires d'un diplôme universitaire (13 contre 5 %) d'avoir vécu dans un ménage à faible revenu, à un moment ou un autre, pendant cette période de cinq ans[245].

Sentiment de bien-être

Plusieurs facteurs influent sur le sentiment de bien-être des aînés, notamment leur appréciation de la vie, leurs liens d'appartenance sociale et leur sentiment d'être productifs et actifs au sein de la collectivité. Un faible sentiment de bien-être peut avoir des effets négatifs sur la santé et la qualité de vie.

Appartenance sociale et isolement

Les Canadiens qui n'ont pas accès à des réseaux de soutien social ou qui n'y participent pas risquent de ne pas s'intégrer socialement, de vivre en solitude et d'isolement ou de ne pas éprouver un fort sentiment d'appartenance[205, 246]. En 2009, environ 70 % des aînés ont déclaré avoir sentiment d'appartenance a leur communauté locale plus fort ou très fort[175]. En fait, parmi tous les groupes d'âge, les jeunes de 12 à 19 ans sont les seuls qui ont déclaré un pourcentage plus élevé d'un fort sentiment d'appartenance communautaire que les aînés[175].

La santé et le bien-être des aînés au Canada

Bien qu'il soit difficile de déterminer si c'est la bonne santé qui mène à l'intégration sociale ou l'inverse, les deux sont interdépendants. Selon l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2003*, 62 % des aînés se disant profondément liés à leur collectivité se considéraient également en bonne santé, comparativement à 49 % des aînés qui se sentaient moins bien intégrés socialement[179]. Selon une étude américaine menée chez des personnes de 50 ans et plus, un niveau élevé d'intégration sociale (lequel repose sur la situation matrimoniale, le bénévolat et la fréquence d'interactions avec les enfants, les parents et les voisins) était associé à des signes plus tardifs de perte de mémoire[247].

Le vieillissement mène à une diminution des réseaux sociaux. En effet, les aînés ont tendance à n'inclure dans leur entourage que les gens avec qui ils ont établi une proximité émotionnelle, alors que les jeunes ont tendance à entretenir des réseaux plus élargis[248]. En outre, avec l'âge, les personnes doivent faire face à la maladie, aux incapacités et à la perte d'un nombre grandissant d'amis et de membres de leur famille, ce qui limite d'autant plus leurs occasions de socialiser[7, 249, 250].

Les situations de la vie courante, comme les conditions de logement, la mise à la retraite et la proximité de la famille, peuvent également agir sur le sentiment d'appartenance des aînés[7, 249, 250]. La plupart des aînés (93 %) vivent à domicile. De cette proportion, près des deux tiers (65 %) vivent avec un conjoint ou une conjointe et plus d'un quart (28 %) vivent seuls[73, 95]. Le pourcentage des hommes qui partagent leur vie avec une conjointe est plus élevé que celui des femmes avec un conjoint (79 et 54 % respectivement). Enfin, chez les personnes de 75 à 84 ans, les femmes sont plus susceptibles de vivre seules que les hommes (43 et 18 % respectivement)[95]. Les aînés immigrants, surtout ceux qui sont arrivés récemment au pays, sont moins susceptibles de vivre seuls que les aînés d'origine canadienne[73].

Le fait de compter au moins un ami intime peut grandement contribuer à diminuer le sentiment d'isolement. En 2003, 88 % des personnes âgées de 65 à 74 ans et 82 % des personnes de 75 ans et plus ont indiqué qu'elles avaient au moins un ami cher[73, 251]. En 2001, la majorité des aînés autochtones vivant hors-réserve (70 %) ont déclaré qu'ils avaient, toujours ou presque toujours, quelqu'un à qui se confier, au besoin[73]. Les aînés canadiens qui appartiennent à une organisation (par exemple, un groupe communautaire, un parti politique ou un groupe religieux) sont moins portés à déclarer qu'ils se sentent isolés et sont plutôt enclins à confier qu'ils ont six amis ou plus[73].

Des problèmes d'accessibilité en matière de transport ou des contraintes économiques peuvent limiter l'interaction sociale d'une personne, et même complètement l'en priver[7, 249, 250]. Les problèmes de mobilité physique ou d'accès à des espaces publics sécuritaires et abordables font également obstacle à l'entretien de liens d'appartenance[7, 82]. Enfin, certaines personnes préfèrent ne pas faire appel au soutien d'autrui parce qu'elles se croient tenues d'être indépendantes ou, du moins, de le paraître[252].

En demeurant socialement actifs par des occupations diverses (par exemple, le bénévolat ou l'adhésion à une organisation), les aînés se trouvent plus facilement une raison d'être et éprouvent un sentiment d'appartenance à l'égard quelque chose plus vaste qu'eux[253]. En 2007, 36 % des personnes de 65 ans et plus ont fait du bénévolat d'une façon ou d'une autre et, en moyenne, elles y ont consacré plus d'heures annuellement que tout autre groupe d'âge[254]. Plus de la moitié (54 %) des aînés interrogés ont indiqué qu'un problème de santé ou une incapacité physique les empêchait de faire du bénévolat ou ne leur permettait pas d'y consacrer autant de temps qu'ils l'auraient souhaité[254]. Des études portant sur les effets du bénévolat, en lien avec le bien-être, ont montré que les personnes de 60 ans et plus qui y consacraient de leur temps disaient éprouver un niveau élevé de bien-être, peu importe le nombre et le type d'organisations pour qu'elles faisaient du bénévolat ou la satisfaction qu'elles croyaient retirer à se dévouer pour les autres[255].

Il est démontré que le fait de s'investir dans le bénévolat permet d'atténuer les effets psychologiques négatifs associés au déclin progressif des capacités fonctionnelles[256]. En plus d'améliorer leur santé mentale, les aînés qui font du bénévolat voient leurs risques de cardiopathie, de diabète ou de maladie cardiovasculaire décroître[7]. Selon certaines études, le taux de mortalité des aînés qui participent à des activités sociales est beaucoup moins élevé que celui des aînés qui n'y participent pas[257].

Travail et retraite

Qu'il s'agisse d'un retour sur le marché du travail après la retraite ou du simple fait de remettre sa retraite à plus tard (après l'âge de 65 ans), le taux d'aînés canadiens qui participent à la main-d'œuvre rémunérée est en hausse (voir la figure 3.11)[73, 258]. En 2009, plus de 400 000 aînés (11 %) occupaient un emploi rémunéré (15 % des hommes et 7 % des femmes) comparativement à environ 200 000 (7 %) en 1990[258].

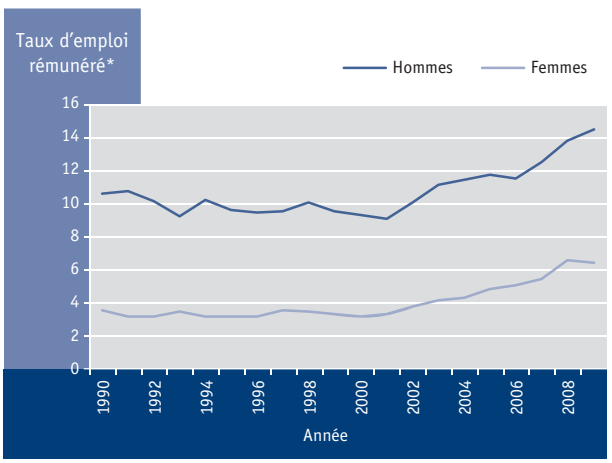
La retraite représente un changement important pour bien des gens et peut influer sur leur niveau de vie, leurs activités quotidiennes et leur réseau social. Des modifications apportées récemment au droit du travail et aux politiques de retraite ont eu pour effet, dans certaines provinces, de modifier l'âge auquel les Canadiens prennent leur retraite[47]. En 2002, une personne retraitée sur cinq invoquait les politiques de retraite obligatoire pour expliquer sa décision de cesser de travailler à l'âge de 65 ans[73]. Les problèmes de santé sont également une des raisons données pour prendre sa retraite (24 % des retraités)[73]. Chez les retraités de 50 ans et plus, 26 % d'entre eux ont indiqué qu'ils auraient continué à travailler si ce n'était de leurs problèmes de santé[73].

Près de la moitié (47 %) des nouveaux retraités ont déclaré qu'ils préféraient leur vie de retraité à leur vie de travailleur[73]. Ceux qui se disaient en bonne ou en excellente santé ont également indiqué que leur appréciation de la vie avait augmenté après la retraite[73]. Après leur retraite, certaines personnes choisissent de retourner sur le marché du travail pour diverses raisons, soit qu'elles ne se sentent pas heureuses à la retraite, qu'elles s'ennuient du travail, qu'elles cherchent un travail plus satisfaisant ou qu'elles éprouvent des difficultés financières[73]. En général, les hommes ont plus tendance que les femmes à retourner au travail (25 et 18 % respectivement)[73].

Donner et recevoir des soins

Tous les Canadiens, peu importe leur âge, comptent parfois sur leur entourage (famille, amis et voisins) pour les aider à faire leurs courses ou d'autres tâches quotidiennes. En 2003, 29 % des aînés de 75 ans et plus ont dit avoir obtenu une aide extérieure pour leurs déplacements et pour faire leurs courses[73]. La plupart des

Figure 3.11 Taux d'emploi rémunéré chez les aînés, selon le sexe, Canada, de 1990 à 2009[258]



* Le nombre de personnes occupant un emploi, exprimé en pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus.

Source : Statistique Canada.

personnes de 65 à 75 ans (84 %) n'ont pas besoin d'aide pour se déplacer, en partie parce qu'elles ont accès à une automobile (89 %) et qu'elles détiennent un permis de conduire valide (85 %)[73]. Dans l'ensemble, les aînés vivant seuls sont plus susceptibles de recevoir de l'aide pour leurs travaux ménagers, l'entretien de leur domicile et de leur terrain, sans bien sûr oublier le soutien moral[73].

En 2002, environ 25 % des aînés vivant à domicile ont indiqué qu'ils recevaient de l'aide ou des soins en raison de problèmes de santé chroniques[73]. Par ailleurs, 2 % d'entre eux ont indiqué qu'ils avaient besoin de soins, mais n'en recevaient pas[73]. Près des trois quarts (72 %) des aînés qui bénéficiaient de soins les obtenaient de sources non officielles, comme la famille et les amis[73]. Les aînés vivant seuls étaient plus susceptibles (64 %) de recevoir du soutien de sources officielles, comme des organisations gouvernementales et non gouvernementales[73].

Les aînés ne sont pas seulement des récipients de soin, mais peuvent aussi prendre soins des autres, y compris des aînés. Un grand nombre d'aînés prennent soin de membres de leur famille immédiate (47 %), mais aussi d'amis et de voisins (38 %) ainsi que d'autres membres

de la famille (13 %)[259]. En 2007, des aidants âgés de 45 ans et plus apportaient leur aide, gratuitement ou de façon non officielle, à un aîné souffrant d'un problème de santé chronique ou d'une limitation physique, 16 % des aidants était des aînés âgés de 65 à 74 ans et 8 % de ceux âgés de 75 ans et plus[259, 260]. Parmi les aînés qui s'occupent d'autres aînés, la plupart (63 %) prennent soin d'au moins deux personnes[259]. Chez les aînés qui prennent soin d'autres aînés, 25 % y consacrent au moins 10 heures par semaine et 15 % au moins 20 heures, et ce, tout à fait gratuitement[261]. Les deux tiers des aînés qui prennent soin d'autres aînés sont âgés de moins de 75 ans et plus de la moitié (57 %) sont des femmes, bien que l'écart entre les sexes se rétrécisse depuis que les hommes contribuent de plus en plus à prodiguer des soins autant à leurs amis qu'aux membres de leur famille d'âge avancé[262].

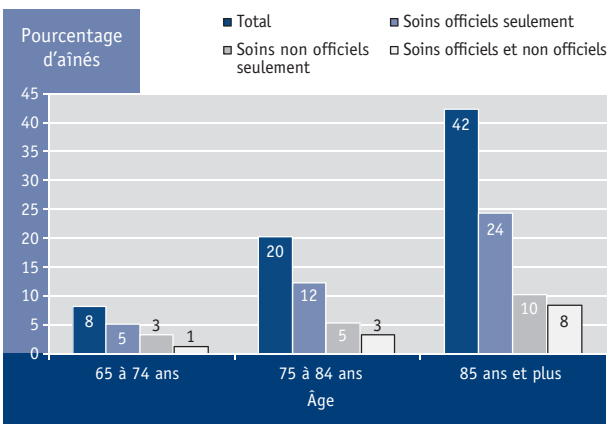
Environ un cinquième des aînés qui prennent soin d'autres aînés ont déclaré que leurs activités sociales avaient changé depuis qu'ils assumaient un rôle d'aidant (23 % des femmes et 21 % des hommes)[214]. L'isolement social et le manque de répit qu'entraîne la responsabilité de s'occuper d'autrui ont le potentiel de compromettre la santé physique et psychique des aidants[214]. Bien que les aînés qui prennent soin d'autres aînés trouvent moins souvent l'occasion de participer à des activités sociales, 70 % des femmes et 66 % des hommes mentionnent un renforcement de leur relation avec celles-ci[214].

Accès aux soins et aux services

Les aînés canadiens doivent avoir accès à des soins et des services adéquats pour pouvoir maintenir et améliorer leur santé et leur bien-être. Cela peut reposer sur une gamme diversifiée de ressources et de services de soutien, comme les soins médicaux, les soins à domicile et les services sociaux. En 2009, la plupart des aînés (96 %) ont déclaré avoir accès à un médecin de famille régulier[100].

Les aînés qui bénéficient de soins et de soutien les reçoivent par l'intermédiaire de services officiels de soins à domicile (services subventionnés par l'État, offerts par un organisme privé ou un organisme bénévole) ou de services non officiels (services offerts par les amis, la famille ou les voisins)[263]. En 2003, 15 % des ménages composés d'aînés bénéficiaient de soins officiels ou non officiels[263]. Par ailleurs, un plus grand nombre de femmes que d'hommes, parmi les aînés, ont déclaré recevoir des services de soins officiels (10 contre 7 %) ou non officiels (5 contre 3 %)[263]. Il n'est pas surprenant qu'à mesure qu'ils vieillissent, les aînés ont de plus en plus tendance à demander des soins à domicile officiels et non officiels (voir la figure 3.12)[263].

Figure 3.12 Pourcentage d'aînés ayant reçu des soins à domicile au cours de la dernière année, Canada, 2003[263]



Source : Statistique Canada.

Les aînés qui requièrent des soins attentifs et continus ne peuvent être fournis à domicile sont plus susceptibles d'être confiés à un établissement de soins de longue durée. Depuis une vingtaine d'années, le pourcentage d'aînés vivant dans ces établissements est demeuré relativement stable (7 %), même si les besoins concernant ce genre d'établissements ou les soins qui y sont offerts ne sont pas connus[264]. Le nombre d'établissements offrant du soutien est également resté assez stable au cours de la même période, passant d'environ 2 000 établissements actifs (160 000 lits) en 1986 à 2 100 établissements (207 000 lits) en 2006[265]. De tous les établissements actifs au cours de 2006, 54 % étaient dirigés par une organisation ou une entreprise privée, 26 %, par des organisations à vocation religieuse ou des organismes sans but lucratif et 20 %, par une municipalité, un gouvernement provincial ou territorial ou le gouvernement fédéral[266].

En 2009, 56 % des aînés au Canada avaient consulté un professionnel de soins dentaires au cours des 12 mois précédents, alors que 20 % n'en avaient pas consulté depuis au moins cinq ans[100]. Une bonne hygiène buccale joue un rôle important pour la santé générale et le bien-être des aînés. À l'opposé, une mauvaise hygiène buccale peut entraîner divers problèmes de santé, comme les affections gingivales, les infections pulmonaires et les maladies respiratoires[267]. De plus, la perte des dents et les douleurs causées par les affections gingivales, la carie dentaire ou des dentiers mal ajustés peuvent nuire à la mastication et conduire à la malnutrition[268]. Selon les résultats du volet composante sur la santé bucco-dentaire de l'*Enquête canadienne sur les mesures de la santé* (2007-2009), 13 % des adultes de 60 à 79 ans évitaient certains aliments en raison de problèmes buccaux[269]. La capacité réduite de supporter une intervention, l'anxiété ou la crainte à l'égard des procédures ainsi que la volonté limitée de recevoir des soins dentaires attribuable à la prise de médicaments ou à la baisse des habiletés cognitives représentent autant d'obstacles au maintien d'une santé dentaire appropriée chez les aînés[270]. De plus, certains aînés pensent, à tort, qu'ils n'ont pas besoin de ces soins[270, 271].

Les résultats de l'*Enquête* (2007-2009) indiquaient également que, en raison des coûts associés aux soins dentaires, 13 % des adultes de 60 à 79 ans évitaient de consulter un dentiste et 16 % refusaient de recevoir des soins dentaires[269]. Ces pourcentages augmentent chez les personnes à faible revenu âgées de 60 à 79 ans, alors que 24 % d'entre elles évitaient les visites chez le dentiste et que 22 % refusaient tous les soins recommandés en raison des coûts[269]. Par ailleurs, il se peut aussi qu'un dentiste hésite à offrir des soins aux aînés, soit parce que le traitement risque d'être plus long et plus difficile, soit en raison du préjugé selon lequel les aînés manquent de patience et d'endurance ou qu'ils ne possèdent pas les ressources financières leur permettant de suivre un traitement jusqu'au bout[270]. Chez de nombreux aînés qui n'ont pas d'assurance dentaire, la question des coûts semble représenter un plus grand obstacle[272].

L'accès des aînés à des soins et à des services dépend notamment de l'accessibilité des ressources et de l'information en matière de santé, de leur connaissance des services offerts par la collectivité et de leur

propension à se renseigner à ce sujet[272]. En outre, il se peut que des médecins attribuent erronément certains problèmes de santé avec le vieillissement normal, ce qui peut conduire à des erreurs de diagnostic et de suivi[272]. Les aînés sourds ou malentendants peuvent éprouver des difficultés à communiquer, alors que les aînés aux prises avec des problèmes de mobilité ou des incapacités auront plus de difficulté à obtenir des services en raison de l'accès limité aux bâtiments[272]. Les perceptions d'autrui peuvent également faire obstacle aux aînés qui cherchent à obtenir des soins ou des renseignements appropriés. Par exemple, si un prestataire de services considère un aîné comme un client « difficile à servir » ou incapable de prendre ses propres décisions, il risque de préférer consulter les membres de la famille plutôt que le patient lui-même pour les décisions importantes[272].

Par ailleurs, certains aînés doivent se déplacer sur de très longues distances, que ce soit pour se rendre chez le médecin, à l'hôpital, dans un établissement de soins de santé spécialisés ou un centre de diagnostic[273]. C'est pourquoi des problèmes de transport (incluant les frais connexes), une mobilité physique réduite ou encore l'impossibilité de pouvoir compter sur autrui pour ses déplacements peuvent limiter l'accès des aînés aux services dont ils ont besoin[272]. Les conditions météorologiques peuvent également compliquer les choses et rendre les déplacements encore plus difficiles[273].

La santé et le bien-être des aînés au Canada

Dans les régions nordiques, rurales ou éloignées, les aînés doivent souvent composer avec des services limités, puisque les établissements de santé sont moins nombreux et plus dispersés qu'en région urbaine[273]. De plus, le nombre de spécialistes de la santé (par exemple médecins, infirmières et dentistes) qui offrent des services dans ces régions est limité[273]. Par conséquent, certaines familles doivent prendre soin des aînés sans recevoir un soutien adéquat. Lorsqu'elles ne sont pas aptes à fournir les soins nécessaires, elles doivent bien souvent recourir aux établissements dans des communautés plus grandes, isolant ainsi les aînés de leur famille, de leurs amis et de leur collectivité d'origine[273].

Pour certains aînés, la question des coûts peut représenter un obstacle additionnel à l'obtention de soins et de services. Les médicaments sur ordonnance et les aides fonctionnelles (comme les aides à la mobilité et les technologies de l'information) sont parfois trop coûteux pour les aînés qui en ont besoin[272]. Même les aînés qui bénéficient de prestations de maladie ou qui sont admissibles à un régime provincial de soins de santé ou d'assurance médicaments peuvent ne pas être indemnisés pour certains frais liés à ces médicaments et appareils[272, 274].

Le niveau de littératie en santé constitue un autre facteur qui influe sur la santé et le bien-être des aînés. Pour pouvoir gérer leurs problèmes de santé, chroniques ou autres, et choisir des modes de vie sains, les aînés doivent être capables de lire et de déchiffrer les étiquettes nutritionnelles, de respecter la posologie de leur médication et de comprendre les directives et les renseignements en matière de santé[276]. Cependant, seulement un adulte de plus de 65 ans sur huit (12 %) a un niveau suffisant de la littératie en santé pour prendre des décisions élémentaires concernant sa santé[276-278]. Plusieurs facteurs expliquent le niveau de littératie relativement faible des aînés en matière de santé : la difficulté, plus tôt dans la vie, à terminer des études supérieures, l'assimilation plus lente de nouvelles informations, l'incidence élevée de démence et de troubles cognitifs légers et le taux élevé de troubles visuels et auditifs[73, 277, 279]. Les aînés ayant un faible niveau de littératie en santé sont plus susceptibles de se dire en mauvaise santé; d'ailleurs, un faible niveau de littératie en santé est même associé à une prévalence élevée de diabète[280].

> La **littératie en santé** est « la capacité de trouver, de comprendre, d'évaluer et de communiquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de la vie »[275].

Les aînés autochtones, les minorités visibles ou les nouveaux arrivants au Canada peuvent se heurter à d'autres obstacles au moment d'obtenir des soins de santé adéquats, soit en raison de valeurs culturelles divergentes ou de barrières linguistiques[281]. Il se peut également qu'ils évitent des soins en établissement à moins qu'ils pourront préserver leur culture en continuant de parler leur langue, de manger leur propre nourriture et de pratiquer leur religion[281]. Chez les immigrants, une mauvaise compréhension du rôle des autorités et spécialistes de la santé combinée à une méconnaissance des divers types de services communautaires peut accroître les difficultés d'accès[281]. De plus, selon leur statut d'immigrant, il se peut que certains d'entre eux ne soient pas admissibles à des services de santé complets ou à une aide financière adéquate[281].

Mauvais traitements et négligence

Un des principaux sujets de préoccupation qui concernent le bien-être des aînés, c'est le risque de négligence, de mauvais traitements physiques et psychologiques ou d'exploitation financière. Il est difficile de bien cerner l'étendue du problème au Canada, puisque les données sont très limitées et désuètes et que, en raison de leur nature, ces situations sont peu souvent déclarées. Les études à ce sujet permettent cependant d'estimer que de 4 à 10 % des aînés au Canada ont vécu une ou plusieurs formes de mauvais traitements ou de négligence commise par une personne sur laquelle ils comptent[283-285]. De plus, les données manquent au sujet des mauvais traitements et de la négligence que subissent les aînés en établissement, bien que ce problème ait fait la manchette, à la suite de renseignements anecdotiques, et ait fait l'objet d'études ponctuelles[286]. Puisque les mauvais traitements et la négligence prennent différentes formes, leurs effets peuvent toucher de nombreux aspects de la santé et du bien-être des aînés qui en sont victimes[287, 288].

L'Organisation mondiale de la Santé définit les **mauvais traitements** à l'endroit des aînés comme étant « un acte isolé ou répété, ou l'absence d'intervention appropriée, qui se produit dans toute relation de confiance et cause un préjudice ou une détresse chez la personne âgée »[282].

En 2007, 48 aînés sur 100 000 au Canada ont été victimes d'un crime commis par un membre de la famille et rapporté à la police[289]. Parmi les crimes violents commis par les membres de la famille à l'endroit d'un aîné, le plus souvent signalé est le crime par voie de fait simple (52 %), qui regroupe les mauvais traitements physiques, que ce soit pousser, frapper, gifler ou menacer d'utiliser la force[289]. Les menaces représentaient 19 % des crimes violents, alors que 16 % étaient le résultat d'attaques graves ayant causé des blessures ou au cours desquelles une arme avait été utilisée[289]. Les enfants et les conjoints, actuels et anciens, étaient le plus souvent les auteurs de crimes violents commis à l'endroit des aînés[289]. Les femmes âgées étaient presque deux fois plus souvent violentées par un conjoint ou un ex-conjoint que les hommes (17 femmes sur 100 000 par rapport à 9 hommes sur 100 000). Les hommes âgés, quant à eux, étaient plus souvent la victime de leurs propres enfants adultes (15 sur 100 000) que de tout autre membre de la famille[289]. Au Canada, on ne connaît pas l'ampleur des cas non signalés de mauvais traitements physiques contre les aînés[284, 285].

La maltraitance peut avoir des conséquences directes sur le plan physique, comme occasionner des blessures. Dans 40 % des cas de violence physique envers un aîné qui ont été signalés à la police en 2007, la victime avait subi des blessures habituellement causées par le recours à la force[289]. Les aînés au Canada sont souvent plus fragiles que les adultes plus jeunes et, par conséquent, leurs os peuvent se fracturer plus facilement et prendre plus de temps à guérir[288]. En outre, la maltraitance peut avoir d'autres effets néfastes sur la santé, notamment induire des troubles gastro-intestinaux et des maux de tête, et peut aggraver d'autres problèmes de santé déjà existants[288, 290]. Des recherches ont également démontré que le taux de mortalité est plus élevé chez les aînés victimes de mauvais traitements que chez ceux qui ne le sont pas[288, 291, 292].

La santé des aînés peut aussi être compromise par les mauvais traitements d'ordre psychologique ou émotionnel. Ce genre de violence, qui s'exerce de manière verbale ou non verbale, mine le sentiment d'identité de la personne, sa dignité ou son assurance[293]. Des données de 1999 indiquent qu'environ 7 % des Canadiens de 65 ans et plus interrogés par Statistique Canada ont déclaré avoir subi de la violence psychologique[294]. Parmi eux, 78 % ont déclaré que l'agresseur était leur conjoint ou leur ex-conjoint, 26 %, un de leurs enfants et 2 %, un soignant[295].

L'exploitation financière, de façon générale, comprend toute forme de manipulation financière et d'utilisation de l'argent ou des biens à des fins répréhensibles[296]. Selon l'*Enquête sociale générale* de 1999, 1 % des aînés ont déclaré être victimes d'exploitation financière attribuable aux méfaits d'un conjoint, d'un ex-conjoint, d'un enfant ou d'un soignant[295]. Les conjoints et les ex-conjoints étaient le plus souvent responsables de cette exploitation (61 %), suivis des enfants (36 %) et des soignants (6 %)[295].

En plus des conséquences physiques, les mauvais traitements et la négligence peuvent avoir d'importantes répercussions sur le bien-être émotif et social des aînés[287, 288]. On rapporte en effet que les aînés victimes de violence, qu'il s'agisse d'hommes ou de femmes, présentent souvent des taux plus élevés de dépression et d'anxiété que ceux qui n'ont jamais subi de mauvais traitements[287, 288]. La dépression consécutive aux mauvais traitements peut, elle aussi, augmenter l'isolement des aînés[297, 298]. Lorsque les aînés sont victimes de mauvais traitements et de négligence de la part de membres de la famille ou d'autres personnes de leur entourage, ils peuvent ressentir de la honte, de la culpabilité ou de l'embarras[288]. L'exploitation financière des aînés peut avoir des effets néfastes sur leur santé et leur bien-être en les privant des ressources nécessaires au maintien d'une bonne qualité de vie, surtout en ce qui concerne l'alimentation saine, la pratique d'activité physique et l'accès aux médicaments et aux soins appropriés[288]. Certains aînés, pour pouvoir faire face aux mauvais traitements et à la négligence, sont susceptibles d'abuser de l'alcool ou de recourir à d'autres drogues[288].

Certains aînés, comme les femmes, les personnes de santé fragile et celles atteintes d'une déficience cognitive ou physique, sont plus susceptibles de subir des mauvais

traitements ou d'être victimes de négligence. Les aînés atteints de maladies chroniques ou de déficiences physiques qui engendrent une dépendance et un besoin de recevoir des soins particuliers sont aussi plus vulnérables aux mauvais traitements et à la négligence[299]. D'autres facteurs bien connus augmentent le risque de mauvais traitements chez les aînés, comme la vie en résidence partagée, l'isolement social et la démence. Quant aux auteurs de mauvais traitements, différents facteurs de risque peuvent expliquer leur comportement, comme la maladie mentale, l'agressivité, l'abus d'alcool et le lien de dépendance envers la personne âgée. Dans les collectivités autochtones, la cohabitation, la pauvreté, le faible niveau de scolarité et le chômage sont considérés comme des facteurs de risque qui peuvent conduire aux mauvais traitements et à la négligence envers les aînés[300, 301].

Résumé

Les aînés vivent plus longtemps, et la plupart d'entre eux sont généralement en bonne santé. Puisque l'espérance de vie ne cesse d'augmenter, les problèmes liés à la santé physique et mentale des aînés au Canada ainsi qu'à leur bien-être économique et social risquent de s'accroître. La plupart des aînés vivent dans des conditions propices au maintien d'une bonne santé : ils jouissent d'un revenu adéquat et ils entretiennent des liens serrés avec leur famille et leur collectivité. Cependant, si les circonstances entraînent une dégradation de leurs conditions de vie, il est probable que cela conduise à la détérioration de leur état de santé et mette grandement en péril leur bien-être. Le présent chapitre a montré que, même si la plupart des aînés canadiens sont en bonne santé, de nombreux facteurs doivent être prévenus, atténués ou mieux gérés. Dans certains cas, ce sont les transitions et les défis liés au vieillissement qui posent des risques alors que, dans d'autres cas, plusieurs facteurs propres au parcours de vie vont se combiner pour déterminer l'état de santé d'une personne ainsi que la manière dont cet état peut évoluer et influencer son bien-être futur. Même si, dans bien des cas, il est préférable de faire de la prévention beaucoup plus tôt dans la vie, toute mesure prise, même tardivement, peut jouer un rôle préventif et contribuer à retarder l'apparition de certaines maladies ou atténuer la gravité de problèmes de santé déjà existants. Dans le prochain chapitre, nous discuterons des approches et des interventions qu'il est nécessaire de mettre de l'avant pour résoudre certains problèmes qui minent la santé des aînés et pour instaurer des conditions qui favorisent au mieux un vieillissement en santé.

Créer les conditions pour un vieillissement en santé

CHAPITRE 4

En examinant la santé des Canadiens au travers la trajectoire de vie, ceci révèle que les interrelations complexes, entre les facteurs biologiques, comportementaux, psychologiques, sociaux et ceux liés au système de santé, ont une incidence sur le vieillissement en santé[16, 302]. Les événements et les expériences qui surviennent à différents moments de la vie – de la petite enfance à la vieillesse – peuvent avoir des effets positifs ou négatifs sur la santé et le bien-être. De manière analogue, les initiatives et les interventions favorisant la santé et le bien-être, à toutes les étapes de la vie, permettent de prévenir les maladies et de promouvoir la santé[15, 16].

Le chapitre précédent, qui présentait l'état de santé et de bien-être des aînés du Canada, a permis de cerner les circonstances qui ont des effets sur le vieillissement en santé, tels que les chutes et les blessures qui en résultent, la santé mentale, les mauvais traitements et la négligence, l'appartenance sociale, les modes de vie sains ainsi que les soins et les services. Les mesures qui peuvent être prises pour promouvoir le vieillissement en santé au Canada en fonction de ces circonstances seront décrites dans le présent chapitre. Dans la mesure du possible, nous utilisons des exemples concrets, canadiens et internationaux, qui favorisent la santé ou le bien-être des aînés ou qui en ont le potentiel. En général, ces exemples soulignent les pratiques exemplaires, les stratégies ou les interventions qui démontrent ce qu'il est possible d'accomplir en plus d'indiquer où l'on doit investir davantage d'efforts pour créer les conditions du vieillissement en santé au Canada. Les principaux enjeux sont explorés en détail, mais il est aussi important de comprendre que des facteurs sous-jacents peuvent promouvoir le vieillissement en santé ou lui nuire.

Répondre aux besoins fondamentaux

Sans la satisfaction des besoins de base – alimentation, logement, sécurité et soins de santé adéquats – il est impossible de résoudre adéquatement les problèmes de santé qui touchent les aînés. Le chapitre 3 montrait que des facteurs comme l'isolement, la perte d'autonomie, les mauvais traitements, les habitudes alimentaires néfastes, les difficultés d'accès aux soins, les risques plus élevés de chute, les blessures et certaines maladies chroniques peuvent compromettre, chez les aînés, la satisfaction des besoins fondamentaux[7, 22, 303, 304].

Disposer d'un revenu adéquat est essentiel au vieillissement en santé, et le Canada est parvenu à réduire la pauvreté chez les aînés. Au Canada, le taux des aînés à faible revenu se situe sous la moyenne de ceux des autres pays de l'OCDE, et le pays se classe au quatrième rang pour son taux d'aînés ayant un faible revenu[240, 305]. Ces résultats s'expliquent en grande partie par l'admissibilité générale aux programmes gouvernementaux d'aide au revenu et aux pensions gouvernementales, soit la *Sécurité de la vieillesse*, le *Régime de pensions du Canada*, le *Régime de rentes du Québec* et le *Supplément de revenu garanti*[238, 245, 305]. La diminution du degré de pauvreté chez les aînés est aussi attribuable au fait que les aînés d'aujourd'hui possèdent des niveaux de scolarité et des revenus plus élevés grâce à leur rente de retraite et aux revenus de placements, et que davantage de femmes ont eu un emploi rémunéré au cours de leur vie[238, 245, 305].

Bien que le Canada ait réduit efficacement la pauvreté chez les aînés, environ 250 000 aînés du Canada, dont plusieurs sont des femmes seules, ont encore un revenu net situé sous le seuil de faible revenu[238, 239]. Les aînés qui prennent soin sans rémunération de leur conjoint, d'un enfant ou d'un pair ou qui consacrent une part importante de leur revenu aux services de santé non assurés (par exemple, les soins de la vue) ainsi qu'à l'achat de médicament, peuvent aussi éprouver des difficultés financières[7, 238]. Les aînés sans revenu adéquat sont plus sujets aux maladies

chroniques et au stress psychosocial. Ces aînés sont aussi plus susceptibles que les aînés qui disposent d'un revenu plus élevé d'adopter des comportements à risque, de vivre dans des conditions insalubres et d'éprouver des difficultés d'accès aux soins de santé[306].

Les aînés peuvent devenir extrêmement vulnérables si, pendant ou après une situation d'urgence ou une catastrophe naturelle, il n'est pas possible de satisfaire leurs besoins fondamentaux. S'assurer que les aînés reçoivent l'aide nécessaire et que leur santé et leur capacité fonctionnelle sont préservées dans pareilles situations représente un enjeu de premier plan en santé publique. Malgré cela, on oublie souvent ou on accorde une faible priorité aux besoins et aux risques uniques des aînés lors d'une situation d'urgence[307]. Ce n'est pas l'âge comme tel qui fait des aînés un groupe vulnérable, mais plutôt une combinaison de facteurs qui peuvent compromettre leur capacité à pouvoir faire face à différentes situations. Cela est particulièrement vrai si des facteurs sociaux et des raisons de santé (comme un faible revenu, des problèmes de santé ou un trouble mental et des limitations fonctionnelles) interagissent et sont aggravés lorsque survient une situation d'urgence[307-310].

Les populations et les régions insuffisamment desservies, avant une situation d'urgence, perdent une bonne partie de leur soutien lorsque de tels événements se produisent[309]. La relocalisation peut perturber encore plus les personnes déjà en difficulté[308, 311]. Cela double souvent le fardeau des populations vulnérables, comme les aînés. Dans certains cas, ils peuvent perdre leurs sources de soutien en même temps que leurs responsabilités augmentent (par example, prendre soin des petits-enfants)[311]. Toutefois, il est important de signaler que les aînés peuvent eux-mêmes devenir une ressource dans la préparation aux situations d'urgence, car ils peuvent agir comme bénévoles, fournir des soins et offrir des connaissances et des compétences (voir l'encadré 4.1 *Répondre aux besoins fondamentaux dans les situations d'urgence*)[307].

Encadré 4.1 Répondre aux besoins fondamentaux dans les situations d'urgence

Dans une série de 16 études de cas, l'Organisation mondiale de la Santé et ses partenaires, dont l'Agence de la santé publique du Canada, ont examiné la manière dont les aînés avaient été touchés par plusieurs catastrophes. Ces études de cas analysent les forces et les faiblesses de la planification d'urgence, de l'intervention et du rétablissement de la situation ainsi que la contribution des aînés à leur famille et à la collectivité. Ces études de cas ont aussi souligné l'importance de tenir compte des besoins particuliers des aînés à toutes les étapes de la gestion des urgences, de la planification au rétablissement de la situation, ce qui comprend l'aménagement de refuges, la prise en compte de besoins alimentaires particuliers et l'accès à des médicaments, à des aides fonctionnelles, à des services de santé et à des services sociaux[312].

Dans presque toutes les études de cas, on a relevé les contributions importantes des aînés[312, 313]. Par exemple, des aînés ont offert bénévolement leurs compétences professionnelles et leur savoir, en plus de faire de la sensibilisation et de fournir de l'information et du soutien émotionnel. On a pu constater la contribution des aînés pendant les inondations au Manitoba (en 1997) alors que plusieurs d'entre eux ont préparé des repas, distribué de l'argent et des vêtements, recueilli des fonds, transporté des sacs de sable, apporté de l'aide dans les refuges et noué des relations avec les évacués. De la même façon, lors de la tempête de feu en Colombie-Britannique (en 2003), des aînés bénévoles ont aidé leur famille immédiate, fourni des renseignements et des conseils, et mis à contribution leurs compétences techniques pendant la phase de rétablissement (par example, repérage des puits et évaluation des dommages aux bâtiments)[312].

Le Canada a été l'un des principaux partenaires dans la préparation d'études de cas, facilitant ainsi l'échange de connaissances et la mise sur pied de nouveaux partenariats entre le secteur de la gestion des urgences et celui de la gérontologie. Plusieurs réseaux sectoriels collaborent actuellement afin de mettre en œuvre les priorités et les recommandations stratégiques énoncées dans le cadre d'actions menées en 2008 à la suite de cette étude[314].

Vieillir à l'endroit de son choix

Tous les Canadiens devraient être en mesure de vieillir à l'endroit de leur choix. Toutefois, cette volonté de choisir ne représente qu'un des nombreux facteurs qui servent à déterminer la résidence d'une personne. D'autres facteurs, comme les possibilités d'emploi, le revenu familial, les besoins de la famille (par exemple, la proximité de la famille élargie et la prestation de soins), le type de collectivité (rurale ou urbaine) et l'état de santé peuvent aussi jouer un rôle. Pour les aînés, le choix de l'endroit où habiter peut aussi reposer sur d'autres facteurs, comme le désir de rester dans leur résidence ou leur collectivité, ou celui de vivre dans une habitation qui nécessite moins d'entretien et où sont offerts des services de soutien[274].

Vieillir à l'endroit de son choix fait référence à la capacité de choisir de vivre dans sa propre collectivité le plus longtemps possible et d'avoir accès à des services à domicile et à des services communautaires qui soutiennent cette capacité[8, 315-317].

Bien que la plupart des aînés au Canada déclarent vouloir vivre dans une maison privée, l'évolution des circonstances (par exemple, la perte du conjoint, l'absence d'enfant, la détérioration de la santé, la diminution du revenu, le manque d'accès à des services) de même que des considérations pratiques liées à la grandeur d'une maison, sa disposition intérieure et les exigences relatives à son entretien peuvent inciter ou forcer les aînés à déménager[318]. Afin de régler certaines de ces questions, des programmes comme Logements adaptés : aînés autonomes, de la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL), permettent d'offrir une aide financière aux propriétaires et aux locateurs pour adapter les logements afin que les aînés à faible revenu (ceux dont le revenu est inférieur au plafond établi par le programme) puissent vivre plus longtemps, en toute autonomie, dans leur propre logement[62]. Des adaptations à l'aménagement, comme l'ajout de rampes, l'installation d'armoires, de lieux de rangement, de poignées de porte accessibles et de barres d'appui dans la salle de bains, visent à compenser les incapacités liées au vieillissement. Les aînés peuvent aussi profiter du Programme d'aide à la remise en état des logements pour les personnes handicapées, également de la SCHL. Dans le cadre de ce programme, les propriétaires et les locateurs peuvent obtenir de l'aide financière pour adapter les logements des Canadiens à faible revenu[63]. Afin de supprimer les obstacles liés à l'abordabilité, le gouvernement du Canada, dans son Plan d'action économique, a investi dans la construction de logements sociaux pour les aînés à faible revenu[319]. Grâce à des ententes fédérales, provinciales et territoriales, les provinces et les territoires versent des contributions égales aux fonds fédéraux consacrés au logement à prix abordable.

Des pratiques communautaires et environnementales plus générales peuvent aussi aider à vieillir à l'endroit de son choix. Pour cela, on adapte les habitations et les collectivités aux besoins des aînés. Par exemple, les plans de développement communautaire et local devraient tenir compte de la population vieillissante. Des normes généralisées peuvent aussi contribuer à leur bien-être. Le *Code national du bâtiment du Canada* en vigueur contient des dispositions touchant les normes de sécurité, comme les sorties libres d'obstacles et l'installation de rampes. Toutefois, les exigences du *Code* en matière d'accessibilité ne s'appliquent pas aux maisons individuelles ou jumelées, ni aux duplex et aux triplex[61]. Les planificateurs, les constructeurs et les inspecteurs doivent être davantage sensibilisés aux normes de conception relatives à l'accessibilité des bâtiments et mieux les appliquer. Il est aussi nécessaire d'aménager des accès faciles dans l'ensemble de la collectivité – un concept intégré dans une approche adaptée aux besoins des aînés. Les projets réalisés dans les collectivités amies des aînés respectent ces normes en créant des milieux inclusifs, accessibles, propices à tous les aspects du vieillissement actif[10]. Étant donné les besoins croissants en matière de conception adaptée aux aînés, les promoteurs ont tout intérêt à intégrer ces modifications dans les nouvelles constructions.

Collectivités amies des aînés et conception universelle

Le *Guide mondial des villes-amies des aînés*, publié par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), définit les principaux environnements sociaux bâtis qui offrent des services nécessaires dans une collectivité amie des aînés[177, 320]. Une ville amie des aînés comprend des éléments

Encadré 4.2 Collectivités et villes-amies des aînés

De nombreux aînés vivent dans des milieux qui n'ont pas été conçus pour le bien vieillir. Pour remédier à ces conditions de vie inadéquates, on a créé un mouvement international qui a permis de définir des facteurs, comme l'utilisation du terrain et l'aménagement urbain, qui peuvent améliorer l'état de santé des aînés vivant dans différentes collectivités[177, 323]. Afin de régler ce genre de problème et de définir les indicateurs concrets de « villes-amies des aînés », l'OMS a lancé, en 2005, un projet de villes-amies des aînés[177]. Ce projet encourage les collectivités à créer des environnements urbains, physiques et sociaux, adaptés aux besoins des aînés, et qui aideront les citoyens plus âgés lorsque seront prises des décisions destinées à améliorer leur santé et leur bien-être. Ces environnements les inciteront aussi à participer davantage à la vie communautaire et à mettre à profit leurs compétences, leurs connaissances et leur expérience[7]. Le projet de l'OMS permet aussi de mieux faire connaître les lacunes et les besoins locaux et de suggérer aux collectivités participantes des améliorations qui encouragent la création d'un environnement mieux adapté aux besoins des aînés[177].

Le projet des villes-amies des aînés de l'OMS favorise le développement concret et spécifique de la collectivité et la modification des politiques qui favorise ainsi la mise sur pied de collectivités amies des aînés[177]. Dans le cadre de ce processus, des groupes de consultation formés d'aînés et des aidants des soins et de services ont cerné les éléments favorables ou défavorables aux aînés. Cette étude a été réalisée dans 22 pays et 33 villes participantes (dont quatre villes canadiennes) et a mené à la rédaction du *Guide mondial des villes-amies des aînés*, publié en 2007[82, 177, 322].

Les aînés, les municipalités et leurs partenaires peuvent utiliser cet outil d'évaluation en vue d'améliorer les éléments favorables aux aînés dans leur collectivité, à savoir :

- des milieux propres, tranquilles et agréables;
- des rues et des trottoirs bien éclairés et bien entretenus (par exemple, le déneigement, une surface égale, plane et antidérapante), qui minimisent les risques de chute;
- des chemins piétonniers à l'abri des adeptes du vélo, du patin à roues alignées et de la planche à roulettes, et donnant sur des toilettes à proximité;
- du transport en commun accessible et abordable, doté de sièges réservés aux aînés;
- des rues et des immeubles qui ne présentent pas de danger (par exemple, des planchers antidérapants et des escaliers adaptés [ni trop hauts ni trop à pic] munis de rampes);
- un aménagement des logements qui intègre les aînés à la collectivité;
- des occasions, pour les aînés, de prendre part aux activités communautaires, culturelles, éducatives et bénévoles, qui sont abordables[177, 322].

En septembre 2006, de concert avec l'initiative de l'OMS, et conscients des différents besoins des collectivités canadiennes, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des aînés ont approuvé l'Initiative des collectivités rurales et éloignées amies des aînés. En 2007, l'Agence de la santé publique du Canada, les provinces et les territoires ont lancé le document intitulé *Initiative des collectivités rurales et éloignées amies des aînés : un guide* (pour les collectivités comptant 5 000 habitants ou moins). Jusqu'à présent, environ 100 collectivités en Colombie-Britannique, au Manitoba, au Québec et en Nouvelle-Écosse ont mis en œuvre ces stratégies[322].

Un exemple canadien : les collectivités amies des aînés au Québec

En 2008, le Québec a lancé un programme appuyant les municipalités dans leurs efforts pour créer des collectivités amies des aînés[324]. Dès la première année de ce programme, des projets pilotes ont été mis en œuvre dans six municipalités et une municipalité régionale de comté. Une première évaluation réalisée à Sherbrooke, l'une des six municipalités participantes, indique que le nombre des espaces publics accessibles aux personnes à mobilité réduite a augmenté et que la Ville a acheté plusieurs autobus à plancher bas[324, 325]. À Drummondville, on a lancé un code de conduite pour les utilisateurs d'aide à la mobilité motorisée, le premier du genre au Québec. Cette ville a aussi modifié ses règlements afin de faciliter la construction ou l'aménagement de maisons intergénérationnelles[326].

destinés à tous les groupes d'âge : des espaces intérieurs et extérieurs accessibles, des moyens de transport et des logements disponibles et accessibles, un éventail de possibilités sociales et économiques, le soutien communautaire et l'accès à des services de santé appropriés[8, 83, 177, 321, 322]. Ces éléments permettent aux personnes de vieillir chez elles et sont accessibles à tous, peu importe le degré de mobilité ou l'état de santé. Le Canada a joué un rôle de premier plan dans la création de milieux amis des aînés en participant à la préparation du *Guide* de l'OMS et en mettant sur pied l'Initiative des collectivités amies des aînés. Cette initiative incite les aînés canadiens à participer à la planification et à la conception d'aménagement au sein de leur propre collectivité afin d'en faire un endroit plus sain et plus sûr où ils peuvent vivre et s'épanouir. De plus, un guide semblable à celui de l'OMS a été préparé au Canada à l'intention des collectivités rurales et éloignées et qui reconnaît la nécessité que tous les milieux soient amis des aînés (voir l'encadré 4.2 *Collectivités et villes-amies des aînés*)[82, 83].

La conception universelle, élément important des collectivités amies des aînés, comprend la conception de produits et d'environnements qui peuvent être pleinement utilisés par tous[327]. Le concept de l'élimination des obstacles et de la conception universelle a évolué depuis les années 1950 en raison de l'accroissement de la population et de sa plus grande longévité (dont une portion est aux prises avec des handicaps), changements aux lois concernant les droits de la personne (l'accessibilité pour tous) ainsi que de la sensibilisation du public aux avantages d'une conception sans obstacle et des technologies d'aide[328]. La conception universelle s'appuie sur sept principes, notamment :

- l'utilisation équitable par des personnes ayant des habiletés différentes;
- la souplesse d'utilisation, qui tient compte d'une gamme de préférences et d'habiletés;
- une utilisation simple ou intuitive, facile à comprendre;
- une utilisation multisensorielle, qui permet à plusieurs sens de capter l'information;
- une utilisation accidentelle ou fortuite peu probable ou sans conséquence grave;
- une utilisation efficace et confortable, requérant peu d'efforts physiques;
- les dimensions et l'espace qui conviennent aux personnes ayant différentes capacités[327].

Essentiellement, une bonne conception convient à tout le monde, peu importe l'âge ou les capacités. Certaines villes, comme Shizuoka au Japon, ont adopté la conception universelle (voir l'encadré 4.3 *Conception universelle à Shizuoka*). Étant donné le vieillissement de la population, les collectivités devront trouver le moyen de soutenir et de faciliter le vieillissement en santé de leurs citoyens en plus de les faire participer à la société[329, 330].

Au Canada, la Commission canadienne des droits de la personne a publié, en 2006, un rapport intitulé : *Pratiques exemplaires de conception universelle à l'échelle internationale : Examen général*. Ce rapport fournit des renseignements sur différents sujets, notamment la conception d'édifices accessibles à tous, les critères d'accessibilité dans les codes du bâtiment et les normes de construction au Canada, les besoins en espace pour adapter les lieux aux fauteuils roulants électriques et l'utilisation du contraste des couleurs et des changements de textures afin de faciliter l'utilisation d'un édifice[331]. En 2008, le gouvernement de l'Ontario a adopté des dispositions législatives et des normes d'accessibilité pour le service à la clientèle, qui obligent tous les organismes privés et publics à prendre des mesures répondant aux besoins des personnes handicapées[332, 333].

Prévention des chutes et des blessures

Comme il est indiqué au chapitre 3, la plupart des blessures que subissent les aînés découlent de chutes ou d'accidents de la route[148]. Les causes des blessures sont complexes et peuvent être attribuées à plusieurs facteurs de risque, imputables tant aux individus qu'à la collectivité. On dénombre cinq interventions qui peuvent contribuer à réduire les chutes et à prévenir les blessures, ou à en atténuer les effets sur la santé des aînés :

- mettre au point des lignes directrices sur la prévention des chutes;
- concevoir de nouveaux programmes d'information et de sensibilisation à grande échelle;
- favoriser les comportements et les choix santé;
- créer des milieux plus sûrs;
- prévenir les blessures liées aux accidents de la route.

Encadré 4.3 Conception universelle à Shizuoka

La préfecture de Shizuoka, au Japon, a adopté la conception universelle dans son environnement pour s'assurer que l'on tient compte des personnes de tout âge au moment de la conception, de la construction ou de la création d'édifices, de produits, de collectivités et de milieux[329, 330].

En 1999, un bureau principal, responsable de promouvoir la conception universelle auprès des municipalités, des entreprises et de la population en général, a été établi à Shizuoka. Depuis, des représentants gouvernementaux et d'autres personnes font connaître la conception universelle à l'aide d'une vaste gamme de stratégies de sensibilisation à l'aide, entre autres, de publications, de séminaires, d'ateliers et d'activités sur Internet[329, 330].

À Shizuoka, la conception universelle est déjà bien intégrée au milieu urbain quotidien. En voici des exemples :

- des autobus et d'autres véhicules de transport en commun munis d'entrées larges et basses qui en facilitent l'accès;
- davantage d'abribus munis de sièges de différentes hauteurs;
- un revêtement de la chaussée plus fin qui rend la marche plus sûre – surtout pour les personnes utilisant une canne ou un fauteuil roulant;
- des trottoirs accessibles et plus sûrs, grâce à des joints situés au même niveau que le trottoir, et à la surface perméable afin d'éviter de glisser quand il pleut;
- dans les locaux de l'université, les couloirs et les escaliers sont munis de mains courantes cannelées; de plus, les numéros d'identification des étages sont indiqués en braille pour les personnes mal voyantes et des places sont réservées pour fauteuils roulants dans les salles de conférence;
- les téléphones publics sont disposés plus bas et sont munis de boutons de réglage du volume;
- dans les hôpitaux, des panneaux faciles à lire portent les numéros et les noms des départements;
- des meubles de style japonais faciles à utiliser sont fabriqués pour les aînés[329, 334-336].

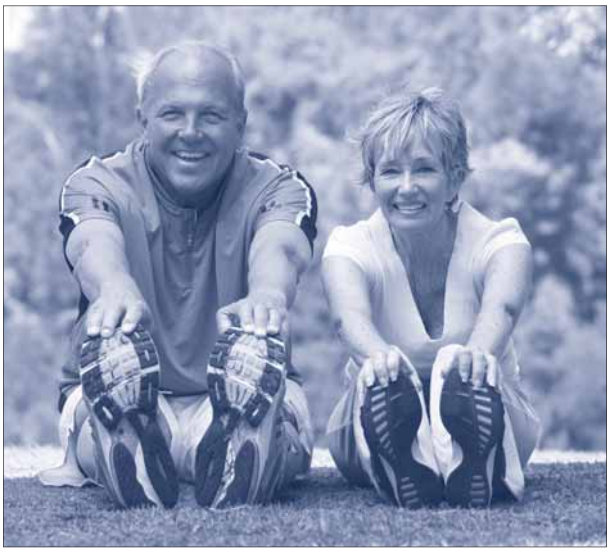
La conception universelle encourage et soutient l'interaction sociale et l'activité physique de tous les membres de la société, tout au long de leur vie.

Certains programmes mis en œuvre dans ces domaines d'intervention se sont avérés efficaces, et il y aurait lieu d'en généraliser l'application; quant à ceux qui se sont révélés prometteurs, ils devraient faire l'objet de plus amples recherches.

Mettre au point des lignes directrices sur la prévention des chutes

La mise en œuvre de lignes directrices en matière de soins de santé et de santé publique peut contribuer à réduire les facteurs de risque associés à la chute des aînés et conduire à la création de conditions propices à un vieillissement en santé. Bien que les lignes directrices ne préviennent pas directement les chutes, les pratiques, les normes et les mesures de gestion et d'évaluation peuvent, elles, mener à une stratégie générale de prévention des chutes. Les lignes directrices concernant la prévention des chutes servent à évaluer les risques, les comportements et les difficultés d'une personne en vue d'établir des normes conduisant à la réduction du nombre de chutes et leurs conséquences. En outre, elles peuvent faire appel à la contribution de différents secteurs, ce qui permet de minimiser les facteurs de risque tant pour les personnes que pour la collectivité, en plus d'intégrer les évaluations et les interventions dans une stratégie générale[148, 337]. Au Canada, des organismes et des gouvernements ont établi des lignes directrices en matière de prévention des chutes; cependant, il n'existe actuellement aucune directive du genre à l'échelle nationale.

Les efforts du Canada en matière de stratégies de prévention des chutes ont porté sur les actions conjointes de plusieurs intervenants. Par exemple, Santé Canada et Anciens Combattants Canada ont établi, de 2000 à 2004, une *Initiative pour la prévention des chutes*, qui comprend une approche communautaire de promotion de la santé servant à déterminer les stratégies de prévention des chutes efficaces auprès des anciens combattants. Des organisations professionnelles canadiennes ont aussi créé des lignes directrices en matière de prévention des chutes chez les aînés, telle l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. La *Prevention of Falls and Falls Injuries in the Older Adult* est une trousse de pratiques exemplaires que l'Association a conçue à l'intention des professionnels de la santé. Cette trousse est conçue à partir de lignes directrices cliniques probantes qui ont été mises en œuvre et évaluées[337, 338].



Dans l'ensemble, les lignes directrices de l'*American Geriatrics Society* (*Guidelines for the Prevention of Falls in Older Persons* [2001]) servent de norme internationale en ce qui concerne les stratégies de prévention des chutes chez les aînés[148, 339]. Elles sont fondées sur des données recueillies au cours d'examens systématiques, de méta-analyses, d'essais aléatoires et d'études des cohortes[339]. Ces données ont servi à formuler des recommandations, notamment :

- évaluer de façon systématique les antécédents de chutes et cerner les facteurs de risque potentiels;
- évaluer, chez les personnes ayant des antécédents de chutes, des facteurs de risque, comme des anomalies de la démarche, une mobilité réduite, une maladie chronique, une déficience visuelle ou les effets de verres correcteurs, des anomalies du système nerveux ou des problèmes cognitifs;
- procéder à des interventions multifactorielles, comme l'exercice et l'utilisation d'aides fonctionnelles;
- procéder à des interventions ciblées, comme les modifications apportées au logement et la gestion des médicaments;
- procéder à des interventions plus générales, comme des stratégies de renforcement des os et le port de chaussures appropriées[148, 339].

D'autres pays, notamment le Royaume Uni et l'Australie, ont aussi adopté des lignes directrices et des stratégies visant à prévenir les chutes[148, 340, 341]. Au Royaume-Uni, on a instauré la *Clinical Guideline 21: The Assessment and Prevention of Falls in Older People (2004)*, une ligne directrice qui englobe la détermination du risque, les évaluations multifactorielles et les interventions[148, 340]. Le gouvernement australien a établi des lignes directrices s'appliquant aux pratiques exemplaires et aux guides de mise en œuvre conçus en particulier pour des environnements que fréquentent les aînés, comme les hôpitaux, les résidences pour aînés et les établissements de soins en milieu communautaire[341].

Concevoir de nouveaux programmes d'information et de sensibilisation à grande échelle

Bien des chutes chez les aînés peuvent être prévenues. Des programmes et des campagnes de sensibilisation appropriés, combinés à des interventions à domicile, ont permis de réduire le taux de chutes[342]. Les interventions fondées sur la sensibilisation servent à mieux faire comprendre les risques et les conséquences des chutes ainsi que les avantages des stratégies de prévention[155, 337]. Les interventions de ce genre doivent s'adresser à un éventail d'auditoires, notamment aux professionnels de la santé qui travaillent auprès des aînés, à l'ensemble de la collectivité, à la famille des aînés, aux personnes jouant le rôle de soignants et aux aînés eux-mêmes[159]. Cela est très important, car, pour réduire les risques de chute, les personnes qui s'occupent d'aînés doivent connaître les facteurs qui contribuent à ces risques[337, 343].

Plusieurs provinces et territoires ont lancé des campagnes de sensibilisation destinées aux aînés afin de les renseigner sur les risques de chute. Par exemple, l'*Alberta Centre for Injury Control and Research* et l'*Alberta Medical Association* ont lancé une campagne intitulée *Finding Balance* afin de sensibiliser les aînés – et les futures générations d'aînés – à l'importance de pratiques saines et sécuritaires[344]. De plus, il a été établi que des programmes qui sensibilisent la population aux facteurs de risque de chute et encouragent des changements dans la pratique des activités et les choix, comme *Steady As You Go* (De pied ferme) en Alberta, entraînent une augmentation des activités et rendent les aînés plus sûrs d'eux (voir l'encadré 4.4 *Steady As You Go* [De pied ferme])[337, 345].

Créer les conditions pour un vieillissement en santé

Comme il est noté au chapitre 3, les aînés qui ont été victimes d'une chute peuvent craindre de tomber de nouveau; toute campagne de sensibilisation doit donc viser à combattre ces craintes[339, 343, 346]. Le Cours sur la prévention des chutes, qui a été évalué, met à profit les connaissances et les compétences des professionnels de la santé et des dirigeants communautaires qui travaillent auprès des aînés à la prévention des chutes[347]. Les participants y découvrent l'efficacité des programmes actuels et les ressources servant à repérer et à évaluer les facteurs de risque ainsi que la manière de faire participer les aînés à la mise en place de stratégies et d'interventions efficaces[347, 348]. De tels programmes de sensibilisation doivent tenir compte de la diversité des aînés (y compris les différents profils linguistiques et les niveaux d'alphabétisme) et être offerts en plusieurs langues et dans différents formats.

Pour que les campagnes de sensibilisation attirent l'attention des aînés, il faut utiliser différents outils et différentes méthodes de communication, notamment des séances d'information axées sur des présentations, des séances de questions et de réponses, des périodes de discussion ainsi que des documents imprimés (dépliants, bulletins). Les séances de groupe peuvent aussi être fécondes, car elles favorisent le contact social, la mise en commun d'idées et l'entraide entre pairs. Toutefois, pour encourager la participation, il faut organiser les séances de groupe dans des lieux accessibles et tenir compte des perceptions qui peuvent influer sur le degré de participation et la motivation des aînés. Par exemple, les aînés, quel que soit leur âge, hésitent à participer aux programmes de prévention des chutes par peur d'être considérés comme fragiles ou vulnérables aux blessures[337, 351]. Les initiatives qui réussissent à les faire participer portent sur un large éventail de capacités et s'adaptent au niveau de langue, à la culture et au statut social[337].

Favoriser les comportements et les choix santé

Bien que l'éducation joue un rôle important dans la diminution des risques de chute, ce facteur à lui seul ne suffit pas. Les programmes d'exercices destinés à la prévention des chutes couvrent habituellement l'endurance cardiovasculaire, l'équilibre et la souplesse, et ils comprennent des activités générales, comme la marche, la bicyclette et les exercices aérobiques[148, 343].

Encadré 4.4 Steady As You Go (De pied ferme)

Le programme *Steady As You Go* (SAYGO) [De pied ferme] a été conçu en Alberta en vue de réduire les risques de chute pour les aînés relativement en bonne santé et mobiles qui vivent dans la collectivité[337, 349].

SAYGO compte deux séances de 90 minutes présentées par des aînés ayant reçu une formation et appuyés par des professionnels en santé communautaire. Les participants apprennent à déterminer leurs propres risques de chute, comme le port de chaussures inappropriées, les effets secondaires de médicaments et les sources de danger au foyer, puis ils sont invités à créer et à mettre en œuvre des stratégies destinées à réduire ces risques. On montre aussi aux aînés des exercices qui renforcent leurs jambes et améliorent leur équilibre. Un mois après la première séance, les participants se réunissent et discutent des changements qu'ils ont adoptés pour réduire leurs risques de chute[337, 345, 349].

Selon les résultats de l'évaluation des premières séances, les aînés sont satisfaits du programme SAYGO. Une évaluation du programme a révélé que les 235 participants ont réduit huit des neuf facteurs de risque décrits dans SAYGO. Quatre mois après avoir assisté à une séance SAYGO, les participants présentaient 30 % moins de risque de tomber que les aînés qui n'y avaient pas participé[349].

Un deuxième programme SAYGO a été mis sur pied pour les aînés à mobilité et à énergie réduites. Au cours de cette initiative, les professionnels de la santé ont calculé les risques de chute et ont recommandé aux clients et à leur famille des manières de réduire ces risques. Les participants ont aussi reçu la visite d'animateurs formés, en plus d'être encouragés à apporter les changements nécessaires. À la suite d'une évaluation portant sur un an, on a constaté que ce second programme a permis de réduire de 30 % le nombre d'aînés fragiles victimes de chutes[345, 350].

En outre, dans les initiatives et les programmes axés sur la prévention des blessures, il faut tenir compte des comportements et des styles de vie qui influent sur le risque de chute et les conséquences chez les aînés. Par exemple, l'activité physique peut améliorer l'équilibre, la mobilité et le temps de réaction, augmenter la densité osseuse et, pour ceux qui ont subi une chute, réduire le temps de récupération[148, 337]. Une méta-analyse portant sur l'efficacité de différents types de programmes d'exercices a révélé que ceux fondés sur l'équilibre, en particulier, ont une influence positive sur la prévention des chutes, et que les programmes qui offrent plusieurs séances d'entraînement par semaine sont plus efficaces que ceux dont les séances sont moins fréquentes[148]. Même si les programmes axés sur la force et la souplesse se soldent aussi par des effets bénéfiques sur la santé, rien ne prouve qu'ils préviennent directement les chutes[352]. De vastes interventions encourageant le maintien d'un mode de vie actif tout au long de la vie peuvent réduire de 15 % le risque de chute et de 22 % le nombre de chutes chez les aînés[148]. Il est indispensable de pratiquer des exercices tout au long de la vie, et les programmes d'activité physique doivent inciter les plus jeunes à maintenir une pratique régulière et continue de l'exercice[353].

Des recherches du *Centre for Hip Health and Mobility* de l'Université de la Colombie-Britannique consolident ces idées. Les programmes de recherche intégrée du Centre, destinés à prévenir les chutes et les fractures de la hanche, ciblent toutes les populations, des enfants aux aînés. Les programmes et la recherche, qui portent entre autres sur le dépistage précoce des maladies, l'éducation et la formation des cliniciens, les interventions auprès des aînés à risque et l'information sur la recherche qu'échangent les professionnels de la santé, semblent en effet réduire les chutes et le nombre de remplacements de la hanche[354]. Des études démontrent que les fractures peuvent être évitées grâce à des exercices appropriés accomplis tout au long de la vie[354].

La prise en charge clinique des maladies chroniques ou aiguës permet d'évaluer et de gérer les programmes d'exercice personnalisés afin de réduire les risques de chute[148, 343]. Ces dernières peuvent être causées par les effets indésirables de médicaments prescrits pour traiter des maladies chroniques. Par conséquent, vérifier la liste des médicaments pris par un patient et la modifier, au besoin, est crucial pour évaluer les risques de chute et la capacité de se rétablir après une chute[148, 337]. Pour procéder à cette vérification, il faut bien maîtriser l'utilisation des médicaments (par exemple, la dose efficace la plus faible pour des symptômes précis), connaître les interactions médicamenteuses tout comme les effets que les médicaments peuvent avoir sur les activités quotidiennes d'une personne, y compris sa capacité de marcher et d'utiliser des aides fonctionnelles. L'établissement et le maintien d'une base de données des médicaments fréquemment utilisés par les aînés permettent, entre autres, de prévenir les interactions médicaments et les risques connexes pour la santé. Le Canada dispose d'une *Base de données nationale sur les produits pharmaceutiques* qui porte sur les produits à usages humain et vétérinaire, les médicaments biologiques et les désinfectants, et qui donne des renseignements sur les médicaments homologués au Canada[355]. Pour les professionnels de la santé, elle représente une bonne source d'information sur divers médicaments en usage. Cependant, l'information sur les médicaments que prend une personne et sur leurs effets secondaires possibles est en général conservée par son professionnel de la santé et n'est pas mise à la disposition des autres intervenants du milieu de la santé (y compris d'autres fournisseurs de soins et les pharmaciens). Le programme d'information pharmaceutique mis sur pied en Saskatchewan est un système électronique centralisé des dossiers pharmaceutiques de patients (voir l'encadré 4.5 *Programme d'information pharmaceutique*)[356, 357]. L'adoption

d'un système général de gestion des médicaments pourrait réduire les risques d'effets indésirables pour la santé associés à la prise de médicaments (comme les chutes) et améliorer la capacité des professionnels de la santé à suivre et à gérer les ordonnances et la distribution de médicaments dans les pharmacies.

Encadré 4.5 Programme d'information pharmaceutique

En 2005, la Saskatchewan a lancé un programme innovateur permettant aux professionnels de la santé autorisés d'accéder au dossier pharmaceutique de leurs patients en vue de mieux gérer les médicaments sur ordonnance. Le Programme d'information pharmaceutique permet aux médecins, aux infirmières et aux pharmaciens d'accéder au dossier pharmaceutique complet des patients afin d'éviter les interactions médicamenteuses indésirables et de vérifier la duplication des traitements, l'abus possible de médicaments sur ordonnance et l'utilisation adéquate des médicaments. Ce programme est un outil utile tant pour le patient que pour les fournisseurs de soins de santé. Il permet de faire le tri dans les nombreux médicaments d'un patient traité pour de multiples troubles médicaux ou de renseigner les intervenants quand ils sont plusieurs à participer aux soins fournis au patient. Il s'est aussi révélé utile dans des situations d'urgence où le patient n'était pas en mesure de parler[356, 357].

Ce programme a été mis en œuvre dans toutes les pharmacies, les salles d'urgence et plus de 100 cabinets de médecins de la Saskatchewan[357]. Cette province est la première, au Canada, qui offre à ses résidants un système qui compile l'information sur tous les médicaments prescrits sur son territoire[356].

Si l'utilisation des aides fonctionnelles peut donner aux aînés un sentiment accru de liberté, de mobilité, d'indépendance et de confiance, la mauvaise utilisation d'un tel appareil peut être dangereuse et présenter un risque de chute[148]. Les fournisseurs de soins de santé doivent savoir comment bien utiliser les aides fonctionnelles, connaître les précautions à prendre et veiller à ce que tous les utilisateurs en soient informés. Des participants aux groupes de discussion de l'Initiative pour la prévention des chutes, mise sur pied par Santé Canada et Anciens Combattants Canada (y compris des citoyens, des fournisseurs de soins de santé et des intervenants de l'industrie), ont souligné que les aînés perçoivent parfois l'utilisation d'aides fonctionnelles comme une source de stigmatisation, un signe de vieillissement et de déclin inévitable, ce qui a un effet sur la volonté d'utiliser un tel appareil[148]. Mêlant humour et conseils d'experts, le Programme de mobilité du Canada permet de sensibiliser les aînés et leur famille aux avantages de l'utilisation des aides fonctionnelles. Il aborde la question des stigmates associés à leur utilisation et les réfute, en plus de fournir des renseignements pratiques sur ces appareils. Des aînés des collectivités d'Oliver, en Colombie-Britannique, de Nipawin, en Saskatchewan et de Middleton, en Nouvelle-Écosse, ont participé au projet d'antistigmatisation des personnes utilisant des aides fonctionnelles de l'Institut de technologie de la Colombie-Britannique, mis en œuvre auprès d'aînés, de professionnels de la santé et des médias. Des ergothérapeutes et des physiothérapeutes utilisent des ressources issues de ce projet, lequel sera offert dans tout le Canada par l'entremise d'ateliers et de tournées multimédias[358].

Des recherches prometteuses sur les aides fonctionnelles sont en cours. Elles permettent d'étudier une vaste gamme d'environnements dans lesquels peuvent se retrouver les aînés qui utilisent ces appareils. Afin d'aider les personnes à vivre quotidiennement et à surmonter des incapacités, l'Institut de réadaptation de Toronto a créé un laboratoire muni d'une énorme plateforme mobile hydraulique et de plusieurs modules de recherche qui simulent le mauvais temps (comme le froid et la neige), l'intérieur d'une maison de plain-pied ainsi que l'intérieur d'un hôpital, d'un centre d'hébergement et d'un établissement de soins de longue durée[359].

Il faudrait mieux sensibiliser la population aux avantages de l'utilisation d'aides fonctionnelles et aux risques que ces dernières présentent, tout comme il faut trouver des moyens de favoriser l'éducation et la recherche dans ce domaine[148, 351]. De plus, il est nécessaire d'offrir une formation ciblée aux personnes qui travaillent avec les utilisateurs d'aides fonctionnelles.

Prévenir les chutes grâce à des milieux plus sûrs

Étant donné que la majorité des chutes surviennent à domicile ou à proximité de celui-ci, procéder à l'évaluation du logement d'un aîné, puis maintenir ou modifier cet aménagement aide à réduire le risque de chute et améliore la sécurité en général[148, 337]. Les modifications peuvent comprendre l'ajout de rampes dans les escaliers, un meilleur éclairage et des rénovations dans la salle de bains. Il se peut que certains aînés ne soient pas en mesure, physiquement ou financièrement, d'apporter les changements nécessaires pour rendre leur domicile plus sécuritaire. D'autres, qui craignant d'être stigmatisés, sont réticents à modifier leur domicile. Par exemple, quelques aînés pensent que de telles modifications révéleraient leur handicap, qu'elles sont peu esthétiques, font ressembler leur maison à un hôpital ou dévaluent leur propriété[360]. Les programmes de soutien aux aînés devraient s'attacher aux avantages qu'apportent les modifications résidentielles en vue de prévenir les chutes et d'encourager la sécurité; dans le cadre de ces programmes, il faudrait, au besoin, offrir de l'aide à la rénovation et amortir une partie des coûts (voir la section « Vieillir à l'endroit de son choix » au début de ce chapitre)[337]. Selon des ergothérapeutes, faire participer les clients au projet de modification de leur domicile et leur montrer des exemples de projets terminés (par exemple, des photos de projets semblables) aide à convaincre les aînés[360]. Un réaménagement approprié permet de prévenir les chutes[361]. Les programmes qui fonctionnent bien sont adaptés aux besoins des aînés et administrés par un professionnel de la santé dûment formé[362]. En améliorant la capacité fonctionnelle des aînés et en leur permettant d'accomplir leurs activités quotidiennes à domicile, le réaménagement des lieux contribue donc à ce que ces personnes puissent à vieillir chez elles[363].

L'aménagement de milieux plus sécuritaires dans la collectivité permet parfois d'éliminer certains risques de chute[337]. Lorsque la collectivité se mobilise, elle favorise la sensibilisation et encourage l'acceptation des programmes de prévention des chutes[337]. Pour garantir la participation à des programmes de prévention des chutes, les collectivités doivent éliminer les préjugés tels que l'âgisme et la stigmatisation. De tels programmes doivent susciter l'enthousiasme et la participation en s'adressant à une population diversifiée tant par ses besoins, ses capacités, son accessibilité, sa culture que par sa langue.

Prévenir les blessures liées aux accidents de la route

Bien que la population ait une perception négative de la conduite automobile des aînés, il faut souligner que l'âge n'est pas un facteur déterminant de la conduite dangereuse[364]. Présumer de la capacité de conduire d'une personne selon son âge revient à faire de l'âgisme (voir la section « Enrayer la discrimination fondée sur l'âge » plus loin dans ce chapitre)[365].

L'adoption de politiques en matière de sécurité routière qui s'adressent à tous les conducteurs tend à un équilibre entre droits individuels et sécurité publique. Comme dans les autres groupes d'âge, seule une petite proportion d'aînés ne conduit pas prudemment. Il arrive souvent qu'un incident impliquant un aîné au volant soit causé par une maladie ou une limite fonctionnelle (y compris la prise de médicaments). La plupart des aînés qui conduisent évaluent leur propre capacité à conduire prudemment et limitent au besoin l'utilisation qu'ils font de leur véhicule; toutefois, lorsque les circonstances le demandent, toutes les administrations provinciales et territoriales exigent des médecins qu'ils signalent aux autorités compétentes les conducteurs qui présentent un risque en matière de santé. Bien que l'Évaluation médicale de l'aptitude à conduire de l'Association médicale canadienne donne aux médecins des lignes directrices, il n'existe pas encore de distinction nette entre les limites fonctionnelles et la capacité à conduire prudemment[144, 366]. De plus, les professionnels de la santé peuvent être réticents à appliquer ces lignes directrices en raison des effets potentiellement négatifs sur la santé des aînés que peut entraîner la perte du droit de conduire, comme une réduction de la participation aux activités ou un plus grand isolement[366].

Pour traiter de la sécurité des aînés au volant, il faut sensibiliser les aînés à la conduite prudente et approfondir les recherches sur les pratiques cliniques et les politiques publiques en matière de conduite. L'Agence de la santé publique du Canada a collaboré avec l'Association canadienne des ergothérapeutes et l'Université McGill à la conception du *Plan d'action national pour la prévention des blessures chez les conducteurs âgés*. Ce plan vise à prévenir les blessures en encourageant des pratiques de conduite sécuritaires. On y indique plusieurs options pour rendre la conduite

Créer les conditions pour un vieillissement en santé

plus sécuritaire et prévenir les blessures, par exemple, offrir un cours en conduite automobile aux personnes à risque pour leur permettre de rafraîchir leurs connaissances et encourager les décideurs à mettre en œuvre des mesures incitatives (comme des crédits d'impôt et le permis conditionnel) dont profiteraient les personnes qui suivent ce cours[367]. Au Canada, on a mis sur pied le programme de recherche Candrive (*Canadian Driving Research Initiative for Vehicular Safety in the Elderly*) afin d'améliorer la santé, la sécurité et la qualité de vie des aînés au volant; ce faisant, on a adopté une méthode de recherche interdisciplinaire pour cerner, analyser et approfondir les questions relatives à la conduite automobile sécuritaire des aînés. Candrive a plusieurs objectifs, notamment approfondir les connaissances (par exemple, des méthodes et des outils servant à évaluer l'aptitude à conduire), en appliquer les résultats tant aux pratiques cliniques qu'aux politiques qui touchent à la santé et aux transports et, enfin, mettre de l'avant des campagnes de sensibilisation du public[368]. Depuis sa création en 2002, ce programme a permis d'établir des partenariats avec des groupes importants d'aînés ainsi qu'avec des organismes gouvernementaux et non gouvernementaux. Grâce à cette collaboration, on a :

- une trousse d'information sur la conduite automobile et la démence, un quide sur les conducteurs plus âgé destiné aux médicins;
- le guide *Évaluation médicale de l'aptitude à conduire de l'Association médicale canadienne*;
- une conférence canadienne de consensus sur la démence (conduite);
- de nombreux ateliers au pays et à l'étranger sur l'évaluation de l'aptitude à conduire[368].

Il est primordial de promouvoir la conduite automobile sécuritaire auprès de tous les conducteurs, y compris les aînés.

Santé mentale

On ne s'est pas suffisamment attardé à la question de la santé mentale chez les aînés, même si la sensibilisation et la recherche dans ce domaine sont à la hausse. En général, si on les compare à celles des autres groupes d'âge, les données sur la santé mentale des aînés sont limitées, tout comme le sont les services, les programmes évalués et les interventions qui ciblent expressément cette population. Un des principaux obstacles aux améliorations dans ce domaine demeure l'idée erronée selon laquelle les problèmes de santé mentale représentent une inévitable conséquence du vieillissement. C'est pourquoi les problèmes de santé mentale chez les aînés ne sont pas reconnus, diagnostiqués ni traités[369].

Peu importe l'âge, la santé mentale est importante dans la trajectoire de vie. Même si certaines personnes n'éprouvent jamais de problème de santé mentale, d'autres peuvent en connaître en vieillissant[206]. Les personnes qui ont ou qui développeront une maladie mentale peuvent quand même maintenir une bonne santé mentale et jouir d'un certain bien-être si la maladie est diagnostiquée et traitée à temps. Bien que la présence d'un facteur de comorbidité, d'un handicap, de la prise de médicaments ou d'un manque de soutien social et économique puisse compliquer la situation, des interventions, des politiques et des programmes appropriés peuvent faire en sorte que les problèmes de santé mentale, à tout âge, et quels que soient les facteurs aggravants, soient évités ou traités.

La discussion qui suit porte sur quatre secteurs qui touchent tout particulièrement à la santé mentale chez les aînés, notamment :

- la promotion de la santé mentale;
- la lutte à la stigmatisation et la sensibilisation;
- le transfert et l'échange de connaissances;
- les stratégies générales en matière de santé mentale.

Certains programmes mis en œuvre dans ces domaines se sont avérés efficaces, et il y aurait lieu d'en généraliser l'application; quant à ceux qui se sont révélés prometteurs, ils devraient faire l'objet de plus amples recherches.

Promotion de la santé mentale

La promotion d'une bonne santé mentale et du bien-être peut être avantageuse pour tous les Canadiens. Il faut l'encourager à toutes les étapes de la vie, car cela représente un aspect important du vieillissement en santé. En outre, la santé mentale peut dépendre de facteurs socioéconomiques déterminants pour la santé en général[370]. En particulier, les liens d'appartenance sociale et les modes de vie sains peuvent avoir une influence positive sur le bien-être général d'une personne et sur sa capacité à gérer le stress et les changements qui surviennent dans sa vie[370]. Par conséquent, la promotion de la santé mentale comprend aussi des initiatives qui ciblent des facteurs de nature environnementale, sociale, économique, ou en lien avec les services sociaux et les soins de santé, et qui ensemble jouent un rôle déterminant sur le vieillissement en santé.

Les programmes et les initiatives qui ciblent les comportements, de même que d'autres facteurs déterminants de la santé, contribuent à l'amélioration de la santé mentale et du bien-être. Par exemple, l'essai contrôlé randomisé *Healthy and Vital*, effectué aux Pays-Bas, fait la promotion de modes de vie sains et de l'activité physique auprès d'immigrants âgés d'origine turque en deux séances combinées – l'une portant sur l'éducation et l'autre, sur l'exercice physique[371]. Pour cette population « difficile à joindre » par l'entremise d'activités universelles de promotion de la santé, les séances combinées ont donné de meilleurs résultats sur la santé mentale et le bien-être. Les résultats positifs ont surtout été remarqués dans le sous-groupe des personnes les plus âgées[371].

Le programme *Active Living in Vulnerable Elders* (ALIVE), qui fait la promotion de la santé et du bien-être, s'adresse aux aînés à faible revenu vivant dans des ensembles d'habitations collectives. Il permet d'améliorer la qualité de vie des aînés par l'entremise de séances d'exercice et d'information et de bulletins d'information qui encouragent l'autonomie. Ce programme a permis aux participants de mieux comprendre les avantages de l'exercice. Certains ont ainsi indiqué qu'ils se sentaient mieux, qu'ils appréciaient les interactions sociales et qu'ils trouvaient que le programme était « rassurant »[372].

Des collectivités en meilleure santé peuvent aussi contribuer à une bonne santé mentale grâce à leur aménagement, ou par d'autres facteurs, en favorisant l'inclusion de tous les membres, sans égard à l'âge ou aux capacités. Les collectivités dont les ressources permettent de soutenir des programmes et des services facilement accessibles offrent des milieux propices aux rapports sociaux et favorisent la santé mentale (voir la section « Les collectivités amies des aînés et la conception universelle » plus tôt dans le présent chapitre). Pour être considérées comme amies des aînés, les collectivités doivent tenir compte des facteurs qui touchent la santé mentale et le bien-être des aînés. À cette fin, la Coalition canadienne pour la santé mentale a conçu des lignes directrices portant sur les pratiques exemplaires en matière d'évaluation, de traitement et de gestion des facteurs déterminants pour la santé mentale des aînés qui vivent au sein de leur collectivité[373].

Lutte à la stigmatisation et la sensibilisation

La stigmatisation touche les gens, les familles et les soignants, et elle apparaît dans divers milieux. Elle peut avoir des effets néfastes sur l'état de santé et la vie sociale des individus parce qu'elle influe sur leur capacité d'entretenir des relations sociales, de travailler ou d'œuvrer comme bénévole, ou encore d'obtenir de l'aide et des soins[375]. Certaines personnes sont doublement victimes de stigmatisation, car elles sont âgées et ont un problème de santé mentale. En outre, la stigmatisation de la maladie mentale peut inciter à prodiguer des soins médiocres, à marginaliser la victime à l'extérieur du système de santé ou encore à « l'entreposer » (l'abandonner dans un établissement). La stigmatisation peut aussi entraîner une marginalisation sociale, un isolement, des mauvais traitements et de la négligence, voire un placement injustifié[374]. Il existe au Canada des initiatives antistigmatisation sur le plan de la santé mentale mais, jusqu'à présent, les efforts ont surtout visé les jeunes adultes[374].

> « Il y a **stigmatisation** lorsque des gens ou des groupes sont, sans aucune justification, humiliés, mis à l'écart ou victimes de discrimination[374]. »

Les préjugés associés aux problèmes de santé mentale, comme la dépression, la démence, le delirium, la toxicomanie et les troubles de la personnalité, représentent d'autres sources de stigmatisation. Par exemple, la démence est considérée à tort comme une étape normale du processus de vieillissement[374]. Les aînés qui subissent des pertes de mémoire peuvent se voir traiter par leur entourage comme s'ils étaient absents et incapables de faire des choix. Un problème de santé mentale comme la toxicomanie est souvent perçu comme un trouble qui touche seulement les jeunes et passe donc souvent inaperçu chez les aînés[374].

L'ensemble de la population canadienne gagnerait à mieux connaître les troubles de santé mentale et à comprendre l'importance d'une bonne santé mentale. Grâce à la sensibilisation, il est possible de bousculer les idées reçues et d'éliminer la stigmatisation. On peut alors réduire les facteurs qui empêchent les aînés ayant des problèmes de santé mentale d'obtenir des soins et des traitements. Grâce à une formation et à une sensibilisation accrues, les gens, les soignants, les familles et les professionnels de la santé sont davantage en mesure de cerner et d'évaluer les problèmes de santé mentale chez les aînés. En outre, le fait de diffuser de l'information sur les programmes et les services aide les aînés, les soignants et les familles à trouver, si nécessaire, d'autres possibilités de formation, d'intervention, de soins, d'aide et de soutien.

En 2009, la Commission de la santé mentale du Canada a lancé une campagne décennale contre la stigmatisation et la discrimination appelée Changer les mentalités. Il s'agit du plus vaste effort visant systématiquement à réduire la stigmatisation associée à la maladie mentale au Canada[376, 377]. Grâce à cette initiative, plusieurs programmes locaux d'éducation portant sur les soins de santé mentale ont été lancés, dont *Changing Minds* (St. John's); *Extra Ordinary People – Centre for Building a Culture of Recovery* (Penetanguishene); le Programme de soins infirmiers psychiatriques de l'Université de Brandon (Brandon); et *Stand Up for Mental Health* (Vancouver). Ces programmes utilisent des techniques différentes (récits, comédie, présentation en groupe) pour faire découvrir aux professionnels de la santé la réalité des personnes atteintes d'un trouble mental[378]. Bien que ces programmes soient prometteurs, ils visent surtout les jeunes et ont pour objectif de sensibiliser les professionnels de la santé[376]. D'autres efforts seront nécessaires pour lutter contre la discrimination et la stigmatisation dont les aînés sont victimes.

L'Australie, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni et les États-Unis ont lancé de vastes campagnes et stratégies contre la stigmatisation dont le Canada peut s'inspirer. À titre d'exemple, le programme *Like Minds, Like Mine* (Nouvelle-Zélande) ainsi que *See Me* (Écosse) utilisent des campagnes de marketing social qui encouragent la participation sociale des gens ayant des problèmes de santé mentale pour s'attaquer aux attitudes du public et à la stigmatisation[379, 380]. Il faut effectuer d'autres travaux et recherches pour déterminer l'efficacité de ces campagnes, destinées à réduire la stigmatisation et à modifier les attitudes à l'égard de la santé et de la maladie mentales, de manière à déterminer l'orientation future des travaux de recherche[381]. Les campagnes

antistigmatisation ont une efficacité limitée en raison du manque de soutien et d'évaluation aux étapes de conception et de suivi[375]. De plus, les campagnes existantes tendent à englober l'ensemble de la population plutôt que de cibler les problèmes propres à un groupe d'âge. Il est possible de s'attaquer aux questions de santé mentale chez les aînés dans un contexte général, mais il faut tout de même prendre en considération les situations propres à ce groupe.

Transfert et échange de connaissances

La Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA) collabore avec des partenaires de partout au pays afin de faciliter et de défendre les initiatives qui améliorent et favorisent la santé mentale des aînés. La CCSMPA a aussi établi des lignes directrices nationales sur la prévention, l'évaluation, le traitement et la gestion des problèmes de santé mentale chez les aînés[207, 384]. En 2005, la Coalition a lancé les *Lignes directrices nationales de la CCSMPA sur la santé mentale chez les aînés* en vue de formuler des recommandations fondées sur des données probantes dans quatre secteurs importants : le délire; la dépression; les problèmes de santé mentale dans les établissements de soins de longue durée; les risques de suicide et la prévention. Grâce à ce projet, on a établi les premières lignes directrices interdisciplinaires nationales permettant de s'attaquer à ces questions[207, 384]. La CCSMPA s'en est depuis inspirée pour rédiger des guides destinés aux aînés et aux familles[385].

L'**application des connaissances** est un processus dynamique et itératif qui englobe la synthèse, la diffusion, l'échange et la mise en pratique des acquis; elle permet d'améliorer la santé des gens et de fournir de meilleurs services de santé[382, 383].

Après l'établissement des lignes directrices de la CCSMPA, on a lancé sept projets pilotes pour les implanter dans divers endroits au Canada. À titre d'exemple, mentionnons une trousse de prévention du suicide en fin de vie destinée aux fournisseurs de soins ainsi qu'aux éducateurs de programmes d'enseignement en santé des universités et des collèges. La trousse contient des DVD interactifs qui présentent des exemples de cas, les lignes directrices nationales de la CCSMPA sur la prévention du suicide et l'évaluation des risques de suicide, une fiche à consultation rapide ainsi que des matériaux pour les éducateurs[386, 387]. La CCSMPA offre, en outre, le guide *Suicide : Évaluation et prévention chez la personne âgée* pour aider les aînés, les familles et d'autres intervenants à reconnaître les facteurs de risque et les signes du suicide de manière à leur proposer des moyens de limiter ces risques. Ce guide semble être un moyen efficace d'appliquer les connaissances relatives aux risques de suicide et à sa prévention chez les aînés[388]. D'autres guides, à l'intention des aînés et des membres de leurs familles, ont également été créés pour traiter de la dépression, du delirium et des problèmes de santé mentale dans les établissements de soins de longue durée[384].

À l'heure actuelle, la majorité (de 80 à 90 % environ) des résidants des établissements de soins de longue durée ont un trouble cognitif ou d'un trouble de santé mentale[206, 207]. En outre, près de la moitié ont reçu un diagnostic de dépression ou présentent des symptômes de cette maladie, dont les effets négatifs sur la vie sociale, la santé, le fonctionnement et la qualité de vie doivent être pris en considération dans les établissements de santé[221]. Il se peut même que l'on sous-estime la proportion de résidants aux prises avec des troubles de santé mentale, car il est difficile de poser un diagnostic chez les aînés, en particulier chez ceux qui vivent dans un établissement de soins. Toutefois, selon des études récentes (2010), les outils d'évaluation clinique normalisés permettent de recueillir de meilleures informations à propos des aînés qui risquent d'être en mauvaise santé en raison d'une dépression ou de symptômes de dépression, et ce, en ciblant des symptômes et des comportements précis. Ces outils peuvent aussi servir à évaluer l'efficacité des interventions existantes[221]. Par exemple, à Whitehorse, au Yukon, des fournisseurs de soins utilisent des outils d'évaluation des symptômes de dépression pour dépister les patients atteints de dépression et comprendre leurs besoins qui, autrement, passeraient inaperçus. Ainsi, les fournisseurs de soins peuvent offrir des services complets et bien orientés. À ce titre, le personnel mentionne une diminution des symptômes de dépression chez les résidants et une amélioration des facteurs qui contribuent à leur qualité de vie[389].

Créer les conditions pour un vieillissement en santé

Il faut se préoccuper de l'état de santé des aînés vivant dans des établissements de soins, en apportant notamment des changements quant au nombre d'employés et à leurs compétences, aux services de soutien ainsi qu'aux ressources requises dans un établissement de ce genre afin de prendre soin de ce groupe vulnérable. Le manque actuel de ressources a des conséquences néfastes sur la santé et le bien-être et peut se traduire par la surconsommation de médicaments, une mauvaise utilisation des tactiques de contention, un fort roulement de personnel lié au stress et l'entreposage des personnes[206]. En échangeant de l'information sur les troubles de santé mentale avec divers professionnels de la santé et le grand public, il est possible de mieux faire comprendre ces problèmes et de cerner les mesures à prendre afin de mieux gérer et de satisfaire les besoins des employés des établissements de santé, des résidants et des familles.

L'Initiative nationale pour le soin des personnes âgées (INSPA) est un exemple d'initiative qui tient compte de l'importance d'utiliser des réseaux d'échange du savoir pour concrétiser les travaux de recherche. Elle offre un programme de formation qui permet aux intervenants de diverses professions et disciplines, comme la médecine, les soins infirmiers, la réadaptation et le travail social en gérontologie, d'échanger de l'information. L'INSPA fonctionne au moyen d'un réseau d'équipes thématiques et de comités ayant pour mission d'améliorer les soins donnés aux aînés au Canada et à l'étranger. Elle couvre plusieurs aspects importants, notamment les prestations des soins généraux, les soins offerts aux personnes atteintes de démence, la violence envers les aînés, les questions de fin de vie, la santé mentale, l'ethnicité et le vieillissement (voir plus loin dans le présent chapitre l'encadré 4.7 *Équipe de la lutte à la violence faite aux aînés [INSPA] : savoir pour agir*)[390-392].

Le Réseau d'application de la recherche sur les démences a aussi pour objectif de concrétiser les travaux de recherche. Il facilite et accélère l'application des connaissances par l'intermédiaire d'un réseau national de chercheurs et de groupes d'utilisateurs qui s'intéressent à la maladie d'Alzheimer et aux affections connexes. Il est ainsi possible de renforcer les capacités et de combler les lacunes sur le plan des diagnostics, des soins et du traitement de la maladie d'Alzheimer et des affections

connexes[393, 394]. Le Réseau d'application de la recherche sur les démences permet aussi d'établir et de maintenir des collaborations à long terme à l'échelle nationale et internationale[395, 396]. À l'heure actuelle, le réseau regroupe plus de 200 chercheurs et fournisseurs de soins de partout au pays et couvre trois secteurs thématiques : éducation et formation en application des connaissances, échange de connaissances et de ressources sur les démences au Canada et application des connaissances axées sur les malades et les soignants. Ensemble, ces trois secteurs améliorent notamment l'accès des malades et des soignants à des renseignements sur la démence et renforcent l'application des résultats de recherche dans les soins donnés aux personnes atteintes de démence[397].

Il serait utile d'avoir une initiative pancanadienne qui soutiendrait la recherche et permettrait d'échanger de l'information sur les problèmes de santé mentale chez les aînés, ainsi que sur les causes, les traitements et les interventions. Des intervenants de partout au Canada, et probablement aussi de l'étranger, auraient ainsi la possibilité de collaborer. La Commission de la santé mentale du Canada met sur pied un centre d'échange de connaissances qui donne accès à des renseignements fondés sur des données probantes touchant la santé mentale et la maladie mentale, et offre aux citoyens la possibilité de participer aux efforts déployés en ce sens. Au sein de ce centre, des réseaux d'échange de connaissances axés sur la santé mentale des aînés soutiendraient les progrès en recherche et en développement, ce qui permettrait de mieux servir ce groupe.

Stratégies générales en matière de santé mentale

Les stratégies et politiques en matière de santé mentale doivent être suffisamment souples pour combler différents besoins[398]. Il existe, en ce moment, des stratégies nationales qui couvrent des problèmes de santé mentale précis chez certains sous-groupes d'aînés. Par exemple, la *Stratégie en matière de santé mentale* d'Anciens Combattants Canada comporte quatre éléments principaux (continuum des services, création de capacités, leadership et partenariats). Elle repose sur une approche axée sur la personne considérée comme un tout. Elle renforce aussi les ressources, ce qui permet d'évaluer, d'aider et de soigner les personnes en état de stress post-traumatique[399].

Afin de répondre aux besoins en santé mentale actuels et futurs des Canadiens, y compris des aînés, la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) a préparé un document intitulé *Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada*. L'objectif est d'établir une stratégie qui permettra à toute personne résidant au Canada de jouir du meilleur état de santé mentale et de bien-être possible[398]. À cette fin, la CSMC a formé huit comités consultatifs chargés de conseiller et de mobiliser les intervenants. Un de ces comités s'occupe plus particulièrement de la santé mentale des aînés et veille à ce que les travaux et les initiatives de la CSMC intègrent cet aspect dans une perspective qui tient compte des étapes de vie. Ce comité est notamment chargé de cerner des stratégies axées sur la santé mentale des aînés, y compris des initiatives de lutte contre la stigmatisation et la discrimination[373, 400]. De façon similaire, le comité consultatif des Premières nations, des Inuit et des Métis cherche à favoriser la santé mentale des peuples autochtones au Canada, y compris celle de leurs aînés. Au fil du temps, tout en s'assurant que sa structure reflète les croyances culturelles, ce comité aide à combler les besoins de ce groupe et à mieux faire connaître et comprendre les questions de sécurité culturelle, de justice sociale, de responsabilité éthique et de diversité dans les compétences. Par ailleurs, le comité cherche aussi à promouvoir et à établir des directives émanant des Autochtones, lesquelles serviront à mettre en œuvre, dans des collectivités autochtones, des programmes de première ligne en matière de santé mentale et de toxicomanie[401].

Approuvé par le comité consultatif sur les aînés de la CSMC, l'Outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés représente une autre initiative ayant une portée nationale. Cet outil d'évaluation a été créé pour renforcer la capacité des organisations gouvernementales et non gouvernementales d'établir des politiques, des lois, des programmes et des services qui favorisent la santé mentale des aînés. Mis au point par la *British Columbia Psychogeriatric Association*, cet outil analytique sert aussi à cerner et à prévoir les effets négatifs non intentionnels, directs ou indirects, des initiatives prévues ou existantes en matière de santé mentale des aînés. À cette fin, cet outil tient compte de divers facteurs, comme le revenu et l'accessibilité des services[402]. L'Association a aussi établi des lignes directrices pour répondre aux besoins en santé mentale des aînés qui sont traités pour un cancer. Ces lignes directrices présentent de façon unique le point d'intersection entre la santé mentale et une maladie chronique, et elles offrent des renseignements pratiques aux soignants[403].

Prévention de la violence et de la négligence envers les aînés

Comme il est mentionné au chapitre 3, de 4 à 10 % des aînés au pays sont victimes de mauvais traitements ou de négligence[283]. Ce problème reste souvent caché et sous-déclaré, et n'est devenu une question d'intérêt général que tout récemment[274, 287, 404]. Il y a peu de données sur les mauvais traitements et la négligence envers les aînés, mais l'existence même de tels cas est inacceptable. Il faut donc s'attaquer à ce problème au moyen d'interventions, de lois et de politiques qui veillent à la protection et à la santé de tous les aînés au Canada. Les trois secteurs clés suivants se sont montrés efficaces ou se sont avérés prometteurs pour le dépistage et la réduction de la violence et de la négligence infligées aux aînés :

- les lois et la législation;
- la sensibilisation, l'éducation et la formation;
- des collectivités fortes et viables.

Créer les conditions pour un vieillissement en santé

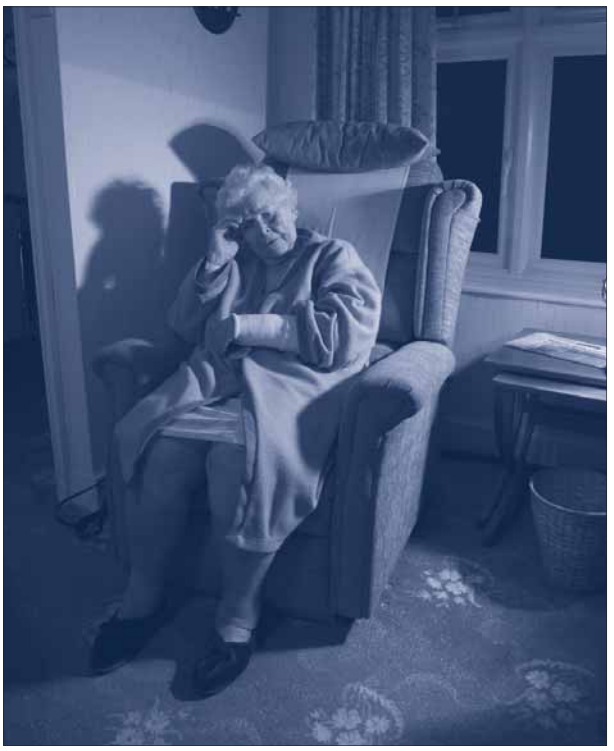
Lois et législation

Au Canada, des lois pénales portant sur la violence familiale, la protection et la tutelle des adultes permettent de protéger les aînés des mauvais traitements et de la négligence. Le droit pénal s'applique partout au Canada, mais le droit civil peut varier d'une province ou d'un territoire à l'autre, et il peut s'appliquer différemment selon l'état mental de l'adulte victime de mauvais traitements et de négligence.

Certaines formes de mauvais traitements, comme la fraude, les voies de fait, les menaces verbales et le harcèlement, constituent des crimes en vertu du *Code criminel du Canada*[297]. De plus, les infractions aux lois relatives à la tutelle, au droit de la santé, aux mandataires et aux lois sur les successions visant à protéger les aînés, y compris l'abus de procuration ou la contravention aux lois sur les fiduciaires, sont des crimes selon les lois provinciales et territoriales.

La plupart des provinces et des territoires disposent de lois sur la protection et la tutelle qui fournissent des mesures juridiques supplémentaires protégeant les aînés victimes de mauvais traitements, de même qu'une gamme d'interventions en service social ayant pour but de protéger les aînés en cas de détérioration de leurs capacités physiques ou mentales[297, 405-412]. Plusieurs administrations ont également des lois relatives à l'abus institutionnel, ce qui leur permet de répondre au signalement de mauvais traitements infligés à des personnes recevant des soins[297, 413-417]. En outre, la plupart des administrations ont des lois sur la violence familiale qui offrent une protection civile aux victimes de violence familiale, y compris les ordonnances d'intervention d'urgence[297, 418-426]. Au Québec, les lois sur les droits de la personne peuvent également contribuer à protéger les adultes maltraités en précisant les droits des personnes à charge[427].

L'équilibre entre la protection et la nécessité de respecter l'autonomie des aînés est une question importante pour le système de santé canadien et les travailleurs des services communautaires. Bien que des lois protègent les Canadiens, celles-ci ne sont pas toujours connues et les gens hésitent à prendre les mesures prévues par ces lois. Les mauvais traitements et la négligence sont des questions complexes à aborder et posent des problèmes aux fournisseurs de soins de santé et de services communautaires sur les plans juridique et éthique. De nombreux intervenants ne possèdent pas la formation ni l'information nécessaire, et ils ne sont pas outillés pour reconnaître les signes de mauvais traitements et de négligence. De plus, il peut être difficile de respecter à la fois les lignes directrices relatives aux pratiques propres à leur discipline, les lois provinciales (en ce qui concerne les aînés vulnérables) et les règlements régissant leur lieu de travail[428]. Dans de nombreux cas, les aînés qui sont victimes de mauvais traitements infligés par des membres de leur famille souhaiteraient que ces mauvais traitements cessent, mais ils ont peur d'être isolés et coupés de leur famille. Par conséquent, il arrive souvent que les mauvais traitements et la négligence ne soient pas déclarés[429]. Cette situation peut aussi résulter d'une mauvaise compréhension de ce qui constitue des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés ainsi que des lois connexes qui criminalisent les comportements abusifs[429, 430].



Sensibilisation, éducation et formation

Pour prévenir les mauvais traitements et la négligence envers les aînés, il faut davantage sensibiliser la population et modifier ses attitudes. L'efficacité de la majorité des stratégies de prévention, des pratiques et des programmes relatifs aux mauvais traitements et à la négligence n'est pas évaluée. À mesure que les mauvais traitements et la négligence envers les aînés sont mieux connus, on s'attend à ce que les programmes de prévention soient améliorés, que plus de données soient accessibles et que des évaluations complètes soient effectuées[283]. Ainsi, accroître la sensibilisation et investir dans des programmes d'éducation sur les mauvais traitements et la négligence envers les aînés procurera des avantages importants, notamment :

- augmenter la capacité des professionnels de la santé et des services sociaux qui travaillent directement auprès des aînés à détecter les signes de mauvais traitements et à trouver le soutien adéquat;
- renseigner les victimes éventuelles sur leurs droits et sur les mesures mises à leur disposition pour les protéger;
- sensibiliser les aînés, leurs familles, leurs voisins et les collectivités à la question des mauvais traitements et de la négligence, ainsi qu'au soutien offert aux aînés et aux aidants de soins afin de les aider à gérer la situation.

Un élément clé de toute stratégie relative aux mauvais traitements est d'accroître la capacité des fournisseurs de soins de santé et de services sociaux à déceler les signes de mauvais traitements, de travailler avec les personnes touchées et leur famille, et de recommander les mesures et le soutien adéquats en vue de régler le problème. L'OMS recommande que les spécialistes en soins primaires reçoivent une formation sur les signes à surveiller et la façon de jouer un rôle actif dans la prévention des mauvais traitements et de la négligence, et ce, parce qu'un examen systématique révélait que la plupart des professionnels sous-estimaient la prévalence des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés[404, 431]. De plus, on signale que seulement un quart des médecins américains connaissent les lignes directrices de l'*American Medical Association* relatives aux mauvais traitements infligés aux aînés. Les professionnels de la santé ayant

reçu de la formation sur ce sujet sont probablement mieux en mesure de déceler le problème et de recommander des interventions adéquates[431]. Dans le même ordre d'idées, des études réalisées au Royaume-Uni révèlent que la plupart des omnipraticiens déclaraient qu'une formation leur serait bénéfique pour déceler et gérer les cas de mauvais traitements et de négligence à l'égard des aînés[432]. Au Canada, certains intervenants auprès des aînés ont signalé que la formation en prévention des mauvais traitements et de la négligence leur a permis d'accroître leurs connaissances et de se munir des outils les aidant à reconnaître de telles situations. La formation a également permis de revoir les lignes directrices portant sur la déclaration de cas soupçonnés, et d'aborder les conséquences des mauvais traitements sur la santé et la vie sociale ainsi que les conséquences qui surviennent à la suite de leur signalement[283]. Les participants ont trouvé la formation utile, mais ils ont déclaré que le programme de formation serait bénéfique s'il traitait d'un éventail de mauvais traitements (financiers, physiques, émotifs ou autres) et s'il était offert à divers fournisseurs de soins de santé et de services sociaux provenant de domaines comme la médecine, le travail social, la police et la justice criminelle, la religion, l'éducation, ainsi que ceux à qui revient le soin d'établir des politiques et de prendre des décisions[283].

Les pratiques d'éducation et de sensibilisation du public qui traitent de la violence familiale et des mauvais traitements infligés aux enfants ont connu un certain succès et pourraient s'appliquer à la prévention des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés (voir l'encadré 4.6 *Initiative fédérale de lutte contre les mauvais traitements envers les aînés*)[433]. Pour assurer le

Encadré 4.6 Initiative fédérale de lutte contre les mauvais traitements envers les aînés

En 2008, le gouvernement du Canada a annoncé que, dans le cadre de l'Initiative fédérale de lutte contre les mauvais traitements envers les aînés (IFLMTA), il investissait la somme de 13 millions de dollars sur trois ans afin de sensibiliser les aînés, leurs familles et les groupes de professionnels aux mauvais traitements infligés aux aînés. Il s'agit d'une initiative menée par Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDCC), en partenariat avec l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), le ministère de la Justice Canada et la Gendarmerie royale du Canada (GRC). L'initiative comprend une campagne nationale de sensibilisation ainsi que des mesures mises en place par de nombreux ministères dont les programmes et les activités sont destinés aux aînés et aux personnes travaillant auprès d'eux[433, 435].

Les quatre partenaires clés du gouvernement fédéral prenant part à l'IFLMTA contribuent à accroître la sensibilisation aux mauvais traitements envers les aînés. L'ASPC est chargée de promouvoir les activités liées à la santé publique qui sont destinées aux professionnels de la santé et à d'autres intervenants clés. Le ministère de la Justice Canada finance des associations publiques d'éducation et d'information juridiques, provinciales et territoriales, pour qu'elles diffusent des renseignements régionaux sur les mauvais traitements à l'égard des aînés. Il produit aussi des documents d'information nationale destinés aux aînés afin de les sensibiliser au risque de fraude[436]. RHDCC prépare des documents d'information qui permettent aux associations professionnelles d'offrir à leurs membres des séances de sensibilisation aux mauvais traitements à l'égard des aînés[433]. La GRC collabore avec d'autres organismes et les collectivités afin de mettre au point des documents d'information, des outils et des ressources destinés autant au public qu'aux policiers, aux fins de prévention et de sensibilisation. Cela les aidera à reconnaître plus facilement les mauvais traitements envers les aînés et à intervenir[437].

La campagne nationale de sensibilisation de l'IFLMTA, intitulée Les mauvais traitements envers les aînés – Il est temps d'ouvrir les yeux, a été lancée le 15 juin 2009. Elle coïncidait avec la Journée internationale des personnes âgées des Nations Unies, le 1er octobre 2009. La campagne reposait sur des publicités présentées à la télévision, dans Internet et dans des revues. Cette campagne a aidé les Canadiens à reconnaître les signes des mauvais traitements infligés aux aînés et elle a servi à fournir des renseignements importants sur l'aide et les mesures de soutien disponibles[435, 438].

Un financement particulier et unique a été offert dans le cadre de Nouveaux Horizons pour les aînés. Ce programme offre du financement aux associations professionnelles afin qu'elles adaptent, personnalisent et diffusent de la documentation traitant des mauvais traitements à l'égard des aînés, et qu'elles utiliseront au sein de leurs organisations en vue d'aider les intervenants de première ligne du secteur juridique, des services sociaux et du secteur de la santé à reconnaître les cas de mauvais traitements envers les aînés et à intervenir[438]. Afin d'être admissibles au financement, les associations professionnelles doivent être canadiennes, avoir le statut d'organisation sans but lucratif et offrir leurs services à des membres situés dans au moins cinq provinces ou territoires[433, 438].

Les projets financés dans le cadre de l'IFLMTA comprennent notamment :

- L'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE), par l'entremise d'Abus envers les aînés : une approche concertée à la sensibilisation et un projet d'éducation, établira une directive et un didacticiel Web pour sensibiliser les ergothérapeutes aux indicateurs de mauvais traitements, à la prévention, à l'évaluation, aux protocoles d'intervention, aux lois pertinentes, à la réglementation et aux ressources. L'ACE reconnaît que les ergothérapeutes sont souvent en mesure de reconnaître les signes des mauvais traitements infligés aux aînés et elle s'engage à leur procurer l'information dont ils ont besoin pour intervenir adéquatement. Ces ressources seront présentées à l'occasion de la conférence annuelle nationale de l'ACE, en 2011[439, 440].

- L'Association canadienne des hygiénistes dentaires, dans le cadre du projet de reconnaissance des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés par les hygiénistes dentaires, mettra sur pied un programme de perfectionnement professionnel sur le dépistage des mauvais traitements envers les aînés destiné aux hygiénistes dentaires. Le programme comprendra un cours en ligne, des séminaires web interactifs et des ressources imprimées servant à sensibiliser les membres de l'Association canadienne des hygiénistes dentaires à la question des mauvais traitements envers les aînés et à accroître leur capacité d'intervention en cas de mauvais traitements[439].
- L'Association des infirmières et infirmiers du Canada, dans le cadre du projet de promotion de la sensibilisation aux mauvais traitements envers les aînés en établissements de soins de longue durée, mettra sur pied des séances d'éducation et accordera des ressources complémentaires sur la prévention des mauvais traitements chez les aînés. Elle les offrira aux fournisseurs de services dans cinq établissements de soins de longue durée au Canada afin d'accroître leur connaissance et leur compréhension de cette question[439].
- La Fédération des associations de juristes d'expression française, dans le cadre du Projet de sensibilisation des juristes d'expression française, offrira des séances d'information personnalisées sur la sensibilisation aux mauvais traitements envers les aînés aux avocats de sept provinces canadiennes (la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse) afin de les sensibiliser à cette question et d'améliorer la prestation des services offerts aux aînés[439].
- La Fédération des locataires d'habitation à loyer modique du Québec, dans le cadre du projet Vieillir en paix dans nos HLM, offrira une formation aux bénévoles, aux locataires et aux gestionnaires de même qu'aux travailleurs sociaux et aux intervenants communautaires de ses 300 associations de résidants sur la prévention et le dépistage des mauvais traitements à l'égard des aînés[439].
- La Fondation du Centre de santé et de services sociaux, dans le cadre du projet Contrer la maltraitance envers les aînés, une responsabilité collective, mettra sur pied et tiendra des ateliers axés sur la sensibilisation, le dépistage et l'intervention en lien avec les mauvais traitements envers les aînés. Les ateliers seront offerts à 700 intervenants ainsi qu'à des bénévoles provenant de l'extérieur du réseau de la santé et des services sociaux. Ils permettront de sensibiliser les fournisseurs de soins primaires aux mauvais traitements envers les aînés[439].

succès des programmes d'éducation et de sensibilisation, il est essentiel de fournir de l'information visant à réduire les stéréotypes et la discrimination fondée sur l'âge (voir la section « Enrayer la discrimination fondée sur l'âge » plus loin dans ce chapitre) et de cibler différents groupes de population. Les programmes principalement consacrés aux aînés sont importants pour deux raisons : ils aident les aînés à évaluer leur propre situation et ils permettent de reconnaître les situations de mauvais traitements entre pairs. Les programmes destinés aux aînés doivent fournir de l'information, éliminer la stigmatisation et la honte et cerner les occasions qui leur sont offertes d'être actifs et de prendre part aux activités de leur collectivité (par example, à titre de mentors et de leaders)[434]. De plus, en raison de la diversité de cette classe de la population au Canada, on devrait aborder, dans le contexte des programmes d'éducation, la question des mauvais traitements et de la négligence en tenant compte de la langue et de la culture[283].

Puisque les rôles d'aidants sont souvent assumés par des membres de la famille et d'autres personnes en relation de confiance, en ciblant ces derniers à l'éducation et à la sensibilisation est une initiative importante pour la prévention. Cette sensibilisation peut les aider à reconnaître des comportements acceptables et inacceptables à l'égard des aînés et aider les membres de la famille et les autres personnes à gérer leur stress, à s'occuper de leur santé et de leur bien-être. La dynamique familiale, notamment les antécédents de violence familiale, la toxicomanie ou l'alcoolisme et la psychopathologie propre au soignant

Encadré 4.7 Équipe de lutte à la violence faite aux aînés : savoir pour agir

L'Initiative nationale pour le soin des personnes âgées (INSPA) fait partie d'un réseau international de chercheurs et de praticiens ayant à cœur d'améliorer les soins des aînés. L'INSPA a récemment lancé Équipe de lutte à la violence faite aux aînés : savoir pour agir, un projet financé par le programme Nouveaux Horizons pour les aînés de RHDCC, qui s'échelonnera sur trois ans. Ce projet permet principalement d'aborder les questions de sensibilisation aux mauvais traitements à l'égard des aînés et celles de dépistage, de gestion et de prévention, en se servant davantage des études fondées sur des données probantes. Il vise également à préparer et à diffuser des outils d'information et à sensibiliser la collectivité[392, 447].

Le projet comprend trois volets principaux : conception des outils; diffusion de ces outils; leadership et défense des droits des aînés. Le premier volet consiste à choisir des outils et à les produire en vue de créer une trousse bilingue destinée à un éventail d'intervenants, notamment les travailleurs sociaux, les fournisseurs de soins de santé, les aidants et les policiers. La trousse facilite le dépistage, l'intervention et la prévention des mauvais traitements à l'égard des aînés[447, 448].

Une fois conçus, les outils seront distribués partout au Canada à l'occasion des formations qui seront offertes à Vancouver, à Regina, à Toronto, à Sherbrooke et à Halifax. L'équipe examinera la meilleure façon de mettre ces outils et cette formation à la disposition d'autres collectivités par le truchement de diverses technologies Web abordables[447, 449].

Le troisième volet du projet sert à soutenir le leadership et la sensibilisation de la collectivité; il fait appel à la participation des aînés à chaque étape et au cours de chaque activité du projet en les incitant, entre autres, à une participation active au moment de la conception et de la diffusion de la trousse dans les collectivités. De plus, les cinq coordonnateurs régionaux du projet sensibilisent les aînés, les travailleurs sociaux, les professionnels de la santé, les aidants et les policiers au dépistage, à la gestion et à la prévention des mauvais traitements envers les aînés[447, 448].

Le projet Équipe de lutte à la violence faite aux aînés : savoir pour agir est actuellement évalué dans le cadre de l'entente de financement du programme Nouveaux Horizons pour les aînés. L'initiative d'éducation et de prévention des mauvais traitements envers les aînés est un projet prometteur qui mérite de faire l'objet d'autres recherches et analyses.

comptent parmi les facteurs à examiner pour déterminer si ce dernier risque d'infliger des mauvais traitements. Considérer les mauvais traitements et la négligence envers les aînés comme un problème de société, et non comme une simple affaire familiale, peut aider à mieux faire saisir l'urgence de ce problème et jeter les bases qui permettent l'amélioration des soins et provoque des changements sociaux. La *Families Commission of New Zealand* recommande de se servir d'un cadre écologique qui comprend l'individu, la famille, l'établissement, la collectivité et la société en général dans lesquels vivent l'aidant et le bénéficiaire de soins[441]. Des évaluations générales de l'aidant ont été établies pour servir de pratiques exemplaires. Elles permettent d'éliminer les facteurs qui font obstacle à la promotion et au soutien de la santé de l'aidant. Toutefois, il faudra mener davantage de travaux de recherches afin de mieux répondre aux besoins de ceux qui bénéficient de soins et de mieux appuyer leurs aidants[442, 443].

À l'échelle internationale, on reconnaît de plus en plus que l'éducation et la sensibilisation aux mauvais traitements et à la négligence, ainsi que leur prévention, nécessitera la mise sur pied de réseaux de connaissances et d'information, ce qui permettra de mieux cerner les enjeux actuels et futurs, de mettre en œuvre des stratégies et des cadres d'intervention et de communiquer l'information et les pratiques exemplaires. Le Canada a réalisé des progrès en ce qui a trait à la création de réseaux pour la prévention des mauvais traitements et de la négligence, en collaboration avec le Réseau canadien pour la prévention des mauvais traitements envers les

aînés de même qu'avec les réseaux provinciaux tels que le Réseau ontarien pour la prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées, le *Manitoba Network for the Prevention of Abuse of Older Adults* et les *B.C. Community Response Networks*[444-446].

De nombreux professionnels de la santé travaillant en établissement (par example, des établissements de soins de longue durée) signalent qu'ils ont été témoins, à un moment ou à un autre de leur carrière, d'une forme quelconque de mauvais traitements et de négligence; toutefois, il existe peu de renseignements sur les pratiques exemplaires servant à prévenir les mauvais traitements[450]. Ces mauvais traitements peuvent être expliqués par le degré de déficience cognitive du patient qui parfois dépasse ou met à l'épreuve les compétences du soignant ainsi que sa capacité à composer avec la situation. Ils peuvent aussi résulter du manque de respect envers les personnes invalides ou inaptes ou envers leurs droits; ils peuvent également s'expliquer par l'absence de lien entre les établissements et la communauté externe en général ou encore par des problèmes systémiques (par example, insuffisance des effectifs, mauvaise compréhension des tâches, contraintes financières, crainte de représailles pour les résidants qui signalent les mauvais traitements)[450]. Pour régler les questions des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés, il faut reconnaître les problèmes systémiques de plus vaste portée, comme la formation et les compétences du personnel, l'âgisme et l'affectation des ressources consacrées aux soins des aînés dans les établissements, qu'ils soient ou non réglementés[451]. La prévention doit s'attacher à surmonter ces défis.

La formation portant sur les soins adéquats de même que sur la prévention des mauvais traitements et de la négligence contribuerait à mieux protéger les aînés en établissements contre les mauvais traitements et à leur assurer un environnement sécuritaire où règne le respect. Parmi les approches employées pour prévenir les mauvais traitements et la négligence dans les établissements de santé, on compte la conception et la mise en œuvre d'une gamme d'initiatives d'éducation et de formation qui aident le personnel à reconnaître les mauvais traitements et à accroître les connaissances et les compétences dont il a besoin pour les prévenir[450, 451]. Or, on ne sait pas vraiment si la formation offerte aux professionnels de la santé travaillant en établissements est efficace. Il faudra davantage se pencher sur cette question afin de mieux comprendre le phénomène des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés vivant dans ces établissements[431].

Création de collectivités fortes et viables

Pour lutter contre les mauvais traitements et la négligence, il a été démontré qu'il est plus prometteur de déployer des efforts communautaires harmonisés que des efforts sporadiques manquant de coordination. Une approche coordonnée de développement communautaire devrait permettre de recenser les ressources des collectivités, d'en arriver à une compréhension commune de ce que sont les mauvais traitements et de mettre en place des réseaux de communication et de services. Il s'agit d'un processus concerté qui peut mener à la conception de protocoles interorganisationnels et d'approches coordonnées de prévention et d'intervention. Certains secteurs, comme les services juridiques ou sociaux, les services d'éducation et ceux de soins de santé, doivent travailler en partenariat pour prévenir les mauvais traitements et la négligence, et pour protéger et aider les aînés à risque[283].

Les aînés eux-mêmes ont un rôle de leader à jouer dans leur collectivité en ce qui concerne la promotion du vieillissement en santé et la prévention des mauvais traitements et de la négligence. À cette fin, ils peuvent s'informer davantage sur leurs droits et sur la manière de s'adresser aux autres aînés à propos des problèmes tels que les mauvais traitements et la négligence[452, 453]. Ils peuvent également se protéger en restant actifs, en gardant le contact avec la société, en s'assurant que leurs transactions financières se font automatiquement par l'entremise d'une institution financière (et qu'elles peuvent donc être surveillées) et que les questions de procuration et de propriété sont gérées par des personnes de confiance[452, 454]. Il peut toutefois être difficile, voire problématique, de trouver des personnes de confiance, surtout si ces dernières sont celles qui en viennent à infliger de mauvais traitements. Il est possible de prendre des mesures concrètes pour affronter une telle situation, notamment en parler à quelqu'un et comprendre que ce genre de situation peut survenir à n'importe quel âge, qu'il s'agit d'une violation des droits et que la victime

n'est pas en cause[454]. Les plans d'intervention doivent permettre aux victimes de jouer un rôle dans leur collectivité. Renforcer les capacités communautaires est crucial pour lutter contre les mauvais traitements et la négligence infligés aux aînés.

Appartenance sociale

Il existe un lien direct entre l'appartenance sociale et le bien-être. Faire partie d'une famille, avoir des amis et ressentir un sentiment d'appartenance à notre communauté contribuent à une bonne santé[12, 177]. Les paragraphes suivants mettent l'accent sur trois sphères d'intervention principales qui encouragent et améliorent le sentiment d'appartenance sociale :

- enrayer l'isolement social;
- faire du bénévolat;
- enrayer la discrimination fondée sur l'âge.

Certains programmes mis en œuvre dans ces domaines d'intervention se sont avérés efficaces, et il y aurait lieu d'en généraliser l'application; quant à ceux qui se sont révélés prometteurs, ils devraient faire l'objet de plus amples recherches.

Enrayer l'isolement social

Le fait d'avoir accès aux installations communautaires, aux moyens de transport et à des activités abordables en plus d'avoir un rôle significatif à jouer dans la société peut aider certains aînés à prendre une part active à la société et à être moins marginalisés[12, 177]. Ceux qui vivent dans les milieux ruraux et éloignés peuvent être à risquent d'isolement. Ceux qui prennent soin d'autres aînés sont également à risque, car leurs responsabilités consument leur énergie et ils n'ont pas la force ou peu de temps à participer à d'autres activités. Les immigrants plus âgés qui viennent au Canada et qui tentent de s'adapter à une nouvelle communauté risquent d'isolement, particulièrement si les barrières linguistiques compliquent l'accès aux services ou leur participation à la société[7].

Puisque les comportements sociaux sont adoptés et conservés au cours des différentes étapes de la vie, il est primordial de s'attaquer à l'isolement social, peu importe l'âge de la personne qui en souffre. L'impact cumulatif de l'isolement à long terme peut toutefois s'accentuer avec l'âge, lorsque diminuent les occasions de participer à la vie sociale, en raison d'une mauvaise santé, de la perte d'êtres chers, de l'absence de rôle à jouer ou de responsabilités à endosser et de la diminution du revenu[455-458]. Pour que les aînés isolés prennent une part plus active à la société, ils doivent bénéficier d'environnements qui leur offrent l'occasion de s'engager, de jouer un rôle significatif et d'être respectés au sein de leur collectivité[12]. Il faudra mener de plus amples recherches sur la qualité des réseaux de soutien communautaires et se demander comment les aînés les plus à risque perçoivent ces réseaux et s'ils les acceptent[459].

Il existe tout un éventail de plans d'intervention ciblés servant à enrayer l'isolement social chez les aînés, comme du soutien offert sur une base individuelle et des séances d'apprentissage en groupe[460]. Un examen systématique de l'efficacité de ces plans d'intervention a démontré que les interventions en groupe au cours desquelles on aborde différents sujets et qui encouragent les participants à s'exprimer s'avèrent, au fil du temps, bénéfiques[461]. En plus d'utiliser des plans d'intervention ciblés, il est possible d'encourager la participation sociale par l'entremise de programmes favorisant l'intégration à la collectivité. Au Canada, le programme Nouveaux Horizons pour les aînés offre du financement aux organismes qui tentent d'améliorer la qualité de vie des aînés en les encourageant à mener une vie active et à participer à des activités sociales[462]. Ce programme permet également de financer les organismes qui suscitent le respect envers les

aînés en encourageant ces derniers à transmettre leurs connaissances et leurs expériences tout en sensibilisant la population aux difficultés auxquelles ils se heurtent, comme les mauvais traitements. (voir l'encadré 4.8 *Programme Nouveaux Horizons pour les aînés*)[462].

Compte tenu de l'incidence négative possible de l'isolement social sur la santé des aînés, les futurs programmes devraient inclure des initiatives en matière de transport des aînés, augmenter le niveau de prestation des services et soutenir la mise en place de services dans

Encadré 4.8 Programme Nouveaux Horizons pour les aînés

Le programme Nouveaux Horizons pour les aînés (PNHA) offre du financement aux organismes canadiens sans but lucratif qui s'efforcent d'améliorer la qualité de vie des aînés[463]. Doté d'un budget annuel de 28,1 millions de dollars, le programme offre trois volets de financement : la participation communautaire et le leadership; l'aide à l'immobilisation; la sensibilisation aux mauvais traitements envers les aînés[462, 463].

Le financement octroyé pour la participation communautaire et le leadership encourage les aînés à participer activement aux activités continues de leur collectivité. Les projets sont mis sur pied et dirigés par les aînés. Ils comprennent une variété d'activités axées sur la transmission des traditions, des compétences, des expériences et de la sagesse; sur l'enseignement de nouvelles compétences aux pairs; et sur le mentorat des jeunes[462, 464].

Le financement pour l'aide à l'immobilisation permet aux organismes sans but lucratif qui offrent des programmes et des activités communautaires aux aînés de défrayer les coûts de rénovation de leurs installations et de remplacer l'équipement désuet. Les organismes admissibles font la promotion de la participation continue des aînés au sein de leur collectivité[462, 464].

Le financement pour la sensibilisation aux mauvais traitements envers les aînés aide les organismes à mettre sur pied des campagnes de sensibilisation qui contribuent à prévenir les mauvais traitements envers les aînés. Ce volet a pour but d'augmenter la sécurité et d'améliorer la qualité de vie des aînés au Canada[462, 464].

Depuis 2004, le PNHA a financé plus de 6 000 projets, partout au Canada, dont *Bridging the Generations*, mis en œuvre à Melfort, en Saskatchewan. Ce projet a permis aux élèves de l'école primaire *Melfort's Broadway Community School* de participer, avec des aînés, à une foule d'activités comme la fabrication de courtepointes et la préparation de collations à l'école[465]. Une autre initiative, le projet La violence envers les aînés, parlons-en, mis sur pied à Trois-Rivières, au Québec, a réussi à donner à près de 600 personnes de l'information sur les mauvais traitements infligés aux aînés et sur les ressources offertes aux victimes et aux témoins[466].

Au début de 2008, une évaluation formative du PNHA a été menée. Elle comprend l'examen des données et des documents administratifs, l'examen d'un sondage rempli par les candidats (ceux ayant reçu du financement et ceux n'en ayant pas reçu) et des entrevues avec les principaux répondants. Ceux-ci ont indiqué que le programme se distinguait par sa conception fondée sur les subventions ainsi que par ses comités régionaux d'étude des demandes. La souplesse du programme lui permet de répondre aux besoins particuliers des collectivités de différentes régions et remplit un rôle distinct dans la promotion de la participation communautaire des aînés[467].

L'évaluation a également démontré que les efforts de promotion, par l'entremise de communications régionales, sont efficaces, puisqu'un nombre supérieur de dossiers de demandes étaient conformes aux exigences d'admissibilité. Toutefois, les candidats ont souligné qu'ils étaient insatisfaits du temps requis pour l'examen des demandes, lequel a augmenté avec le nombre accru de demandes admissibles. Les recommandations formulées lors de l'évaluation suggèrent de mettre en place des mesures servant à réduire le temps d'examen et de donner des explications détaillées à ceux qui présentent des projets auxquels le financement a été refusé[467].

Dans le budget de 2010, 10 millions de dollars supplémentaires seront alloués sur deux ans; ils serviront à appuyer le bénévolat chez les aînés, à encourager la participation intergénérationnelle dans les collectivités et à sensibiliser davantage la population à l'exploitation financière des aînés[468-470].

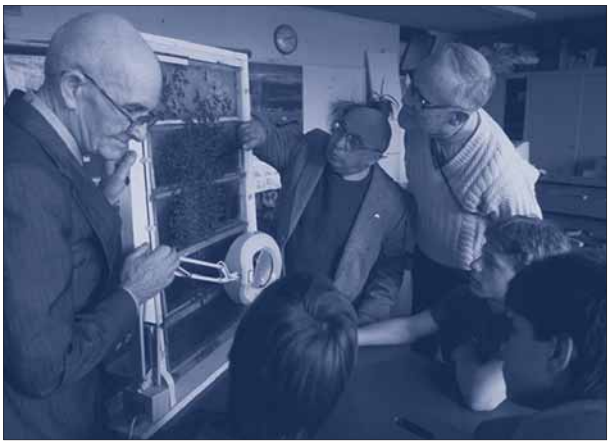
les régions éloignées[460]. Il est primordial de sensibiliser davantage les collectivités à l'importance des services destinés aux aînés. De plus, au moment de concevoir des stratégies de sensibilisation aux programmes et aux services offerts aux aînés, il faudra dresser la liste des populations qui sous-utilisent les services et les cibler (elles et leurs réseaux) dans les plans de promotion des programmes[460]. Le projet Collectivités amies des aînés (voir la section « Collectivités amies des aînés et conception universelle » plus haut dans ce chapitre) encourage les aînés et leur collectivité à créer un environnement sain et sécuritaire à l'aide de politiques, de structures et de services conçus pour soutenir et favoriser le vieillissement actif et la participation continue à la société.

Des chercheurs se sont penchés sur l'efficacité des plans d'intervention qui aident à réduire l'isolement social chez les aînés. Toutefois, l'incidence de ces plans d'intervention, qui ont des résultats mesurables sur la santé et la vie sociale, est limitée. Des recherches plus détaillées sont nécessaires si l'on veut concevoir et évaluer des plans d'intervention qui seront efficaces.

Faire du bénévolat

Le chapitre 3 souligne les résultats positifs du bénévolat sur la santé, surtout chez les aînés[255]. Plusieurs d'entre eux comptent sur des réseaux de soins non officiels, souvent gérés par des bénévoles. Cette situation montre que le Canada doit s'assurer de disposer d'une bonne base de bénévoles. En règle générale, les aînés font du bénévolat parce qu'ils en ont le temps et parce qu'ils possèdent l'expérience et les compétences qu'ils offrent ainsi à leur collectivité[471, 472]. Selon les dernières tendances, les aînés représentent le groupe d'âge qui fait le moins de bénévolat; par contre, ceux qui en font y consacrent un plus grand nombre d'heures[471]. Les populations évoluent, tout comme les modèles de bénévolat.

Les aînés d'aujourd'hui ont envie de faire du bénévolat autrement que leurs prédécesseurs le faisaient. Si les générations passées désiraient faire du bénévolat pour le compte d'organismes à vocation religieuse, les aînés d'aujourd'hui n'y tiennent plus. Nombre d'entre eux désirent s'adonner au bénévolat soit pour mettre à profit leur expérience de travail, soit parce qu'ils souhaitent acquérir de nouvelles connaissances ou de nouvelles aptitudes, soit pour vivre une expérience enrichissante et rencontrer de nouvelles personnes. Les gens qui ont fait du bénévolat à un plus jeune âge et ont apprécié l'expérience sont plus susceptibles de continuer à en faire à la fin de l'âge adulte[472]. De plus, des facteurs culturels influencent la pratique du bénévolat chez les aînés. Par exemple, les participants à la table ronde d'Iqaluit (une des neuf tables rondes tenues en 2009 par le Conseil national des aînés sur le bénévolat chez les aînés et le vieillissement positif et actif) ont indiqué que la culture inuite ne connaît pas le terme *bénévolat*. Elle utilise toutefois un concept similaire, pratique définie par une « personne aidant une autre ». Les aînés inuits ont deux raisons importantes d'aider leur prochain : la communication intergénérationnelle et la formation des jeunes aux traditions inuites[471].



Faire appel à la population récemment retraitée fournit l'occasion d'amener les aînés à la pratique du bénévolat, mais les organisations doivent toutefois être souples et donner aux bénévoles l'occasion de s'adonner à d'autres activités[253]. Les aînés plus jeunes (de 65 à 75 ans) qui participent toujours à des activités liées au travail, post-travail ou externes peuvent être trop occupés pour faire du bénévolat[472]. Par ailleurs, les bénévoles sont intéressés par les activités qui leur donnent la possibilité de contribuer à la société. La surutilisation des bénévoles risque cependant de faire problème, car elle peut restreindre les motivations et les résultats

positifs associés au bénévolat. Il faut que les organismes bénévoles se rappellent que les aînés doivent souvent diminuer leurs activités de bénévolat pour des raisons de santé[253]. Les employeurs peuvent mettre en place des pratiques de bénévolat en soutenant le bénévolat préretraite et en offrant des horaires souples en milieu de travail[472]. Les mesures incitatives fiscales permettraient de souligner les contributions de chacun et de rembourser aux bénévoles les coûts cachés associés au bénévolat[471].

Dans l'ensemble, les aînés sont moins portés à faire du bénévolat que d'autres groupes d'âge. Toutefois, ceux qui en font y consacrent plus d'heures annuellement que tout autre groupe d'âge[471]. L'aide gratuite qu'ils offrent est d'une valeur inestimable[7]. Ils peuvent tenir des rôles centraux dans la collectivité, et plusieurs organismes bénévoles ne pourraient fonctionner sans leur aide[473]. La participation à des organismes, ou des associations bénévoles, est fortement associée à un sentiment d'appartenance à la collectivité; si les aînés y sont attachés, il est plus probable qu'à long terme cette dernière sera plus à l'écoute de leurs besoins[73].

Le Canada doit s'efforcer de mieux comprendre ses bénévoles aînés, savoir ce qui les motive à faire du bénévolat et comment les recruter, les garder en place et souligner leur travail non payé. Il doit également adopter une stratégie de bénévolat qui reconnaît le dynamique milieu bénévole, qui s'intéresse aux nouveaux défis et qui fait la promotion des avantages que l'on retire aussi bien à recevoir des services de bénévoles qu'à les offrir. La stratégie pourrait comprendre les composantes qui suivent :

- offrir aux aînés de nouvelles occasions de bénévolat qui nécessitent un niveau plus élevé d'aptitudes et d'expérience;
- faire connaître les avantages du bénévolat aux individus, aux collectivités et aux organismes d'aînés;
- adapter les exigences afin de répondre aux changements démographiques survenus chez les bénévoles pour ne pas toujours compter sur les mêmes personnes ni offrir les mêmes résultats;
- se donner une définition commune du bénévolat;
- créer des mesures incitatives intéressantes pour les bénévoles, notamment des occasions d'apprendre de nouvelles choses;
- se préparer à des conditions inattendues et à des situations d'urgence;
- inclure les bénévoles dans la planification et la conception des postes de bénévoles;
- faciliter la coordination des bénévoles au sein d'un programme subventionné[472].

Enrayer la discrimination fondée sur l'âge

L'âgisme empêche souvent les aînés de participer et de contribuer à la société[274, 475]. Cette attitude se caractérise par des préjugés à l'endroit des aînés fondés sur des stéréotypes négatifs et par l'obsession de la société pour la jeunesse et l'apparence de la jeunesse[80].

La Commission ontarienne des droits de la personne définit l'**âgisme** comme : i) une façon de penser définie par la société et fondée sur des attitudes et des stéréotypes négatifs à l'égard du vieillissement; ii) une structure sociale fondée sur l'a priori que tout le monde est jeune et qu'il n'est donc pas nécessaire de répondre aux besoins des aînés[474]. Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement souligne que l'âgisme est une forme de discrimination fondée sur l'âge, qui préjuge de la capacité d'une personne, nie sa capacité à prendre des décisions, ignore ses désirs individuels et la traite comme un enfant[274].

Afin d'établir des conditions favorables à la santé et au bien-être des aînés, il est essentiel de changer les perceptions négatives à l'égard du vieillissement. L'objectif du *Plan d'action international de Madrid* sur le vieillissement (2002) propose des façons positives de présenter et de percevoir le vieillissement[274]. Une composante du plan consiste à donner aux aînés les moyens dont ils ont besoin pour participer pleinement et efficacement à la vie économique, politique et sociale de leur collectivité, par le biais de cotisations volontaires et productrices de revenus[80]. Ce renforcement de l'autonomie des aînés ne se produit pas instantanément et doit être entretenu au fil du temps. Les sociétés gagneraient à viser la reconnaissance et l'appréciation des aînés[80, 476]. Le fondement de la valorisation du vieillissement devrait être établi tôt et être adapté à la diversité de la population[80].

Créer les conditions pour un vieillissement en santé

La valorisation du vieillissement débute par un changement de valeurs et d'attitudes. Les initiatives intergénérationnelles auxquelles participent les aînés et les jeunes peuvent aider à promouvoir une meilleure image du vieillissement et être enrichissantes pour toutes les parties concernées[274]. Les efforts visant à s'attaquer à l'âgisme doivent inclure une composante qui porte sur les questions de prestation de soins, d'exclusion et de discrimination dans un contexte institutionnel. Le soutien à la prestation de soins et la valorisation du vieillissement et du soin des aînés assureront un progrès dans la lutte contre l'âgisme.

Afin de lutter contre l'âgisme, il est important de souligner les importantes contributions que les aînés ont apportées à la société canadienne[7]. Le travail, rémunéré ou non, des aînés contribue à l'épanouissement des familles, des collectivités et de l'économie canadienne[7, 274]. Plusieurs d'entre eux fournissent des soins à leurs époux, à leurs enfants, à leurs petits-enfants, à leurs amis et voisins, en plus de faire du bénévolat[7]. Nous nous attendons à ce que cette importante contribution augmente en même temps que croîtra le nombre de personnes de 65 ans et plus[7].

Certains pays ont entrepris des campagnes contre l'âgisme. Ainsi, le gouvernement écossais a mis sur pied, au sein des collectivités et dans la sphère du bénévolat, la campagne *See the Person, Not the Age* (Voyez la personne, pas son âge). Il espère, de la sorte, renverser les stéréotypes liés à l'âge[477]. Le Canada n'a pas de stratégie anti-âgisme. Il a toutefois investi dans la création de collectivités amies des aînés, lesquelles font la promotion de la cohésion sociale et du respect des aînés, deux éléments clés dans la lutte contre l'âgisme (voir la section « Collectivités amies des aînés et conception universelle » dans ce chapitre)[83]. Certaines provinces et certains territoires, comme le Québec, la Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve-et-Labrador, s'efforcent de remédier à l'âgisme en menant des campagnes positives sur le vieillissement[478-481]. En juin 2010, le gouvernement du Canada a présenté une loi visant à mettre en place une journée nationale des aînés, qui soulignerait l'apport des aînés à la société canadienne[482].

Dans les collectivités inuites, métisses et des Premières nations, le titre *d'Ancien* est donné aux personnes qui, grâce à leurs connaissances, leur sagesse, leur expérience et leurs compétences, améliorent la qualité de vie de la collectivité et guident ses membres par leurs conseils ou par d'autres activités. La plupart des Anciens sont des aînés ou des membres plus âgés de la collectivité, mais l'âge ne détermine pas l'attribution de ce titre. Pour être un Ancien, il faut acquérir le respect sur la base de ses actions et de ses paroles. À l'instar de nombreux aînés, les Anciens ont surmonté plusieurs obstacles au cours de leur vie et possèdent des connaissances et des aptitudes exceptionnelles dans des domaines tels que les langues, la culture et les traditions; des acquis qu'ils peuvent transférer à d'autres tout en apportant un équilibre à leur collectivité[483, 484]. Des initiatives comme le programme Transmission de l'héritage des aînés aux jeunes, du Conseil des arts du Canada, reconnaissent le rôle important que jouent les Anciens dans la culture autochtone. Le programme soutient les Anciens afin qu'ils enseignent aux jeunes de leur collectivité les arts traditionnels. Ainsi, ces jeunes seront en mesure de poursuivre la tradition des pratiques artistiques[485]. Des initiatives semblables, conçues pour qu'on reconnaisse et valorise la connaissance et l'expertise des aînés dans la population générale, forgeraient une vision plus positive des aînés et du vieillissement dans les collectivités partout au pays et favoriseraient le respect entre générations. Les participants à la table ronde d'Iqaluit ont établi que les Anciens aidant les autres avaient pour principal objectif l'enseignement intergénérationnel[471].

Pratiques engendrant des modes de vie sains

En mai 2005, les ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux responsables des aînés ont appuyé le rapport *Vieillissement en santé au Canada : une nouvelle vision, un investissement vital*. Celui-ci cible cinq secteurs prioritaires : l'appartenance sociale, l'activité physique, l'alimentation saine, la prévention des chutes et la lutte contre le tabagisme[7, 12]. Même si deux de ces secteurs (la prévention des chutes et l'appartenance sociale) sont étudiés dans d'autres sections du présent chapitre, tous sont interconnectés, et les programmes et interventions relatifs à chaque secteur prioritaire peuvent influencer les autres. Par exemple, participer régulièrement à une activité physique peut réduire les risques de chute, circonscrit certains problèmes de santé et augmente les interactions sociales.

Un **mode de vie sain** désigne, pour la population, les pratiques des groupes de populations qui concordent avec l'appui, l'amélioration, le maintien et la qualité de la santé. Chez l'individu, le mode de vie sain consiste à adopter certains comportements personnels améliorant la santé. Cela englobe la capacité physique, mentale et spirituelle de faire des choix santé[486, 487].

Qui dit pratiques de vie saines, dit création des conditions nécessaires pour que l'individu puisse exercer son choix et adopter des comportements qui favoriseront le vieillissement en santé, comme demeurer physiquement actif, avoir une alimentation équilibrée et éviter les choix et les comportements qui nuiront à la santé, comme fumer et consommer de l'alcool en quantités excessives. Bien que ces comportements reposent sur des décisions individuelles, il est important de souligner que ces décisions sont influencées par des facteurs physiques, sociaux et économiques vécus à toutes les étapes de la vie.

La présente section traite de six secteurs où des programmes et des interventions contribuent à créer des conditions propices à un vieillissement en santé :

- mettre en place des programmes de soutien et d'infrastructures dans la collectivité;
- sensibiliser la population à l'importance de l'activité physique;
- encourager de saines habitudes alimentaires;
- lutter contre l'usage du tabac, de l'alcool et des drogues;
- promouvoir la littératie en santé chez les aînés;
- favoriser l'apprentissage continu.

Certains programmes mis en œuvre dans ces domaines d'intervention se sont avérés efficaces, et il y aurait lieu d'en généraliser l'application; quant à ceux qui se sont révélés prometteurs, ils devraient faire l'objet de plus amples recherches.

Mettre en place des programmes de soutien et d'infrastructures dans la collectivité

Les aînés qui ont participé activement à la vie de leur collectivité ou qui ont pratiqué des activités physiques pendant toute leur vie modifient rarement ces habitudes en vieillissant. Pour aider les aînés à persister dans leurs bonnes habitudes et les encourager à participer plus activement à la vie de leur collectivité, il faut une collectivité et un environnement sûrs et dynamiques[7, 12]. Des traverses piétonnières bien aménagées, des trottoirs bien entretenus, la présence de sentiers récréatifs et l'accès à des programmes de marche intérieure et à des centres communautaires favorisent l'activité physique quotidienne. Par exemple, les programmes de marche dans les centres commerciaux mettent à profit une infrastructure en place pour permettre aux aînés d'avoir des relations sociales et de pratiquer une activité physique dans un environnement gratuit, sûr et facile d'accès[488]. Des programmes comme *Active Living BC* aident les aînés physiquement et socialement actifs en leur accordant des rabais sur le prix d'entrée des galeries d'art, des parcs provinciaux, des musées et des cinémas et sur les titres de transport des autobus et des traversiers[489]. De plus, tous les groupes d'âge profitent de l'aménagement d'infrastructures qui facilitent l'activité et encouragent la participation des personnes à mobilité réduite[327].

En règle générale, les aînés passent beaucoup plus de temps à la maison et dans leur voisinage immédiat que les autres groupes d'âge. Des problèmes de mobilité peuvent limiter encore plus certains aînés. Par conséquent, la possibilité, pour les aînés, de sortir de la maison et d'avoir accès à des espaces verts et à des aménagements communautaires à proximité représente un atout déterminant en matière de bonne santé. L'aménagement et l'attrait général des lieux extérieurs et des installations communautaires jouent également un rôle important sur les taux de fréquentation[490].

Un examen d'études internationales sur l'activité des aînés révèle que, dans l'espace de la collectivité, un certain nombre de facteurs, comme l'absence d'éléments attrayants, une impression d'insécurité engendrée par un mauvais éclairage et la présence d'animaux non tenus en laisse, entraînent une réduction générale de l'activité physique[491]. Le défi, pour les collectivités et les organisations, consiste à rendre l'activité physique plus accessible et attrayante pour les aînés canadiens, quels que soient leur âge, leurs capacités et leur intérêt. Il importe également, dans les régions du Canada, où les hivers sont rudes et peuvent limiter les activités des aînés, de créer ou d'adapter des environnements propices à l'activité physique. Par exemple, le programme

de conditionnement physique *Elders in motion*, un programme mis en œuvre de manière concertée par la nation dénée, l'Association nationale des parcs et des loisirs des Territoires du Nord-Ouest et le *Canadian Centre for Activity and Aging* encourage les aînés à faire de l'activité physique dans les centres récréatifs locaux et les prépare à assumer des responsabilités de leader en conditionnement physique dans leur collectivité. Dans les collectivités où l'on a mis à profit des aménagements qui tiennent compte des aînés et les encouragent à être actifs et à participer à des programmes locaux, on a réussi à créer des milieux propices à un vieillissement en santé[492].

Dans les établissements de soins de longue durée, tout comme dans les résidences pour aînés autonomes, il convient de mentionner le *Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine* qui souligne comment les Canadiens peuvent intégrer l'activité physique à leur vie quotidien. Le *Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine pour les aînés* s'adresses en particulier aux loisirs chez les pensionnaires, étant donné la diversité de leurs capacités et de leurs intérêts[176]. Il faut aussi tenir compte des limites inhérentes à ces établissements, comme l'exiguïté des locaux, l'absence d'équipements spécialisés et le manque de personnel – en particulier de personnel ayant reçu une formation spécialisée dans le domaine. Les médias ont abondamment parlé du recours aux vidéos d'exercices pour faire bouger les aînés, particulièrement ceux qui vivent dans un cadre institutionnel ou que des obstacles empêchent de participer à des activités physiques à l'extérieur de la maison ou dans un centre communautaire[493]. On a observé une amélioration de l'état psychologique chez les résidants déprimés qui s'étaient inscrits à un programme de « jeux » de 12 semaines. Les jeux qui incitaient les utilisateurs (de tous âges) à travailler leur conditionnement physique augmentaient la confiance, l'intérêt et la performance physique. Les aînés qui ont participé à l'étude réagissaient mieux à un entraîneur humain qu'à un personnage simulé[494, 495]. Par ailleurs, des recherches confirment que les interventions animées ou gérées par un entraîneur, un professionnel de la santé ou un thérapeute retiennent davantage l'intérêt que portent les aînés à de tels programmes[495].

Sensibiliser la population à l'importance de l'activité physique

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement mentionne dans un rapport que, malgré les avantages connus de l'activité physique et intellectuelle chez les aînés, un certain nombre de Canadiens ne reconnaissent pas l'importance de demeurer actifs à toutes les étapes de la vie, y compris pendant la retraite. Alors que bon nombre d'aînés tiennent pour acquis qu'en diminuant leurs activités ils se protègent, les observations démontrent qu'un mode de vie actif peut accroître le nombre d'années passées en bonne santé. Une stratégie intégrée sur la santé des aînés contribuerait à créer des conditions favorables à un vieillissement en santé; toutefois, bon nombre des stratégies actuelles sont trop larges et ne répondent pas aux besoins précis des aînés[274].

Au nombre des efforts prometteurs visant à encourager un bon état de santé à toutes les étapes de la vie, il convient de mentionner le *Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine* qui souligne comment les Canadiens peuvent intégrer l'activité physique à leur vie quotidien. Le *Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine pour les aînés* s'adresses en particulier aux aînés et il encourage l'activité physique par l'utilisation de messages clés comme « il n'est jamais trop tard pour

profiter de l'activité physique » et « être actif favorise la santé et l'autonomie et peut atténuer les effets du vieillissement[178] ». On y explique également comment les aînés peuvent choisir des activités physiques qui répondront à leurs intérêts et qui pourront être exécutées dans divers milieux. On y recommande aussi des activités physiques sans risque pour les aînés qui sont aux prises avec des troubles de santé, comme un problème de cardiopathie, d'ostéoporose ou d'arthrite. Cela vaut aussi pour ceux qui, craignant les chutes, ont peur de perdre l'équilibre ou hésitent à faire de l'activité physique dans des conditions météorologiques variables[497].

La sensibilisation et l'éducation des aînés sur les avantages d'une vie active peuvent également contribuer à faire tomber certains mythes liés à l'âge et aux limitations fonctionnelles (voir la section intitulée « enrayer la discrimination fondée sur l'âge » plus haut dans ce chapitre). Malgré des programmes nationaux de grande envergure servant à faire la promotion de l'activité physique, le nombre des aînés qui s'adonnent à leur pratique n'a pas augmenté. Cette situation pourrait s'expliquer par la persistance de préjugés à l'égard de l'âge et de ce que les aînés croient pouvoir et devoir faire, et par le fait que nombre d'entre eux ne voient pas la nécessité de pratiquer d'activité physique s'ils se portent bien. D'autres aînés éprouvent peut-être une certaine gêne à s'exécuter dans un lieu public en compagnie de participants plus jeunes dont les performances seront supérieures[12]. Mentionnons également les obstacles qui nuisent à la modification des comportements dans les collectivités défavorisées où l'on peut exiger des frais de participation à des programmes d'activité physique et où d'autres facteurs sociaux peuvent jouer. Le fait de vivre dans une collectivité défavorisée peut avoir des conséquences qui dépassent les capacités de réponse des services locaux de santé publique et de sécurité sociale. Des facteurs individuels comme la diminution du revenu attribuable, par exemple, au départ à la retraite, et des capacités physiques amoindries peuvent accroître la nécessité de créer des activités nouvelles, moins coûteuses ou moins exigeantes sur le plan physique. Certaines collectivités peuvent offrir des activités gratuites ou peu coûteuses destinées aux aînés à faible revenu, et il est possible d'adopter des mesures qui suscitent la participation. On peut aussi encourager la pratique d'activités abordables, comme la marche et la bicyclette.

Les interventions qui s'accompagnent d'incitatifs, par exemple des crédits d'impôt, et qui offrent la possibilité d'assumer un leadership et d'accroître la visibilité des aînés actifs et en santé connaissent un certain succès. Mentionnons, au nombre de telles interventions, le programme canadien *ParticipAction*, qui souligne la participation de Canadiens de tous âges qui se sont dépassés et ont défié les normes sociales[498]. Par ailleurs, il n'est pas interdit de croire que des incitatifs financiers destinés à encourager l'activité physique, comme le Crédit d'impôt pour la condition physique des enfants, puissent être appliqués au cas des aînés[471].

Les aînés n'ont pas tous le même degré d'activité. Certains sont moins actifs. C'est le cas par exemple des femmes, des membres de groupes minoritaires, des personnes peu scolarisées, vivant seules ou dans une collectivité isolée, celles qui ont des troubles de santé chroniques (comme une déficience cognitive) et des aînés qui n'ont pas de famille ou d'amis qui peuvent leur venir en aide[7, 176]. Ces personnes moins actives devraient faire l'objet d'une approche ciblée. La localisation des services, l'accès offert par les réseaux de transport et les coûts entrent également en ligne de compte. En ce qui concerne les personnes à mobilité réduite ou vivant avec d'autres limitations, on pourrait envisager des initiatives qui encouragent l'activité physique dans le cadre de programmes à domicile, dont on évaluerait le succès en déterminant le degré de progression des participants en fonction de l'accroissement de la force, de la souplesse, de l'intérêt et de la motivation (voir l'encadré 4.9 *Programme SMART des Infirmières de l'Ordre de Victoria*)[499].

Encourager de saines habitudes alimentaires

Les problèmes d'alimentation et de nutrition chez les aînés sont souvent résolus lorsque l'on incite ces derniers à adopter une attitude positive à l'égard de l'alimentation, que l'on tient compte des difficultés à socialiser, des troubles de santé et que l'on fait de la prévention en matière d'insécurité alimentaire (notamment chez les aînés qui vivent dans des localités nordiques et éloignées). On dispose de peu de documentation sur l'efficacité des interventions nutritionnelles ciblant les aînés. Les interventions de portée générale axées sur l'ensemble de la population et mises en œuvre en amont, comme l'enrichissement alimentaire, servent à corriger certaines lacunes nutritionnelles. Elles permettent ainsi

Encadré 4.9 Programme SMART des Infirmières de l'Ordre de Victoria

Les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada forment un organisme national de santé communautaire à but non lucratif qui offre, depuis 1897, des soins infirmiers à domicile, plus particulièrement aux aînés et aux malades chroniques. Au nombre de ses multiples programmes, SMART (*Seniors Maintaining Active Roles Together*®) aide les aînés à faire de l'activité physique. Le but de L'organisme est de promouvoir la santé et permet aux aînés de demeurer autonomes à l'aide de programmes d'exercices accomplis à domicile ou en groupe[499, 500]. L'initiative SMART agit sur plusieurs déterminants de la santé liés à l'âge grâce à la création de réseaux sociaux d'aide, à la mise au point d'exercices et d'ateliers de formation, à l'amélioration de pratiques d'hygiène personnelle et à un accès facilité aux services de santé[499].

L'initiative SMART comprend un programme d'exercices supervisés, que les personnes de 55 ans et plus peuvent faire à domicile, et un programme d'exercices accomplis en groupe dans la collectivité. Ces programmes sont offerts par des bénévoles formés, âgés de 31 à 76 ans, dont la majorité sont des pairs[499, 500]. L'initiative s'adresse aux aînés qui vivent de façon autonome dans leur collectivité, en particulier ceux dont la santé est à risque et qui peuvent également éprouver des difficultés liées aux coûts, au transport ou à leurs capacités[499].

Depuis sa création au milieu des années 1990, le programme SMART a permis d'améliorer la santé et l'attitude des participants. Une évaluation effectuée en 2004 révèle que, après avoir adhéré au programme, 34 % des participants ont augmenté leur degré d'activité en dehors du cours régulier. Pendant la période de surveillance de 16 semaines, la mesure de la condition physique a donné des résultats statistiquement significatifs, et les participants ont amélioré leur endurance physique, leur force, leur souplesse, leur équilibre et leur agilité[499].

Par ailleurs, une évaluation menée en 2008 indique que la moitié des participants des deux programmes ont amélioré leur santé une fois le programme SMART achevé. Plus de 90 % des aînés qui ont participé au programme d'exercices à domicile ont déclaré avoir été en mesure de maintenir, voire d'améliorer leurs capacités fonctionnelles et leur mobilité, et tous les participants du programme d'exercices en groupe ont indiqué avoir maintenu ou amélioré leurs capacités fonctionnelles et leur mobilité. L'évaluation a également révélé que le volet social des deux programmes stimulait fortement la participation, ce volet figurant d'ailleurs parmi les principaux avantages mentionnés par les répondants[500]. En septembre 2008, 18 collectivités de partout au Canada avaient mis sur pied au moins un des deux programmes SMART[500].

d'accroître les apports en éléments nutritifs dans l'ensemble de la population. Toutefois, de nombreuses interventions relatives à l'enrichissement alimentaire servent essentiellement à améliorer la santé prénatale et ne s'adressent nullement aux aînés[501].

Les programmes de portée générale permettent d'assurer la sécurité alimentaire de la population dans son ensemble et de garantir l'accès physique et économique à des approvisionnements alimentaires sains, nutritifs et suffisants pour répondre aux besoins nutritionnels et aux préférences alimentaires propices à une vie active et saine. Le Plan d'action du Canada pour la sécurité alimentaire est un exemple de programme de portée générale. Il vise un large éventail de problèmes liés aux aliments et à leur production, comme le droit d'accès, la réduction de la pauvreté, la salubrité alimentaire, l'accès aux aliments traditionnels et la présence d'un système de surveillance approprié[502]. Des programmes de portée générale comme Nutrition Nord (qui s'inspire du programme Aliments poste à qui il succède) ont été créés afin de permettre aux collectivités admissibles du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest, du Nunavut, de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, de l'Ontario, du Québec et de Terre-Neuve-et-Labrador d'avoir accès plus facilement, et à moindre coût, à des aliments sains (c'est-à-dire à des aliments nutritifs périssables et à des aliments traditionnels typiques du Nord)[503]. Pendant la projet pilote du programme Aliments poste (2009), les principaux informateurs ont indiqué que les aliments

nutritifs périssables étaient plus faciles à obtenir, moins coûteux et de meilleure qualité qu'avant la mise en œuvre du projet. Toutefois, les taux d'insécurité alimentaire et les progrès dans la modification des comportements variaient d'une collectivité à l'autre et à l'intérieur des sous-groupes de tous âges[503]. Bien que de tels programmes donnent à toute la population un meilleur accès aux aliments, ils négligent les conditions et les facteurs qui prévalent chez les aînés, comme l'isolement et les troubles de mobilité[502]. Dans le rapport intitulé *Le vieillissement en santé au Canada : une nouvelle vision, un investissement vital*, cité au début de cette section, on recommande de mettre en œuvre davantage d'interventions nutritionnelles ciblant directement les aînés, vu le nombre limité de ces interventions et la rareté des évaluations[7, 12].

Chez les aînés, alimentation peut aller de pair avec relations sociales. Par exemple, les aînés qui disent être solitaires, isolés ou déprimés ont souvent moins tendance à s'alimenter. De même, de nombreux aînés ne voient pas toujours la nécessité de préparer des repas pour une seule personne, estimant que l'effort exigé est supérieur aux avantages. Les programmes qui encouragent les aînés à se mitonner de bons petits plats et à cuisiner pour des amis ou des groupes favorisent de meilleures pratiques alimentaires, tout en contribuant à améliorer la sociabilité et l'état psychologique[7, 12]. Les aînés qui apprennent à cuisiner dans le cadre de collectifs dont les membres se rencontrent régulièrement pour partager un repas qu'ils ont préparé sont encouragés à varier leur ordinaire, alors qu'ils risqueraient, autrement, de mal s'alimenter ou de sauter des repas[504].

Les aînés dont la santé bucco-dentaire laisse à désirer, notamment les personnes partiellement ou totalement édentées, peuvent avoir à modifier leur alimentation, d'où des répercussions négatives sur l'état de santé nutritionnel[268, 505, 506]. Ces facteurs sont plus souvent présents dans les établissements de soins de longue durée où coexistent, chez les pensionnaires d'autres contraintes liées à la prise de médicaments ou à des difficultés fonctionnelles qui font obstacle au brossage des dents ou à l'alimentation autonome, et qui peuvent accélérer les caries dentaires et nuire aux habitudes alimentaires. Bien que de nombreux aînés aient peut-être bénéficié, pendant leur vie, de bons soins dentaires grâce à un régime d'assurance maladie offert par l'employeur et d'un meilleur accès aux services, leur santé bucco-dentaire a pu se détériorer avec l'âge en raison de problèmes d'accès et de coût[270, 506, 507]. Un rapport sur la santé bucco-dentaire des aînés, en Nouvelle-Écosse, signale que cette question devrait être intégrée aux cadres de la santé publique et faire l'objet de rapports courants sur les indicateurs liés à la santé bucco-dentaire des aînés. Le rapport recommande aussi la conception, la mise en œuvre, la surveillance et l'évaluation d'une stratégie de soins bucco-dentaires pour les aînés, accompagnée de campagnes de sensibilisation axées sur les aînés[507]. La Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire recommande le recours à une méthode nationale normalisée qui permettrait de suivre les indicateurs de la santé bucco-dentaire au Canada[508]. En réponse à cette recommandation, on a ajouté à *l'Enquête canadienne sur les mesures de santé de 2007-2009* un volet portant sur la santé bucco-dentaire[269].

Comme on le mentionne au chapitre 3, une mauvaise alimentation peut nuire à la santé[7, 180, 181, 190]. Les programmes de sensibilisation des aînés à l'alimentation connaissent un certain succès, tout autant que les programmes de dépistage nutritionnel mis en œuvre auprès des aînés à risque, lesquels permettent de cerner les problèmes et d'évaluer des solutions (voir l'encadré 4.10 *Seniors in the Community Risk Evaluation for Eating and Nutrition (Aînés dans la collectivité : évaluation des risques nutritionnels)*), mais ces efforts et leur évaluation demeurent limités. Les pratiques qui encouragent de saines habitudes alimentaires chez les aînés doivent intégrer l'éventail des facteurs qui influent sur la nutrition, comme le choix des aliments, la santé bucco-dentaire et l'état de santé général et la vulnérabilité sociale et économique[7, 509]. Des programmes à visée éducative, dans le cadre desquels

Encadré 4.10 Seniors in the Community Risk Evaluation for Eating and Nutrition (Aînés dans la collectivité : évaluation des risques nutritionnels)

Seniors in the Community Risk Evaluation for Eating and Nutrition (SCREEN) est un outil de dépistage mis au point au Canada pour déterminer les risques nutritionnels chez les aînés. SCREEN II est un questionnaire en 14 points permettant d'analyser les facteurs qui influent sur la santé nutritionnelle des aînés, comme les variations de poids, les apports en solides et en liquides ainsi que les facteurs de risque connexes[510]. Destiné aux aînés qui vivent dans une collectivité, le questionnaire SCREEN II peut-être rempli par l'intéressé lui-même, ou administré par un interviewer, ce qui le rend très adaptable aux aînés en bonne santé comme aux aînés fragiles, et qui donc en facilite l'utilisation dans divers contextes[511, 512].

SCREEN a été abondamment utilisé en recherche et dans la pratique, et il s'est révélé hautement valide et fiable. Dans le cadre du programme *Mise en œuvre du dépistage nutritionnel chez les personnes âgées au Canada*, lancé en octobre 2000 en tant que projet de démonstration par Les diététistes du Canada et par la professeure Heather Keller (auteure du questionnaire SCREEN), on a eu recours à l'outil SCREEN pour évaluer les risques nutritionnels susceptibles d'être présents chez plus de 1 200 aînés vivant dans cinq collectivités du Canada (North Shore Vancouver, en Colombie-Britannique; Toronto, en Ontario; Timmins, en Ontario; Interlake, au Manitoba, et Saint John, au Nouveau-Brunswick)[512-514].

L'évaluation et l'analyse des données recueillies sur une période de neuf mois par des bénévoles formés, des fournisseurs de services et des professionnels de la santé révèlent qu'environ 40 % des aînés visés par le projet de démonstration étaient exposés à un risque nutritionnel[512, 514, 515]. Tous les aînés à risque ont été orientés vers des services conçus pour répondre à leurs besoins nutritionnels, et ils ont eu la possibilité de participer à un processus de suivi leur offrant un soutien prolongé. Toutefois, seulement 40 % des participants ont accepté de consulter un médecin, un diététiste ou un autre professionnel. Parmi ceux qui ont été orientés vers un diététiste, 17 % seulement se sont prévalus de ses services pendant la période de suivi. Ce chiffre s'explique par le fait que bon nombre des aînés en question figuraient toujours sur la liste d'attente au moment du suivi et que d'autres avaient décidé de se retirer du processus, car on leur demandait des frais d'administration. Néanmoins, plus de la moitié (55 %) des participants au projet de démonstration ont pris des mesures correctrices et ont estimé que leur alimentation s'était améliorée grâce au dépistage, à la documentation qu'on leur avait remise et au fait qu'on les avait orientés vers un spécialiste[512, 515].

Le dépistage précoce est essentiel si l'on veut régler la question du risque nutritionnel chez les aînés. Malgré l'absence générale de programmes de nutrition pertinents et de services de diététistes offerts aux aînés dans bon nombre de collectivités au Canada, SCREEN et les outils de dépistage nutritionnel semblables peuvent aider à mieux prendre conscience du problème et à cerner et évaluer des solutions en fonction des aînés qui sont exposés à un risque nutritionnel et qui vivent en milieu rural ou urbain, partout au Canada[512, 514, 515].

on distribue de la documentation et on remet en question les idées reçues au sujet du poids santé et de l'alimentation des aînés, s'imposent également[7]. De plus, il faudrait effectuer d'autres recherches et améliorer nos connaissances afin de mieux comprendre les facteurs qui influencent les habitudes alimentaires des aînés, sans oublier la nécessité d'évaluer plus fréquemment les interventions.

Lutter contre l'usage du tabac, de l'alcool et des drogues

Bien qu'environ 9 % des aînés âgés de 65 ans et plus fument (voir le chapitre 3), les programmes d'abandon du tabagisme destinés aux aînés sont peu nombreux, leur succès est limité, ils sont rarement évalués et les pratiques exemplaires dans ce domaine sont mal connues[7, 192-194]. En outre, même si l'abandon du tabagisme se traduit

par des effets positifs sur la santé des aînés, très peu de recherches se sont penchées sur les motivations qui animent ces derniers et les obstacles auxquels ils se heurtent. Il faudrait intensifier les efforts pour améliorer l'efficacité des programmes d'abandon du tabagisme destinés aux aînés et mieux les faire connaître.

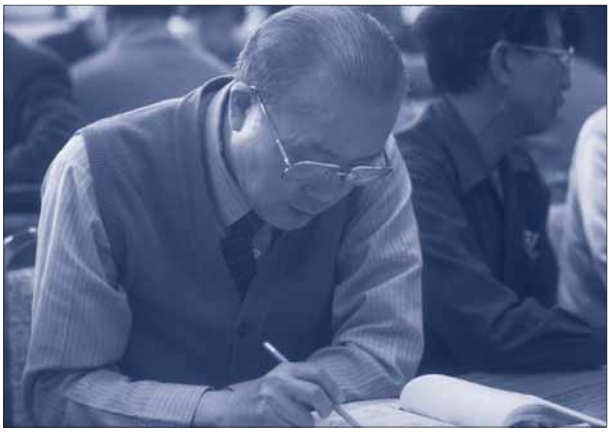
Les interventions en faveur de l'abandon du tabac qui ciblent principalement les jeunes ne sont pas aussi efficaces auprès des aînés[516, 517]. En matière de consommation de tabac, ces deux groupes ont des attitudes et un vécu diamétralement opposés. Ce sont les campagnes de sensibilisation où l'on évoque une perte possible d'autonomie ou de qualité de vie et où l'on insiste sur les méfaits du tabac sur la santé d'un être cher qui encouragent le plus les aînés à renoncer au tabac[516-518]. Les programmes d'entraide entre pairs se révèlent relativement efficaces, en particulier lorsque des aînés devenus non-fumeurs disent avoir réussi à cesser de fumer et avoir vu leur qualité de vie s'améliorer grâce à ces programmes. Les aînés doivent pouvoir compter sur leurs pairs et savoir qu'il n'est jamais trop tard pour abandonner le tabac. Quel que soit le groupe d'âge, il est rare que l'on parvienne à diminuer sensiblement l'usage du tabac en utilisant une approche monovalente ou en ne tablant que sur une seule intervention[517].

Tout comme en matière de lutte contre le tabagisme, les programmes qui s'attaquent à la consommation d'alcool et de drogues chez les aînés ou aux facteurs de risque connexes sont limités. Diverses approches à visée thérapeutique peuvent être utilisées, seules ou en association, pour aider les aînés aux prises avec un problème de toxicomanie. Les groupes d'entraide, comme les Alcooliques anonymes, connaissent un certain succès auprès des aînés, car ils favorisent la création de relations sociales et de liens d'accompagnement entre personnes du même âge[517]. Les interventions brèves, de même que les approches thérapeutiques cognitivo-comportementales, s'attardent aux motivations, aux pensées et aux croyances qui sous-tendent les problèmes de toxicomanie. De même, les services d'approche assurent un traitement au domicile de l'aîné et éliminent, de ce fait, les barrières inhérentes à l'obligation pour l'aîné de se déplacer pour recevoir les services. De nombreuses techniques d'intervention, qui font appel à des programmes ciblant les aînés et à l'entraide entre aînés, connaissent aussi un certain succès[12].

Il convient également de mentionner que la consommation d'alcool et de drogues peut constituer, pour certains aînés, un moyen d'atténuer momentanément des douleurs chroniques ou un problème d'insomnie. Les interactions de ces substances avec des médicaments, sur ordonnance ou en vente libre, peuvent avoir des conséquences nuisibles sur la santé, comme une diminution de l'efficacité de la médication, une perturbation du sens de l'équilibre pouvant entraîner une chute ou une accentuation des risques de surdoses[205]. Pour être plus efficaces, les programmes d'abandon des drogues et de traitement de l'alcoolisme destinés aux aînés devraient prendre en considération ces facteurs de même que les autres causes de la toxicomanie (solitude, dépression, etc.).

Promouvoir la littératie en santé chez les aînés

Plusieurs facteurs déterminent le degré de littératie en santé, notamment le niveau de scolarisation, le revenu, les capacités cognitives, l'état de santé et les capacités fonctionnelles[73, 277, 279]. Chez les aînés, la littératie en santé est influencée de façon particulière par l'âge, qui peut entraîner le déclin de cette compétence, et par le fait que la cohorte actuelle d'aînés est généralement moins scolarisée que les groupes d'âge plus jeunes. S'ajoute à cela le fait que, en vieillissant, on tend à avoir davantage besoin de soins de santé, d'information et de traitements. Le problème concerne surtout les aînés qui ont une faible niveau de littératie en santé pour pouvoir prendre des décisions élémentaires et accéder à l'information pertinente ou savoir la déchiffrer[276].



La capacité d'obtenir de l'information peut également être compromise par des problèmes de mobilité et d'accès aux services, par des barrières linguistiques, par le niveau des connaissances techniques et par le niveau de vie sociale. Pour améliorer les compétences en santé, il faudra que le problème soit mieux reconnu et que des mesures soient prises à grande échelle afin de convaincre les individus, les collectivités et les décideurs de gérer et d'améliorer la littératie en santé des aînés et d'autres groupes d'âge[280].

Qui dit faible niveau de littératie en santé, dit souvent, pour les aînés, problèmes d'accès aux programmes et aux services et difficultés à respecter les directives du médecin ou à suivre les protocoles de prise en charge des maladies[280]. Ces activités imposent fréquemment à l'individu un long dédale de formulaires et d'information qui retardent ou empêchent souvent l'obtention des soins appropriés. Les campagnes de sensibilisation devraient (dans la mesure du possible) encourager les aînés à se tenir informés des questions qui touchent leur santé et leurs soins. Les aînés eux mêmes peuvent améliorer leurs compétences en santé en lisant quotidiennement, une mesure qui, selon les observations, peut améliorer de 52 % les résultats en littératie[280]. Les campagnes de sensibilisation à la littératie en santé devraient également mettre en relief les avantages que l'on retire à poser des questions à son fournisseur de soins et à son pharmacien, et indiquer à l'aîné des façons de recourir à d'autres sources d'information, notamment en demandant à une personne de confiance d'être son champion en santé[280].

Il incombe à tous les ordres de gouvernement de prendre des mesures à l'égard des problèmes de littératie en santé. Les pouvoirs publics peuvent adopter des principes de vulgarisation des textes et les appliquer à toute information portant sur la santé et à tous les services connexes (par exemple, ils peuvent prendre des mesures pour que les formulaires d'assurance médicale et les étiquettes des médicaments soient rédigés en langage clair). Les gouvernements pourraient également promouvoir la traduction de toute la documentation médicale en diverses langues dans les régions où vivent des minorités linguistiques. Les collectivités peuvent mettre en œuvre des techniques d'approche pour les groupes vulnérables, tels les immigrants aînés, les personnes faiblement scolarisées, celles qui ont des troubles de mobilité ou qui vivent dans des régions mal desservies[280].

Par ailleurs, la sensibilisation aux problèmes de littératie peut permettre aux professionnels de la santé de mieux servir un groupe diversifié d'aînés qui, autrement, pourraient éprouver de la difficulté à prendre des décisions éclairées sur leur santé et le choix des soins à recevoir. Par exemple, le recours à des interprètes médicaux pourrait aider les professionnels à s'assurer que les aînés à risque reçoivent et comprennent bien l'information qui leur est destinée. Les interprètes peuvent, de leur côté, donner l'assurance aux aînés, incapables de parler la langue du pays, que le fournisseur de soins et le pharmacien sont au fait de leurs préoccupations et de leurs problèmes[519].

Lorsque des documents d'information et des services révisés ou ciblés sont offerts, il importe de contrôler l'efficacité de ces mesures et de vérifier qu'elles répondent aux besoins. La collecte de renseignements sur les tendances en matière de littératie en santé s'impose si l'on veut continuer à fournir un soutien efficace à ceux qui en ont besoin.

Favoriser l'apprentissage continu

Les efforts visant à accroître la sociabilité et la participation à la vie en société peuvent être consolidés par des programmes d'éducation ou d'apprentissage continu. Les aînés qui participent à ces activités peuvent se découvrir de nouveaux champs d'intérêt et de connaissance et maintenir ou accroître leur présence dans la société. La participation à une activité d'apprentissage peut améliorer la qualité de vie, prévenir la dégradation des fonctions cérébrales et améliorer les facultés intellectuelles, sans compter les avantages éventuels sur les compétences en littératie[280].

Il est important que les aînés soient conscients des avantages psychologiques de l'éducation permanente et des possibilités qui leur sont offertes à cet égard. Les collectivités ont besoin d'approches et de lignes directrices étendues pour trouver des façons d'éliminer les obstacles qui nuisent à la participation, de concevoir des programmes d'apprentissage et de mettre en commun les pratiques exemplaires. Un certain nombre d'approches peuvent être utilisées pour améliorer l'accès à l'éducation continue :

- des efforts de sensibilisation qui encouragent la participation des aînés;

- un meilleur échange de renseignements sur les activités, les programmes et les possibilités d'apprentissage mis en œuvre par et pour les aînés ou offerts dans les collectivités;
- des mesures d'incitation (par exemple, des crédits d'impôt et des tarifs réduits) qui encouragent les aînés à participer à des activités d'apprentissage.

Des programmes éducatifs sont offerts aux aînés dans divers contextes. Des commissions scolaires locales proposent des programmes d'éducation permanente variant du cours secondaire pour adultes au cours d'intérêt général. Bon nombre d'universités et de collèges au Canada encouragent les aînés qui souhaitent décrocher un diplôme, en leur offrant une scolarité gratuite ou en demandant des droits de scolarité réduits. Certains aînés pourraient souhaiter étudier dans un établissement d'études postsecondaires, mais peuvent en être dissuadés par le stress potentiel et la responsabilité supplémentaire que représentent les examens et les travaux scolaires. Ces aînés ont cependant l'option de s'inscrire comme étudiant libre ou suivre des cours adaptés aux aînés (voir l'encadré 4.11 *Possibilités d'apprentissage continu : l'Université du troisième âge*). Ainsi, le *Seniors College de l'Île-du-Prince-Édouard*, un établissement affilié au *Centre for Life Long Learning de l'Université de l'Île-du-Prince-Édouard*, offre aux aînés des programmes d'apprentissage comportant un éventail de cours dans trois régions de la province[520].

Un réseau du savoir regroupant des aînés peut servir de mécanisme de communication, sensibiliser les aînés aux possibilités d'apprentissage offertes parmi diverses collectivités et permettre l'échange de renseignements. Les aînés scolarisés, ou qui ont participé à des activités d'apprentissage à différents moments de leur vie, sont plus enclins à poursuivre ces activités[274]. Il faudrait engager d'autres efforts pour encourager expressément les aînés moins susceptibles de participer à des programmes d'apprentissage.

Encadré 4.11 Possibilités d'apprentissage continu : l'Université du troisième âge

En 1976, la première université nord-américaine du troisième âge voyait le jour à Sherbrooke, au Québec. L'Université du troisième âge (UTA) s'inscrit dans un mouvement mondial qui existe en Asie, en Europe et dans les Amériques[521, 522]. L'UTA offre des programmes destinés aux personnes de 50 ans et plus dans des universités existantes. Les aînés s'inscrivent comme étudiants libres; ils ne sont pas astreints aux examens ni aux travaux scolaires, et aucun diplôme préalable ne leur est demandé[523].

Les cours offerts se comparent en qualité et en contenu à ceux de tout autre programme universitaire, mais ils sont donnés sous diverses formes : cours magistraux, séminaires, conversations interactives, ateliers et activités. Des sujets tels que l'histoire, la politique, la littérature, la santé, la philosophie, les sciences ou l'écologie font partie des programmes. À l'UTA de Sherbrooke, l'intérêt pour les cours, les séminaires et les ateliers croît d'année en année, au point où on enregistrait, en 2008, environ 8 000 inscriptions dans l'un des 27 établissements de Sherbrooke[523, 524].

L'UTA offre aux aînés des avantages qui vont au-delà de l'acquisition du savoir. Ce type de programme peut réduire l'isolement des aînés, promouvoir leur intégration à la vie culturelle et sociale et améliorer les échanges de renseignements[525]. Une étude, effectuée en 2008, montre que le fait de participer à une UTA a des effets bénéfiques sur la santé. Par exemple, les femmes ont déclaré que cette activité atténuait leur sentiment de tristesse, les rendait plus sûres d'elles et plus heureuses et les aidait à donner un nouveau sens à leur vie. L'étude révèle que l'UTA contribue positivement au bien-être des aînés et pourrait agir comme un indice du bien vieillir[526]. Il a également été montré que l'UTA aide les aînés à cultiver une meilleure perception du bien-être[527].

Il y a plusieurs UTA, francophones et anglophones, d'un bout à l'autre du Canada[524]. En Australie, il existe une UTA virtuelle accessible partout dans le monde, ce qui est particulièrement commode pour les aînés isolés géographiquement, physiquement ou socialement[528].

Créer les conditions pour un vieillissement en santé

Soins et services

Depuis des générations, les Canadiens prennent soin d'un membre de leur famille ou d'un proche malade ou vieillissant, à l'intérieur ou à l'extérieur de la maison. La plupart des soins prodigués aux aînés (72 %) ont un caractère non officiel – ils sont donnés par des membres de la famille et des amis[73]. Toutefois, bien que le profil démographique ait changé et que la population active ait augmenté (particulièrement en raison de l'arrivée des femmes sur le marché du travail), la prestation de soins entre souvent en concurrence avec d'autres obligations, comme celles liées au travail et à la responsabilité des enfants[529, 530]. Les soignants professionnels peuvent aider certains aînés à conserver leur autonomie à la maison en leur offrant du soutien, pendant un épisode de maladie aiguë ou chronique, et en les aidant à la préparation des repas et à l'accomplissement des tâches quotidiennes.

Les divers niveaux de services et de soins offerts aux aînés peuvent être complexes. De plus, la transition entre les niveaux de soins ne se fait pas toujours en douceur[274]. Les aînés peuvent avoir de la difficulté à décider du niveau de soins qui leur convient, avoir du mal à y accéder ou à en assumer les coûts. En outre, les décisions concernant les soins peuvent avoir des répercussions sur la personne soignée, les membres de sa famille, les aidants naturels ainsi que sur les fournisseurs de soins de santé. La question à laquelle doivent répondre les responsables de la santé publique, des soins de santé et des services sociaux est de savoir comment répondre au mieux aux besoins des aînés canadiens, maintenant et à l'avenir. Que peut-on faire pour aider les aînés et leurs aidants naturels à assurer la meilleure prestation de soins à l'endroit de leur choix?

De nombreuses recherches portent sur les diverses possibilités de soins qui existent actuellement ou qui pourraient être offertes aux aînés canadiens. Examinons cinq secteurs qui, au point des soins, jouent un rôle important dans le vieillissement :

- les soins à domicile et les soins de proximité;
- les services d'aide à l'autonomie;
- les soins de longue durée;
- les soins palliatifs et les soins en fin de vie;
- les soins intégrés.

Bien que chacun de ces domaines réponde à certains besoins des aînés, il est clair que le Canada peut faire mieux pour combler un plus large éventail de besoins et créer un continuum de soins dans l'avenir.

Soins à domicile et soins de proximité

Les soins à domicile et les soins de proximité sont reçus principalement au domicile ou dans la collectivité, plutôt que dans un établissement hospitalier, une résidence pour aînés dotée de services de soutien ou un établissement de soins de longue durée[531]. Les soins à domicile peuvent faire toute la différence entre mener une vie autonome et vivre dans une résidence spécialisée; ils offrent aussi aux aînés la possibilité de demeurer plus longtemps à la maison, si tel est leur souhait[531]. Divers soins sont prodigués par autant de personnes issues de professions réglementées dans le domaine de la santé (par exemple, des infirmières et des ergothérapeutes), par des travailleurs aux emplois non réglementés, des

bénévoles, des amis et des membres de la famille[531, 532]. Divers services sociaux peuvent être offerts, comme une aide ménagère ou une aide pour l'hygiène corporelle, pour la préparation des repas et pour les activités de loisir. Pour de nombreuses personnes, l'aide à la vie au domicile peut retarder le moment du transfert dans un hôpital ou un établissement de soins de longue durée[531, 533]. Il apparaît clairement que, pour des types et des niveaux de soins semblables, les soins à domicile représentent une solution moins coûteuse que l'hébergement en établissement (même lorsqu'on convertit le temps consacré par les aidants naturels en équivalent salarial)[534, 535]. Les différences entre types et niveaux de soins entraînent des coûts différents, d'où la nécessité d'adopter une approche méthodique et ciblée, qui assurera l'efficacité des soins à domicile[534, 535].

Il peut être difficile d'offrir des soins à domicile à divers groupes et dans une multiplicité de collectivités. S'il est vrai que de nombreux aînés ayant besoin de soins préfèrent vivre de façon autonome, leur donner la capacité d'accéder, dans la collectivité, à des services adaptés à leur culture et aux soins dont ils ont besoin peut poser de multiples problèmes (pensons, par exemple, aux aînés vivant en milieu rural ou à ceux qui sont vulnérables). Certains programmes, comme le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits (PSDMCPNI) offert par Santé Canada, visent à donner aux Premières nations et aux Inuit des services intégrés, culturellement adaptés, accessibles, efficaces, équitables, et qui répondent à leurs besoins en santé et à leurs besoins sociaux[536, 537]. Le PSDMCPNI finance des services essentiels, comme l'évaluation et la gestion des soins, des services d'infirmières visiteuses, des services de relève à domicile, des soins d'hygiène et la mise en relation avec d'autres professionnels ou des organismes d'aide sociale. Les évaluations montrent que, depuis sa création, il y a 10 ans, le programme a aidé les collectivités à assurer la santé de ses résidants en créant des services de soins à domicile et des services communautaires là où il n'y en avait pas auparavant. De plus, la participation des membres des Premières nations et des Inuit, à toutes les étapes de la mise en place des services, a directement contribué à créer un puissant sentiment de responsabilité à l'égard du programme[537]. Le PSDMCPNI permet de fournir des services de proximité à des personnes qui, autrement, se verraient dans l'obligation de se tourner vers d'autres ressources[537, 538]. Le PSDMCPNI est complété par le Programme d'aide à la vie autonome, d'Affaires indiennes et du Nord Canada, qui permet d'offrir des services aux aînés des Premières nations ayant des limitations fonctionnelles et susceptibles d'avoir besoin d'aide pour préserver leur autonomie[539]. Des programmes comme le PSDMCPNI répondent de façon efficace aux besoins des membres des Premières nations établis dans les réserves ainsi qu'à ceux des collectivités inuites. Toutefois, il y aurait lieu de créer des programmes semblables dans les collectivités autochtones ailleurs au pays.

Le Programme canadien pour l'autonomie des anciens combattants (PAAC) est un programme national de soins à domicile qui permet aux anciens combattants admissibles de demeurer à la maison ou dans leur collectivité aussi longtemps que possible[60, 540]. En 2005-2006, le PAAC a aidé environ 97 000 anciens combattants[541]. Le personnel attaché au programme collabore avec les employés des services et des programmes communautaires afin de répondre aux besoins uniques des anciens combattants[60]. Les personnes admissibles au PAAC peuvent bénéficier d'une variété de soins de santé, de soins personnels et de services d'aide ménagère. D'autres services sont également offerts aux anciens combattants admissibles, comme les soins ambulatoires, le transport pour participer à une activité favorisant l'autonomie, les services d'infirmières visiteuses et l'aide à la rénovation du domicile permettant au bénéficiaire d'être davantage en mesure de se faire à manger, de faire sa toilette et de bien dormir. Le PAAC a également élargi son mandat afin d'inclure des services destinés aux survivants à faible revenu, aux anciens combattants handicapés et à des civils ayant servi pendant la première guerre mondiale, la deuxième guerre mondiale ou pendant la guerre de Corée. Le PAAC offre des soins qui non seulement permettent de vivre à domicile mais qui sont grandement appréciés par les bénéficiaires[60, 540, 541]. Un autre projet efficace destiné aux anciens combattants canadiens, celui des soins à domicile offerts aux anciens combattants ayant servi outre-mer, témoigne des bienfaits qu'apporte le maintien à domicile d'anciens combattants en attente d'une place dans une résidence pour aînés (voir l'encadré 4.12 *Projet de soins à domicile pour les anciens combattants ayant servi outre-mer*).

Le PAAC est considéré comme un modèle pouvant convenir à des programmes de portée plus générale de soins à domicile, et il est actuellement adopté à plus grande échelle[542].

Encadré 4.12 Projet de soins à domicile pour les anciens combattants ayant servi outre-mer

Le projet de soins à domicile pour les anciens combattants ayant servi outre-mer a été mis en œuvre en 1999 par Anciens Combattants Canada pour offrir des services au nombre croissant d'anciens combattants en attente d'une place dans un établissement de soins de longue durée. Ce projet permet aux anciens combattants d'obtenir, lorsque possible, des services de maintien à domicile, comme l'entretien du terrain, l'aide ménagère, la livraison de repas, les soins personnels, le transport et le financement de certains aménagements du domicile[274, 543].

Un examen du projet effectué en 2002 a révélé que 90 % des anciens combattants contactés avaient choisi de demeurer dans leur propre logement et de recevoir de services permanents de maintien à domicile, plutôt que d'être transférés dans un établissement, même si une place se libérait. De plus, les participants se sont déclarés très satisfaits des services reçus dans le cadre du projet[274, 543].

Ce genre d'initiative rend possible le choix de vieillir en sécurité dans son logement, tout en permettant des économies de plusieurs milliers de dollars. Selon Anciens Combattants Canada, la prestation de services de soins à domicile coûte, en moyenne, de 5 000 à 6 000 dollars par bénéficiaire par année, alors que le placement en résidence pour aînés exige des débours annuels de 45 000 à 60 000 dollars par bénéficiaire[543].

Les succès que connaissent les programmes comme le PAAC reposent sur une politique provisoire d'un continuum de services ou sur un modèle de soins gradués qui souligne la nécessité de procéder à un dépistage, à une évaluation et à une intervention précoce afin de prévenir une trop grande dépendance à l'égard du système de santé. Il est également important de prévoir un large éventail de services afin de s'adapter aux besoins divers et changeants des individus et des collectivités qui leur viennent en aide. De plus, lorsque des initiatives sont mises en place, il y aurait lieu d'y intégrer des dispositions favorisant des actions concertées entre les programmes provinciaux, territoriaux et locaux (comme cela se fait dans le cas du PAAC) afin que ces initiatives servent à enrichir, plutôt qu'à reproduire, les services déjà offerts[274].

En Alberta, le *Continuing Care Strategy* permet d'aider les aînés de la province à demeurer dans leur domicile et dans leur collectivité aussi longtemps que possible. Cette stratégie, axée sur le bénéficiaire, privilégie les soins de santé et les soins d'hygiène nécessaires pour que la personne puisse « vieillir à l'endroit de son choix ». La province effectue actuellement une évaluation de la stratégie afin de déterminer si le niveau de service est adapté à chaque situation[544]. À l'échelle internationale, dans le cadre du projet *Home and Community Care* mis sur pied en Australie, la prestation de soins à domicile, de soins de santé et de soins personnels vise à combler les besoins des personnes (y compris les aînés) qui nécessitent une aide quotidienne afin de conserver leur autonomie et d'éviter le placement inutile en résidence pour aînés[545].

Il y a plus de 10 ans, le Forum national sur la santé (1997) formulait un certain nombre de recommandations, dont une sur les soins à domicile, et qui allaient être à l'origine d'un grand débat sur l'offre de soins à domicile au Canada. Ces recommandations mettaient également l'accent sur trois champs d'action où des mesures devraient être prises afin d'en arriver à un système de soins de santé plus intégré : offrir des options qui garantissent une qualité de vie et réduisent le risque d'institutionnalisation; fournir des soins peu coûteux adaptés aux besoins des patients tout en appuyant les aidants naturels; et prévoir un système à guichet unique, où les besoins sont évalués cas par cas[546]. Depuis la publication des conclusions du Forum national sur la santé, d'autres débats ont eu lieu sur l'intégration des services de soins à domicile; toutefois, des questions demeurent, et le sujet mérite qu'on y consacre de plus amples recherches.

Appuyer les aidants naturels

Les aidants naturels jouent un rôle essentiel au maintien des aînés à domicile. Leurs efforts peuvent alléger la demande qui pèse sur les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée en plus d'aider les aînés à préserver leur autonomie et à continuer de vivre dans leur domicile et leur collectivité[274, 532].

Bien que la plupart des aidants naturels disent s'acquitter généralement bien ou très bien de leurs responsabilités en matière de prestation de soins, la santé et l'état psychologique de certains d'entre eux se détériorent parfois[260]. Les aidants naturels – en particulier s'il s'agit d'un membre de la famille – ne peuvent parfois plus travailler à l'extérieur de la maison. Ils sont ainsi contraints de réduire ou de modifier leurs heures de travail, ils sont obligés d'engager des débours personnels qui ne leur sont pas remboursés et ils vivent des périodes d'isolement social ou traversent des épisodes de lassitude mentale ou physique pouvant compromettre à long terme leur santé[73]. Dans certains cas, le bénéficiaire, la famille, les collègues de travail et la collectivité ne reconnaissent pas ce travail non rémunéré[547]. Le Canada, en tant que société, attache de l'importance à ses aidants naturels, et tous les Canadiens devraient les appuyer dans leurs activités quotidiennes.

Il est pourtant difficile de soutenir les aidants naturels, car les besoins varient en fonction de l'individu et du contexte. De nombreux intervenants ont voix au chapitre, notamment les pouvoirs publics, les employeurs, les parties intéressées, les collectivités et les individuelles. Le Canada offre plusieurs programmes de soutien aux aidants naturels, allant d'incitatifs financiers (mesures salariales, allégements fiscaux et code du travail) à des programmes de soutien et à des services communautaires[530].

Le gouvernement fédéral offre un éventail de programmes de soutien, dont le *Crédit d'impôt pour aidants naturels*, le *Crédit d'impôt pour personne à charge admissible*, le *Crédit d'impôt pour personnes à charge et ayant une déficience* et le transfert du montant inutilisé du *Crédit d'impôt pour personnes handicapées*. Par ces mesures, il reconnaît la capacité moindre des aidants naturels de gagner des revenus et de payer des impôts, puisqu'ils doivent s'occuper d'une personne à charge[305, 548-552]. Le *Crédit d'impôt pour conjoint* est également une mesure

fiscale qui reconnaît le conjoint à charge[553]. En vertu du *Crédit d'impôt pour dépenses médicales*, les aidants naturels peuvent déduire jusqu'à 10 000 dollars de dépenses médicales au nom d'un membre de la famille à charge[554, 555]. Le gouvernement fédéral offre également des programmes pour les aidants naturels des personnes sous responsabilité fédérale. La *clause d'exclusion générale* prévue dans le *Régime de pensions du Canada* permet d'exclure du calcul de la pension d'un cotisant jusqu'à 15 % des années à revenu faible ou nul, et ce, pour diverses raisons, notamment pour s'occuper d'une personne à charge[556]. On considère également que certaines politiques du travail, comme le congé rémunéré élargi et flexible qui permet de prendre soin d'une personne à charge, jouent un rôle utile dans la conciliation entre le travail et les responsabilités des aidants naturels. L'*Assurance-emploi et prestations de compassion* de Canada garantit un soutien financier aux aidants naturels qui doivent quitter temporairement leur travail pour prendre soin d'un membre de la famille ou d'un ami gravement malade[305, 557]. Par ailleurs, le gouvernement du Canada investira dans la recherche, au cours des trois prochaines années, afin de combler les lacunes dans les connaissances des principaux problèmes auxquels se heurtent les aidants naturels[305].

Bien que chaque province et chaque territoire organisent les services de santé à sa façon, la plupart prévoient des crédits d'impôt pour les aidants naturels ainsi que

des programmes et des services de soins à domicile et de soins continus. Ils consacrent également des ressources importantes aux aidants naturels, comme des programmes de relève, du counseling et de l'entraide. Au Canada, certains employeurs offrent à leurs salariés la possibilité d'aménager leurs heures de travail pour pouvoir s'occuper d'un membre de la famille (par exemple, télétravail, horaires flexibles, établissements de soins de jour pour adultes sur le lieu de travail), ce qui facilite la conciliation entre le travail et les responsabilités en matière de prestation de soins. Ces initiatives peuvent se révéler avantageuses pour l'employeur lorsqu'elles réduisent les coûts liés à l'absentéisme ou qu'elles diminuent le nombre d'aidants naturels travaillant qui tombent malades. Elles peuvent même prévenir le départ d'employés compétents incapables de concilier leur horaire de travail avec leurs responsabilités d'aidant naturel.

Pendant les consultations nationales sur les aidants naturels tenues pour le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, de nombreux participants ont fait remarquer que les mesures de soutien destinées aux aidants naturels et aux bénéficiaires étaient interdépendantes et que les enjeux dans ce domaine transcendaient les sphères de compétence[274]. Lorsqu'on a demandé à des aînés qui s'occupaient d'autres aînés de préciser les mesures qui les aideraient à continuer de jouer ce rôle, 40 % ont indiqué un répit occasionnel ou un partage des responsabilités, 30 % ont indiqué une mesure d'aide financière, 25 % ont dit avoir besoin de plus de renseignements sur la nature des maladies de longue durée et la façon d'améliorer l'efficacité de leur prestation de soins et, enfin, 16 % ont déclaré avoir besoin de counseling[214, 262]. Bien que l'accès aux soins à domicile et aux programmes de soutien connexes puisse avoir des effets bénéfiques, il est difficile d'évaluer les avantages qu'ils rapportent et de mesurer les défis qu'ils représentent. Pour mieux soutenir les prestations de soins non officiels, nous gagnerions à améliorer nos connaissances à l'égard des aidants naturels (par exemple, quelles sont les conséquences à court et à long terme de la prestation de soins sur leur santé et leur état psychologique).

Avec le vieillissement de la population, la prévalence des invalidités, la présence plus forte des femmes sur le marché du travail et l'apparition de familles moins nombreuses, moins traditionnelles et plus éclatées, on peut penser que le nombre d'aidants naturels qui seront nécessaires s'accroîtra. Au Canada, et ailleurs dans le monde, on discute beaucoup de l'appui qu'il convient de leur apporter. Le débat est centré sur ce qui est approprié et éthique de faire et qui peut répondre à la fois aux besoins des aidants naturels et des bénéficiaires en fonction du cadre stratégique. La nécessité de mettre en place des programmes de soutien s'accentue alors que l'accroissement de la demande d'aidants naturels s'accompagne d'une diminution de l'offre en raison des changements démographiques, de la hausse de la population active et des problèmes de santé des patients[530]. Compte tenu des besoins futurs du Canada en matière de soins, il faudrait s'efforcer d'améliorer les conditions de vie des aidants naturels.

Des programmes d'allégements fiscaux, de congés rémunérés, de mesures salariales et de soutien de proximité ont également été mis en place à l'intention des aidants naturels dans d'autres pays. En Australie, le *National Respite for Carers Program* fournit des services de relève adaptables à divers contextes (domicile, résidence pour aînés ou milieu extérieur) et permet l'accès à un réseau d'aidants naturels qui peuvent fournir du counseling, de l'information et des conseils. L'Australie verse également une *Carer Payment* (montant bimensuel versé à ceux qui prodiguent des soins admissibles) et une *Carer Allowance* (supplément non imposable offert aux aidants naturels qui prodiguent des soins quotidiens à une personne ayant un handicap ou une maladie grave)[558, 559]. En Norvège, les politiques en matière de services de santé et de services sociaux prévoient un large éventail de programmes à l'intention des aidants naturels, notamment la *Social Services Act* et le *Action Plan for the Elderly*, en vertu desquels les aidants naturels peuvent bénéficier de services de relève et de mesures salariales[560]. En Suède, les personnes qui prennent soin d'un membre de leur famille peuvent compter sur des mesures nationales, comme la *Care Leave Act* qui permet aux aidants naturels de prendre des congés rémunérés pour s'occuper d'un membre de la famille gravement malade, et la *Social Service Act*, qui encourage les collectivités à soutenir les aidants naturels locaux[561].

Le secteur privé peut également contribuer à soutenir les aidants naturels au moyen de mesures à l'intention des employés qui doivent prendre soin d'une personne

à charge. Des entreprises comme *BT Global Service* (une société de télécommunications du Royaume-Uni) aident leurs employés qui sont aussi des aidants naturels en leur offrant la possibilité d'aménager leur horaire de travail et de travailler à distance ou à partir du domicile[562-565]. Grâce à ces ententes, BT a amélioré la productivité et le taux de satisfaction au travail des employés bénéficiaires[566-569]. Le fait de permettre à une personne de s'occuper d'un membre de sa famille contribue à accroître la capacité des aidants naturels, permet aux aînés de vieillir à l'endroit de leur choix et réduit le nombre de personnes à la charge des établissements de soins.

Stratégies générale de soins à domicile

Le Canada ne s'est pas doté d'une stratégie de soins à domicile qui vise à résoudre les problèmes touchant à la fois les aidants naturels et les bénéficiaires. Une stratégie nationale devrait comporter plusieurs volets clés :

- des mesures de sensibilisation et de formation à l'intention des aidants naturels en vue de déterminer les meilleures pratiques de soins;
- des efforts visant à appuyer les provinces, les territoires et les collectivités au Canada et à favoriser les échanges de renseignements entre ces diverses instances;
- des mesures de sensibilisation publique au rôle important que jouent les aidants naturels dans la vie de nombreux Canadiens;
- des options en matière de conciliation travail-famille[570].

Une meilleure compréhension des soins à domicile et de la fonction qu'ils remplissent auprès des individuelles, des familles et des collectivités s'impose. Il y aurait lieu, également, d'améliorer les connaissances sur le rôle des soins à domicile dans le cadre plus général des soins de santé publique et des services de santé. Par ailleurs, il faudrait s'efforcer de sensibiliser la population à la pratique des soins à domicile et à son importance dans la prestation de services, en plus de mieux faire connaître les pratiques exemplaires, d'appuyer les aidants naturels et de cerner les éléments qui font obstacle à l'amélioration de la situation[570].

Services d'aide à l'autonomie

Les services d'aide à l'autonomie peuvent être offerts pendant les périodes de transition alors que les soins que nécessite le bénéficiaire excèdent ce qu'il peut obtenir chez lui, sans pour autant exiger la prise en charge par un établissement de soins de longue durée[571]. Pour combler ce manque, on peut alors recourir à diverses options de logements privés ou publics, allant de services d'entretien ménager et de préparation de repas à des services de transport et d'activités sociales.

En règle générale, au Canada, des efforts plus importants devraient être consentis afin de permettre aux aînés d'avoir accès à des logements supervisés à prix abordable et qui offrent des services appropriés dans l'environnement souhaité par l'aîné. La réglementation des services d'aide à l'autonomie varie d'une province à une autre – dans certaines provinces, ces services sont assujettis à la relation propriétaire locataire, alors que, dans d'autres, ils sont classés comme services de santé[274]. Il importe donc de réglementer ces services afin que les normes soient respectées, les coûts gérés et les problèmes en matière de santé et de sécurité résolus.

Il est important de répondre aux besoins de tous les aînés en évitant que les différences de revenu n'entraînent de disparité dans les services de base[274]. En général, les personnes dont le revenu est élevé ont accès à un large éventail de logements supervisés, alors que ceux à un faible revenu sont susceptibles de se heurter à une

pénurie de logements pour des raisons liées à l'accès, à la disponibilité et au coût[572]. Les établissements qui offrent des services particuliers ou adaptés aux besoins peuvent être coûteux et ne pas être couverts par les assurances. En outre, le coût des services offerts aux personnes qui ont des besoins importants ou qui sont très vulnérables est souvent plus élevé. Théoriquement, les logements supervisés permettent de répondre aux besoins liés aux périodes de transition et de réduire les effets de certains facteurs sur la santé, comme l'isolement et l'inconfort lorsque la personne passe d'un niveau de soins à un autre. Certaines provinces et certains territoires commencent à gérer l'accès aux services de soutien et d'aide à la vie autonome en établissant un guichet unique, de manière à fournir les soins adéquats en temps opportuns. Cette façon de faire donne de bons résultats dans certaines régions, mais la mise sur pied de tels systèmes pose des difficultés, et leur complexité les rend difficiles à utiliser.

Dans les petites collectivités rurales et éloignées, les aînés peuvent se heurter à des obstacles lorsqu'ils tentent d'obtenir des services de soutien et d'aide à l'autonomie, ce qui peut les conduire à déménager dans un centre urbain plus important, à se contenter de soins inadéquats ou à faire des compromis quant à la satisfaction de leurs besoins et de leurs préférences en matière de logement[82]. Le fait qu'une personne se satisfasse de moins de services que ceux dont elle a réellement besoin, simplement parce qu'ils ne sont pas offerts dans sa collectivité, peut se traduire par des séjours prolongés à l'hôpital, le recours à un établissement de soins de longue durée avant que cela ne soit vraiment justifié ou encore par le maintien à domicile sans soutien, avec les risques que cela comporte.

Parce que ses intervenants connaissent les possibilités du marché, le secteur du logement pourrait jouer un rôle de premier plan en répondant aux besoins des personnes et des collectivités. Par exemple, *Independent Living BC* appuie les aînés à faible revenu qui ont besoin de soins de courte durée pour demeurer autonomes, et ce, à l'aide d'un programme mené en collaboration avec l'organisme *BC Housing*, la Société canadienne d'hypothèques et de logement, les fournisseurs de logements et les autorités sanitaires[573]. Dans les régions éloignées où l'accès aux soins est limité, l'investissement fédéral dans le logement destiné aux aînés à faible revenu permet de réaliser certains progrès; dans des collectivités des Premières nations du Nord canadien ou dans des réserves, il permet de rénover et d'adapter des installations existantes. Par exemple, le Programme de logement sans but lucratif dans les réserves (article 95) aide les membres des collectivités des Premières nations, dont les aînés, à acquérir des logements locatifs adaptés, adéquats et abordables dans les réserves. Il aide les Premières nations à construire, à acheter, à remettre en état et à administrer des logements abordables dans des collectivités comme Michipicoten, en Ontario, où une grande proportion de la population est âgée et où les besoins en logements abordables pour les aînés sont croissants[574, 575].

Soins de longue durée

Les services de soins de longue durée permettent de fournir des soins supervisés en établissement, comprenant des soins de santé professionnels, des soins personnels et des services tels que la préparation des repas et la lessive[576]. La gamme des services offerts dans les établissements de soins de longue durée varie; les provinces et les territoires sont responsables de la surveillance de la plupart de ces établissements (à l'exception des services destinés aux collectivités des Premières nations vivant dans des réserves, aux anciens combattants et aux détenus, qui sont fournis par le gouvernement fédéral)[576]. De plus, les soins de longue durée sont complexes, et l'ensemble du pays n'a pas recours à une terminologie uniformisée pour décrire ce type de soins et les services qu'ils comprennent[576].

Les services complémentaires de santé sont soumis à la *Loi canadienne sur la santé*, mais les soins de longue durée ne sont pas assurés et l'usager doit en assumer les frais. Si elle ne fait pas la distinction entre soins assurés et soins non assurés, une personne peut éprouver des difficultés lorsqu'elle doit chercher un établissement offrant des soins de longue durée ou lorsqu'elle doit choisir entre payer ou attendre pour y avoir accès[274]. Au Canada, les coûts et les soins varient d'une région à l'autre, tout comme les niveaux de soins et les sources de financement. Les différences entre les places financées par le secteur privé et celles financées par le secteur public (ainsi que les soins qui y sont associés) expliquent en partie ces variations. La majorité des établissements de soins de longue durée sont de propriété privée, et les soins y sont souvent coûteux. Pour ce qui est des établissements publics, il arrive souvent que la période

d'attente pour obtenir une place soit longue, ce qui peut entraîner des interruptions de soins ou nécessiter un déplacement. De plus, les soins de longue durée ne sont pas transférables d'une province ou d'un territoire à l'autre; les subventions, les périodes d'attente et les honoraires varient et peuvent constituer des obstacles pour les aînés qui souhaitent s'installer dans une autre province ou un autre territoire[274]. Cette situation pose souvent des problèmes aux aînés qui souhaitent déménager pour se rapprocher de membres de leur famille ou se faire accepter dans un établissement où vit leur conjoint, un parent ou un ami.

De nos jours, les personnes admises dans des établissements de soins de longue durée sont généralement plus âgées et ont des besoins de soins plus grands que les générations précédentes. Notamment, le nombre de personnes de santé fragile, atteintes d'une démence grave ou ayant des troubles de santé multiples a augmenté. Des unités de soins spécialisés et de soins particuliers doivent être établies dans les établissements de soins de longue durée afin que cette population vulnérable reçoive les soins dont elle a besoin. Cela nécessitera un accroissement du personnel et une amélioration de la formation dans les principaux secteurs de la gériatrie[8, 274]. Les pénuries de personnel formé et d'installations adéquates dans les établissements contribuent à augmenter les problèmes d'accessibilité. Il est important que les gouvernements et les collectivités se mettent dès maintenant au travail pour s'assurer que des établissements et des services nécessaires sont en place pour répondre aux besoins actuels et futurs des aînés du Canada en matière de soins de longue durée.

Soins palliatifs et soins en fin de vie

Au cours des dernières décennies, les fournisseurs de soins de santé, les formateurs, les gouvernements et le grand public ont davantage reconnu l'importance et l'utilité des soins palliatifs et des soins en fin de vie. Il s'agit notamment d'offrir un soutien adéquat et compatissant aux patients et à leurs proches, ce qui se traduit par des services tels que le soulagement de la douleur et des symptômes, le soutien psychologique, social, affectif et spirituel ainsi que le soutien aux soignants et à la famille en cas de deuil[577]. Ces soins peuvent être offerts dans différents lieux, notamment les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée, les établissements de soins palliatifs et les résidences privées. Leur financement peut provenir de sources diverses, dont les différents ordres de gouvernement, le secteur privé et les dons de bienfaisance[577, 578]. Dans l'idéal, ces soins sont fournis par une équipe interdisciplinaire qui comprend des infirmières, des médecins, des travailleurs sociaux, des thérapeutes, des conseillers spirituels, des spécialistes du soutien en cas de deuil, des bénévoles et des aidants naturels[577]. Chaque année, les soins palliatifs et les soins en fin de vie ont une incidence sur le bien-être de nombreux Canadiens. Selon l'Association canadienne de soins palliatifs, en moyenne cinq autres personnes sont touchées lors d'un décès[578, 579].

L'accès aux soins palliatifs au Canada constitue un sujet de préoccupation. On estime que seulement de 16 à 30 % des Canadiens qui décèdent ont bénéficié de soins palliatifs et des soins en fin de vie dont ils avaient besoin, ou y ont eu accès, et qu'un pourcentage encore plus faible a obtenu des services de soutien liés au deuil[578]. Bon nombre de personnes meurent dans des hôpitaux, mais peu s'y voient offrir les soins dont elles pourraient avoir besoin, ce que l'on appelle soins palliatifs en milieu hospitalier. Bien que selon les

Créer les conditions pour un vieillissement en santé

données, environ 70 % des gens préfèrent mourir à la maison, la plupart meurent dans des hôpitaux, et peu d'établissements offrent des soins palliatifs[578-580].

Si pouvoir choisir son lieu de vie est essentiel pour vieillir en santé, pouvoir mourir à l'endroit de son choix est tout aussi important. La réduction de l'écart entre les préférences personnelles et les options disponibles doit être examinée plus à fond au moment de la planification des soins palliatifs et des soins en fin de vie. En ce qui concerne les soins en fin de vie, les options qu'on peut établir dépendent de la capacité des professionnels de la santé, des familles, des soignants et des bénévoles, et repose ultimement sur la possibilité de fournir des soins adéquats qui répondent aux souhaits des personnes concernées. En plus d'assurer la sensibilisation du public et d'adopter des pratiques plus efficaces, il faudra probablement offrir une formation plus poussée aux professionnels de la santé et appuyer la recherche sur les soins palliatifs et les soins en fin de vie afin de pouvoir mieux évaluer et satisfaire les besoins des personnes et de leur famille[577]. Il faut aussi établir un système intégré permettant de coordonner efficacement les transitions entre les soins à domicile, les soins palliatifs, les soins de longue durée et les soins en milieu hospitalier de manière à offrir des soins de la plus grande qualité au meilleur coût-efficacité possible.

Il n'existe pas suffisamment de données concernant la demande, l'offre, la qualité et les coûts des soins palliatifs et des soins en fin de vie au Canada. Il est difficile d'évaluer, à l'échelle de la population, dans quelle mesure les besoins des personnes et des familles sont satisfaits[580]. Les données provenant des systèmes de santé, la qualité des services offerts et la satisfaction des besoins varient d'une région à l'autre. Il faudrait obtenir plus d'information sur le type, la quantité et la pertinence des soins offerts afin de pouvoir soulager la douleur et fournir des services d'accompagnement ou de soutien en cas de deuil[580]. Enfin, d'autres données sur l'efficacité des programmes de soins en fin de vie doivent être recueillies. Et comme le Canada établit des prévisions quant aux besoins futurs en matière de soins palliatifs et de soins en fin de vie, il faudra améliorer à cet égard la prise de données et les systèmes d'information.

Le Canada a fait des progrès en matière des soins palliatifs et des soins en fin de vie. De 2004 à 2009, les Instituts de recherche en santé du Canada ont consacré 16,5 millions de dollars à la recherche sur ces soins, principalement octroyés aux équipes travaillant dans des secteurs tels que la transition entre les types de soins, la prestation des soins, le soulagement de la douleur, les soins donnés aux populations vulnérables et l'évaluation des programmes[579, 581]. De plus, grâce au *Plan décennal pour consolider les soins de santé*, le gouvernement du Canada a fourni du soutien aux provinces et aux territoires afin qu'ils améliorent la qualité et l'accessibilité des soins palliatifs à domicile[305]. Récemment le Canada a apporté des changements à l'*Assurance-emploi et prestations de compassion* destinées aux personnes qui doivent s'absenter temporairement de leur travail pour prendre soin d'un membre de leur famille gravement touché par la maladie. Ces prestations ont été élargies aux travailleurs autonomes canadiens qui souhaitent s'en prévaloir[305, 582].

De 2002 à 2008, Santé Canada a appuyé les travaux de la *Stratégie canadienne sur les soins palliatifs et de fin de vie*[577]. Dans le cadre de cette stratégie, cinq groupes de travail ont été formés pour examiner les questions suivantes : les pratiques exemplaires et les soins de qualité, la formation des professionnels soignants, la sensibilisation du public, la recherche et la surveillance. Parmi leurs principales réalisations, mentionnons l'établissement de mesures de rendement aux fins de reconnaissance, qui respectent les

principes directeurs en soins palliatifs et en soins en fin de vie; la définition d'un cadre servant à sensibiliser le public aux soins palliatifs et aux soins en fin de vie et qui favorise le dialogue; l'élaboration des outils d'application des connaissances afin de passer de la recherche à l'adoption de politiques; la mise sur pied des réseaux virtuels facilitant l'échange d'information, de résultats de recherche et de pratiques exemplaires[577]. Même si la stratégie a pris fin, le gouvernement du Canada continue d'appuyer diverses initiatives.

D'autres organisations examinent aussi les questions liées aux soins palliatifs et aux soins en fin de vie. Par exemple, la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées a coproduit des *Lignes directrices nationales sur la santé mentale chez les aînés*, qui portent entre autres sur l'évaluation et la prise en charge du delirium[583]. L'Association canadienne de soins palliatifs et la Coalition pour des soins de fin de vie de qualité du Canada ont également pour objectif d'améliorer l'accès à des soins en fin de vie de qualité, de promouvoir la recherche, de sensibiliser le public et d'appuyer les soignants et les familles[581].

Étant donné que la population canadienne est vieillissante et que les Canadiens vivent de plus en plus longtemps (souvent avec une maladie chronique ou des limitations fonctionnelles), il faudra coordonner les soins palliatifs et les soins en fin de vie afin de gérer les questions complexes relatives à ces services[580]. Les soins palliatifs et les soins en fin de vie doivent correspondre le plus possible au type de soins requis et être offerts au bon moment et au bon endroit. Le besoin croissant de soins palliatifs et de soins en fin de vie est un appel à l'action et à la collaboration afin que les Canadiens reçoivent les meilleurs soins possibles.

Soins intégrés

Bien vieillir signifie notamment avoir le choix de son lieu de vie, avoir accès à des soins de santé et à des services sociaux et vivre dans une collectivité qui offre du soutien. Toutefois, de nombreux aînés affirment que certains de leurs besoins sociaux ou de leurs besoins en matière de santé et des soins ne sont pas satisfaits[73]. Cette situation, souvent contre-productive et coûteuse pour les systèmes de santé, entraîne de surcroît des écarts sur le plan des soins. Le Canada a connu de belles réussites en matière de soins de longue durée, de soins aigues et de soins d'urgence, mais la prestation d'un continuum des soins qui répond à un éventail de besoins – depuis les soins à domicile jusqu'aux soins palliatifs – accuse certaines faiblesses. De plus, dans les collectivités mal desservies, l'intégration insuffisante des services ne répond peut-être pas suffisamment aux besoins des aînés atteints de troubles chroniques ou autres[586, 587]. Les aînés qui doivent chercher différents services de santé, se débrouiller et payer pour en obtenir éprouvent des difficultés. Des problèmes surviennent également lorsque les fournisseurs de soins changent, par exemple lorsqu'une personne passe des soins à domicile à des services d'aide à la vie autonome ou à des soins de longue durée.

Il n'existe pas de définition précise et unanime des **soins intégrés**. Ceux-ci sont également nommés soins gérés, continuité des soins, soins axés sur le patient, soins partagés ainsi que soins de transition. Dans ce rapport, les soins intégrés désignent une approche qui comprend la prestation, la gestion et l'organisation des services de santé. L'expression renvoie aussi à l'approche qui permet d'améliorer l'accès, la qualité et l'efficacité des soins et de mieux satisfaire les besoins. Cette approche vise l'établissement de liens, l'harmonisation et la collaboration entre les différents secteurs de traitement et de soins, mais aussi au sein de chacun d'eux[584, 585].

Les soins offerts aux aînés devraient donc faire partie des soins de santé généraux. Il faudrait, pour cela, instaurer un régime de services complets et intégrés, adaptés à tous les besoins, puis uniformiser l'accessibilité et les coûts liés à ces soins[587]. Des soins intégrés permettraient entre autres d'offrir de soins de meilleure qualité et à moindre coût[586, 587]. Il faudra toutefois mettre au point une vaste stratégie portant sur les soins à domicile et reconnaître l'importance de ces soins pour répondre aux besoins des aînés. Certains estiment que le fait d'aider les aînés de préserver leur autonomie le plus longtemps possible permet en réalité d'épargner des sommes qui, autrement, seraient utilisées pour des admissions prématurées dans des établissements de soins de longue durée[586, 587].

Créer les conditions pour un vieillissement en santé

Les soins intégrés, leur efficacité et leur mise en application sont le sujet de bien des débats[274]. Le Canada a adopté plusieurs approches de soins intégrés. Par exemple, le modèle de soins continus de Hollander et Prince repose sur la solidité des services offerts à domicile ou dans la collectivité et sur la transition entre les différents niveaux de soins[533, 587]. Le modèle comprend dix éléments de soins continus : cinq relevant des pratiques exemplaires administratives et cinq issus des pratiques exemplaires liées à la prestation de services. Ce modèle est fondé sur une analyse empirique du problème et s'appuie sur les traditions du Canada et ses réussites en matière de services de soins continus[533].

D'autres projets portant sur les services communautaires intégrés destinés aux populations vulnérables, notamment l'étude intitulée *Système intégré pour personnes âgées fragiles* et le *Programme de recherche sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie* au Québec, ont aussi suscité beaucoup d'intérêt au Canada et à l'étranger, parce qu'ils traitent des systèmes de prestation en soins de santé primaires (voir l'encadré 4.13 *Modèles de soins intégrés destinés aux aînés fragiles*)[587]. Pour qu'un système intégré fonctionne, il faut un guichet unique, un leadership solide et des intervenants qui pilotent les clients au sein du système. Compte tenu de la complexité des questions que soulèvent les soins de santé, le Canada doit s'employer à pallier la discontinuité entre les niveaux de soins. Cependant, il faut aussi reconnaître que la coordination d'une stratégie intégrée pourrait s'avérer difficile dans un pays comme le Canada, où l'environnement administratif se partage entre les champs de compétences fédérales, provinciales et territoriales.

Certains pays ont intégré les soins communautaires et les soins continus à leur programme de soins de santé universels. Au Japon, par exemple, les évaluations servant à déterminer les besoins et les soins requis proviennent d'un seul point de service d'où l'on gère la transition entre les niveaux et des types de soins[588]. Le système de soins de santé universels du Japon étant relativement récent, comparativement à celui du Canada, les responsables de ce pays ont pu anticiper la croissance de la population des aînés ainsi que le besoin d'intégrer les différents soins offerts par leur système de santé (voir l'encadré 4.14 *Prestation de soins de longue durée : l'expérience japonaise*).

Encadré 4.13 Modèles de soins intégrés destinés aux aînés fragiles

Les deux principaux modèles de prestation de soins intégrés destinés aux aînés fragiles, mis au point au Québec dans le cadre de projets pilotes et de projets de démonstration, sont le modèle du Système de services intégrés pour personnes âgées fragiles (SIPA) et celui du Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie (PRISMA)[587]. Ces modèles ont été mis en place pour qu'on en évalue les effets sur l'utilisation et les coûts des services sociaux et des services de santé dans le cadre du système de soins de santé en vigueur au Québec. Ils permettent également d'évaluer la satisfaction et les gains en autonomie des aînés fragiles et de mesurer le fardeau que doivent porter les aidants[589-593].

Le modèle du SIPA a été mis de l'avant par le groupe

de recherche Solidage de l'Université de Montréal et de l'Université McGill. De vastes consultations ont été menées auprès des décideurs, du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal ainsi que d'agences et d'organismes locaux chargés de la prestation de soins. Le SIPA constitue un exemple d'intégration complète de la prestation des services où les interventions dans la collectivité occupent une place de choix[590]. Dans le cadre de ce modèle de prestation de services, une organisation locale est responsable des aspects clinique et financier de la prestation des services de santé et des services sociaux. La responsabilité des soins incombe à un gestionnaire de cas et à une équipe multidisciplinaire formée d'un médecin de famille, d'infirmières, de travailleurs sociaux, d'ergothérapeutes, de physiothérapeutes, de nutritionnistes, d'auxiliaires familiaux et d'organisateurs communautaires[589]. L'équipe fournit des soins de santé primaires et des services sociaux. Certains des services offerts dans des établissements de soins sont externalisés. Généralement, ce modèle est appliqué au sein de la structure de soins de santé et de services sociaux déjà en place. L'étude SIPA a été réalisée sur une période de 22 mois (du 1er juin 1999 au 31 mars 2001) auprès d'un groupe de 1 230 aînés fragiles âgés de 65 ans et plus, qui sont aux prises avec des incapacités fonctionnelles[589].

Les résultats de l'étude SIPA ont démontré que, pour le groupe participant au projet, les coûts des services communautaires étaient en moyenne plus élevés, mais que les coûts institutionnels l'étaient moins. Par conséquent, les coûts globaux par personne n'accusaient pas de grande différence entre les deux formes de soins. La capacité du gestionnaire de cas à favoriser la sortie de l'hôpital des patients et à faciliter les soins et les services à domicile, en utilisant les ressources communautaires, explique la réduction des coûts institutionnels, notamment ceux liés aux urgences, à l'hospitalisation et au logement permanent. Des analyses secondaires ont révélé que les coûts associés aux patients externes étaient réduits de 5 000 dollars en moyenne pour la période de 22 mois, chez les participants au SIPA ayant des incapacités modérées à importantes. Les coûts relatifs aux résidences pour aînés ont été réduits de 14 500 dollars pour les participants vivant seuls et souffrant d'au moins cinq affections chroniques[594]. La satisfaction des soignants était également plus grande chez ceux participant à l'étude SIPA, sans que ces derniers aient subi une augmentation de leur fardeau ou de leurs frais[589].

Le modèle PRISMA a été conçu par le groupe de recherche PRISMA de l'Université de Sherbrooke. Il constitue un exemple d'approche coordonnée des soins de santé intégrés. Dans le cadre de ce modèle, qui s'intègre au système de soins de santé en vigueur, les organisations utilisent leurs propres structures, mais elles acceptent de faire partie d'un regroupement et d'adapter leurs opérations et leurs ressources pour établir des processus communs[591, 592]. L'étude PRISMA a été réalisée sur une période de quatre ans; elle a permis de concevoir et d'évaluer des outils qui facilitent et appuient l'intégration de services destinés à maintenir l'autonomie des aînés fragiles de 75 ans et plus[591-593].

Une évaluation de l'étude montre que la perte d'autonomie fonctionnelle et le nombre des besoins non satisfaits sont moindres chez les participants à l'étude comparativement au groupe témoin et que leur degré de satisfaction et les gains en autonomie sont plus élevés. De plus, le fardeau des soignants est inférieur au sein du groupe à l'étude[591, 592]. Les résultats de l'étude PRISMA ont permis de conclure que ce modèle de soins intégrés contribue à maintenir l'autonomie des aînés et à mieux utiliser les services de soins de santé, sans augmenter les coûts assumés par le système de santé[593]. En raison des résultats encourageants de l'étude PRISMA, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a décidé d'étendre le modèle à l'ensemble de la province[591, 592].

Ces deux études semblent indiquer que les modèles de services intégrés, qu'il s'agisse d'intégration complète ou de coordination des services destinés aux aînés fragiles, semblent réalisables et permettent de réduire l'utilisation des services offerts en établissement, sans augmenter les coûts globaux ni le fardeau assumé par les aînés et leur famille ni réduire la qualité des soins de santé[589, 591, 593]. De plus, les deux modèles ont aidé à maintenir et à favoriser l'autonomie des aînés fragiles.

En 2007, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) ont accordé aux groupes Solidage et PRISMA une subvention de recherche conjointe de 3,7 millions de dollars. Les objectifs de l'équipe du projet des IRSC

sur la fragilité et le vieillissement sont les suivants : comprendre les composantes, les processus et les conséquences de la fragilité chez les aînés; promouvoir les soins intégrés destinés aux aînés fragiles en modifiant les pratiques professionnelles et en mettant au point des outils d'évaluation des patients; créer des programmes et des stratégies permettant d'accroître l'utilisation des données probantes sur la santé de la population ainsi que des outils cliniques et des outils de gestion dans les établissements offrant des services sociaux et des soins de santé intégrés[595].

Encadré 4.14 Prestation de soins de longue durée : l'expérience japonaise

Pour qui analyse les soins de santé prodigués aux aînés ailleurs dans le monde, il est intéressant de s'attarder à l'expérience du Japon. Dans ce pays où l'espérance de vie est la plus élevée au monde (82,6 ans en 2007), les aînés représentaient environ 20 % de la population en 2005. Ce pourcentage devrait atteindre près de 30 % en 2025[596, 597]. Le système de santé national a donc dû évoluer pour relever le défi que présente le vieillissement rapide de la population. Au moment d'établir ce système, le Japon a pu s'appuyer sur l'expérience d'autres pays et prévoir le vieillissement de sa population et ses besoins en santé.

Le système de santé universel du Japon est organisé de telle sorte que chaque citoyen est assuré. Les services de santé offerts aux aînés sont financés en partie par les régimes d'assurance maladie des salariés, l'assurance maladie nationale ainsi que par le gouvernement. S'ils ont besoin de soins de santé de base, tous les aînés ont accès à des traitements de qualité à peu de frais. C'est pourquoi ils consultent souvent leur médecin (environ 14 fois par année), ce qui allonge les temps d'attente et limite le temps que chaque médecin peut consacrer à un patient[598].

En 2000, un système d'assurance de soins de longue durée a été mis sur pied à l'intention des aînés ayant besoin de soins ou d'aide sur une base régulière. Mais pour s'en prévaloir, ceux-ci doivent obtenir de la municipalité où se trouve leur assureur une attestation prouvant que ces services sont requis. Les spécialistes des services médicaux, des services d'hygiène et des services d'aide sociale évaluent l'état de santé de la personne pour déterminer le niveau de soins ou d'aide dont elle a besoin et les services à domicile ou en centre d'hébergement qui lui conviendraient[588].

Les résidences privées pour aînés sont de plus en plus nombreuses. Semblables aux résidences services de l'Amérique du Nord, elles doivent toutefois satisfaire à des exigences gouvernementales relatives à la taille du centre et aux services offerts. Dans 75 % des cas, c'est une entité à but lucratif, y compris une grande entreprise, qui les possède ou les exploite. La récente croissance de ce secteur (350 centres en 2000 contre 1 144 en 2005) est en grande partie attribuable à la loi de 2000 sur l'assurance des soins de longue durée, qui a permis aux occupants de ces résidences de bénéficier d'une telle protection. La demande d'hébergement dans les résidences privées serait en augmentation, car les aînés nantis veulent obtenir des soins de meilleure qualité et éviter les longues listes d'attente des établissements publics. Mais selon des données récentes, ces résidences ne seraient peut-être pas financièrement viables comme entreprises à but lucratif. Étant donnée la marge bénéficiaire brute déclarée de 4,9 %, les coûts augmenteront pour les résidants, ce qui limitera le nombre de personnes capables de s'offrir de tels services[599].

Lorsqu'on compare une option à une autre, on doit tenir compte de la qualité des soins offerts. Le système de santé universel est accessible à tous, mais le nombre élevé de patients et les capacités limitées diminuent la qualité du service offert à chaque patient. Par ailleurs, l'hébergement en centre privé n'est pas aussi largement accessible ou abordable. Des études ont également révélé que la qualité des soins dans les centres d'hébergement et les établissements de soins de longue durée exploités par des entreprises à but lucratif est parfois moindre que dans ceux exploités par des entités sans but lucratif[600]. Dans ce contexte, une meilleure accessibilité aux centres d'hébergement publics nécessite la présence de personnel de qualité et la capacité de gérer une demande accrue de services.

Créer les conditions pour un vieillissement en santé

CHAPITRE 4

Résumé

Les sujets traités dans ce chapitre (la satisfaction des besoins fondamentaux, le choix de l'endroit où vieillir, la prévention des chutes, la santé mentale, les mauvais traitements et la négligence envers les aînés, l'appartenance sociale, les modes de vie sains ainsi que les soins et les services) sont autant d'aspects essentiels dont doit tenir compte la société canadienne pour créer des conditions propices à un vieillissement en santé. Bien que certaines interventions aient fait leurs preuves ou s'avèrent prometteuses, il subsiste de nombreuses lacunes en ce qui a trait aux connaissances, à l'information et aux pratiques exemplaires. Ainsi, nous devons en apprendre et en faire davantage.

Les chutes chez les aînés sont souvent évitables et, par conséquent, les initiatives visant leur prévention peuvent considérablement améliorer la santé et le bien-être des aînés au Canada. Les lignes directrices sur le sujet définissent et favorisent des pratiques sécuritaires et des conceptions universelles. Créer des environnements sécuritaires et faciles d'accès en plus d'établir des conditions qui encouragent l'activité physique de façon à accroître la force, la souplesse et l'équilibre contribuent à réduire les chutes. Les risques de chute seront également réduits si la population et les professionnels de la santé sont sensibilisés aux mesures de prévention.

Les connaissances concernant la santé mentale des aînés au Canada sont insuffisantes. Les programmes de formation et de sensibilisation sont efficaces pour dissiper les mythes sur le vieillissement et la maladie mentale et pour combattre la stigmatisation qui les accompagne. Il est important de mettre en œuvre des initiatives et des stratégies portant précisément sur la santé mentale et la maladie mentale à l'intention des aînés, de leurs familles et des aidants. De vastes stratégies d'information sur la santé mentale destinées à l'ensemble des Canadiens sont également nécessaires.

La lutte contre les mauvais traitements et la négligence envers les aînés se fait par divers moyens, dont l'application de la loi et la sensibilisation aux droits qu'elle garantit. Les programmes généraux de sensibilisation visent à faire comprendre aux prestataires de soins et aux aînés ce qui définit les mauvais traitements, et ce, dans un but préventif. On pourrait également aider les professionnels et les autres personnes à détecter les cas de mauvais traitements lorsqu'ils se produisent et à agir en conséquence. Cependant, beaucoup ne disposent pas encore de toute l'information requise, et il faudrait à cet égard mettre sur pied et alimenter des réseaux de connaissances afin de combattre la stigmatisation et la honte qui font perdurer le problème. Les collectivités peuvent jouer un rôle important dans la prévention des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés.

Les aînés socialement actifs au sein de leur collectivité présentent un meilleur état de santé. Les interventions qui favorisent leur participation à des activités collectives peuvent avoir des effets positifs. Des projets comme celui des villes et des collectivités amies des aînés, la conception universelle et l'éradication de l'âgisme favorisent l'inclusion sociale. Quant au bénévolat, il aide les aînés à être en meilleure santé parce qu'il leur permet de conserver des liens sociaux et de bénéficier d'une reconnaissance en raison des avantages (économiques, sociaux, etc.) que leur contribution apporte à la société. Il faudrait continuer d'encourager les aînés à faire ou à continuer de faire du bénévolat au Canada et investir davantage dans leur participation à l'action bénévole.

Pour que les personnes adoptent de saines habitudes de vie, elles doivent connaître les avantages que leur procurent ces pratiques. Mais les recommandations concernant l'activité physique ou les programmes d'abandon du tabagisme doivent être adaptés aux besoins particuliers des aînés. Adopter de saines habitudes nécessite un environnement sécuritaire, facile d'accès et attrayant. Il est important non seulement de comprendre les avantages des saines habitudes de vie, mais aussi d'être informé en matière de santé.

Les divers niveaux de services offerts aux aînés et la transition d'un niveau à l'autre sont complexes, et il peut être difficile pour un aîné d'obtenir, de payer ou de choisir des soins. Il existe plusieurs niveaux de soins, sans compter qu'il faut planifier et gérer la transition à un autre niveau lorsque les besoins changent. La situation s'est améliorée dans certaines provinces et dans certains territoires, dont les stratégies générales aident les aînés et appuient les prestataires de soins, mais des efforts en ce sens restent à faire. Les aînés gagneraient à mieux connaître et comprendre les niveaux de soins et les

Créer les conditions pour un vieillissement en santé

options disponibles au sein de la collectivité. Cela permettrait aussi de mieux répondre aux besoins des prestataires de soins et d'alléger le fardeau des responsabilités qu'ils assument. Il serait également avantageux de soutenir davantage la recherche, par exemple en soins palliatifs, et de s'inspirer des pratiques exemplaires adoptées par les diverses provinces et territoires.

Les interventions et initiatives prometteuses décrites dans ce chapitre montrent que plusieurs secteurs de la société contribuent utilement à la conception et à la mise en œuvre de programmes efficaces assortis de résultats mesurables. On peut s'inspirer de ces mesures et en faire la base d'un travail de réflexion, de planification et d'intervention. Mais ces efforts ne suffisent pas, notamment au chapitre de l'inclusion active des aînés qui, par l'intime connaissance de leurs besoins, de leurs expériences, de leurs compétences et de leurs capacités de tous ordres, contribueront grandement à la conception de stratégies et d'interventions hautement efficaces pour favoriser le vieillissement en santé au Canada. Le chapitre 5 expose les domaines prioritaires dans lesquels nous devons collectivement travailler pour que les aînés du Canada puissent vieillir en santé.

Vers un vieillissement en santé

CHAPITRE 5

Au fil du temps, le Canada a mis en place une bonne partie des conditions propices au vieillissement en santé de sa population. Grâce aux changements de société, aux progrès en santé publique, à l'amélioration des soins de santé et des conditions de vie, à des meilleures normes sociales ainsi qu'à des choix individuels plus avisés, le Canada abrite une population vieillissante épanouie dont l'espérance de vie est l'une des plus élevées au monde.

Par son travail de planification et de prospective, le Canada s'est bien préparé pour pouvoir faire face au vieillissement de sa population. De fait, selon l'Organisation de coopération et de développement économiques, il est en excellente position de s'adapter à ce phénomène grâce aux réformes qui ont favorisé la stabilité financière des aînés[305]. Mais bien sûr, les problèmes qui subsistent ou nouveaux peuvent encore compromettre l'état de santé actuel et futur des aînés de notre pays.

S'attaquer aux problèmes de santé des aînés sans combler d'abord leurs besoins fondamentaux atténuerait l'efficacité des mesures destinées à améliorer leur santé et à bâtir des collectivités aptes à leur offrir aide et soutien.

L'efficacité d'une mesure varie aussi d'une personne ou d'une collectivité à l'autre. Mais il faut quand même assurer un continuum de soins pour toutes les étapes de la vie et tous les types de besoins des Canadiens. Les échanges de renseignements jouent ici un rôle crucial afin de déterminer si une idée ou une solution est applicable sur une grande échelle. Des données exposées dans d'autres pays ou par d'autres administrations montrent qu'il est possible d'atténuer les problèmes de santé des aînés ou, du moins, d'en minimiser les répercussions. Le Canada peut profiter de ces expériences et les adapter à sa réalité.

Mesures prioritaires

Les données exposées dans le présent rapport indiquent qu'il y a des secteurs dans lesquels le Canada peut intervenir afin de créer des conditions propices au vieillissement en santé ou d'en maintenir les acquis. Ce chapitre décrit des actions prioritaires à mener pour améliorer concrètement la santé et le bien-être des aînés :

- s'attaquer aux problèmes d'accès aux soins et aux services;
- améliorer les données et accroître les connaissances sur la santé des aînés;
- valoriser le rôle des aînés et combattre l'âgisme;
- cibler les besoins particuliers des aînés dans la promotion de la santé;
- créer et maintenir un environnement sain et stimulant;
- concevoir une stratégie globale de prévention des chutes.

S'attaquer aux problèmes d'accès aux soins et aux services

Malgré les réussites dont le Canada peut se réjouir dans le domaine des soins actifs, des soins de longue durée ou des soins d'urgence, des lacunes subsistent en ce qui concerne l'accès au continuum de soins, des soins à domicile jusqu'aux soins palliatifs. Leur accessibilité varie aussi d'un endroit à l'autre au Canada. Les collectivités où les services sont insuffisants n'ont pas nécessairement toutes les ressources pour combler les besoins des aînés aux prises avec une maladie chronique ou la santé déclinante. Les résidences services, les établissements de soins de longue durée et les centres de soins palliatifs et de fin de vie doivent également adapter leurs services

à la culture des Autochtones et des immigrants[274]. De plus, chercher, choisir, obtenir et payer des services et des soins est souvent compliqué pour un aîné qui doit coordonner tous les éléments entrant en ligne de compte pour obtenir les services et les soins appropriés.

L'aîné qui recevait des soins à domicile et qui doit soudain changer de fournisseur de services parce qu'il doit désormais vivre dans une résidence service ou dans un établissement de soins de longue durée éprouvera également des difficultés. Au Canada, les défis associés à l'obtention de soins sont variés : augmentation de la demande, manque d'accès aux services (y compris aux soins à domicile), incapacité de vieillir à l'endroit de son choix et soutien insuffisant aux aidants naturels. Pour améliorer la situation, il faudrait établir, entre la prestation de soins et les services sociaux et communautaires en général, les liens qui permettraient d'adopter une approche coordonnée. En tant que société juste et humanitaire, le Canada doit impérativement offrir à tous ses aînés, sans égard à leur revenu, un accès à des soins et à des services essentiels de qualité[274].

Les soins donnés par les membres de la famille, les amis et les pairs peuvent permettre aux aînés de vieillir à l'endroit de leur choix et leur offrent ainsi la chance de préserver leur autonomie et de maintenir un sentiment d'appartenance à la collectivité. Les aidants naturels jouent à ce titre un rôle essentiel en allégeant le fardeau que les soins aux aînés font peser sur le système de santé et ses professionnels. Le Canada reconnaît désormais la contribution des aidants grâce à des mesures d'allègement fiscal, de protection des emplois et d'aménagement du temps de travail. Ces mesures s'appuient notamment sur les codes du travail ou sur divers programmes, notamment le programme *d'assurance-emploi et prestations de compassion*. Du soutien et des services sont également accessibles à l'échelle communautaire. Cependant, mises à part ces mesures, il existe peu de mécanismes de soutien pour les aidants naturels au Canada. Des problèmes persistent en ce qui concerne la prestation de soins non rémunérés et le soutien moral essentiel aux aidants naturels. Les données révèlent que la société devrait valoriser davantage le rôle des aidants naturels, notamment en leur fournissant plus de soutien et de services (par exemple, services de répit, mesures financières, information) et en leur offrant des horaires plus souples en milieu de travail. Ce genre de mesures les aiderait à continuer d'offrir des soins utiles et essentiels à certains des membres les plus vulnérables de la société[601].

De nombreux aînés ont reçu de bons soins dentaires, plus tôt dans leur vie, parce qu'ils bénéficiaient d'une assurance dentaire au travail et d'un meilleur accès à ces services. Mais il arrive souvent qu'en vieillissant les aînés négligent leur santé dentaire, en raison d'un accès limité aux services ou faute de moyens financiers[270, 506, 507]. Compte tenu de l'importance de la santé dentaire sur la santé et le bien-être en général, nous devons, comme société, trouver des moyens de les rendre accessibles à tous.

Les soins aux aînés devraient donc faire partie intégrante des soins de santé généraux et être offerts dans le cadre d'un régime de services complets et intégrés, adaptés à tous les besoins. Les aînés devraient pouvoir obtenir des soins de qualité qui répondent à leurs besoins fondamentaux sans qu'il y ait de différence sur les plans de l'accessibilité, de l'admissibilité et des coûts. Il est certes difficile d'en arriver à une stratégie intégrée dans un pays comme le Canada, où celle-ci devrait être déployé dans un contexte de compétences fédérales, provinciales et territoriales, mais cette option mérite que l'on s'y attarde.

Améliorer les données et accroître les connaissances sur la santé des aînés

Il existe trop peu de données sur la santé des aînés et sur l'efficacité des programmes en vigueur. Il faudrait donc améliorer, en qualité et en quantité, les renseignements et les données accessibles sur le sujet afin de pouvoir dégager des tendances à long terme, anticiper les problèmes et proposer des initiatives, des interventions et des stratégies efficaces qui pourraient, ultimement, être adaptées et appliquées à l'avenir.

Comme il est fait mention au chapitre 4, mieux connaître l'état de santé des aînés peut contribuer à réunir les conditions propices au bien vieillir. Ce serait tout particulièrement profitable en ce qui concerne les mauvais traitements et la négligence envers les aînés, dont l'étendue du problème est mal perçue, sans doute parce que la notion de mauvais traitements et de négligence n'est pas clairement définie ou parce que les lois qui criminalisent les comportements abusifs sont mal

connues[431]. Pour prévenir de telles situations, on doit prendre conscience de ces problèmes et changer la façon de les percevoir. Ces efforts pourraient être mieux ciblés et plus productifs s'il existait des données sur le sujet. Afin d'offrir un début de solution, Ressources humaines et Développement des compétences Canada finance le projet Définir et mesurer les mauvais traitements et la négligence chez les aînés : Travaux préparatoires requis pour mesurer la prévalence des mauvais traitements et de la négligence à l'égard des aînés au Canada. Ce projet, qui s'échelonnera sur deux ans, à compter de 2010, a été confié à l'Initiative nationale pour le soin des personnes âgées. Il a pour but d'élargir les connaissances sur les définitions, les méthodes, les enjeux éthiques inhérents à l'étude et la prévalence des mauvais traitements envers les aînés au Canada. Ces nouvelles connaissances serviront ensuite à concevoir des sondages, à mener au pays, des études ponctuelles sur la prévalence des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés, tant dans la collectivité que dans les établissements, ainsi qu'à cerner d'autres facteurs de risque ou mesures de protection.

L'alimentation et les problèmes de santé mentale chez les aînés sont également peu documentés, et il serait aussi utile de mieux comprendre les raisons pour lesquelles certains aînés ne pratiquent pas d'activité physique afin de travailler à lever ces obstacles.

Dans le but de recueillir de nouvelles données et information sur la santé des aînés, les Instituts de recherche en santé du Canada ont établi l'Institut du vieillissement, qui entreprendra une vaste étude nationale, soit l'*Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement*. S'inscrivant sur le long terme, cette étude consistera à suivre, pendant au moins 20 ans, quelque 50 000 Canadiens âgés de 45 à 85 ans afin de recueillir des renseignements sur les changements d'ordre biologique, médical, psychologique, social et économique associés au vieillissement[602]. Elle s'intéressera également aux facteurs intervenant au cours de la vie afin de mesurer leur incidence sur la santé et le rôle qu'ils jouent dans le développement des maladies et l'apparition des incapacités. Elle permettra également de mieux comprendre les facteurs qui expliquent le bien vieillir selon les transitions, les trajectoires et les profils vie. Enfin, elle vise, à long terme, à consolider nos capacités de recherche sur le vieillissement au Canada[602, 603].

Par ailleurs, le module sur le vieillissement de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieilliessement en santé de 2009* permettra de recueillir de l'information sur les facteurs, les influences et les processus qui favorisent un vieillissement en santé. Cette étude, à laquelle participeront des Canadiens de 45 ans et plus, portera sur des facteurs d'ordre sanitaire, social et économique propices au vieillissement en santé (état de santé et de bien-être général, activité physique, recours aux services de santé, participation à la vie sociale, travail et retraite). À terme, elle fournira aux chercheurs et aux décideurs de l'information utile pour élaborer des instruments stratégiques qui orienteront les politiques et les programmes en vigueur de manière à ce qu'ils conviennent le mieux possible aux besoins des Canadiens[604].

Afin de promouvoir la santé des aînés au Canada, il est important de connaître et de définir les pratiques exemplaires en matière de saines habitudes de vie. À cet égard, toute intervention efficace doit passer par le transfert d'information entre les individus, les chercheurs et les praticiens, de même qu'entre les collectivités, les administrations et les secteurs. L'échange de renseignements et de pratiques exemplaires permet de faire connaître les interventions fructueuses et les leçons retenues, pour qu'elles deviennent ensuite une source d'inspiration et de motivation. Les réseaux de connaissances peuvent faciliter l'échange de l'information entre les intervenants, de même qu'entre les organismes et les administrations, et ainsi favoriser la coordination et la coopération.

Parmi les progrès réalisés à ce chapitre, citons le travail du Réseau canadien pour la prévention des mauvais traitements envers les aînés. Les membres de ce réseau peuvent échanger de l'information qui touche aux enjeux actuels et aux tendances qui se dessinent afin de mettre en place des stratégies d'action et des cadres d'intervention. Le Réseau permet également l'échange de renseignements et de pratiques exemplaires entre les collectivités à l'échelle locale, provinciale, territoriale, nationale et internationale. L'Initiative nationale pour le soin des personnes âgées fait également la promotion de l'échange d'information auprès de ses membres par l'entremise de son réseau national de chercheurs et d'intervenants œuvrant dans les domaines de la médecine, des soins infirmiers, des services sociaux

et d'autres spécialités paramédicales. Il favorise ainsi le rapprochement entre la recherche fondée sur les données probantes et la pratique sur le terrain[392, 447].

L'échange d'information et de connaissances est également prévu dans le cadre de la *Stratégie nationale en matière de santé mentale* de la Commission de la santé mentale du Canada. Cette stratégie, en cours d'élaboration, prévoit la création de réseaux de connaissances et la préparation de vastes campagnes de sensibilisation et de lutte contre la stigmatisation. La création et le renforcement d'un réseau de connaissances en santé mentale permettent aux praticiens Canadiens, ainsi qu'aux aînés et à leurs familles, d'échanger de l'information et des pratiques exemplaires en plus de fournir des renseignements sur les pratiques, les lignes directrices et les stratégies de soutien[376, 377].

Enfin, si on allait de l'avant avec le dossier de santé électronique, on en arriverait à mieux comprendre les besoins des aînés en santé, à mieux détecter les cas de mauvais usage des médicaments ou les risques d'interactions médicamenteuses et, vraisemblablement, à favoriser la continuité des soins et la prise en charge des maladies chroniques[274]. Il faudrait étudier plus en profondeur les avantages que le dossier de santé électronique peut apporter aux aînés.

Valoriser le rôle des aînés et combattre l'âgisme

Les aînés jouent un rôle essentiel dans la société et apportent une contribution importante à l'économie du Canada, en tant que travailleurs, bénévoles, aidants ou contribuables. Comme la population de 65 ans et plus ne cesse de croître, sa contribution inestimable devrait aussi augmenter. Pour que les Canadiens puissent vieillir en santé, on doit pouvoir garantir le bien-être physique et mental des aînés tout au long de leur vie, combler leurs besoins et faire en sorte qu'ils participent à la vie sociale.

Pour ce faire, il faut combattre l'âgisme, l'un des principaux obstacles à la participation et à la contribution des aînés à la société. L'âgisme renvoie à une perception négative du vieillissement et véhicule le préjugé selon lequel les aînés auraient peu à offrir[274, 475]. Il est essentiel de modifier cette perception si l'on veut réunir les conditions propices au vieillissement en santé.

La lutte contre l'âgisme devrait, en outre, s'intéresser au rôle des fournisseurs de soins, car les aînés qui vivent en établissement peuvent aussi être victimes de discrimination. Il faut appuyer la présence d'options en matière de soins et de promouvoir une meilleure image du vieillissement afin que les Canadiens prennent conscience du rôle majeur que les aînés jouent dans la société. Bref, il faut mettre en place les mécanismes appropriés pour gérer les problèmes de santé physique et mentale des aînés.

Comme nous l'avons vu dans le présent rapport, chez les Autochtones, les Anciens sont considérés comme le point d'ancrage des collectivités autochtones. Ils ont la responsabilité de transmettre leur sagesse, leur histoire, leur culture et leur langue, en plus de jouer un rôle essentiel dans la santé et le bien-être de leur famille, de leur collectivité et de leur nation. Comme société, nous pouvons tirer des leçons de la façon dont les Autochtones perçoivent les Anciens et prendre exemple du respect qu'ils leur témoignent.

Le Canada devrait trouver des moyens de valoriser le rôle des aînés dans la société. Il faut aussi s'assurer que tous les secteurs offrent aux aînés la possibilité de participer à des activités lucratives ou bénévoles, qu'ils les aident à accomplir leurs devoirs civiques en aplanissant les obstacles à l'interaction sociale et qu'ils appuient les mesures d'intervention précoce, de prévention et de prestation de soins[12, 605].

Cibler les besoins particuliers des aînés dans la promotion de la santé

Les aînés composent une population très diversifiée. La plupart des programmes de promotion de la santé ne s'adressent pas spécifiquement aux aînés, ce qui peut expliquer en partie les succès mitigés obtenus jusqu'à maintenant. Il faudrait effectuer de plus amples recherches appliquées pour planifier et tester des interventions qui visent expressément à ce groupe d'âge. On devrait également s'assurer, par des évaluations rigoureuses, que ces interventions ont produits les résultats attendus. Même si le Canada a publié le *Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine pour les aînés,* il doit investir d'autres efforts pour joindre les personnes qui ignorent encore le rôle de l'activité physique dans un vieillissement en santé mais aussi pour motiver et aider ceux qui se butent à des obstacles les empêchant de pratiquer des activités physiques.

Outre l'activité physique, l'adoption de saines habitudes alimentaires peut également contribuer à prévenir la maladie et réduire, avec le temps, la consommation de médicaments et le recours aux soins de santé[180]. Les programmes et les politiques doivent tenir compte des besoins nutritionnels propres aux aînés. La santé dentaire représente, par ailleurs, une importante source de préoccupation, puisqu'une négligence peut mener à la maladie et à la malnutrition[268, 505, 506]. Il serait profitable de lancer des campagnes d'information pour sensibiliser les aînés à l'importance de la santé dentaire tout au long de la vie et d'inciter les fournisseurs de soins dentaires à en faire la promotion auprès de leurs patients de tous âges. Il faudrait également veiller à ce que la santé dentaire soit davantage intégrée aux cadres relatifs à la santé publique.

Une approche ciblée s'impose également en santé mentale. Le fait que la maladie mentale puisse être considérée, à tort, comme un phénomène naturel du vieillissement a été mentionné au chapitre 3. Bien que le Canada ait mis en place un grand nombre de politiques, de programmes et d'initiatives en matière de santé mentale, ceux-ci sont généralement axés sur les adultes plus jeunes. Il faudrait veiller à ce qu'un volet des stratégies en santé mentale s'adresse spécifiquement aux aînés. Dans cette optique, les décideurs doivent appuyer les initiatives qui favorisent la santé mentale et qui luttent contre la stigmatisation des aînés, accroître la sensibilisation du public et la formation des professionnels et prévoir un accroissement des investissements et des ressources pour pouvoir répondre aux besoins d'une population vieillissante aux prises avec des problèmes de santé mentale ou susceptible de le devenir. Cela vaut particulièrement pour les aînés qui vivent dans des établissements de soins de longue durée, où la majorité des résidants présentent des troubles cognitifs ou des troubles de santé mentale[206, 207, 388]. L'augmentation du nombre d'aînés qui nécessitent des soins de longue durée demandera des efforts supplémentaires, en particulier pour tenir compte des besoins de sous-groupes, comme les Autochtones et les immigrants.

En outre, puisque la majorité des aînés qui ont une maladie chronique ou de problèmes de santé de tous ordres, ils ont besoin d'acquérir des connaissances de base pour pouvoir gérer leur santé au quotidien. Il incombe à tous les ordres de gouvernement de prendre des mesures à cet égard. Ils peuvent, par exemple, utiliser des termes simples pour le présentation d'information ou la prestation de services en matière de santé. Ils doivent également vérifier l'efficacité de ces mesures par rapport aux besoins à combler. Il est donc nécessaire de recueillir des données sur le niveau de connaissance des aînés en matière de santé afin de continuer à offrir un soutien efficace à ceux qui en ont besoin.

Créer et maintenir un environnement sain et stimulant

Offrir les environnements sains et favorables est essentiel à un vieillissement en santé. Il revient à tous les Canadiens de contribuer à la création et au maintien de tels environnements afin que chacun puisse profiter de ses bienfaits tout au long de sa vie. Les urbanistes et les dirigeants communautaires peuvent, par exemple, prévoir des aménagements et des infrastructures qui favorisent l'activité physique et la participation citoyenne et qui offrent la possibilité d'effectuer ses déplacements dans des conditions sécuritaires. Le Canada compte des réussites à ce chapitre, inspirées de l'Initiative des communautés amies des aînés et de l'Initiative des

communautés rurales et éloignées amies des aînés. Toutefois, de nombreux aînés du Canada n'ont pas la chance de vieillir à l'endroit de leur choix, par manque d'argent, pour des raisons de santé ou parce que ce type de soutien ou de service n'existe pas. Les résidants de régions pauvrement desservies au pays sont particulièrement touchés par ce genre de situation. Il faudrait effectuer plus d'études pour mesurer l'efficacité de telles initiatives et déterminer jusqu'à quel point elles arrivent à combler les besoins des divers groupes culturels.

Si les aînés vivent dans des conditions inadéquates ou insalubres, il faut intervenir, en tenant compte de leurs besoins d'ordre langagier ou culturel et en veillant à ce que l'éventail des services de soins à domicile ou de soins de longue durée en établissement leur permette de choisir le cadre de vie dans lequel ils veulent vieillir. Notre pays a pu accomplir des progrès notables en créant des milieux favorables aux aînés plus vulnérables, et cela, grâce à des mesures législatives qui protègent les droits de tous les Canadiens et qui cernent, pour mieux les contrer, les risques de mauvais traitements ou de négligence. Peu importe l'égard ou l'âge, un milieu sain et favorable est essentiel à la santé et au bien-être. Nous pouvons et devons faire davantage pour que les aînés au Canada puissent s'épanouir dans un environnement de vie sain, sécuritaire et stimulant.

Il est important de bien intégrer tous les aspects de la santé mentale aux stratégies générales de promotion de la santé mentale afin d'aménager, pour les aînés, un environnement plus accueillant, qui leur offre tout le soutien nécessaire.

Concevoir une stratégie globale de prévention des chutes

Au Canada, les aînés ont accès à beaucoup d'information sur la prévention des chutes. De nombreuses autres initiatives s'annoncent aussi prometteuses mais doivent faire l'objet de plus amples recherches avant de les appliquer à grande échelle. Consacrer plus d'efforts à la prévention des chutes donnerait certes de bons résultats, puisque les chutes représentent la principale cause de blessures chez les aînés[148]. L'une des clés du succès repose sur une approche concertée et intersectorielle. Les divers ordres de gouvernement et d'organisations professionnelles ont déjà déployé des efforts en ce sens, mais il faudrait mieux diffuser les pratiques exemplaires et mieux coordonner le travail. En outre, de nouvelles approches en prévention des chutes doivent être mises de l'avant, et leur efficacité doit faire l'objet d'évaluations rigoureuses afin de s'assurer qu'elles sont dirigées vers les personnes les plus à risque.

Bien que certaines recommandations aient été formulées, il n'existe pas de lignes directrices nationales sur la prévention des chutes. Il serait important de se doter de tels instruments parce qu'elles établissent des normes et montrent la nécessité d'effectuer rapidement des évaluations, de gérer les environnements, de lever les obstacles et de modifier les comportements. Pour être efficaces, ces lignes directrices devraient encadrer la gestion clinique des maladies chroniques et aiguës, recenser les connaissances en matière d'interactions médicamenteuses et définir des pratiques d'aménagement des lieux qui garantissent la sécurité à domicile. À cela s'ajouteraient des campagnes générales de sensibilisation et de prévention des chutes.

Prochaines étapes

Comme société, le Canada doit se doter de politiques gouvernementales propices à un vieillissement en santé et continuer de soutenir, par des investissements ou autrement, les programmes qui favorisent un vieillissement en santé. Il doit aussi cerner les tendances à risque au sein des populations plus jeunes afin d'offrir aux personnes de tous âges la possibilité de vieillir en meilleure santé. Assurer un vieillissement en santé profite manifestement à tous les Canadiens, car cela signifie d'offrir à chacun la possibilité de rester actif et en santé le plus longtemps possible. Les rôles respectifs des personnes, des familles, des collectivités et de la société, décrits dans le présent rapport, montrent ce qui peut être accompli à chaque étape de la vie pour améliorer la santé et accroître le bien-être de chacun. Alors que le nombre d'aînés augmente, il importe d'établir nos priorités afin que nos efforts portent des fruits. Les moyens pour améliorer l'état de santé et de bien-être reposent sur l'aide que nous pouvons apporter dès maintenant aux aînés, mais aussi sur celle destinée aux générations plus jeunes.

Vers un vieillissement en santé

Nos efforts doivent servir à résoudre les problèmes, anciens ou nouveaux, qui nuisent à la santé des aînés au Canada, notamment ceux recensés dans le présent rapport. Ils doivent au moins permettre de combler les besoins fondamentaux des aînés, mais aussi contribuer à réduire au maximum les risques de chute et de blessure, de mauvais traitements et de négligence. Nous devons également mieux comprendre les besoins des aînés en matière de santé mentale et promouvoir toutes les interventions, fondées sur des données probantes, qui favorisent la santé mentale ou s'attaquent aux problèmes de santé mentale. Il est aussi crucial de prévenir les cas de mauvais traitements ou de négligence afin de protéger les aînés et de leur offrir un environnement où ils se sentent respectés et en sécurité. Ces interventions doivent s'effectuer dans le cadre de programmes ciblés ou universels. Elles doivent être coordonnées et comprendre plusieurs volets afin de tenir compte de l'étendue de notre pays, de sa diversité et des besoins de ses populations vulnérables. Ces interventions nécessitent des efforts soutenus et ne doivent pas viser uniquement des résultats à court terme.

Le Canada doit s'appuyer sur les initiatives en vigueur et mesurer leurs impacts afin de provoquer les changements souhaités. Il doit s'efforcer de comprendre pourquoi certains programmes et certaines initiatives donnent des résultats et s'en inspirer pour mettre en place des stratégies qui permettent le progrès. Voilà le défi que

nous sommes appelés à relever afin d'améliorer la santé des aînés au Canada. Ne pas agir aurait des répercussions regrettables sur tous les Canadiens, à toutes les étapes de leur vie. En tant que société, nous pouvons continuer sur notre lancée et être un chef de file en matière de santé des aînés et de vieillissement en santé de manière à permettre à tous les Canadiens de maintenir leur état de bien-être et leur qualité de vie à mesure qu'ils vieillissent.

Vers un vieillissement en santé

- De la parole aux actes -

J'ai rédigé le présent rapport pour mieux faire connaître la situation de la population vieillissante du Canada et pour montrer l'importance d'agir afin d'améliorer le sort des aînés, maintenant et à l'avenir. Je voulais aussi rappeler que le vieillissement ne devait pas être perçu comme un phénomène négatif attribuable à un déclin inévitable de la santé physique et mentale. Il faut, au contraire valoriser cette étape de la vie et se préparer le plus tôt possible à vivre longtemps et en santé. Ce rapport me permet également de porter une attention particulière aux progrès réalisés au pays.

Le Canada a permis à sa population vieillissante de réaliser des progrès importants en matière de santé grâce à la réduction et au contrôle des maladies infectieuses, à une meilleure compréhension des facteurs qui nuisent à la santé et aux investissements consentis dans l'infrastructure sociale. Cependant, des problèmes inquiétants persistent et sont susceptibles d'atténuer les effets positifs de ces gains. Le vieillissement présente des défis considérables qui ouvrent à un univers de possibilités. En tant que société, le Canada pourra poursuivre sur sa lancée et demeurer un chef de file mondial en matière de vieillissement en santé si chaque secteur fait sa part.

L'écrivain américain Frank A. Clark a dit que la société aidait davantage les gens à devenir vieux qu'à profiter de leur vieillesse. Pour atteindre notre but ultime, qui est d'offrir aux Canadiens de tous âges la possibilité de bien vieillir, il faut envisager autrement le vieillissement et y voir un temps de célébration individuelle et de reconnaissance sociale.

À titre d'administrateur en chef de la santé publique, je m'engage à :

- collaborer avec mes collègues du gouvernement fédéral et des autres secteurs afin de promouvoir et élaborer des politiques appuyant le vieillissement en santé;
- suivre de près la santé de la population vieillissante et améliorer l'échange de données et de connaissances en cette matière;
- collaborer avec mes homologues pour veiller à ce que le système de santé comble les besoins diversifiés des aînés et d'une population vieillissante;
- continuer à changer les conceptions à propos du vieillissement, valoriser l'importante contribution des aînés et leur fournir un environnement stimulant;
- continuer à appuyer, par des investissements ou autrement, les initiatives axées sur la santé des aînés et les efforts déployés pour combler leurs besoins fondamentaux;
- faire des aînés des collaborateurs à part entière afin que leur expérience et leur sagesse profitent à tous les Canadiens.

— Dr David Butler-Jones

Encadré 5.1 Histoire de Frank et de Marie

Le Canada vivra d'ici peu un important changement démographique et comptera, de ce fait, une importante population de 65 ans et plus. La façon dont il gérera ce changement, en tant que société, aura de profondes répercussions sur la qualité de vie d'un grand nombre de nos aînés.

Voyons le cas fictif de Frank et de Marie, un couple qui habite un nouveau quartier d'une ville canadienne de taille moyenne. À 79 et 74 ans, respectivement, Frank et Marie ont la chance de vivre dans la maison qu'ils ont achetée il y a 12 ans. Leurs enfants et leurs petits-enfants demeurent à proximité et les aident énormément, mais ils sont tous très occupés, de sorte que Frank et Marie préfèrent ne pas solliciter leur aide trop souvent. Le couple profite aussi du soutien de plusieurs médecins. D'ailleurs, sur la recommandation de son médecin de famille, Frank s'est procuré une marchette neuve, qui lui permet de faire de l'exercice, de profiter du grand air, de faire les courses et de participer aux fêtes de famille et aux rencontres des membres de l'association des aînés de sa collectivité.

Frank et Marie habitent une maison en rangée à deux étages, peu pratique vu la mobilité de Frank. Le couple n'a cependant pas les moyens de déménager dans un logement mieux adapté ou d'acheter un fauteuil monte-escalier pour passer sans danger d'un étage à l'autre. Frank doit utiliser une marchette depuis que des accidents vasculaires cérébraux mineurs ont compromis son sens de l'équilibre. Un jour, Frank et Marie décident d'aller faire les courses. Frank se rend au rez-de-chaussée, non sans difficulté, et quitte la maison. Dans le quartier, les lampadaires sont placés uniquement aux intersections et seules les rues principales sont bordées de trottoirs, souvent fissurés et inégaux. Il est difficile donc d'y voir clairement et de se déplacer sans risque avec une marchette. Si le couple veut marcher côte à côte, Marie doit empiéter sur la voie routière.

Après plusieurs pauses et une promenade beaucoup plus longue que prévu, Frank et Marie arrivent finalement au petit centre commercial près de chez eux. Ils y achètent des produits de première nécessité, s'y procurent des médicaments sur ordonnance et s'assoient un moment pour prendre un thé avant de rentrer. De retour à la maison, ils sont épuisés : cette sortie leur a pris en tout quatre heures. Ils aimeraient que ce soit plus facile de marcher dans leur quartier et de faire des courses et ils tremblent à l'idée de devoir refaire l'exercice par mauvais temps.

Et si…

La Ville avait eu en main de meilleurs renseignements et de meilleures données pour planifier ses aménagements? Si les urbanistes avaient su que près de 57 % des résidants du nouveau lotissement seraient âgés de plus de 50 ans? Alors les décisions concernant l'éclairage, la disposition des trottoirs et l'aménagement des maisons auraient peut-être été différents. Un service de transport en commun aurait pu être accessible à proximité, de sorte que Frank et Marie n'auraient pas eu à marcher dans des conditions dangereuses. Le centre communautaire local aurait pu mettre sur pied un programme d'exercices adapté pour aider les aînés à atténuer leurs problèmes d'équilibre et de faiblesse.

Et si…

Frank et Marie avaient eu accès à un guichet unique où trouver réponse à leurs questions et obtenir de l'aide pour naviguer dans le « système »? Si Frank avait pu, avec l'aide d'un travailleur social, obtenir un fauteuil monte-escalier? Si ce travailleur social avait pu les renseigner sur l'existence d'un service de transport porte-à-porte pour personnes handicapées et les aider à remplir les formulaires pour y avoir accès? Si une chambre et une salle de bains avaient été aménagées au rez-de-chaussée de leur maison?

Et si…

Marie, qui prend soin de Frank, avait accès à des services de soutien pour éviter de mettre en péril sa propre santé mentale et physique? Si Marie pouvait compter sur un réseau d'entraide et un service de répit pour mieux tenir compte de ses besoins à elle? Alors Frank et Marie profiteraient d'une meilleure qualité de vie, et il leur serait plus facile de participer aux activités de leur collectivité.

Les collectivités qui connaissent les besoins de leur population peuvent offrir des services mieux adaptés aux besoins et aux priorités de personnes d'un groupe d'âge donné. En plus de maximiser l'utilisation des ressources et de favoriser le travail de concertation, cela permettrait de répondre plus efficacement aux besoins des citoyens.

Liste des sigles et acronymes

ANNEXE A

ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
ALIVE	Active Living in Vulnerable Elders
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
Candrive	Canadian Driving Research Initiative for Vehicular Safety in the Elderly
CCSMPA	Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées
CSMC	Commission de la santé mentale du Canada
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
GRC	Gendarmerie royale du Canada
IFLMTA	Initiative fédérale de lutte contre les mauvais traitements envers les aînés
IMC	Indice de masse corporelle
INSPA	Initiative nationale pour le soin des personnes âgées
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PAAC	Programme pour l'autonomie des anciens combattants
PNHA	Programme Nouveaux Horizons pour les aînés
PRISMA	Programme de recherche sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie
PSDMCPNI	Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits
RHDCC	Ressources humaines et Développement des compétences Canada
SAYGO	Steady As You Go (De pied ferme)
SCHL	Société canadienne d'hypothèques et de logement
SCREEN	Seniors in the Community Risk Evaluation for Eating and Nutrition
SIPA	Système intégrés pour personnes âgées fragiles
SMART	Seniors Maintaining Active Roles Together
UTA	Université du troisième âge

Indicateurs de santé et facteurs qui influent sur la santé des Canadiens

ANNEXE B

		Année
Notre population[1] (en millions de personnes)		
Population (au 1er juillet 2009)	33,7	2009
Autochtones	*1,17*	*2006*
Premières nations	*0,70*	*2006*
Métis	*0,39*	*2006*
Inuit	*0,05*	*2006*
Immigrants	*6,2*	*2006*
Selon le lieu de naissance		
Asie et Moyen-Orient	*2,53*	*2006*
Europe	*2,28*	*2006*
Afrique	*0,37*	*2006*
Caraïbes et Bermudes	*0,32*	*2006*
Amérique du Sud	*0,25*	*2006*
États-Unis d'Amérique	*0,25*	*2006*
Amérique centrale	*0,13*	*2006*
Océanie et autres	*0,06*	*2006*
Selon le nombre d'années depuis l'immigration		
Immigration récente (10 ans et moins)	*2,0*	*2006*
Immigration de longue date (plus de 10 ans)	*4,2*	*2006*
Population urbaine	*25,3*	*2006*
Notre santé		
Espérance de vie et santé déclarée[1]		
Espérance de vie (années d'espérance de vie à la naissance)	80,7	2005-2007
Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (années d'espérance de vie en bonne santé à la naissance)	*69,6*	*2001*
Taux de mortalité infantile (moins d'un an) (décès pour 1 000 naissances vivantes)	5,1	2007
Auto-évaluation de l'état de santé comme excellent ou très bon* (pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus)	58,9	2008
Auto-évaluation de la santé mentale comme excellente ou très bonne* (pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus)	74,4	2008
Principales causes de mortalité[2] (décès pour 100 000 habitants par an)		
Maladies de l'appareil circulatoire	211,9	2006
Cancers	208,1	2006
Maladies de l'appareil respiratoire	58,5	2006
Causes de mortalité prématurée (de 0 à 74 ans)[1] (années potentielles de vie perdues pour 100 000 habitants par an)		
Cancers	*1 574*	*2001*
Maladies de l'appareil circulatoire	*854*	*2001*
Blessures non intentionnelles	*587*	*2004*
Suicides et lésions intentionnelles	*372*	*2004*
Maladies de l'appareil respiratoire	*162*	*2001*
VIH	*46*	*2001*
Causes de mauvaise santé et d'incapacité		
Maladies chroniques		
Incidence du cancer[1] (nouveaux cas pour 100 000 habitants)	481,5	2006
Diabète[2] (pourcentage de la population âgée de 1 an et plus)	6,2	2006-2007
Obésité[1] (pourcentage de la population âgée de 18 ans et plus)	25,1	2008
Arthrite*[1] (pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus)	15,3	2008
Asthme*[1] (pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus)	8,4	2008
Cardiopathie*[2] (pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus)	4,9	2008
Hypertension artérielle*[1] (pourcentage de la population âgée de 20 ans et plus)	23,4	2008
Maladie pulmonaire obstructive chronique*[2] (pourcentage de la population âgée de 35 ans et plus)	4,7	2008
Maladie mentale		
Schizophrénie[2] (pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus)*	*0,3*	*2005*
Dépression majeure[2] (pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus)*	*4,8*	*2002*
Dépendance à l'alcool[2] (pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus)*	*2,6*	*2002*
Troubles de l'anxiété[2] (pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus)*	*4,8*	*2002*
Maladie d'Alzheimer et autres démences*[3] (pourcentage estimé de la population âgée de 65 ans et plus)	8,9	2008

Indicateurs de santé et facteurs qui influent sur la santé des Canadiens

		Année
Causes de mauvaise santé et d'incapacité (continu)		
Maladies infectieuses[2] (nouveaux cas pour 100 000 habitants par an)		
VIH (nouveaux cas estimés par an)	*2 300-4 500*	*2005*
Chlamydia	253,6	2009
Gonorrhée	31,0	2009
Syphilis infectieuse	4,7	2009
Facteurs influant sur notre santé		
Revenu[1] (pourcentage de la population, basé sur le seuil de faible revenu de 1992)		
Personnes à faible revenu (après impôt)	9,4	2008
Emploi et conditions d'emploi[1] (pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus)		
Taux de chômage	8,3	2009
Sécurité alimentaire[4] (pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus)		
*Personnes souffrant d'insécurité alimentaire**	*9,2*	*2004*
Environnement et logement		
Exposition à l'ozone au niveau du sol[5]		
(parties par milliard [valeurs moyennes en saison chaude, pondérées en fonction de la population])	38,7	2007
Exposition aux matières particulaires fines ($MP_{2,5}$)[5]		
(microgrammes par mètre cube [valeurs moyennes en saison chaude, pondérées en fonction de la population])	8,4	2007
Besoin impérieux en matière de logement[6] (pourcentage de la population)	*12,7*	*2006*
Niveaux de scolarité et d'alphabétisation[1] (pourcentage de la population âgée de 25 ans et plus)		
Diplômés d'études secondaires	82,0	2009
Études postsecondaires partielles	62,3	2009
Études postsecondaires	56,4	2009
Soutien social et appartenance sociale[1]		
Sentiment d'appartenance communautaire très fort ou assez fort* (pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus)	65,0	2008
Crimes violents commis (pour 100 000 habitants)	*930*	*2007*
Comportements liés à la santé		
Fumeurs*[4] (pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus)	17,9	2008
Activité physique pendant durant les loisirs*[1] (pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus)	50,6	2008
Consommation de fruits et de légumes (plus de cinq portions par jour)*[1]		
(pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus)	43,7	2008
Abus d'alcool (cinq verres ou plus d'alcool en une même occasion, au moins une fois par mois dans la dernière année)*[1]		
(pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus)	16,7	2008
Consommation de drogues illicites (au cours de la dernière année)[4] (pourcentage de la population âgée de 25 ans et plus)*	*11,5*	*2004*
Taux de grossesse chez les adolescentes[1] (grossesses pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans par an)	*29,2*	*2005*
Accès aux soins de santé[1] (pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus)		
Médecin de famille régulier*	84,4	2008
Consultation de professionnels des soins dentaires*	69,4	2008

* Données auto-déclarées

Remarque : Les données en italique sont identiques à celles figurant dans le *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada de 2009*. Il est possible que certaines données ne puissent être comparées. L'annexe C : Définitions et sources de données des indicateurs, fournit des renseignements plus détaillés.

Sources : (1) Statistique Canada, (2) Agence de la santé publique du Canada, (3) Société Alzheimer du Canada, (4) Santé Canada, (5) Environnement Canada, et (6) Société canadienne d'hypothèques et de logement.

Définitions et sources de données des indicateurs

ANNEXE C

- A -

Abus d'alcool (cinq verres ou plus d'alcool en une même occasion, au moins une fois par mois dans la dernière année) (2008)[175]

Personnes de 12 ans et plus qui déclarent prendre au moins cinq verres à une même occasion chaque mois au cours des 12 derniers mois.

Source de données
Annexe B : STATISTIQUE CANADA. (2009-06-26). *CANSIM Tableau 105-0501 Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2007) et groupes de régions homologues, occasionnel* [Fichier de données].

Activité physique durant les loisirs (2008)[175]

Personnes de 12 ans ou plus qui déclarent un niveau d'activité physique, d'après leurs réponses à des questions sur la nature, la fréquence et la durée de leurs activités physiques durant les loisirs. Les répondants sont groupés comme étant actifs, modérément actifs ou inactifs selon un indice d'activité physique quotidienne moyenne au cours des trois mois précédents. Pour chaque activité physique déclarée par le répondant, on calcule une dépense quotidienne moyenne d'énergie en multipliant la fréquence par la durée moyenne de l'activité et par le nombre d'équivalents métaboliques (kilocalories brûlées par kilogramme de poids corporel par heure) de l'activité. L'indice est la somme des dépenses quotidiennes moyennes d'énergie de toutes les activités. Les répondants sont groupés selon les catégories suivantes :

- 3,0 kcal/kg/jour ou plus = personne active
- de 1,5 à 2,9 kcal/kg/jour = personne modérément active
- moins de 1,5 kcal/kg/jour = personne inactive

Source de données
Annexe B : STATISTIQUE CANADA. (2009-06-26). *CANSIM Tableau 105-0501 Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2007) et groupes de régions homologues, occasionnel* [Fichier de données].

Aidant non rémunérés[260]

Personne qui, au cours des 12 derniers mois, a fourni une assistance à une personne présentant un problème de santé chronique ou des limitations physiques. Cette assistance peut être fournie à des membres de la famille, des amis, des voisins, des collègues de travail ou dans le cadre d'une aide non rémunérée offerte par une organisation.

Source de données
Tableau 3.2 : AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2007). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada' de microdonnées rendues anonymes de l'*Enquête sociale générale*, 2007, préparé par Statistique Canada].

Années potentielles de vie perdues[606]

Nombre d'années de vie perdues lorsqu'une personne meurt prématurément de n'importe quelle cause avant l'âge de 75 ans. Par exemple, une personne qui meurt à 25 ans perd 50 années de vie.

Mortalité prématurée associée à des cancers (2001)[606]

Les années potentielles de vie perdues par cancers malins (CIM-10 C00-C97), comme le cancer du colorectal, du poumon, du sein et de la prostate, représentent le nombre d'années de vie perdues quand on meurt prématurément d'un cancer avant l'âge de 75 ans.

Source de données
Annexe B : STATISTIQUE CANADA. (2007-05-11). *CANSIM Tableau 102-0311 Années potentielles de vie perdues, selon certaines causes de décès et le sexe, personnes de 0 à 74 ans, moyenne de trois ans, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires et groupes de régions homologues, occasionnel* [Fichier de données].

Mortalité prématurée associée au VIH (2001)[606]

Les années potentielles de vie perdues par l'infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (CIM-10 B20-B24) représentent le nombre d'années de vie perdues quand on meurt prématurément du VIH/sida avant l'âge de 75 ans.

Définitions et sources de données des indicateurs

Source de données
Annexe B : STATISTIQUE CANADA. (2007-05-11). *CANSIM Tableau 102-0311 Années potentielles de vie perdues, selon certaines causes de décès et le sexe, personnes de 0 à 74 ans, moyenne de trois ans, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires et groupes de régions homologues, occasionnel* [Fichier de données].

Mortalité prématurée associée aux maladies de l'appareil circulatoire (2001)[606]

Les années potentielles de vie perdues par maladies du système circulatoire (CIM-10 I00-I99), comme la cardiopathie ischémique et les maladies cérébrovasculaires, représentent le nombre d'années de vie perdues quand on meurt prématurément d'une maladie du système circulatoire avant l'âge de 75 ans.

Source de données
Annexe B : STATISTIQUE CANADA. (2007-05-11). *CANSIM Tableau 102-0311 Années potentielles de vie perdues, selon certaines causes de décès et le sexe, personnes de 0 à 74 ans, moyenne de trois ans, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires et groupes de régions homologues, occasionnel* [Fichier de données].

Mortalité prématurée associée aux maladies de l'appareil respiratoire (2001)[606]

Les années potentielles de vie perdues par des maladies respiratoires (CIM-10 J00-J99), comme la pneumonie, l'influenza, la bronchite, l'emphysème et l'asthme, représentent le nombre d'années de vie perdues quand on meurt prématurément d'une maladie respiratoire avant l'âge de 75 ans.

Source de données
Annexe B : STATISTIQUE CANADA. (2007-05-11). *CANSIM Tableau 102-0311 Années potentielles de vie perdues, selon certaines causes de décès et le sexe, personnes de 0 à 74 ans, moyenne de trois ans, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires et groupes de régions homologues, occasionnel* [Fichier de données].

Mortalité prématurée attribuable à des blessures non-intentionnelles (2004)[606]

Les années potentielles de vie perdues par blessures non intentionnelles (CIM-10 V01-X59, Y85-Y86) représentent le nombre d'années de vie perdues quand on meurt prématurément des suites de blessures non intentionnelles avant l'âge de 75 ans.

Source de données
Annexe B : STATISTIQUE CANADA. (2008-12-04). *CANSIM Tableau 102-0110 Années potentielles de vie perdues, selon certaines causes de décès (CIM-10) et le sexe, personnes de 0 à 74 ans, Canada, provinces et territoires, annuel* [Fichier de données].

Mortalité prématurée attribuable au suicide et à des lésions intentionnelles (2004)[606]

Les années potentielles de vie perdues par suicide (CIM-10 X60-X84, Y87.0) représentent le nombre d'années de vie perdues quand on meurt prématurément de suicide avant l'âge de 75 ans.

Source de données
Annexe B : STATISTIQUE CANADA. (2008-12-04). *CANSIM Tableau 102-0110 Années potentielles de vie perdues, selon certaines causes de décès (CIM-10) et le sexe, personnes de 0 à 74 ans, Canada, provinces et territoires, annuel* [Fichier de données].

Arthrite (2008, 2009)[175]

Population qui a déclaré atteint d'arthrite, qui comprend la polyarthrite rhumatoïde et l'arthrose mais exclut la fibromyalgie, et dont le diagnostic a été posé par un professionnel de la santé.

Sources de données
Tableau 3.2 : AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2009). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada de microdonnées rendues anonymes de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Vieillissement en santé*, préparée par Statistique Canada].
Annexe B : STATISTIQUE CANADA. (2009-06-26). *CANSIM Tableau 105-0501 Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2007) et groupes de régions homologues, occasionnel* [Fichier de données].

Asthme (2008)[175]

Population âgée de 12 ans et plus qui a déclaré atteint d'asthme et dont le diagnostic a été posé par un professionnel de la santé.

Source de données
Annexe B : STATISTIQUE CANADA. (2009-06-26). *CANSIM Tableau 105-0501 Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2007) et groupes de régions homologues, occasionnel* [Fichier de données].

Auto-évaluation de l'état de santé comme excellent ou très bon (2008, 2009)[175]

Personnes qui ont déclaré percevoir leur état de santé comme étant excellent ou très bon. La santé perçue renvoie à la perception d'une personne de sa santé en général, ou dans le cas d'une entrevue par procuration, la perception de la personne qui répond. La santé fait référence non seulement à l'absence de maladie ou de blessure, mais aussi à un bien-être physique, mental et social.

Sources de données
Tableau 3.2 : AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2009). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada' de microdonnées rendues anonymes de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Vieillissement en santé*, préparée par Statistique Canada].
Annexe B : STATISTIQUE CANADA. (2009-06-26). *CANSIM Tableau 105-0501 Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2007) et groupes de régions homologues, occasionnel* [Fichier de données].

Auto-évaluation de la santé mentale comme excellente ou très bonne (2008, 2009)[175]

Personnes qui ont déclaré percevoir leur état de santé mentale comme étant excellente ou très bonne. La santé mentale perçue renvoie à la perception d'une personne de sa santé mentale en général. L'état de santé mentale perçu fournit une indication générale de la population qui ont une forme quelconque de maladie mentale, problème mental ou affectif ou de détresse. Ces troubles ne sont pas nécessairement reflétés dans la santé perçue.

Sources de données
Tableau 3.2 : AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2009). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada de microdonnées rendues anonymes de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Vieillissement en santé*, préparée par Statistique Canada].
Annexe B : STATISTIQUE CANADA. (2009-06-26). *CANSIM Tableau 105-0501 Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2007) et groupes de régions homologues, occasionnel* [Fichier de données].

Autochtone (2006)[607]

Il s'agit d'un nom collectif désignant les peuples indigènes de l'Amérique du Nord et leurs descendants. La *Loi constitutionnelle* de 1982 reconnaît trois groupes de peuples autochtones – les Indiens, les Inuit et les Métis – qui possèdent chacun ses patrimoines, ses langues, ses pratiques culturelles et ses croyances spirituelles.

Sources de données
Tableau 3.1 : STATISTIQUE CANADA. (2009-12-11). *Population ayant une identité autochtone selon les groupes d'âge, l'âge médian et le sexe, chiffres de 2006 pour les deux sexes, pour le Canada, les provinces et les territoires – Données-échantillon (20 %)* [Fichier de données].
Annexe B : STATISTIQUE CANADA. (2009-12-11). *Population ayant une identité autochtone selon les groupes d'âge, l'âge médian et le sexe, chiffres de 2006 pour les deux sexes, pour le Canada, les provinces et les territoires – Données-échantillon (20 %)* [Fichier de données].

Inuit (2006)[607]

Les Inuit sont les peuples autochtones de l'Arctique canadien qui vivent essentiellement au Nunavut, dans les Territoires du Nord-Ouest et dans les régions nordiques du Labrador et du Québec.

Sources de données
Tableau 3.1 : STATISTIQUE CANADA. (2009-12-11). *Population ayant une identité autochtone selon les groupes d'âge, l'âge médian et le sexe, chiffres de 2006 pour les deux sexes, pour le Canada, les provinces et les territoires – Données-échantillon (20 %)* [Fichier de données].
Annexe B : STATISTIQUE CANADA. (2009-12-11). *Population ayant une identité autochtone selon les groupes d'âge, l'âge médian et le sexe, chiffres de 2006 pour les deux sexes, pour le Canada, les provinces et les territoires – Données-échantillon (20 %)* [Fichier de données].

Métis (2006)[607]

Il s'agit du terme largement utilisé pour décrire les personnes dont les origines ancestrales sont à la fois Premières nations et européennes. Ces personnes s'identifient comme Métis, se distinguant ainsi des Indiens, des Inuit et des non-Autochtones.

Sources de données
Tableau 3.1 : STATISTIQUE CANADA. (2009-12-11). *Population ayant une identité autochtone selon les groupes d'âge, l'âge médian et le sexe, chiffres de 2006 pour les deux sexes, pour le Canada, les provinces et les territoires – Données-échantillon (20 %)* [Fichier de données].
Annexe B : STATISTIQUE CANADA. (2009-12-11). *Population ayant une identité autochtone selon les groupes d'âge, l'âge médian et le sexe, chiffres de 2006 pour les deux sexes, pour le Canada, les provinces et les territoires – Données-échantillon (20 %)* [Fichier de données].

Définitions et sources de données des indicateurs

Premières nations (2006)[607]

Il s'agit d'un terme dont l'usage s'est répandu dans les années 1970 afin de remplacer le mot Indiens. Bien que le terme Premières nations soit largement utilisé, il ne possède pas de définition légale et renvoie généralement aux peuples indiens du Canada, inscrits et non inscrits.

Sources de données
Tableau 3.1 : STATISTIQUE CANADA. (2009-12-11). *Population ayant une identité autochtone selon les groupes d'âge, l'âge médian et le sexe, chiffres de 2006 pour les deux sexes, pour le Canada, les provinces et les territoires – Données-échantillon (20 %)* [Fichier de données].
Annexe B : STATISTIQUE CANADA. (2009-12-11). *Population ayant une identité autochtone selon les groupes d'âge, l'âge médian et le sexe, chiffres de 2006 pour les deux sexes, pour le Canada, les provinces et les territoires – Données-échantillon (20 %)* [Fichier de données].

- B -

Bénévolat (2007)[254]

Personnes qui ont fait du bénévolat, c'est-à-dire qui ont fourni un service sans être rémunérées, au nom d'une organisation charitable ou sans but lucratif, au moins une fois au cours de la période de référence de 12 mois précédant l'enquête. Est comprise toute aide non rémunérée offerte à des écoles, des organisations religieuses ou sportives ou des groupes communautaires.

Source de données
Tableau 3.2 : AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2007). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada de microdonnées rendues anonymes de l'*Enquête canadienne sur le don, le bénévolat et la participation, 2007 (MAIN PUB)*, préparée par Statistique Canada].

Besoin impérieux en matière de logement (2006)[608]

On dit d'un ménage qu'il éprouve des besoins impérieux en matière de logement si son habitation n'est pas conforme à au moins une des normes d'acceptabilité de qualité, de taille ou d'abordabilité et si 30 % de son revenu brut total serait insuffisant pour payer le loyer médian des logements acceptables (répondant aux trois normes) situés dans sa localité. Un logement de qualité ne nécessite aucune réparation importante. Un logement de taille convenable comporte suffisamment de chambres à coucher pour répondre aux besoins du ménage en fonction de sa taille et de sa composition, conformément aux exigences de la Norme nationale d'occupation. Un logement abordable coûte moins de 30 % du revenu brut du ménage.

Source de données
Annexe B : SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUES ET DE LOGEMENT. (2009). *Série sur le logement selon les données du Recensement de 2006 : Numéro 3 – Qualité, taille et abordabilité du logement au Canada, 1991-2006*.

- C -

Cancers (2006)[107]

Décès associés à des cancers malins (CIM-10 C00-C97), y compris le cancer des ganglions lymphatiques, du sang, du cerveau et des voies urinaires.

Sources de données
Tableau 3.2 : STATISTIQUE CANADA. (2010-05-03). *CANSIM Tableau 102-0522 Décès, selon la cause, Chapitre II : Tumeurs (C00 à D48), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel (nombre)* [Fichier de données]; et AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2009-01-14). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada de microdonnées rendues anonymes de *CANSIM Tableau 051-0001 Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1er juillet, Canada, provinces et territoires, annuel (personnes sauf indication contraire)*, préparé par Statistique Canada].
Annexe B : STATISTIQUE CANADA. (2010-05-03). *CANSIM Tableau 102-0522 Décès, selon la cause, Chapitre II : Tumeurs (C00 à D48), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel (nombre)* [Fichier de données]; et AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2009-01-14). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada de microdonnées rendues anonymes de *CANSIM Tableau 051-0001 Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1er juillet, Canada, provinces et territoires, annuel (personnes sauf indication contraire)*, préparé par Statistique Canada].

Cardiopathie (2008, 2009)[609]

Répondants qui déclarent avoir une maladie du coeur.

Sources de données
Tableau 3.2 : AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2009). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada de microdonnées rendues anonymes de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Vieillissement en santé*, préparée par Statistique Canada].
Annexe B : AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2008). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada de microdonnées rendues anonymes de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2008 (AC-SHR)*, préparée par Statistique Canada].

Définitions et sources de données des indicateurs

Chlamydia (2009)[610]

Taux pour 100 000 habitants où les cas de chlamydia (*Chlamydia trachomatis*) sont confirmés par un laboratoire.

Source de données
Annexe B : AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2010-05-06). *Cas déclarés d'ITS à déclaration obligatoire du 1er janvier au 31 décembre et du 1er janvier au 31 décembre 2009 et leurs taux correspondants du 1er janvier au 31 décembre 2008 et 2009*.

Consommation de drogues illicites (au cours de la dernière année) (2004)[611]

Consommation, par des personnes âgées de 25 ans et plus au Canada, de drogues illicites (cannabis, cocaïne, amphétamines, ecstasy, hallucinogènes ou héroïne) au cours de l'année dernière.

Source de données
Annexe B : SANTÉ CANADA. (2007). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens – Consommation d'alcool et de drogues par les jeunes.*

Consommation de fruits et de légumes (plus de cinq portions par jour) (2008)[175]

Nombre de fois (fréquence) habituel par jour qu'une personne a déclaré manger des fruits et des légumes. Cette mesure ne tient pas compte de la quantité consommée.

Source de données
Annexe B : STATISTIQUE CANADA. (2009-06-26). *CANSIM Tableau 105-0501 Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2007) et groupes de régions homologues, occasionnel* [Fichier de données].

Consultation de professionnels des soins dentaires (2008, 2009)[609]

Personnes qui ont consulté un professionnel des soins dentaires au cours des 12 derniers mois.

Sources de données
Tableau 3.2 : AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2009). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada de microdonnées rendues anonymes de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Vieillissement en santé*, préparée par Statistique Canada].
Annexe B : AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2008). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada de microdonnées rendues anonymes de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2008 (AC-SHR)*, préparée par Statistique Canada].

Crimes violents commis (2007)[612]

Infractions où il y a usage de la force ou menace de force à l'endroit d'une personne. Elles comprennent l'homicide, la tentative de meurtre, l'agression sexuelle et non sexuelle, les voies de fait, le vol qualifié et l'enlèvement, ainsi que les infractions aux règlements de la circulation qui ont causé la mort ou des lésions corporelles.

Source de données
Annexe B : DAUVERGNE, M. (2008). Statistiques de la criminalité au Canada, 2007. *Juristat – Centre canadien de la statistique juridique*, 28(7), 1-19.

- D -

Dépendance à l'alcool (2002)[205, 613]

Tolérance, état de manque, perte de contrôle ou problèmes sociaux ou physiques liés à la consommation d'alcool. Cette mesure a été effectuée au moyen de l'échelle de dépendance à l'égard de l'alcool (forme abrégée) basée sur un sous-ensemble de points tirés du Composite International Diagnostic Interview élaboré par Kessler et Mroczek pour les personnes âgées de 15 ans et plus.

Source de données
Annexe B : GOUVERNEMENT DU CANADA. (2006). *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada, 2006.*

Dépression majeure (2002)[205, 614]

Le trouble dépressif majeur se caractérise par la présence d'un épisode ou plus de dépression majeure (au moins deux semaines d'humeur dépressive ou de perte d'intérêt dans ses activités habituelles accompagnées d'au moins quatre symptômes de dépression additionnels).

- humeur dépressive la plus grande partie de la journée, presque tous les jours, indiquée soit par une déclaration subjective (par exemple, se sentir triste ou vidé) ou par l'observation faite par autrui (par exemple, sembler au bord des larmes);
- intérêt ou plaisir sensiblement diminué dans toutes ou presque toutes les activités la plus grande partie de la journée, presque tous les jours (indiqué soit par

une déclaration subjective ou par l'observation faite par autrui);
- importante perte de poids en l'absence de régime amaigrissant, gain de poids (par exemple, changement de poids corporel de plus de 5 % en un mois) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. Remarque : chez les enfants, prendre en compte les gains de poids prévus qui ne se matérialisent pas;
- insomnie or hypersomnie presque tous les jours;
- agitation ou retard psychomoteur presque tous les jours (observable par autrui, et non pas simplement indiqué par une impression subjective de nervosité ou d'être ralenti);
- fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours;
- sentiments d'inutilité ou sentiments excessifs ou inappropriés de culpabilité (qui peuvent être imaginaires) presque tous les jours (et non simplement des reproches qu'on se fait ou un sentiment de culpabilité parce qu'on est malade);
- diminution de la capacité de réfléchir ou de se concentrer, ou indécision, presque tous les jours (indiquée soit par une déclaration subjective ou par l'observation faite par autrui);
- pensées de mort récurrentes (et non seulement la peur de mourir), idées de suicide récurrentes accompagnées ou non d'un plan précis, ou tentative de suicide ou plan précis de suicide.

Source de données
Annexe B : GOUVERNEMENT DU CANADA. (2006). *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada, 2006*.

Diabète (2006-2007)[131]

Répondants qui, au cours d'une période de deux ans, ont connu au moins une hospitalisation ou au moins deux visites chez le médecin se soldant par un diagnostic de diabète.

Sources de données
Tableau 3.2 : AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2009). *Le diabète au Canada : Rapport du Système national de surveillance du diabète, 2009*.
Annexe B : AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2009). *Le diabète au Canada : Rapport du Système national de surveillance du diabète, 2009*.

Difficultés répétées à mener certaines activités (2008)[609]

Répondants âgés de 65 ans et plus qui ont déclaré avoir de la difficulté à entendre, voir, communiquer, marcher, monter les escaliers, se pencher, apprendre ou accomplir quelque autre activité similaire.

Source de données
Tableau 3.2 : AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2008). [À l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada, il a été possible d'analyser les microdonnées rendues anonymes de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2008 (AC-SHR)*, préparée par Statistique Canada].

Diplômés d'études secondaires (2009)[258]

Personnes qui possèdent, au minimum, un diplôme d'études secondaires ou qui ont terminé, au Québec, un secondaire V ou, à Terre-Neuve-et-Labrador, une quatrième année d'études secondaires.

Source de données
Annexe B : STATISTIQUE CANADA. (2010-01-06). *CANSIM Tableau 282-0004 Enquête sur la population active (EPA), estimations selon le niveau de scolarité atteint, le sexe et le groupe d'âge, annuel (personnes sauf indication contraire)* [Fichier de données personnalisé].

- E -

Espérance de vie (2005-2007)[103]

Nombre moyen d'années de vie prévues au moment de la naissance ou à un autre âge. L'espérance de vie est exprimée comme une moyenne sur une période de trois ans et est basée sur les taux de mortalité calculés sur trois ans.

Sources de données
Tableau 3.2 : STATISTIQUE CANADA. (2010-02-22). *CANSIM Tableau 102-0512 Espérance de vie, à la naissance et à 65 ans, selon le sexe, Canada, provinces et territoires, annuel (années)* [Fichier de données].
Annexe B : STATISTIQUE CANADA. (2010-02-22). *CANSIM Tableau 102-0512 Espérance de vie, à la naissance et à 65 ans, selon le sexe, Canada, provinces et territoires, annuel (années)* [Fichier de données].

Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (2001)[615]

Indicateur de la santé générale de la population qui combine l'état de santé selon l'âge et le sexe et la mortalité selon l'âge et le sexe dans une statistique unique. Il représente le nombre d'années de vie prévues

équivalant aux années vécues en pleine santé, fondé sur l'expérience moyenne d'une population.

Sources de données
Tableau 3.2 : STATISTIQUE CANADA. (2007-05-17). *CANSIM Tableau 102-0121 Espérance de vie en fonction de la santé, à la naissance et à 65 ans, selon le sexe et le groupe de revenu, Canada et provinces, occasionnel (années)* [Fichier de données].
Annexe B : STATISTIQUE CANADA. (2007-05-17). *CANSIM, Tableau 102-0121 Espérance de vie en fonction de la santé, à la naissance et à 65 ans, selon le sexe et le groupe de revenu, Canada et provinces, occasionnel (années)* [Fichier de données].

Études postsecondaires (2009)[258]

Personnes qui ont obtenu un certificat (y compris un certificat professionnel), un diplôme ou à tout le moins un baccalauréat d'un établissement d'enseignement au-delà du niveau secondaire. Cela inclut les écoles de formation professionnelle, la formation en apprentissage, les collèges communautaires, les cégeps (collèges d'enseignement général et professionnel) et les écoles de sciences infirmières.

Source de données
Annexe B : STATISTIQUE CANADA. (2010-01-06). *CANSIM Tableau 282-0004 Enquête sur la population active (EPA), estimations selon le niveau de scolarité atteint, le sexe et le groupe d'âge, annuel (personnes sauf indication contraire)* [Fichier de données personnalisé].

Études postsecondaires partielles (2009)[258]

Personnes qui ont fait des études postsecondaires, mais qui n'ont obtenu ni grade ni certificat (y compris un certificat professionnel) ni diplôme d'un établissement d'enseignement, y compris d'une université, au-delà du niveau secondaire. Cela inclut les écoles de formation professionnelle, la formation en apprentissage, les collèges communautaires, les cégeps (collèges d'enseignement général et professionnel) et les écoles de sciences infirmières.

Source de données
Annexe B : STATISTIQUE CANADA. (2010-01-06). *CANSIM Tableau 282-0004 Enquête sur la population active (EPA), estimations selon le niveau de scolarité atteint, le sexe et le groupe d'âge, annuel (personnes sauf indication contraire)* [Fichier de données personnalisé].

Exposition à l'ozone au niveau du sol (2007)[616]

Cet indicateur utilise la moyenne des concentrations maximales pour une période de huit heures en saison chaude et qui est pondérée selon la population afin de calculer les tendances et les moyennes des stations de surveillance d'un bout à l'autre du pays.

Source de données
Annexe B : ENVIRONNEMENT CANADA. (2010-06-02). *Qualité de l'air : Tableaux de données* [Fichier de données].

Exposition aux matières particulaires fines ($MP_{2,5}$) (2007)[616]

Cet indicateur utilise la moyenne des concentrations maximales pour une période de vingt-quatre heures en saison chaude et qui est pondérée selon la population afin de calculer les tendances et les moyennes des stations de surveillance d'un bout à l'autre du pays.

Source de données
Annexe B : ENVIRONNEMENT CANADA. (2010-06-02). *Qualité de l'air : Tableaux de données* [Fichier de données].

- F -

Fumeurs (2008)[617]

Répondants qui déclarent être des fumeurs quotidiens et des fumeurs non quotidiens (aussi appelés *fumeurs occasionnels*).

Source de données
Annexe B : SANTÉ CANADA. (2009-08-13). *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) 2008 – Tableau 1 Catégories de tabagisme et nombre moyen de cigarettes fumées par jour, selon le groupe d'âge et le sexe chez les Canadiens âgés de 15 ans et plus, Canada, 2008*.

- G -

Gonorrhée (2009)[610]

Taux pour 100 000 habitants où les cas de gonorrhée (*Neisseria gonorrhoeae*) sont confirmés par un laboratoire.

Source de données
Annexe B : AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2010-05-06). *Cas déclarés d'ITS à déclaration obligatoire du 1er janvier au 31 décembre et du 1er janvier au 31 décembre 2009 et leurs taux correspondants du 1er janvier au 31 décembre 2008 et 2009*.

- H -

Hypertension artérielle (2008, 2009)[609]

Répondants qui ont déclaré atteint d'hypertension artérielle ou avoir utilisé des médicaments contre l'hypertension au cours du mois précédent.

Définitions et sources de données des indicateurs

Sources de données
Tableau 3.2 : AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2009). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada' de microdonnées rendues anonymes de '*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Vieillissement en santé*, préparé par Statistique Canada].
Annexe B : AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2008). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada' de microdonnées rendues anonymes de '*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2008 (AC-SHR)*, préparée par Statistique Canada].

- I -

Immigrants (2006)[618]

Personnes à qui les autorités de l'immigration ont accordé le droit de résider au Canada en permanence. Le terme s'applique habituellement à des personnes nées à l'extérieur du Canada, mais peut également s'appliquer à un petit nombre de personnes nées au Canada qui sont citoyens d'autres pays, et à des personnes qui sont canadiennes de naissance mais nées à l'extérieur du Canada de parents canadiens.

Sources de données
Tableau 3.1 : STATISTIQUE CANADA. (2010-05-19). *Statut d'immigrant et lieu de naissance, sexe et groupes d'âge pour la population, pour le Canada, les provinces, les territoires, les régions métropolitaines de recensement et les agglomérations de recensement, Recensement de 2006 – Données-échantillon (20 %)* [Fichier de données].
Annexe B : STATISTIQUE CANADA. (2010-05-19). *Statut d'immigrant et lieu de naissance, sexe et groupes d'âge pour la population, pour le Canada, les provinces, les territoires, les régions métropolitaines de recensement et les agglomérations de recensement, Recensement de 2006 – Données-échantillon (20 %)* [Fichier de données].

Selon le lieu de naissance (2006)[619]

Le concept du lieu de naissance désigne le pays de naissance d'une personne née à l'extérieur du Canada. Les répondants doivent déclarer leur lieu de naissance en fonction des frontières internationales en vigueur au moment du dénombrement et non à la naissance.

Source de données
Annexe B : STATISTIQUE CANADA. (2010-05-19). *Statut d'immigrant et lieu de naissance, sexe et groupes d'âge pour la population, pour le Canada, les provinces, les territoires, les régions métropolitaines de recensement et les agglomérations de recensement, Recensement de 2006 – Données-échantillon (20 %)* [Fichier de données].

Selon le nombre d'années depuis l'immigration (2006)[618]

L'année ou la période d'immigration s'applique à un immigrant reçu et désigne la période de temps au cours de laquelle il a obtenu le statut d'immigrant reçu pour la première fois.

Sources de données
Tableau 3.1 : STATISTIQUE CANADA. (2010-04-08). *Lieu de naissance, période d'immigration, sexe et groupes d'âge pour la population des immigrants, pour le Canada, les provinces, les territoires, les régions métropolitaines de recensement et les agglomérations de recensement, Recensement de 2006 – Données-échantillon (20 %)* [Fichier de données].
Annexe B : STATISTIQUE CANADA. (2010-04-08). *Lieu de naissance, période d'immigration, sexe et groupes d'âge pour la population des immigrants, pour le Canada, les provinces, les territoires, les régions métropolitaines de recensement et les agglomérations de recensement, Recensement de 2006 – Données-échantillon (20 %)* [Fichier de données].

Incidence du cancer (2006)[130]

Nombre de personnes diagnostiquées comme présentant de nouveaux cas de cancer.

Sources de données
Tableau 3.2 : STATISTIQUE CANADA. (2009-07-29). *CANSIM Tableau 103-0550 Nouveaux cas pour les sièges primaires de cancer de la CIM-O-3 (d'après le fichier des totalisations du RCC de juillet 2009), selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces et territoires, annuel* [Fichier de données]; et AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2009-01-14). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada' de microdonnées rendues anonymes de *CANSIM Tableau 051-0001 Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1er juillet, Canada, provinces et territoires, annuel (personnes sauf indication contraire)*, préparé par Statistique Canada].
Annexe B : STATISTIQUE CANADA. (2009-07-29). *CANSIM Tableau 103-0550 Nouveau cas pour les sièges primaires de cancer de la CIM-O-3 (d'après le fichier des totalisations du RCC de juillet 2009), selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces et territoires, annuel* [Fichier de données].

Inuit (2006)

Voir Autochtone

- M -

Maladie d'Alzheimer et autres démences (2008)[216, 620]

Pour classifier les personnes comme démentes ou non, les critères du DSM-III-R ont été utilisés. Pour les diagnostics différentiels, les critères du NINCDS-ADRDA et du DSM-IV relativement à la maladie d'Alzheimer ont été utilisés; les critères de la CIM-10 et du NINDS-AIREN ont été utilisés pour définir la démence vasculaire; les critères opérationnels pour la démence à corps de Lewy ont été tirés de McKeith et coll. Les cas sans démence ont été classifiés comme présentant une déficience cognitive sans démence (DCSD) ou normaux sur le plan cognitif. L'échelle d'évaluation de la détérioration globale de Reisberg a été utilisée pour évaluer la capacité cognitive et fonctionnelle dans tous les diagnostics.

Sources de données

Tableau 3.2 : SMETANIN, P., P. KOBAK, C. BRIANTE, D. STIFF, G. SHERMAN et S. AHMAD (2009). *Rising Tide: The Impact of Dementia in Canada 2008 to 2038*; et AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2009-01-14). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada' de microdonnées rendues anonymes de *CANSIM Tableau 051-0001 Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1er juillet, Canada, provinces et territoires, annuel (personnes sauf indication contraire)*, préparé par Statistique Canada].
Annexe B : SMETANIN, P., P. KOBAK, C. BRIANTE, D. STIFF, G. SHERMAN et S. AHMAD (2009). *Rising Tide: The Impact of Dementia in Canada 2008 to 2038*; et AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2009-01-14). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada' de microdonnées rendues anonymes de *CANSIM Tableau 051-0001 Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1er juillet, Canada, provinces et territoires, annuel (personnes sauf indication contraire)*, préparé par Statistique Canada].

Maladies de l'appareil circulatoire (2006)[114]

Décès associés aux maladies de l'appareil circulatoire (CIM-10 I00-I99) y compris la cardiopathie ischémique, les maladies cérébrovasculaires et le cœur pulmonaire.

Sources de données

Tableau 3.2 : STATISTIQUE CANADA. (2010-05-03). *CANSIM Tableau 102-0529 Décès, selon la cause, Chapitre IX : Maladies de l'appareil circulatoire (I00 à I99), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel (nombre)* [Fichier de données]; et AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2009-01-14). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada' de microdonnées rendues anonymes de *CANSIM Tableau 051-0001 Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1er juillet, Canada, provinces et territoires, annuel (personnes sauf indication contraire)*, préparé par Statistique Canada].
Annexe B : STATISTIQUE CANADA. (2010-05-03). *CANSIM Tableau 102-0529 Décès, selon la cause, Chapitre IX : Maladies de l'appareil circulatoire (I00 à I99), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel (nombre)* [Fichier de données]; et AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2009-01-14). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada' de microdonnées rendues anonymes de *CANSIM Tableau 051-0001 Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1er juillet, Canada, provinces et territoires, annuel (personnes sauf indication contraire)*, préparé par Statistique Canada].

Maladies de l'appareil respiratoire (2006)[115]

Décès associés à des maladies de l'appareil respiratoire (CIM-10 J00-J99) y compris les infections respiratoires, la grippe et la pneumonie.

Sources de données

Tableau 3.2 : STATISTIQUE CANADA. (2010-05-03). *CANSIM Tableau 102-0530 Décès, selon la cause, Chapitre X : Maladies de l'appareil respiratoire (J00 à J99), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel (nombre)* [Fichier de données]; et AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2009-01-14). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada' de microdonnées rendues anonymes de *CANSIM Tableau 051-0001 Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1er juillet, Canada, provinces et territoires, annuel (personnes sauf indication contraire)*, préparé par Statistique Canada].
Annexe B : STATISTIQUE CANADA. (2010-05-03). *CANSIM Tableau 102-0530 Décès, selon la cause, Chapitre X : Maladies de l'appareil respiratoire (J00 à J99), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel (nombre)* [Fichier de données]; et AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2009-01-14). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada' de microdonnées rendues anonymes de *CANSIM Tableau 051-0001 Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1er juillet, Canada, provinces et territoires, annuel (personnes sauf indication contraire)*, préparé par Statistique Canada].

Maladie pulmonaire obstructive chronique (2008)[609]

Répondants âgés de 35 ans et plus qui ont déclaré atteint de maladie pulmonaire obstructive chronique, de bronchite chronique ou d'emphysème.

Source de données

Annexe B : AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2008). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada' de microdonnées rendues anonymes de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2008 (AC-SHR)*, préparée par Statistique Canada].

Définitions et sources de données des indicateurs

Médecin de famille régulier (2008, 2009)[175]

Personnes âgées de 12 ans et plus qui déclarent avoir un médecin de famille régulier. En 2003 et en 2005, l'indicateur en français désignait uniquement le « médecin de famille ». À compter de 2007, le concept a été élargi au médecin de famille régulier, ce qui comprend le médecin de famille.

Sources de données
Tableau 3.2 : AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2009). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada' de microdonnées rendues anonymes de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Vieillissement en santé*, préparée par Statistique Canada].
Annexe B : STATISTIQUE CANADA. (2009-06-26). *CANSIM Tableau 105-0501 Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2007) et groupes de régions homologues, occasionnel* [Fichier de données].

Métis (2006)

Voir Autochtone

- O -

Obésité (2008)[170]

Selon les lignes directrices de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de Santé Canada, l'indice de masse corporelle est mesuré de la façon suivante : inférieur à 18,50 (poids insuffisant); de 18,50 à 24,99 (poids normal); de 25 à 29,99 (excès de poids); de 30 à 34,99 (obésité, classe I); de 35 à 39,99 (obésité, classe II); 40 ou plus (obésité, classe III).

L'indice est calculé chez les personnes de 18 ans et plus, à l'exception des femmes enceintes et des personnes mesurant moins de 3 pieds (0,914 mètre) ou plus de 6 pieds et 11 pouces (2,108 mètres).

L'indice de masse corporelle est calculé en divisant le poids de l'individu (en kilogrammes) par le carré de sa taille (en mètres).

Source de données
Annexe B : STATISTIQUE CANADA (2009-06-24). *CANSIM, Tableau 105-0507 Indice de masse corporelle (IMC) mesuré chez les adultes, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 18 ans et plus excluant les femmes enceintes, Canada (sauf les territoires), occasionnel (nombre sauf indication contraire)* [Fichier de données].

- P -

Personnes à faible revenu (après impôt) (2008)[245]

Pourcentage des familles canadiennes susceptibles de dépenser au moins 20 % de leur revenu net pour les objets de première nécessité (nourriture, vêtements, chaussures et logement) comparativement à une famille moyenne de même taille, dans une collectivité similaire. Le faible revenu est fondé sur les habitudes de consommation de 1992 et est ajusté en fonction de la taille de la famille et de la collectivité et le taux d'inflation fondé sur l'indice national des prix à la consommation (voir le tableau C.1)

Sources de données
Tableau 3.2 : STATISTIQUE CANADA. (2010). *CANSIM Tableau 202-0802 Personnes à faible revenu, annuel* [Fichier de données personnalisé].
Annexe B : STATISTIQUE CANADA. (2010). *CANSIM Tableau 202-0802 Personnes à faible revenu, annuel* [Fichier de données personnalisé].

Personnes satisfaites ou très satisfaites de la vie (2009)[175]

Population qui a déclaré être satisfaite ou très satisfaite de sa vie en général.

Source de données
Tableau 3.2 : AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2009). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada' de microdonnées rendues anonymes de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Vieillissement en santé*, préparée par Statistique Canada].

Personnes souffrant d'insécurité alimentaire (2004)[624]

Situation dans laquelle les personnes n'ont pas un accès assuré à des aliments sains et nutritifs en quantités suffisantes pour leur garantir une croissance normale et une vie active et saine.

Source de données
Annexe B : SANTÉ CANADA. (2007). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Cycle 2.2, Nutrition (2004) : Sécurité alimentaire liée au revenu dans les ménages canadiens*.

Tableau C.1 Seuils de faible revenu, Canada, 2008[621]

	Régions rurales	Régions urbaines			
Taille de l'unité familiale		Population de moins de 30 000	Population de 30 000 à 99 999	Population de 100 000 à 499 999	Population de 500 000 et plus
1 personne	12 019	13 754	15 344	15 538	18 373
2 personnes	14 628	16 741	18 676	18 911	22 361
3 personnes	18 215	20 845	23 255	23 548	27 844
4 personnes	22 724	26 007	29 013	29 378	34 738
5 personnes	25 876	29 614	33 037	33 453	39 556
6 personnes	28 698	32 843	36 640	37 100	43 869
7 personnes ou plus	31 519	36 072	40 241	40 747	48 181

Personnes vivant dans des établissements de soins de santé ou des établissements connexes (2006)[99, 622]

Personnes résidant dans des hôpitaux généraux, d'autres hôpitaux ou institutions connexes, des foyers pour personnes handicapées, des foyers de soins spéciaux (c'est-à-dire des maisons de soins infirmiers, des foyers d'accueil, des résidences pour personnes âgées, des foyers pour malades chroniques et des établissements de soins de longue durée et de soins connexes).

Source de données

Tableau 3.1 : STATISTIQUE CANADA. (2010-04-20). *Age groups and collective dwelling types for persons 65 years and over in collective dwellings of Canada, 2006 Census – 2A, 100% data* [Fichier de données personnalisé].

Personnes vivant dans des ménages privés (2006)[623]

Personne ou groupe de personnes (autres que des résidents étrangers) qui occupent un logement privé et n'ont pas de lieu de résidence habituelle ailleurs au Canada.

Source de données

Tableau 3.1 : STATISTIQUE CANADA. (2010-01-06). *Situation des particuliers dans le ménage, groupes d'âge et sexe pour la population dans les ménages privés, pour le Canada, les provinces, les territoires, les divisions de recensement et les subdivisions de recensement, Recensement de 2006 – Données-échantillon (20 %)* [Fichier de données].

Personnes vivant seules (2006)[95]

Personnes qui vivent seules en ménage privé.

Source de données

Tableau 3.2 : STATISTIQUE CANADA. (2010-01-06). *Situation des particuliers dans le ménage, groupes d'âge et sexe pour la population dans les ménages privés, pour le Canada, les provinces, les territoires, les divisions de recensement et les subdivisions de recensement, Recensement de 2006 – Données-échantillon (20 %)* [Fichier de données].

Population (2006, 2009)[625]

L'estimation de la population et la population selon le recensement sont toutes deux définies comme le nombre de Canadiens dont le lieu de résidence habituelle se trouve dans le secteur donné, quel que soit l'endroit où ils se trouvent le jour du recensement. Sont aussi inclus les Canadiens qui habitent un logement dans le secteur donné le jour du recensement et qui n'ont pas de lieu de résidence habituelle ailleurs au Canada, ainsi que les personnes considérées comme résidants non permanents.

Les estimations de population de 2009 sont calculées après le recensement, à partir des estimations finales de population du 1er juillet 2006, des estimations de population du 1er octobre 2006 au 1er avril 2009 et des estimations de population préliminaires du 1er juillet 2009, ajustées selon les réserves indiennes dont le dénombrement est incomplet.

Sources de données

Tableau 3.1 : STATISTIQUE CANADA. (2010-05-19). *Âge et sexe pour la population, pour le Canada, les provinces, les territoires et les régions de tri d'acheminement, Recensement de 2006 – Données intégrales (100 %)* [Fichier de données].
Annexe B : STATISTIQUE CANADA. (2009). Estimations démographiques trimestrielles, avril à juin 2009. *Estimations démographiques trimestrielles*, 23(2), 1-68.

Population urbaine (2006)[626]

D'après les chiffres de population du recensement actuel, une région urbaine a une concentration démographique d'au moins 1 000 habitants et une densité de population d'au moins 400 habitants par kilomètre carré.

Définitions et sources de données des indicateurs

Sources de données
Tableau 3.1 : STATISTIQUE CANADA. (2010-04-08). *Age groups, Rural/Urban area, Immigrant status and period of immigration, Income characteristics and Sex for Persons 65 years and over in Private Households of Canada, 2006 Census – 20% sample data* [Fichier de données personnalisé].
Annexe B : STATISTIQUE CANADA. (2008-11-05). *Chiffres de population et des logements, régions urbaines, recensements de 2006 et 2001 – Données intégrales* [Fichier de données].

Premières nations (2006)

Voir Autochtone

- S -

Santé fonctionnelle excellente ou très bonne (2005)[141]

Population âgée de 65 ans et plus qui déclare des mesures de santé générale fonctionnelles, basées sur huit aspects de la fonctionnalité (vision, ouïe, élocution, mobilité, dextérité, émotions, cognition et douleur).

Source de données
Tableau 3.2 : STATISTIQUE CANADA. (2007-05-25). *CANSIM, Tableau État de santé fonctionnelle, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 12 ans et plus, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 2.1 et 3.1), Canada, provinces et territoires, aux 2 ans* [Fichier de données].

Schizophrénie (2005)[205, 613]

Répondants âgés de 12 ans et plus qui déclarent atteindre de schizophrénie, diagnostiquée par un professionnel de la santé. Cette méthode tend à sous-estimer la prévalence réelle de la maladie, puisque certaines personnes ne déclarent pas atteindre de schizophrénie et que le sondage n'a pas été fait auprès des personnes sans-abri ni auprès des personnes hospitalisées ou vivant dans un établissement résidentiel supervisé.

Source de données
Annexe B : AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2008). Chronic Disease Prevention and Control, using the *Canadian Community Health Survey, 2002 (Cycle 1.2)* from Statistics Canada [Fichier de données].

Sentiment d'appartenance communautaire très fort ou assez fort (2008, 2009)[175]

Personnes qui décrivent leur sentiment d'appartenance à la collectivité locale comme très fort ou assez fort. La recherche montre un solide lien de corrélation entre le sentiment d'appartenance à la collectivité, la santé physique et la santé mentale.

Sources de données
Tableau 3.2 : AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2009). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada' de microdonnées rendues anonymes de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Vieillissement en santé*, préparée par Statistique Canada].
Annexe B : STATISTIQUE CANADA. (2009-06-26). *CANSIM Tableau 105-0501 Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2007) et groupes de régions homologues, occasionnel* [Fichier de données].

Syphilis infectieuse (2009)[610]

Taux pour 100 000 habitants où les cas de syphilis infectieuse (y compris aux stades primaire, secondaire ou latent précoce) sont confirmés par un laboratoire.

Source de données
Annexe B : AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2010-05-06). *Cas déclarés d'ITS à déclaration obligatoire du 1er janvier au 31 décembre et du 1er janvier au 31 décembre 2009 et leurs taux correspondants du 1er janvier au 31 décembre 2008 et 2009.*

- T -

Taux de chômage (2009)[258]

Nombre de chômeurs, exprimé en pourcentage, dans la population active.

Source de données
Annexe B : STATISTIQUE CANADA. (2010-01-06). *CANSIM Tableau 282-0004 Enquête sur la population active (EPA), estimations selon le niveau de scolarité atteint, le sexe et le groupe d'âge, annuel (personnes sauf indication contraire)* [Fichier de données personnalisé].

Taux de grossesse chez les adolescentes (2005)[627]

Nombre total de grossesses (y compris les naissances vivantes, les avortements provoqués et les morts fœtales) chez les femmes âgées de 15 à 19 ans.

Source de données
Annexe B : STATISTIQUE CANADA. (2008-10-17). *CANSIM Tableau 106-9002 Issues de la grossesse, selon le groupe d'âge, Canada, provinces et territoires, annuel* [Fichier de données].

Taux de mortalité infantile (moins d'un an) (2007)[628]

Nombre de décès infantiles pendant une année donnée pour 1 000 naissances vivantes pendant la même année.

Source de données
Annexe B : STATISTIQUE CANADA. (2010-02-22). *CANSIM Tableau 102-0507 Décès et taux de mortalité infantiles, selon le groupe d'âge, Canada, provinces et territoires, annuel* [Fichier de données].

Taux de travail salarié (2009)[258]

Nombre de personnes en emploi exprimé en pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus.

Source de données
Tableau 3.2 : STATISTIQUE CANADA. (2010-01-06). *CANSIM Tableau 282-0004 Enquête sur la population active (EPA), estimations selon le niveau de scolarité atteint, le sexe et le groupe d'âge, annuel (personnes sauf indication contraire)* [Fichier de données personnalisé]

Troubles de l'anxiété (2002)[205]

Personnes qui présentent des troubles anxieux, éprouvent une anxiété, une peur ou une inquiétude excessives, lesquelles les poussent soit à éviter les situations susceptibles de déclencher le trouble, soit à développer des rituels compulsifs qui amoindrissent le trouble. Cette mesure a été effectuée à l'aide des critères utilisés pour les troubles paniques, l'agoraphobie et la phobie sociale éprouvés au cours des 12 derniers mois par les personnes âgées de 15 ans et plus.

Source de données
Annexe B : GOUVERNEMENT DU CANADA. (2006). *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada, 2006.*

- V -

VIH (2005)[629]

Nombre de nouvelles infections au VIH en 2005.

Source de données
Annexe B : AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2007). *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, 2007*.

Références

1. GOUVERNEMENT DU CANADA : *Projet de loi C-5 : Loi sur l'agence de la santé publique du Canada*, LS-523F, 2006.
2. LAST, J. (2001). *Dictionary of epidemiology*. 4th Edition. (New York: Oxford University Press).
3. LAST, J. (2007). *Dictionary of public health*. (New York: Oxford University Press).
4. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2008-04-04). *Qui sommes-nous?* (Extrait le 20 juillet, 2010 de http://www.phac-aspc.gc.ca/about_apropos/who-fra.php).
5. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2008). *Le role de l'administrateur en chef de la santé*. (Extrait le 29 juillet 2010 de http://www.phac-aspc.gc.ca/cpho-acsp/cpho-acsp-role-fra.php).
6. BUTLER-JONES, D. (2009). *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2009, Grandir sainement – Priorités pour un avenir en santé.* (Ottawa : Agence de la santé publique du Canada).
7. EDWARDS, P. et A. MAWANI. (2006). *Le vieillissement en santé au Canada : une nouvelle vision, un investissement vital. Des faits aux gestes*, (Rédigé pour le Comité fédéral-provincial-territorial des hauts fonctionnaires (ainés)).
8. COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL SUR LE VIEILLISSEMENT. (2007). *Relever le défi du vieillissement.*
9. BÉLANGER, A., L. MARTEL, et É. CARON-MALENFANT. (2005). *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires 2005-2031*. (Ottawa : Statistique Canada).
10. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2002). *Vieillir en restant actif : Cadre d'orientation.* (Organisation mondiale de la santé).
11. RÄFTEGARD FÄRGGREN, T. et G. WILSON. (2009). *Healthy Ageing in Europe: lessons learnt and ways forward.*
12. EDWARDS, P. et A. MAWANI. (s. d.). *Le vieillissement en santé au Canada : une nouvelle vision, un investissement vital*, (Rédigé pour le Comité fédéral-provincial-territorial des hauts fonctionnaires (ainés)).
13. SANTÉ CANADA. (1998). *Les principes du Cadre national sur le vieillissement : Guide d'analyse des politiques*, (Rédigé pour les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des aînés en reconnaissance de l'Année internationale des personnes âgées – 1999).
14. HERTZMAN, C. et C. POWER. (2003). Health and Human Development: Understandings From Life-Course Research. *Developmental Neuropsychology,* 24(2 & 3), 719-744.
15. GRAHAM, H. et C. POWER. (2004). *Childhood disadvantage and adult health: a lifecourse framework.* (London : Health Development Agency).
16. LYNCH, J. et G. D. SMITH. (2005). A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology. *Annual Review of Public Health,* 26, 1-35.
17. FORREST, C. et A. RILEY. (2004). Childhood Origins of Adult Health: A Basis For Life-Course Health Policy. *Health Affairs,* 23(5), 155-164.
18. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2001-12-08). *Qu'est-ce qui détermine la santé?* (Extrait le 20 janvier 2010 de http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php).
19. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (s. d.). *Déterminants sociaux de la santé*. (Extrait le 20 janvier 2010 de http://www.who.int/social_determinants/fr/index.html).
20. BUTLER-JONES, D. (2008). *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2008 : S'attaquer aux inégalités en santé.* (Ottawa : Agence de la santé publique du Canada).
21. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2001). *Mode de vie sain : Rehausser l'efficacité des approches axées sur le mode de vie pour améliorer la santé.*
22. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2003). *Les déterminants sociaux de la santé. Les faits. Deuxième édition.* (Danemark : Organisation mondiale de la santé).
23. HRUDEY, S. et E. J. HRUDEY. (2004). *Safe Drinking Water. Lessons From Recent Outbreaks in Affluent Nations.* (London : International Water Association Publishing).
24. MUNICIPALITY OF METROPOLITAN TORONTO. (1997). *Pipe Dreams*. (Extrait le 12 mars 2010 de http://www.toronto.ca/archives/pipedreams/splash.htm).
25. RUTTY, C. et S. C. SULLIVAN. (2010). 1887-1909: The Sanitary Idea. Dans *La santé publique: une histoire canadienne* (p. 1.1-1.20). (Association canadienne de santé publique).

Références

26. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2006). *Guide canadien d'immunisation*. Septième édition.

27. RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA. (2008-12-19). *L'âge minimum d'admission à l'emploi au Canada*. (Extrait le 25 juin 2010 de http://www.rhdcc.gc.ca/fra/travail/legislation_travail/norme_emploi/minage.shtml).

28. MUSÉE CANADIEN DES CIVILISATIONS. (2002-07-08). *Enfants au travail*. (Extrait le 28 juillet 2008 de http://www.civilization.ca/cmc/exhibitions/hist/labour/labv16f.shtml).

29. OREOPOULOS, P. (2005). *Législation canadienne de l'école obligatoire et incidence sur les années de scolarité et le futur revenu du travail.* (Ottawa : Statistique Canada).

30. MUSÉE CANADIEN DES CIVILISATIONS et DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES CANADA. (2002-09-10). *L'histoire des pensions gouvernementales du Canada : 1915-1927 Notre première pension de vieillesse*. (Extrait le 24 novembre 2009 de http://www.civilization.ca/cmc/exhibitions/hist/pensions/cpp-m1915_f.shtml).

31. MUSÉE CANADIEN DES CIVILISATIONS et DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES CANADA. (2002-09-10). *L'histoire des pensions gouvernementales du Canada : 1867-1914 Vieillesse et pauvreté*. (Extrait le 12 juillet 2010 de http://www.civilization.ca/cmc/exhibitions/hist/pensions/cpp-m1867_f.shtml).

32. FRAGER, R. A. et C. PATRIAS. (2005). Industrial Capitalism and Women's Work. Dans *Discounted labour: women workers in Canada, 1870-1939* (p. 17-53). (University of Toronto Press, Inc.).

33. MUSÉE CANADIEN DES CIVILISATIONS et DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES CANADA. (2002-09-10). *L'histoire des pensions gouvernementales du Canada : 1928-1951 Augmentation des demandes*. (Extrait le 27 juillet 2010 de http://www.civilization.ca/cmc/exhibitions/hist/pensions/cpp-m1928_f.shtml).

34. ROMANLUC, A. (1991). Fertility in Canada: Retrospective and Prospective. *Canadian Studies in Population,* 18(2), 56-77.

35. ENCYCLOPÉDIE CANADIENNE. (2009). *Baby-boom*. (Extrait le 8 décembre 2009 de http://www.thecanadianencyclopedia.com/index.cfm?PgNm=TCE&Params=F1ARTF0000437).

36. STATISTIQUE CANADA. (2008-10-22). *Statistiques historiques du Canada, Section B : Statistique de l'état civil et santé. Statistique de l'état civil (séries B1-81). Tableau B1-14 Naissances vivantes, taux brut de natalité, taux de fécondité par âge, taux brut de reproduction et pourcentage de naissances à l'hôpital, Canada, 1921 à 1974* [Fichier de données]. (Extrait le 5 mars 2010 de http://www.statcan.gc.ca/pub/11-516-x/sectionb/4147437-fra.htm).

37. STATISTIQUE CANADA. (1997). *Naissances et décès, 1995.* (Ottawa : Statistique Canada).

38. DUCHESNE, D., F. NAULT, H. GILMOUR, et R. WILKINS. (1999). *Recueil de statistiques de l'état civil, 1996.* (Ottawa : Statistique Canada).

39. STATISTIQUE CANADA. (2006). *Rapport sur l'état de la population du Canada, 2001*. (Ottawa : Statistique Canada).

40. STATISTIQUE CANADA. (2009-09-21). *CANSIM Tableau 102-4505 Taux brut de natalité, taux de fécondité par groupe d'âge et indice synthétique de fécondité (naissances vivantes), Canada, provinces et territoires, annuel* [Fichier de données]. (Extrait le 25 mai 2010 de http://cansim2.statcan.gc.ca/cgi-win/CNSMCGI.PGM?&Lang=F&ArrayId=102-4505&Array_Pick=1&Detail=1&ResultTemplate=CII/CII___&RootDir=CII/&C2SUB=HEALTH).

41. MUSÉE CANADIEN DES CIVILISATIONS. (2002-07-08). *Les transforamtions d'après-guerre*. (Extrait le 17 mars 2010 de http://www.civilization.ca/cmc/exhibitions/hist/labour/labh35f.shtml).

42. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2009-01-14). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada de microdonnées rendues anonymes de *CANSIM Tableau 051-0001 Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1er juillet, Canada, provinces et territoires, annuel (personnes sauf indication contraire)*, préparé par : Statistique Canada].

43. BÉLANGER, A., L. MARTEL, et É. CARON-MALENFANT. (2005). *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, avec tableaux électronique détaillés, 2005-2056.* (Ottawa : Statistique Canada).

44. STATISTIQUE CANADA. (2008-10-22). *Statistiques historiques du Canada, Section C : Sécurité sociale*. (Extrait le 24 novembre 2009 de http://www.statcan.gc.ca/pub/11-516-x/sectionc/4057749-fra.htm).

45. MUSÉE CANADIEN DES CIVILISATIONS et DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES CANADA. (2005-01-20). *L'histoire des pensions gouvernementales du Canada : 1952-1967 Réduction de la pauvreté*. (Extrait le 29 juillet 2010 de http://www.civilization.ca/cmc/exhibitions/hist/pensions/cpp-m1952_f.shtml).

46. SERVICE CANADA. (2010-06-16). *Renseignements généraux au sujet du Régime de pensions du Canada*. (Extrait le 29 juillet 2010 de http://www.servicecanada.gc.ca/fra/psr/rpc/inforpc.shtml).

47. RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA. (2007-01-04). *Retraite obligatoire au Canada*. (Extrait le 24 novembre 2009 de http://www.rhdcc.gc.ca/fra/pt/psait/rltc/lmnec/19retraite_obligatoire.shtml).

48. MINISTÈRE DU REVENU DE L'ONTARIO. (2007-09). *Régime de revenu annuel garanti*. (Extrait le 12 mars 2010 de http://www.rev.gov.on.ca/fr/BULLETINS/itrp/6490.html).

49. MINISTÈRE DU REVENU DE L'ONTARIO. (2010-01-25). *Régime de revenue annuel garanti de l'Ontario*. (Extrait le 12 mars 2010 de http://www.rev.gov.on.ca/fr/credit/gains/index.html).

50. GOVERNMENT OF ALBERTA. (2009). *Seniors Programs and Services Information Guide.* (Alberta Seniors and Community Supports).

51. SANTÉ CANADA. (2002). *Vieillir au Canada.*

52. ASSOCIATION CANADIENNE DE GÉRONTOLOGIE. (s. d.). *Historique. Bref historique de l'ACG*. (Extrait le 24 novembre 2009 de http://www.cagacg.ca/whoweare/230_f.php).

53. ACADÉMIE CANADIENNE DE PSYCHIATRIE GÉRIATRIQUE. (s. d.). *Qui sommes-nous?* (Extrait le 24 novembre 2009 de http://www.cagp.ca/Default.aspx?pageId=178906).

54. CANADIAN GERONTOLOGICAL NURSING ASSOCIATION. (2010). *Canadian Gerontological Nursing Association – Professional Development*. (Extrait le 10 juin 2010 de http://www.cgna.net/index.php?action=viewContents&id=1).

55. BLAIR, C. et L. CHENIER. (2002). *Health Promotion and Chronic Disease Prevention Collaborative Initiatives – An Environmental Scan*. (Edmonton : KPMG Consulting).

56. MADORE, O. (2005). *La loi canadienne sur la santé : Aperçu et options.* (Ottawa : Service d'information et de recherche parlementaires).

57. CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE. (1995). *The NACA position on health care technology and aging.*

58. COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNOLOGIE. (2002). *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral. Rapport final.*

59. LES INFIRMIÈRES DE L'ORDRE DE VICTORIA DU CANADA. (s. d.). *Histoire – Un siècle de soins*. (Extrait le 14 janvier 2010 de http://www.von.ca/fr/about/history.aspx).

60. ANCIENS COMBATTANTS CANADA. (2006). *Programme pour l'autonomie des anciens combattants.*

61. SANTÉ CANADA. (2002). *Vieillissement en santé – Prévention des blessures non intentionnelles chez les aînés.*

62. SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUES ET DE LOGEMENT. (s. d.). *Logements adaptés : aînés autonomes (LAAA)*. (Extrait le 24 novembre 2009 de http://www.cmhc-schl.gc.ca/fr/co/praifi/praifi_004.cfm).

63. SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUES ET DE LOGEMENT. (s. d.). *Programme d'aide à la remise en état des logements (PAREL) pour personnes handicapées*. (Extrait le 26 avril 2010 de http://www.cmhc-schl.gc.ca/fr/co/praifi/praifi_003.cfm).

64. CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE. (2002). *En attendant Romanow... Recommandations sur l'avenir des soins de santé au Canada.*

65. CONSEIL NATIONAL DES AÎNÉS. (2009-10-02). *À propos du Conseil*. (Extrait le 26 avril 2010 de http://www.conseildesaines.gc.ca/fra/apropos_nous/index.shtml).

66. NATIONS UNIES. (s. d.). *Vienna International Plan of Action on Ageing*. (Extrait le 24 novembre 2009 de http://www.un.org/esa/socdev/ageing/vienna_intlplanofaction.html).

67. UNITED NATIONS PROGRAMME ON AGEING. (2007). *Principes des Nations Unies destinés à permettre aux personnes âgées de mieux vivre les années gagnées*. (Extrait le 23 mars 2010 de http://www.un.org/esa/socdev/ageing/un_principlesfr.html).

68. NATIONS UNIES. (s. d.). *International Year of Older Persons 1999*. (Extrait le 24 novembre 2009 de http://www.un.org/ageing/iyop.html).

69. GOUVERNEMENT DU CANADA. (s. d.). *Relever les défis et saisir les occasions du vieillissement au Canada*, (Préparé à l'intention de la Commission des Nations Unies pour le développement social afin de souligner le 5e anniversaire de la deuxième Assemblée mondiale de 2002 des Nations Unies sur le vieillissement).

Références

70. INITIATIVE SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION CANADIENNE. (2004). *Améliorer la santé des Canadiens.* (Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé).

71. READING, J. L., A. KMETIC, et V. GIDEON. (2007). *First Nations Wholistic Policy and Planning Model*, (Rédigé pour l'Organisation mondiale de la Santé, la Commission des déterminants sociaux de la santé). (Assemblée des Premières Nations).

72. KING, M., A. SMITH, et M. GRACEY. (2009). Indigenous health part 2: the underlying causes of the health gap. *The Lancet,* 374(9683), 76-85.

73. STATISTIQUE CANADA. (2007). *Un portrait des aînés au Canada, 2006*. (Ottawa : Statistique Canada).

74. ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS. (2007). *ERS 2002-2003 : Résultats de l'enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés des Premières Nations.* (Ottawa : Centre des Premières Nations).

75. LOPPIE, C. et F. WIEN. (2009). *Health Inequalities and Social Determinants of Aboriginal Peoples' Health*. (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone).

76. ORGANISATION NATIONALE DE LA SANTÉ. (2010). *Entrevue des anciens : Directives*. (Extrait le 16 mars 2010 de http://www.naho.ca/french/media_Guidelines.php).

77. ORGANISATION NATIONALE DE LA SANTÉ AUTOCHTONE. (2009-08-11). *À propos de l'ONSA*. (Extrait le 18 juin 2010 de http://www.naho.ca/french/about.php).

78. AFFAIRES INDIENNES ET DU NORD CANADA. (2010-01-27). *À propos d'AINC*. (Extrait le 18 juin 2010 de http://www.ainc-inac.gc.ca/ai/index-fra.asp).

79. SANTÉ CANADA. (2010-05-26). *Santé des Premières nations, des Inuits et des Autochtones*. (Extrait le 18 juin 2010 de http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/index-fra.php).

80. NATIONS UNIES. (2002). *Rapport de la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement. Madrid, 8-12 avril 2002*. (New York : Nations Unies).

81. HAMILTON, J. (1998). Quebec's Ice Storm '98: "all cards wild, all rules broken" in Quebec's shell-shocked hospitals. *Journal de l'Association médicale canadienne,* 158(4), 520-524.

82. MINISTRES FÉDÉRAL, PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX RESPONSABLES DES AÎNÉS. (s. d.). *Initiative des collectivités rurales et éloignées amies des aînés : un guide.*

83. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2008-09-04). *Initiative des collectivités-amies des aînés*. (Extrait le 30 novembre 2009 de http://www.phac-aspc.gc.ca/sh-sa/ifa-fiv/2008/initiative-fra.php).

84. STATISTIQUE CANADA. (2010-07-29). *Âge et sexe pour la population, pour le Canada, les provinces, les territoires et les régions de tri d'acheminement, Recensement de 2006 – Données intégrales (100 %)* [Fichier de données]. (Extrait le 30 juillet 2010 de http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/dp-pd/tbt/Rp-fra.cfm?TABID=1&LANG=F&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=01&GID=841141&GK=1&GRP=1&O=D&PID=88988&PRID=0&PTYPE=88971,97154&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2006&THEME=66&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0).

85. STATISTIQUE CANADA. (2010-04-08). *Lieu de naissance, période d'immigration, sexe et groupes d'âge pour la population des immigrants, pour le Canada, les provinces, les territoires, les régions métropolitaines de recensement et les agglomérations de recensement, Recensement de 2006 – Données-échantillon (20 %)* [Fichier de données]. (Extrait le 10 mai 2010 de http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/dp-pd/tbt/Rp-fra.cfm?TABID=1&LANG=F&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=01&GID=837928&GK=1&GRP=1&O=D&PID=89447&PRID=0&PTYPE=88971,97154&S=0&SHOWALL=0&SUB=723&Temporal=2006&THEME=72&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0).

86. STATISTIQUE CANADA. (2009-12-11). *Population ayant une identité autochtone selon les groupes d'âge, l'âge médian et le sexe, chiffres de 2006 pour les deux sexes, pour le Canada, les provinces et les territoires – Données-échantillon (20 %)* [Fichier de données]. (Extrait le 2 février 2010 de http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/dp-pd/hlt/97-558/pages/page.cfm?Lang=F&Geo=PR&Code=01&Table=1&Data=Count&Sex=1&Age=9&StartRec=1&Sort=2&Display=Page).

87. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2009-06-13). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada de microdonnées rendues anonymes de *Population: 65 ans et plus*, préparé par : Organisation de coopération et de développment économiques].

88. NATIONS UNIES. (2009). *World Population Prospects: The 2008 Revision. Total population, both sexes combined (thousands)* [Fichier de données]. (Extrait le 19 novembre 2009 de http://data.un.org/Data.aspx?q=population+datamart%5bPopDiv%5d&d=PopDiv&f=variableID:12&c=2,4,6,7&s=_crEngNameOrderBy:asc,_timeEngNameOrderBy:desc,_varEngNameOrderBy:asc&v=1).

89. NATIONS UNIES. (2009). *World Population Prospects: The 2008 Revision. Population aged 65 or over (thousands)* [Fichier de données]. (Extrait le 19 novembre 2009 de http://data.un.org/Data.aspx?q=population+datamart%5bPopDiv%5d&d=PopDiv&f=variableID:23&c=2,4,6,7&s=_crEngNameOrderBy:asc,_timeEngNameOrderBy:desc,_varEngNameOrderBy:asc&v=1).

90. STATISTIQUE CANADA. (2010-04-20). *Age groups, Rural/Urban area, Immigrant status and period of immigration, Income characteristics and Sex for Persons 65 years and over in Private Households of Canada, 1996 Census – 20% sample data* [Fichier de données personnalisé]. (Extrait le 22 avril 2010).

91. STATISTIQUE CANADA. (2010-04-08). *Age groups, Rural/Urban area, Immigrant status and period of immigration, Income characteristics and Sex for Persons 65 years and over in Private Households of Canada, 2006 Census – 20% sample data* [Fichier de données personnalisé]. (Extrait le 22 avril 2010).

92. STATISTIQUE CANADA. (2010-05-19). *Statut d'immigrant et lieu de naissance, sexe et groupes d'âge pour la population, pour le Canada, les provinces, les territoires, les régions métropolitaines de recensement et les agglomérations de recensement, Recensement de 2006 – Données-échantillon (20 %)* [Fichier de données]. (Extrait le 25 juin 2010 de http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/tbt/Rp-fra.cfm?TABID=1&LANG=F&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=01&GID=837928&GK=1&GRP=1&O=D&PID=89441&PRID=0&PTYPE=88971,97154&S=0&SHOWALL=0&SUB=722&Temporal=2006&THEME=72&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0).

93. STATISTIQUE CANADA. (2008). *Population des immigrants selon le lieu de naissance, par période d'immigration avant 1961, Canada, recensement de 1996 – Données-échantillon (20 %)* [Fichier de données]. (Extrait le 17 mai 2010 de http://www.statcan.gc.ca/c1996-r1996/nov4-4nov/imm2a-fra.htm).

94. MALENFANT, É. C., A. LEBEL, et L. MARTEL. (2010). *Projections de la diversité de la population canadienne, 2006 à 2031*. (Ottawa : Statistique Canada).

95. STATISTIQUE CANADA. (2010-01-06). *Situation des particuliers dans le ménage, groupes d'âge et sexe pour la population dans les ménages privés, pour le Canada, les provinces, les territoires, les divisions de recensement et les subdivisions de recensement, Recensement de 2006 – Données-échantillon (20 %)* [Fichier de données]. (Extrait le 19 mai 2010 de http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/dp-pd/tbt/Rp-fra.cfm?TABID=1&LANG=F&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=01&GID=771240&GK=1&GRP=1&O=D&PID=89029&PRID=0&PTYPE=88971,97154&S=0&SHOWALL=0&SUB=687&Temporal=2006&THEME=68&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0).

96. STATISTIQUE CANADA. (2009). Seniors. *Canada Year Book 2009* (p. 353-362). (Ottawa : Statistique Canada).

97. STATISTIQUE CANADA. (2008). Étude : Les aînés des régions rurales du Canada. *Le Quotidien,* (Vendredi, le 5 décembre 2008).

98. STATISTIQUE CANADA. (2009-11-20). *Pour plus d'information sur logement collectif*. (Extrait le 7 janvier 2010 de http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/ref/dict/dwelling-logements002a-fra.cfm).

99. STATISTIQUE CANADA. (2010-04-20). *Age groups and collective dwelling types for persons 65 years and over in collective dwellings of Canada, 2006 Census – 2A, 100% data* [Fichier de données personnalisé]. (Extrait le 22 avril 2010).

100. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2009). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada de microdonnées rendues anonymes de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Vieillissement en santé*, préparé par : Statistique Canada].

101. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2009-11-03). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada de microdonnées rendues anonymes de *Espérance de vie, femmes à 65 ans*, préparé par : Organisation de coopération et de développement économiques].

102. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2009-11-03). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada de microdonnées rendues anonymes de *Espérance de vie, hommes à 65 ans*, préparé par : Organisation de coopération et de développement économiques].

103. STATISTIQUE CANADA. (2010). Décès, 2007. *Le Quotidien,* (Mardi, le 23 février 2010).

Références

104. STATISTIQUE CANADA. (2008). *Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières nations, Recensement de 2006*. (Ottawa : Statistique Canada).

105. STATISTIQUE CANADA. (2010-02-22). *CANSIM Tableau 102-0511 Espérance de vie, table de mortalité abrégée, à la naissance et à 65 ans, selon le sexe, Canada, provinces et territoires, annuel (années)* [Fichier de données]. (Extrait le 29 juin 2010 de http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII/CII___&Array_Pick=1&ArrayId=1020511).

106. STATISTIQUE CANADA. (2010-05-03). *CANSIM Tableau 102-0521 Décès, selon la cause, Chapitre I : Certaines maladies infectieuses et parasitaires (A00 à B99), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel (nombre)* [Fichier de données]. (Extrait le 6 mai 2010 de http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&ArrayId=1020521&Array_Pick=1&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII\CII___).

107. STATISTIQUE CANADA. (2010-05-03). *CANSIM Tableau 102-0522 Décès, selon la cause, Chapitre II : Tumeurs (C00 à D48), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel (nombre)* [Fichier de données]. (Extrait le 6 mai 2010 de http://cansim2.statcan.gc.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=FCII/&C2DB=PRD&ArrayId=1020522&Array_Pick=1&Detail=1&ResultTemplate=CII/CII___).

108. STATISTIQUE CANADA. (2010-05-03). *CANSIM Tableau 102-0523 Décès, selon la cause, Chapitre III : Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire (D50 à D89), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel (nombre)* [Fichier de données]. (Extrait le 6 mai 2010 de http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&ArrayId=1020523&Array_Pick=1&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII\CII___).

109. STATISTIQUE CANADA. (2010-05-03). *CANSIM Tableau 102-0524 Décès, selon la cause, Chapitre IV : Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (E00 à E90), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel (nombre)* [Fichier de données]. (Extrait le 6 mai 2010 de http://cansim2.statcan.gc.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&ArrayId=1020524&Array_Pick=1&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII/CII___).

110. STATISTIQUE CANADA. (2010-05-03). *CANSIM Tableau 102-0525 Décès, selon la cause, Chapitre V : Troubles mentaux et du comportement (F00 à F99), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel (nombre)* [Fichier de données]. (Extrait le 6 mai 2010 de http://cansim2.statcan.gc.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=FCII/&C2DB=PRD&ArrayId=1020525&Array_Pick=1&Detail=1&ResultTemplate=CII/CII___).

111. STATISTIQUE CANADA. (2010-05-03). *CANSIM Tableau 102-0526 Décès, selon la cause, Chapitre VI : Maladies du système nerveux (G00 à G99), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel (nombre)* [Fichier de données]. (Extrait le 6 mai 2010 de http://cansim2.statcan.gc.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=FCII/&C2DB=PRD&ArrayId=1020526&Array_Pick=1&Detail=1&ResultTemplate=CII/CII___).

112. STATISTIQUE CANADA. (2010-05-03). *CANSIM Tableau 102-0527 Décès, selon la cause, Chapitre VII : Maladies de l'œil et de ses annexes (H00 à H59), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel (nombre)* [Fichier de données]. (Extrait le 6 mai 2010 de http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&ArrayId=1020527&Array_Pick=1&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII\CII___).

113. STATISTIQUE CANADA. (2010-05-03). *CANSIM Tableau 102-0528 Décès, selon la cause, Chapitre VIII : Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde (H60 à H95), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel (nombre)* [Fichier de données]. (Extrait le 6 mai 2010 de http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&ArrayId=1020528&Array_Pick=1&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII\CII___).

114. STATISTIQUE CANADA. (2010-05-03). *CANSIM Tableau 102-0529 Décès, selon la cause, Chapitre IX : Maladies de l'appareil circulatoire (I00 à I99), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel (nombre)* [Fichier de données]. (Extrait le 6 mai 2010 de http://cansim2.statcan.gc.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&ArrayId=1020529&Array_Pick=1&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII/CII___).

115. STATISTIQUE CANADA. (2010-05-03). *CANSIM Tableau 102-0530 Décès, selon la cause, Chapitre X : Maladies de l'appareil respiratoire (J00 à J99), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel (nombre)* [Fichier de données]. (Extrait le 6 mai 2010 de http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&ArrayId=1020530&Array_Pick=1&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII\CII___).

116. STATISTIQUE CANADA. (2010-05-03). *CANSIM Tableau 102-0532 Décès, selon la cause, Chapitre XII : Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané (L00 à L99), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel (nombre)* [Fichier de données]. (Extrait le 6 mai 2010 de http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&ArrayId=1020532&Array_Pick=1&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII\CII___).

117. STATISTIQUE CANADA. (2010-05-03). *CANSIM Tableau 102-0533 Décès, selon la cause, Chapitre XIII : Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (M00 à M99), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel (nombre)* [Fichier de données]. (Extrait le 6 mai 2010 de http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&ArrayId=1020533&Array_Pick=1&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII\CII___).

118. STATISTIQUE CANADA. (2010-05-03). *CANSIM Tableau 102-0534 Décès, selon la cause, Chapitre XIV : Maladies de l'appareil génito-urinaire (N00 à N99), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel (nombre)* [Fichier de données]. (Extrait le 6 mai 2010 de http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&ArrayId=1020534&Array_Pick=1&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII\CII___).

119. STATISTIQUE CANADA. (2010-05-03). *CANSIM Tableau 102-0535 Décès, selon la cause, Chapitre XV : Grossesse, accouchement et puerpéralité (O00 à O99), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel (nombre)* [Fichier de données]. (Extrait le 6 mai 2010 de http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&ArrayId=1020535&Array_Pick=1&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII\CII___).

120. STATISTIQUE CANADA. (2010-05-03). *CANSIM Tableau 102-0536 Décès, selon la cause, Chapitre XVI : Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (P00 à P96), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel (nombre)* [Fichier de données]. (Extrait le 6 mai 2010 de http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&ArrayId=1020536&Array_Pick=1&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII\CII___).

121. STATISTIQUE CANADA. (2010-05-03). *CANSIM Tableau 102-0537 Décès, selon la cause, Chapitre XVII : Malformations congénitales et anomalies chromosomiques (Q00 à Q99), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel (nombre)* [Fichier de données]. (Extrait le 6 mai 2010 de http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&ArrayId=1020537&Array_Pick=1&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII\CII___).

122. STATISTIQUE CANADA. (2010-05-03). *CANSIM Tableau 102-0531 Décès, selon la cause, Chapitre XI : Maladies de l'appareil digestif (K00 à K93), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel (nombre)* [Fichier de données]. (Extrait le 6 mai 2010 de http://cansim2.statcan.gc.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&ArrayId=1020531&Array_Pick=1&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII/CII___).

123. STATISTIQUE CANADA. (2010-05-03). *CANSIM Tableau 102-0538 Décès, selon la cause, Chapitre XVIII : Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs (R00 à R99), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel (nombre)* [Fichier de données]. (Extrait le 6 mai 2010 de http://cansim2.statcan.gc.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&ArrayId=1020538&Array_Pick=1&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII/CII___).

124. STATISTIQUE CANADA. (2010-05-03). *CANSIM Tableau 102-0540 Décès, selon la cause, Chapitre XX : Causes externes de morbidité et de mortalité (V01 à Y89), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel (nombre)* [Fichier de données]. (Extrait le 6 mai 2010 de http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&ArrayId=1020540&Array_Pick=1&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII\CII___).

125. STATISTIQUE CANADA. (2010-05-03). *CANSIM Tableau 102-0542 Décès, selon la cause, Chapitre XXII : Codes pour besoins spéciaux (U00 à U99), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel (nombre)* [Fichier de données]. (Extrait le 6 mai 2010 de http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=E&ArrayId=1020542&Array_Pick=1&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII\CII___).

126. STAFINSKI, T. et D. MENON. (2001). The Burden of Osteoarthritis in Canada: A Review of Current Literature. *Institute of Health Economics Working Paper [01-03]*.

127. JACKSON, S. A., A. TENENHOUSE, L. ROBERTSON, et CAMOS STUDY GROUP. (2000). Vertebral Fracture Definition from Population-Based Data: Preliminary Results from the Canadian Multicenter Osteoporosis Study (CaMoS). *Osteoporosis International,* 11(8), 680-687.

128. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2001). *Ostéoporose : Info-aînés*. (Extrait le 25 mars 2010 de http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/alt-formats/pdf/publications/public/age/info/osteoporosis/osteo-fra.pdf).

129. GORDON, M. et J. HUANG. (1995). Série de monographies sur les maladies liées au vieillissement : VI. Ostéoporose. *Maladies chroniques au Canada,* 16(1).

130. STATISTIQUE CANADA. (2009-07-29). *CANSIM Tableau 103-0550 Nouveaux cas pour les sièges primaires de cancer de la CIM-O-3 (d'après le fichier des totalisations du RCC de juillet 2009), selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces et territoires, annuel* [Fichier de données]. (Extrait le 23 septembre 2009 de http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?regtkt=&C2Sub=HEALTH&ARRAYID=1030550&C2DB=&VEC=&LANG=F&SrchVer=&ChunkSize=&SDDSLOC=&ROOTDIR=CII/&RESULTTEMPLATE=CII/CII_PICK&ARRAY_PICK=1&SDDSID=&SDDSDESC=).

131. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2009). *Le diabète au Canada : Rapport du système national de surveillance du diabète, 2009*.

132. FRANSE, L. V., M. DI BARI, R. I. SHORR, H. E. RESNICK, J. T. M. VAN EIJK, D. C. BAUER et al. (2001). Type 2 Diabetes in Older Well-Functioning People: Who is Undiagnosed? *Diabetes Care,* 24(12), 2065-2070.

133. YOUNG, T. K. et C. A. MUSTARD. (2001). Undiagnosed diabetes: Does it matter? *Journal de l'Association dentaire canadienne,* 164(1), 24-28.

134. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2009-10-01). *Diabète de type 2 : Info-aînés*. (Extrait le 17 juin 2010 de http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/publications/public/age/info/type2-diabetes/index-fra.php).

135. SOMANI, S., A. HOSKIN-MOTT, A. MISHRA, A. BOIS, B. H. BOOK, M. CHUTE et al. (2009). Managing patients at risk for age-related macular degeneration: a Canadian strategy. *Canadian Journal of Optometry,* 71(2), 14-21.

Références

136. BRENNAN, S., I. GOMBAC, et M. SLEIGHTHOLM. (2009). L'Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2006 : Faits sur les limitations auditives. *Feuillet d'information*, p. 1-7.

137. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2006-05-25). *Virus du Nil occidental : Symptômes, diagnostic et traitement*. (Extrait le 6 mai 2010 de http://www.phac-aspc.gc.ca/wn-no/symptom-fra.php).

138. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2009-12-30). *Prenez la grippe au sérieux – faites-vous vacciner!* (Extrait le 6 mai 2010 de http://www.phac-aspc.gc.ca/im/iif-vcg/gs-pg-fra.php).

139. STRAUSBAUGH, L. J. (2001). Emerging Health Care-Associated Infectious in the Geriatric Population. *Emerging Infectious Diseases,* 7(2), 268-271.

140. GRAVEL, D. et M. PALAK. (Communication personnelle au sujet des infections nosocomiales, le 7 juillet 2010).

141. STATISTIQUE CANADA. (2010-06-14). *CANSIM Tableau 105-0213 État de santé fonctionnelle, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 12 ans et plus, enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 2.1 et 3.1), Canada, provinces et territoires, aux 2 ans* [Fichier de données]. (Extrait le 30 juillet 2010 de http://cansim2.statcan.gc.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII/CII___&Array_Pick=1&ArrayId=1050213).

142. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2008). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada de microdonnées rendues anonymes de *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2008 (AC-SHR)*, préparé par : Statistique Canada].

143. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2003). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada de microdonnées rendues anonymes de *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes Cycle 2003 (C2.1 PUB)*, préparé par : Statistique Canada].

144. ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE. (2006). *Évaluation médicale de l'aptitude à conduire : Guide du médecin*. 7. (Ottawa: Association médicale canadienne).

145. JANKE, M. K. (2001). *Medical Conditions and Other Factors in Driver Risk: Report to the Legislature of the State of California*. (Sacramento : California Department of Motor Vehicles).

146. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2007). *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age.* (France : Organisation mondiale de la Santé).

147. 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 : Ministry of Health Planning, Office of the Provincial Health Officer).

148. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2005). *Rapport sur les chutes des aînés au Canada*.

149. PRIDDLE, M. (2003). Les chutes. *Pharmaconseils,* 7(1).

150. HEALTHLINKBC. (2006-12). *Les chutes des aînés peuvent être évitées*. (Extrait le 1 mars 2010 de http://www.healthlinkbc.ca/healthfiles/bilingua/french/hfile78-F.pdf).

151. FULLER, G. F. (2000). Falls in the Elderly. *American Family Physician,* 61(7), 2144-2158.

152. BATH, P. A., N. PENDLETON, K. MORGAN, J. E. CLAGUE, M. A. HORAN, et S. B. LUCAS. (2000). New approach to risk determination: development of risk profile for new falls among community-dwelling older people by use of a Genetic Algorithm Neural Network (GANN). *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences,* 55(1), M17-M21.

153. SCOTT, V., L. WAGAR, et S. ELLIOTT. (2010). *Falls & Related Injuries among Older Canadians: Fall related Hospitalizations & Prevention Initiatives.*

154. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. (s. d.). *Fall-Related Hospitalizations in Seniors, Canada and B.C., 2007-2008*. (Extrait le 21 juillet 2010 de http://www.hiphealth.ca/__shared/assets/BC_Falls_Handout_CIHI14790.pdf).

155. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2001). *Guide des meilleures pratiques pour la prévention des chutes chez les aînés vivant dans la communauté.*

156. GRISSO, J. A., D. F. SCHWARZ, A. R. WISHNER, B. WEENE, J. H. HOLMES, et R. L. SUTTON. (1990). Injuries in an elderly inner-city population. *Journal of the American Geriatrics Society,* 38(12), 1326-1331.

157. NEVITT, M. C., S. R. CUMMINGS, et E. S. HUDES. (1991). Risk factors for injurious falls: A prospective study. *Journal of Gerontology,* 46(5), M164-M170.

158. TINETTI, M., C. MENDES DE LEON, J. DOUCETTE, et D. BAKER. (1994). Fear of falling and fall-related efficacy in relationship to functioning among community-living elders. *Journal of Gerontology,* 49(3), M140-M147.

159. ONTARIO HEALTH PROMOTION E-BULLETIN. (2008). Preventing Falls Among Seniors. *Ontario Health Promotion E-Bulletin, 30 May 2008,* 2008(568).

160. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. (2008-06-23). *Traumatic Brain Injuries can Result from Senior Falls*. (Extrait le 1 mars 2010 de http://www.cdc.gov/Ncipc/tbi/elder_fall.htm).

161. PANDE, I., D. L. SCOTT, T. W. O'NEILL, C. PRITCHARD, A. D. WOOLF, et M. J. DAVIS. (2006). Quality of life, morbidity, and mortality after low trauma hip fracture in men. *Annals of the Rheumatic Diseases,* 65(1), 87-92.

162. ZUCKERMAN, J. D. (1996). Hip Fracture. *The New England Journal of Medicine,* 334(23), 1519-1525.

163. HAENTJENS, P., J. MAGAZINER, C. S. COLÓN-EMERIC, D. VANDERSHUEREN, K. MILISEN, B. VELKENIERS et al. (2010). Meta-analysis: Excess Mortality After Hip Fracture Among Older Women and Men. *Annals of Internal Medicine,* 152(6), 380-390.

164. ANCIENS COMBATTANTS CANADA. (2002-05-27). *Initiative de prévention des chutes – Les faits*. (Extrait le 1 mars 2010 de http://www.vac-acc.gc.ca/clientele/sub.cfm?source=sante/chutes-prevention/faits).

165. SANTÉ CANADA. (2003). *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes.*

166. SRIKANTHAN, P., T. E. SEEMAN, et A. S. KARLAMANGLA. (2009). Waist-Hip-Ratio as a Predictor of All-Cause Mortality in High-Functioning Older Adults. *Annals of Epidemiology,* 19(10), 724-731.

167. BAYS, H. E., R. H. CHAPMAN, et S. GRANDY. (2007). The relationship of body mass index to diabetes mellitus, hypertension and dyslipidaemia: comparison of data from two national surveys. *International Journal of Clinical Practice,* 61(5), 737-747.

168. DEY, D. K. et L. LISSNER. (2003). Obesity in 70-Year-Old Subjects as a Risk Factor for 15-Year Coronary Heart Disease Incidence. *Obesity Research,* 11(7), 817-827.

169. TJEPKEMA, M. (2005). *Obésité mesurée. Obésité chez les adultes au Canada : Poids et grandeur mesurés.* (Ottawa : Statistique Canada).

170. STATISTIQUE CANADA. (2009-06-24). *CANSIM Tableau 105-0507 Indice de masse corporelle (IMC) mesuré chez les adultes, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 18 ans et plus excluant les femmes enceintes, Canada (sauf les territoires), occasionnel (nombre sauf indication contraire)* [Fichier de données]. (Extrait le 7 juillet 2010 de http://cansim2.statcan.gc.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII/CII___&Array_Pick=1&ArrayId=1050507).

171. DIEHR, P., E. S. O'MEARA, A. FITZPATRICK, A. B. NEWMAN, L. KULLER, et G. BURKE. (2008). Weight, Mortality, Years of Healthy Life, and Active Life Expectancy in Older Adults. *Journal of the American Geriatric Society,* 56(1), 76-83.

172. HEIAT, A., V. VACCARINO, et H. M. KRUMHOLZ. (2001). An Evidence-Based Assessment of Federal Guidelines for Overweight and Obesity as they Apply to Elderly Persons. *Archives of Internal Medicine,* 161(9), 1194-1203.

173. LOSONCZY, K. G., T. B. HARRIS, J. CORNONI-HUNTLEY, E. M. SIMONSICK, R. B. WALLACE, N. R. COOK et al. (1995). Does Weight Loss from Middle Age to Old Age Explain the Inverse Weight Mortality Relation in Old Age? *American Journal of Epidemiology,* 141(4), 312-321.

174. CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE. (2006). *Les aînés au Canada, Bulletin 2006.*

175. STATISTIQUE CANADA. (2009-06-26). *CANSIM Tableau 105-0501 Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2007) et groupes de régions homologues, occasionnel* [Fichier de données]. (Extrait le 23 septembre 2009 de http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII/CII___&Array_Pick=1&ArrayId=1050501).

176. SANTÉ CANADA. (2002). *Vieillissement en santé – L'activité physique chez les personnes âgées.*

177. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2007). *Global Age-Friendly Cities: A Guide.* (Genève : Organisation mondiale de la santé).

178. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2003-10-08). *Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine pour les aînés*. (Extrait le 16 décembre 2009 de http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/pag-gap/older-aines/index-fra.php).

Références

179. SHIELDS, M. et L. MARTEL. (2006). Des aînés en bonne santé. *Supplément aux Rapports sur la santé,* 16, 7-21.

180. SANTÉ CANADA. (2002). *Vieillessement en santé : Alimentation saine et vieillisement en santé.*

181. KOVATCH, S. et G. KEMP. (2010-04). *Senior Nutrition – The Joy of Eating Well and Aging Well*. (Extrait le 16 mars 2010 de http://www.helpguide.org/life/senior_nutrition.htm).

182. GARRIGUET, D. (2006). *Vue d'ensemble des habitudes alimentaires des Canadiens 2004.* (Ottawa : Statistique Canada).

183. VERDUYN, I. (2010). *Seniors and nutrition*. (Extrait le 16 mars 2010 de http://chealth.canoe.ca/channel_section_details.asp?text_id=1554&channel_id=44&relation_id=48471).

184. ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR L'ALIMENTATION ET L'AGRICULTURE. (1996-11). *Déclaration de Rome sur la sécurité alimentaire mondiale et Plan d'action du Sommet mondial de l'alimentation*. (Extrait le 12 juillet 2010 de http://www.fao.org/DOCREP/003/W3613F/W3613F00.HTM).

185. POWER, E. (2005). Individual and Household Food Insecurity in Canada: Position of Dietitians of Canada. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research,* 66(1), 43.

186. SANTÉ CANADA. (2007). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes Cycle 2.2, Nutrition (2004) : Sécurité alimentaire liée au revenu dans les ménages canadiens.*

187. THE AMERICAN HERITAGE STEDMAN'S MEDICAL DICTIONARY. (2002). *Malnutrition*. (Extrait le 8 juillet 2010 de http://dictionary.reference.com/browse/malnutrition).

188. MAYO CLINIC. (2009-09-23). *Senior health: How to detect and prevent malnutrition*. (Extrait le 16 mars 2010 de http://www.mayoclinic.com/health/senior-health/HA00066).

189. RAINE, K. D. (2005). Les déterminants de la saine alimentation au Canada : Aperçu et synthèse. *Revue canadienne de santé publique,* 96(Supplément 3), S8-S14.

190. DIÉTÉTISTES DU CANADA. (1999). *Manger mieux, c'est meilleur, pour savourer les années! Manger sainement et demeurer actif permettent de vieillir en beauté* [Brochure].

191. CALVARESI, E. et J. BRYAN. (2001). B Vitamins, Cognition, and Aging: A Review. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences,* 56(6), 327-339.

192. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2009). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada de microdonnées rendues anonymes de *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Cannada 2009*, préparé par : Santé Canada].

193. BRITISH COLUMBIA MINISTRY OF HEALTH. (2005). *Healthy Aging through Healthy Living: Towards a comprehensive policy and planning framework for Seniors in B.C.*

194. SANTÉ CANADA. (2002). *Vieillissement en santé – Tabagisme et renoncement au tabac chez les aînés.*

195. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. (2004). *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General.*

196. LACROIX, A. et G. OMENN. (1992). Older Adults and Smoking. *Clinical Geriatric Medicine,* 8(1), 69-87.

197. DOLL, R., R. PETO, J. BOREHAM, et I. SUTHERLAND. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal,* 328(7455), 1519-1528.

198. CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME ET LES TOXICOMANIES. (2009-09-04). *Exposé général sur les personnes âgées*. (Extrait le 16 mars 2010 de http://www.ccsa.ca/fra/topics/populations/seniors/pages/seniorsoverview.aspx).

199. PROJET DE CAMH SUR LE VIEILLISSEMENT EN SANTÉ. (2006). *Quelle approche adopter envers les personnes âgées confrontées à des problèmes de toxicomanie, de santé mentale et de jeu.* (Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale).

200. ALBERTA ALCOHOL AND DRUG ABUSE COMMISSION et ALBERTA HEALTH SERVICES. (2003-12). *The ABCs of Alcohol and Seniors*. (Extrait le 21 juillet 2010 de http://www.aadac.com/87_148.asp).

201. CONWELL, Y., P. R. DUBERSTEIN, et E. D. CAINE. (2002). Risk Factors for Suicide in Later Life. *Society of Biological Psychiatry,* 52(3), 193-204.

202. RAMAGE-MORIN, P. L. (2009). Consommation de médicaments chez les Canadiens âgés. *Rapports sur la santé,* 20(1).

203. ASSOCIATION CANADIENNE DE GÉRONTOLOGIE. (2010). *Énoncé de politique : Les personnes âgées et les médicaments d'ordonnance*. (Extrait le 21 juin 2010 de http://www.cagacg.ca/publications/551_f.php).

204. COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE. (2004). *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Aperçu des politiques et des programmes au Canada*.

205. GOUVERNEMENT DU CANADA. (2006). *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada, 2006*.

206. COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE. (2006). *De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*.

207. COALITION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES ÂGÉES. (2006). *Lignes directrives nationales : La santé mentale de la personne âgée. Évaluation et prise en charge des problèmes de santé mentale en établissements de soins de longue durée (particulièrement les troubles de l'humeur et du comportement)*.

208. COALITION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES ÂGÉES. (2009). *Depression in Older Adults: a guide for seniors and their families*. (Extrait le 7 mars 2010 de http://www.ccsmh.ca/pdf/ccsmh_depressionBooklet.pdf).

209. BOMBAY, A., K. MATHESON, et H. ANISMAN. (2009). Intergenerational Trauma: Convergence of Multiple Processes among First Nations peoples in Canada. *Journal de la santé autochtone,* 5(3), 6-47.

210. HASKELL, L. et M. RANDALL. (2009). Disrupted Attachments: A Social Context Complex Trauma Framework and the Lives of Aboriginal Peoples in Canada. *Journal de la santé autochtone,* 5(3), 48-99.

211. WHITBECK, L. B., G. W. ADAMS, D. R. HOYT, et X. CHEN. (2004). Conceptualizing and Measuring Historical Trauma Among American Indian People. *American Journal of Community Psychology,* 33(3/4), 119-130.

212. MUSTARD, J. F. (2006). *Early Child Development and Experience-based Brain Development – The Scientific Underpinnings of the Importance of Early Child Development in a Globalized World*, (Rédigé pour The World Bank International Symposium on Early Child Development – A Priority for Sustained Economic Growth & Equity, September 27-29, 2005).

213. ACHESON, D. (1998). *Independent Inquiry into Inequalities in Health: Report.*

214. UNIVERSITY OF ALBERTA. (2009-03). Impact on Health of Seniors Caring for Seniors. *Research on Aging Policies and Practice [Facts]*, p. 1-6.

215. SOCIÉTÉ ALZHEIMER DU CANADA. (2010). *Raz-de-marée : Impact de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes au Canada.* (Société Alzheimer du Canada).

216. SMETANIN, P., P. KOBAK, C. BRIANTE, D. STIFF, G. SHERMAN, et S. AHMAD. (2009). *Rising Tide: The Impact of Dementia in Canada 2008 to 2038.* (RiskAnalytica).

217. DIAMOND, J. (2008). *Rapport sur la maladie d'Alzheimer et la recherche actuelle.* (Société Alzheimer).

218. NATIONAL INSTITUTE ON AGING et ALZHEIMER'S DISEASE EDUCATION & REFERRAL CENTER. (2010-02-19). *Alzheimer's Disease Fact Sheet*. (Extrait le 7 mars 2010 de http://www.nia.nih.gov/Alzheimers/Publications/adfact.htm).

219. SMITH, M., R. SEGAL, et J. SEGAL. (2007-10). *Depression in Older Adults and the Elderly*. (Extrait le 7 mars 2010 de http://www.helpguide.org/mental/depression_elderly.htm).

220. BUCHANAN, D., M.-F. TOURIGNY-RIVARD, P. CAPPELIEZ, C. FRANK, P. JANIOWSKI, L. SPANJEVIC et al. (2006). National Guidelines for Seniors' Mental Health: The Assessment and Treatment of Depression. *Canadian Journal of Geriatrics,* 9(Supplément 2), S52-S58.

221. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. (2010). *La dépression chez les personnes âgées dans les établissements de soins en hébergement.* (Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé).

222. BLAZER, D. G. (2003). Depression in Late Life: Review and Commentary. *Journals of Gerontology Series A – Biological Sciences & Medical Sciences,* 58(2003), 249-265.

223. DJERNES, J. K. (2006). Prevalence and Predictors of Depression in Population of Elderly: A Review. *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 113(2006), 372-389.

224. FISKE, A., J. LOEBACH WETHERELL, et M. GATZ. (2009). Depression in Older Adults. *Annual Review of Clinical Psychology,* 5(2009), 363-389.

225. HYBELS, C. F. et D. G. BLAZER. (2003). Epidemiology of Late-Life Mental Disorders. *Clinics in Geriatric Medicine,* 10(2003), 663-696.

Références

226. MURPHY, E., R. SMITH, J. LINDESAY, et J. SLATTERY. (1988). Increased mortality rates in late-life depression. *The British Journal of Psychiatry,* 152(3), 347-353.

227. SCHOEVERS, R. A., A. T. F. BEEKMAN, W. V. TILBURG, D. J. H. DEEG, C. JONKER, M. I. GEERLINGS et al. (2000). Association of depression and gender with mortality in old age: Results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *The British Journal of Psychiatry,* 177(4), 336-342.

228. BLAZER, D. G., C. F. HYBELS, et C. F. PIEPER. (2001). The Association of Depression and Mortality in Elderly Persons: A Case for Multiple, Independent Pathways. *Journals of Gerontology Series A – Biological Sciences & Medical Sciences,* 56(8), M505-M509.

229. LAVRETSKY, H., R. BASTANI, R. GOULD, D. HUANG, M. LLORENTE, A. MAXWELL et al. (2002). Predictors of two-year mortality in a prospective "UPBEAT" study of elderly veterans with comorbid medical and psychiatric symptoms. *American Journal of Geriatric Psychiatry,* 10(4), 458-468.

230. SCHULZ, S. K., S. R. BEACH, D. G. IVES, L. M. MARTIRE, A. A. ARIYO, et W. J. KOP. (2000). Association of depression and gender with mortality in older adults: the Cardiovascular Health Study. *Archives of Internal Medicine,* 160(12), 1761-1768.

231. ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUTORISÉS DE L'ONTARIO. (2004-03). *Comment reconnaître le délire, la démence et la dépression* [Brochure].

232. COALITION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES ÂGÉES. (2009). *Le délirium chez les personnes âgées : un guide pour les aînés et leur famille.*

233. ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE. (s. d.). *Seniors and Delirium*. (Extrait le 18 mai 2010 de http://www.ontario.cmha.ca/seniors.asp?cID=5803).

234. FICK, D. M. et L. C. MION. (2008). Delirium Superimposed on Dementia. *American Journal of Nursing,* 108(1), 52-60.

235. RUDOLPH, J. L. et E. R. MARCANTONIO. (2003). Diagnosis and prevention of delirium. *Geriatrics and Aging,* 6(10), 14-19.

236. MCEWAN, K. L., M. DONNELLY, ROBERTSON D., et C. HERTZMAN. (1991). *Mental Health Problems among Canada's Seniors: Demographic and Epidemiologic Considerations.* (Ottawa : Santé et Bien-être social Canada).

237. COALITION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES ÂGÉES. (2010-03-29). *Tools for Health Care Providers: The Assessment & Treatment of Delirium in Older Adults*. (Extrait le 18 mai 2010 de http://www.ccsmh.ca/en/projects/delirium.cfm).

238. CONSEIL NATIONAL DES AÎNÉS. (2009). *Rapport du Conseil national des aînés sur la question du faible revenu chez les aînés.* (Gouvernement du Canada).

239. STATISTIQUE CANADA. (2010-06-15). *CANSIM Tableau 202-0802 Personnes à faible revenu, annuel* [Fichier de données personnalisé]. (Extrait le 8 juillet 2010).

240. LUXEMBOURG INCOME STUDY. (2009). *Luxembourg Income Study (LIS) Key Figures* [Fichier de données]. (Extrait le 19 janvier 2010 de http://www.lisproject.org/key-figures/kf-workbook.xls).

241. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2008-08-22). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada de microdonnées rendues anonymes de *CANSIM Tableau 202-0407 Revenu des particuliers, selon le sexe, le groupe d'âge et la source de revenu, dollars constants de 2008, annuel*, préparé par : Statistique Canada].

242. AÎNÉS CANADA. (2008-09-01). *Finances et pensions*. (Extrait le 14 juin 2010 de http://www.aines.gc.ca/c.4nt.2nt@.jsp?lang=fra&geo=106&cid=103).

243. LUONG, M. (2009). Le point sur le Supplément de revenu garanti. *Perspectives,* 10(7), 5-13.

244. STATISTIQUE CANADA. (2010-01-06). *Tranches de revenu après impôt, groupes d'âge, plus haut certificat, diplôme ou grade et sexe, pour la population de 15 ans et plus, pour le Canada, les provinces, les territoires, les régions métropolitaines de recensement et les agglomérations de recensement, 2005 – Données-échantillon (20 %)* [Fichier de données]. (Extrait le 17 mars 2010 de http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/dp-pd/tbt/Rp-fra.cfm?TABID=1&LANG=F&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=01&GID=837928&GK=1&GRP=1&O=D&PID=96257&PRID=0&PTYPE=88971,97154&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2006&THEME=81&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0).

245. STATISTIQUE CANADA. (2010). *Le revenu au Canada, 2008.* (Ottawa : Statistique Canada).

246. MACCOURT, P. (2007). *Review of Federal/Provincial/Territorial (FTP) Services and Policies and Analysis of Impact on Social Isolation*, (Préparé pour le Comité fédéral/provincial/territorial des hauts fonctionnaires (aînés)).

247. ERTEL, K. A., M. M. GLYMOUR, et L. F. BERKMAN. (2008). Effects of Social Integration on Preserving Memory Function in a Nationally Representative US Elderly Population. *American Journal of Public Health,* 98(7), 1215-1220.

248. SCHELLENGERG, G. (2004). *Enquête sociale générale de 2003 sur l'engagement social, cycle 17 : un aperçu des résultats.* (Ottawa : Statistique Canada).

249. CLOUTIER-FISHER, D., K. M. KOBAYASHI, T. HOGG-JACKSON, et M. ROTH. (2006). *Making Meaningful Connections: A Profile of Social Isolation Among Older Adults in Small Town & Small City, British Columbia, Final Report.* (Victoria : University of Victoria, Centre on Aging).

250. THE COUNCIL OF SENIOR CITIZENS' ORGANIZATIONS OF BRITISH COLUMBIA. (2008). *Seniors' Health, Housing and Income in a Global Age-Friendly Community: Conference Report & Policy Recommendations.*

251. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2003). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada de microdonnées rendues anonymes de *l'Enquête sociale générale, 2003*, préparé par : Statistique Canada].

252. FERRARA, H. (2009). *Seniors' Social Isolation: A Scoping Study.* (Perth : Murdoch University).

253. BRADLEY, D. B. (1999). A Reason to Rise Each Morning: The Meaning of Volunteering in the Lives of Older Adults. *Generations,* 23(4), 45-50.

254. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2007). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada de microdonnées rendues anonymes de *l'Enquête canadienne sur le don, le bénévolat et la participation, 2007 (MAIN PUB)*, préparé par : Statistique Canada].

255. MORROW-HOWELL, N., J. HINTERLONG, P. A. ROZARIO, et F. TANG. (2003). Effects of Volunteering on the Well-Being of Older Adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences,* 58(3), S137-S145.

256. GREENFIELD, E. A. et N. F. MARKS. (2007). Continuous Participation in Voluntary Groups as a Protective Factor for the Psychological Well-Being of Adults Who Develop Functional Limitations: Evidence from the National Survey of Families and Households. *Journal of Gerontology: Social Sciences,* 62B(1), S60-S68.

257. GLASS, T. A., C. MENDES DE LEON, R. A. MAROTTOLI, et L. F. BERKMAN. (1999). Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *British Medical Journal,* 319(7208), 478-483.

258. STATISTIQUE CANADA. (2010-01-06). *CANSIM Tableau 282-0004 Enquête sur la population active (EPA), estimations selon le niveau de scolarité atteint, le sexe et le groupe d'âge, annuel (personnes sauf indication contraire)* [Fichier de données personnalisé]. (Extrait le 16 février 2010).

259. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2007). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada de microdonnées rendues anonymes de *l'Enquête sociale générale, 2007*, préparé par : Statistique Canada].

260. CRANSWICK, K. et D. DOSMAN. (2008). Soins aux aînés : le point sur nos connaissances actuelles. *Tendances sociales canadiennes,* Hiver 2008(86), 50-59.

261. STATISTIQUE CANADA. (2010-04-08). *Travail non rémunéré, sexe, groupes d'âge, activité, situation des particuliers dans la famille de recensement et présence et âge du plus jeune enfant pour la population de 15 ans et plus vivant dans les ménages privés, pour le Canada, les provinces, les territoires, les régions métropolitaines de recensement et les agglomérations de recensement, recensements de 2001 à 2006 – Données-échantillon* [Fichier de données]. (Extrait le 7 mai 2010 de http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/dp-pd/tbt/Rp-fra.cfm?TABID=1&LANG=F&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=01&GID=837928&GK=1&GRP=1&O=D&PID=92100&PRID=0&PTYPE=88971,97154&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2006&THEME=74&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0).

262. UNIVERSITY OF ALBERTA. (2009-03). Who are the seniors caring for other seniors? *Research on Aging Policies and Practice [Facts]*, p. 1-6.

263. CARRIÈRE, G. (2006). Utilisation des services de soins à domicile par les personnes âgées. *Rapports sur la santé,* 17(4), 43-47.

264. RAMAGE-MORIN, P. L. (2008). Bien vieillir en établissement de santé. *Rapports sur la santé,* 16(Supplément), 47-56.

Références

265. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2008-09-19). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada de microdonnées rendues anonymes de *CANSIM Tableau 107-5503 Mouvement des bénéficiaires dans les établissements de soins pour bénéficiaires internes, selon la caractéristique principale du groupe prédominant de bénéficiaires et la grandeur de l'établissement, Canada, provinces et territoires, annuel (nombre)*, préparé par : Statistique Canada].

266. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2008-09-19). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada de microdonnées rendues anonymes de *CANSIM Tableau 107-5501 Établissements de soins pour bénéficiaires internes, selon la propriété, la caractéristique principale du groupe prédominant de bénéficiaires et la grandeur de l'établissement, Canada, provinces et territoires, annuel (nombre)*, préparé par : Statistique Canada].

267. SANTÉ CANADA. (2008-08). *Effets de la santé buccodentaire sur l'état de santé général*. (Extrait le 10 décembre 2009 de http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/life-vie/dent-fra.php).

268. RITCHIE, C. S., K. JOSHIPURA, H. C. HUNG, et C. W. DOUGLASS. (2002). Nutrition as a Mediator in the Relation between Oral and Systemic Disease: Associations between Specific Measures of Adult Oral Health and Nutrition Outcomes. *Critical Reviews in Oral Biology & Medicine,* 13(3), 291-300.

269. SANTÉ CANADA. (2010). *Rapport des résultats du module sur la santé buccodentaire de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé 2007-2009*.

270. MARVIN, M. F. (2001). Access to Care for Seniors – Dental Concerns. *Journal de l'Association dentaire canadienne,* 67(9), 504-506.

271. BERKEY, D. B., R. G. BERG, R. L. ETTINGER, et L. H. MESKIN. (1991). Research review of oral health status and service use among institutionalized older adults in the United States and Canada. *Special Care Dentistry,* 11(4), 131-136.

272. COMMISSION ONTARIENNE DES DROITS DE LA PERSONNE. (2001). *Time for Action: Advancing Human Rights for Older Ontarians.*

273. BROWNE, A. (2010). *Issues Affecting Access to Health Services in Northern, Rural and Remote Regions of Canada*. (Extrait le 18 mars 2010 de http://www.unbc.ca/assets/northernstudies/northern/issues_affecting_access_to_health_services_in_northern.pdf).

274. COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL SUR LE VIEILLISSEMENT. (2009). *Le vieillissement de la population, un phénomène à valoriser.*

275. ROOTMAN, I. et D. GORDON-EL-BIHBETY. (2008). *Vision d'une culture de la santé au Canada : Rapport du Groupe d'experts sur la littératie en matière de santé.* (Ottawa : Association canadienne de santé publique).

276. CONSEIL CANADIEN SUR L'APPRENTISSAGE. (2007). *État de l'apprentissage au Canada : Pas le temps de s'illusionner.* (Ottawa : Conseil canadien sur l'apprentissage).

277. IMPACT BC. (2004). *Health Literacy in Aging Populations*. (Extrait le 18 mars 2010 de http://www.impactbc.ca/files/PAP_Health_Literacy_in_Aging_Populations.pdf).

278. STATISTIQUE CANADA. (2005). *Miser sur nos compétences : Résultats canadiens de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes.*

279. SALZMAN, B. (2006). Myths and realities of aging. *Care Management Journals,* 7(3), 141-150.

280. CONSEIL CANADIEN SUR L'APPRENTISSAGE. (2008). *La littératie en santé au Canada : Une question de bien-être 2008.* (Ottawa : Conseil canadien sur l'apprentissage).

281. KOEHN, S. (2006). *Ethnic Minority Seniors Face a "Double Whammy" in Health Care Access*. (Extrait le 18 mars 2010 de http://www.sfu.ca/uploads/page/28/vol25no2.pdf).

282. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2002). *The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse.* (Genève : Organisation mondiale de la santé).

283. CONSEIL NATIONAL DES AÎNÉS. (2007). *Rapport du Conseil national des aînés sur les mauvais traitements envers les aînés.*

284. SANTÉ CANADA. (1999-03). *Mauvais traitements et négligence à l'égard des aînés* [Brochure].

285. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2009). *Les mauvais traitements envers les aînés, il est temp d'ouvrir les yeux* [Brochure].

286. PENNING, M. et N. CHAPPELL. (2010-06). *Health Inequalities among Adults in Later Life: Review of Issues, Promising Practices and Upstream Health Interventions in Responding to Aging and Older People in Canada*. Inédit.

287. RÉSEAU CANADIEN POUR LA PRÉVENTION DES MAUVAIS TRAITEMENTS ENVERS LES AÎNÉ(E)S. (2009-11-27). *Health and Abuse*. (Extrait le 15 mars 2010 de http://www.cnpea.ca/health%20and%20abuse.htm).

288. HEALTHLINKBC. (2005-03). *Les effets sur la santé des mauvais traitements et de la négligence à l'égard des aînés*. (Extrait le 15 mars 2010 de http://www.cnpea.ca/health%20and%20abuse.htm).

289. STATISTIQUE CANADA. (2009). *La violence familiale au Canada : un profil statistique 2009.* (Ottawa : Statistique Canada).

290. BRANDL, B. et D. L. HORAN. (2002). Domestic violence in later life: an overview for health care providers. *Women and health,* 35(2-3), 41-54.

291. LACHS, M. S., C. S. WILLIAMS, S. O'BRIEN, K. A. PILLEMER, et M. E. CHARLSON. (1998). The mortality of elder mistreatment. *Journal of the American Medical Association,* 280(5), 428-432.

292. LACHS, M. (1998). Mortality risk from elder abuse rivals that of other major illnesses. *Geriatrics,* 53(10), 171.

293. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2009). *Faits sur la violence psychologique et émotionnelle envers les aînés*. (Extrait le 29 janvier 2010 de http://www.aines.gc.ca/c.4nt.2nt@.jsp?lang=fra&geo=106&cid=157).

294. STATISTIQUE CANADA. (2001). *Les personnes âgées au Canada.* (Ottawa : Statistique Canada).

295. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (1999). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada de microdonnées rendues anonymes de *l'Enquête sociale générale, 1999*, préparé par : Statistique Canada].

296. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2009-05-29). *Faits sur l'exploitation financière envers les aînés*. (Extrait le 22 janvier 2010 de http://www.aines.gc.ca/c.4nt.2nt@.jsp?lang=fra&geo=106&cid=158).

297. MINISTÈRE DE LA JUSTICE CANADA. (2009). *Violence à l'égard des aînés : Aperçu du ministère de la Justice du Canada.*

298. RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA. (2009-10-08). *Matériel d'information au sujet de la sensibilisation aux mauvais traitements envers les aînés*. (Extrait le 26 janvier 2010 de http://www.rhdcc.gc.ca/fra/partenariats_communautaires/aines/nhpa/smta/info_guide/module01.shtml).

299. EDWARDS, P. (2009). *Elder Abuse in Canada: A Gender Based Analysis*. Inédit.

300. DUMONT-SMITH, C. (2002). *Violence contre les aînés au Canada.*

301. PANEL TO REVIEW RISK AND PREVALENCE OF ELDER ABUSE AND NEGLECT et NATIONAL RESEARCH COUNCIL (2003). *Elder Mistreatment: Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America*. (Washington, D.C.: The National Academies Press).

302. CONTRA COSTA HEALTH SERVICES – FAMILY, MATERNAL AND CHILD HEALTH PROGRAMS. (2005-04). The Life Course Model and Maternal, Child and Adolescent Health. *Family, Maternal and Child Health Programs Life Course Initiative*.

303. GROUPE DE TRAVAIL SUR LES DISPARITÉSEN MATIÈRE DE SANTÉ DU COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL-PROVINCIAL-TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION ET LA SÉCURITÉ DE LA SANTÉ. (2004). *Réduire les disparités sur le plan de la santé – Rôles du secteur de la santé : Document de travail.*

304. CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE. (2005). *Aîner en marge : Vieillir pauvre au Canada.*

305. GOUVERNEMENT DU CANADA. (2009). *Réponse du gouvernement au rapport du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement : Le vieillissement de la population, un phénomène à valoriser.*

306. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2005). *Prévention des maladies chroniques : Un investissement vital.* (Suisse : Organisation mondiale de la Santé).

307. HUTTON, D. et ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2008). *Older People In Emergencies: Considerations for Action and Policy Development.* (Suisse : Organisation mondiale de la Santé).

308. SAKAUYE, K. M., J. E. STREIM, G. J. KENNEDY, P. D. KIRWIN, M. D. LLORENTE, S. K. SCHULTZ et al. (2009). AAGP Position Statement: Disaster Preparedness for Older Americans: Critical Issues for the Preservation of Mental Health. *American Journal of Geriatric Psychiatry,* 17(11), 916.

309. KANIASTY, K. et F. H. NORRIS. (1995). In Search of Altruistic Community: Patterns of Social Support Mobilization Following Hurricane Hugo. *American Journal of Community Psychology,* 23(4), 447-477.

310. POWELL, S. (2009). Effets des catastrophes sur la santé publique. *Bulletin de recherche sur les politiques de santé,* (15), 12-13.

Références

311. KALIN, W. et J. HOLMES. (2008). *Human Rights and Natural Disasters – Operational Guidelines and Field Manual on Human Rights Protection in Situations of Natural Disaster.* (Washington, DC : Brookings-Bern Project on Internal Displacement).

312. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2008). *Older Persons in Emergencies: An Active Ageing Perspective.* (Genève : Organisation mondiale de la Santé).

313. SANTÉ CANADA. (2009). Gestion des urgences : Une perspective de santé. *Bulletin de recherche sur les politiques de santé,* Avril 2009(15), 1-48.

314. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2008). *Création d'un cadre mondial visant à tenir compte des besoins et des apports des aînés dans les situations d'urgence.*

315. INSTITUTE FOR LIFE COURSE AND AGING. (2007). *Aging in Place: Bridgepoint/LHIN Literature Review.* (Toronto : Institute for Life Course and Aging, University of Toronto).

316. SHULAMIT, L. B., S. ZIMMERMAN, et J. K. ECKERT. (2001). Aging in Place. Dans S. Zimmerman, P.D. Sloane, et J.K. Eckert (dir.), *Assisted Living. Needs, Practices and Policies in Residential Care for the Elderly* (Baltimore : The Johns Hopkins University Press).

317. TANG, F. et J. PICKARD. (2008). Aging in Place or Relocation: Perceived Awareness of Community-Based Long-Term Care and Services. *Journal of Housing for the Elderly,* 22(4), 404-422.

318. VANDERBURG, G., D. HOGAN, D. LAI, H. NORTHCOTT, M. PARKER, M. PERCY et al. (2008). *Findings Report – Alberta Seniors and Community Supports.* (Demographic Planning Commission).

319. MINISTÈRE DES FINANCES CANADA. (2009). *Le Plan d'action économique du Canada, le budget de 2009.*

320. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2007-10-01). *L'OMS publie un guide destiné à améliorer la qualité de vie des personnes âgées en ville*. (Extrait le 25 novembre 2009 de http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr53/fr/index.html).

321. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (s. d.). *Age-friendly cities*. (Extrait le 26 novembre 2009 de http://www.who.int/ageing/age_friendly_cities/en/index.html).

322. PLOUFFE, L. (Communication personnelle au sujet des villes amies des aînés, le 8 février 2010).

323. JACKSON, R. J. et C. KOCHTITZKY. (s. d.). *Creating a Healthy Environment: The Impact of the Built Environment on Public Health.* (Centres for Disease Control and Prevention).

324. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. (2007). *Municipalité amie des aînés*. (Extrait le 15 mars 2010 de http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/aines/mada/Pages/projet-pilotes.aspx).

325. BEAULIEU, M. et S. GARON. (2007). *Le projet « Villes amies des aînés » de l'OMS : un modèle international ayant fait l'objet d'une étude pilote à Sherbrooke, Québec.*

326. VILLES AMIES DES AÎNÉS AU QUÉBEC. (2009-10-13). *Innovations et bons coups*. (Extrait le 10 février 2010 de http://www.vadaquebec.ca/Bons_coups!/Archive.html).

327. THE RL MACE UNIVERSAL DESIGN INSTITUTE. (2010). *Principles of Universal Design*. (Extrait le 12 mars 2010 de http://www.udinstitute.org/principles.php).

328. FOLLETTE, M., J. M. MUELLER, et R. L. MACE. (1998). *The Universal Design File. Designing for People of All Ages and Abilities*. (Raleigh : NC State University The Centre for Universal Design).

329. SHIZUOKA PREFECTURE. (s. d.). *Universal Design in Action*. (Extrait le 27 janvier 2010 de http://www.pref.shizuoka.jp/a_foreign/english/policies/ud.html).

330. UNIVERSAL DESIGN IN SHIZUOKA PREFECTURE. (s. d.). *Introduction*. (Extrait le 27 janvier 2010 de http://www.pref.shizuoka.jp/ud/english/index.html).

331. COMMISSION CANADIENNE DES DROITS DE LA PERSONNE. (2006-06-21). *Quoi de neuf?* (Extrait le 28 janvier 2010 de http://www.chrc-ccdp.ca/whats_new/default-fr.asp?id=376&lang_update=1).

332. GOUVERNEMENT DE L'ONTARIO : *Loi de 2005 sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario*, L.O. 2005, 2009, c. 11.

333. GOUVERNEMENT DE L'ONTARIO et MINISTÈRE DES SERVICES SOCIAUX ET COMMUNAUTAIRES. (2010-04-17). *Services à la clientèle*. (Extrait le 22 Juin 2010 de http://www.mcss.gov.on.ca/fr/mcss/programs/accessibility/DevelopingStandards/customerService.aspx).

334. SHIZUOKA PREFECTURE. (s. d.). *Governor Ishikawa made a presentation at the 9th IFA Conference!* (Extrait le 28 janvier 2010 de http://www.pref.shizuoka.jp/a_foreign/english/iao/what080919.html).

335. MORI, T. (2009-02-26). *Shizuoka Prefecture – Universal Design*. (Extrait le 22 février 2010 de http://www.mofa.go.jp/Mofaj/gaiko/local/info/pdfs/seminar_sizuoka.pdf).

336. SHIZUOKA PREFECTURE. (s. d.). *Shizuoka General Hospital*. (Extrait le 29 janvier 2010 de http://www.pref.shizuoka.jp/ud/en/sogo_hosp.html).

337. GOUVERNEMENT DU CANADA. (2002). *La voie de la prévention – Guide des meilleures pratiques.* (Santé Canada et Anciens Combattants Canada).

338. L'ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUTORISÉS DE L'ONTARIO. (2005). *Nursing Best Practice Guidelines – Shaping the Future of Nursing. Prevention of Falls and Falls Injuries in the Older Adult.*

339. AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, BRITISH GERIATRICS SOCIETY, et AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDIC SURGEONS PANEL ON FALLS. (2001). Guideline for the Prevention of Falls in Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society,* 49(5), 664-672.

340. NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE). (2004). *Clinical practice guideline for the assessment and prevention of falls in older people.* (London : Royal College of Nursing).

341. AUSTRALIA COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE. (2010-04-21). *Falls Prevention Guidelines: Preventing Falls and Harm from Falls in Older People: Best Practices Guidelines for Australian Hospitals, Residential Aged Care Facilities and Community Care 2009*. (Extrait le 12 mai 2010 de http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/content/FallsGuidelines).

342. FORTINSKY, R. H., D. BAKER, M. GOTTSCHALK, M. KING, P. TRELLA, et M. E. TINETTI. (2008). Extent of Implementation of Evidence-Based Fall Prevention Practices for Older Patients in Home Health Care. *Journal of the American Geriatric Society,* 56(4), 737-743.

343. STEVENS, J. A., R. K. NOONAN, et L. Z. RUBENSTEIN. (2010). Older Adult Fall Prevention: Perceptions, Beliefs, and Behaviors. *American Journal of Lifestyle Medicine,* 4(1), 16-20.

344. GOVERNMENT OF ALBERTA. (2009). *Finding Balance*. (Extrait le 12 mai 2010 de http://www.findingbalancealberta.ca/).

345. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2005). *Répertoire des initiatives canadiennes de prévention des chutes chez les aînés – 2005.*

346. TIRIO, J. (2010-01-04). *The Devastating Effects of Senior Falls*. (Extrait le 1 mars 2010 de http://www.discoveryarticles.com/articles/399111/1/The-Devastating-Effects-of-Senior-Falls/Page1.html).

347. ONTARIO INJURY PREVENTION RESOURCE CENTRE. (2008-02-03). *About the Canadian Falls Prevention Curriculum*. (Extrait le 18 mai 2010 de http://www.oninjuryresources.ca/cfpc/about_the_canadian_falls_preve.html).

348. INJURY RESEARCH AND PREVENTION UNIT. (2006). *Falls Prevention*. (Extrait le 18 mai 2010 de http://www.injuryresearch.bc.ca/categorypages.aspx?catid=1&subcatid=7#canadianfallspreventioncurriculum).

349. ROBSON, E., J. EDWARDS, E. GALLAGHER, et D. BAKER. (2003). Steady As You Go (SAYGO): A Falls-Prevention Program for Seniors Living in the Community. *Revue canadienne du vieillissement,* 22(2), 207-216.

350. ALBERTA HEALTH SERVICES. (2006-06-08). *Innovative Capital Health project dramatically reduces falls among frail seniors*. (Extrait le 21 juin 2010 de http://www.capitalhealth.ca/NewsAndEvents/NewsReleases/2006/Project_reduces_falls_among_frail_seniors.htm).

351. TOEWS, J. (2007). Assistive Devices. Overcoming Seniors' Reluctance. *Senior Care Canada*.

352. SHERRINGTON, C., J. C. WHITNEY, S. R. LORD, R. D. HERBERT, R. G. CUMMING, et J. C. T. CLOSE. (2008). Effective Exercise for the Prevention of Falls: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Geriatrics Society,* 56(12), 2234-2243.

353. COALITION D'UNE VIE ACTIVE POUR LES AÎNÉ(E)S. (1999). *L'activité à tout âge : Plan d'action.*

354. CENTRE FOR HIP HEALTH AND MOBILITY. (s. d.). *About Us*. (Extrait le 21 juin 2010 de http://www.hiphealth.ca/about_us.htm).

355. SANTÉ CANADA. (2008-07-04). *Base de données sur les produits pharmaceutiques (BDPP)*. (Extrait le 12 mars 2010 de http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/databasdon/index-fra.php).

356. GOVERNMENT OF SASKATCHEWAN. (2005-09-26). *New Pharmaceutical Information Program Enhances Patient Safety*. (Extrait le 21 janvier 2010 de http://www.gov.sk.ca/news?newsId=0a2bd8dc-1b6d-4309-b966-aee211416d06).

Références

357. COMMUNITY CONTENT. (2009-09-04). *Pharmaceutical Information Program Safeguards Saskatchewan Patients*. (Extrait le 21 janvier 2010 de http://www.communitycontent.ca/en/2009-09-04/pharmaceutical-information-program-safeguards-saskatchewan-patients).

358. BRITISH COLUMBIA INSTITUTE OF TECHNOLOGY. (s. d.). *Review of BCIT Activities 2006-2008.* (Vancouver : BCIT).

359. FERNIE, DR. G. (s. d.). *Winter on Demand*. (Extrait le 22 Juin 2010 de http://www.oit.on.ca/Downloads/Storypdfs/UToronto-Fernie.pdf).

360. COWELL, F., C. BRIDGE, et S. MATHEWS. (2007). *Home Modification Information: Needs of Occupational Therapists Practicing in NSW.* (Sydney, Australia : University of Sydney, Faculties of Health Science and Architecture).

361. MCCULLAGH, M. C. (2006). Home Modification: How to help patients make their homes safer and more accessible as their abilities change. *American Journal of Nursing,* 106(10), 54-63.

362. CAMPBELL, A. J., M. C. ROBERTSON, S. J. LA GROW, N. M. KERSE, G. F. SANDERSON, R. J. JACOBS et al. (2005). Randomised controlled trial of prevention of falls in people aged 75+ with severe visual impairment: the VIP trial. *British Medical Journal,* 331(7520), 817-825.

363. STARK, S., A. LANDSBAUM, J. L. PALMER, E. K. SOMERVILLE, et J. C. MORRIS. (2009). Client-centred home modifications improve daily activity performance of older adults. *Revue canadienne d'ergothérapie: Influencer la politique,* 76(Numéro spécial), 235-246.

364. TUOKKO, H. et F. HUNTER. (2002). *L'utilisation de l'âge comme critère d'évaluation de l'aptitude à conduire des personnes âgées.* (Ottawa : Commission du droit du Canada).

365. CARP ADVOCACY. (2008-05-08). *CARP Warns against Ageism toward Older Drivers*. (Extrait le 13 juillet 2010 de http://www.carp.ca/advocacy/adv-article-display.cfm?documentid=3130).

366. MOLNAR, F. J., A. M. BYSZEWSKI, S. C. MARSHALL, et M. MAN-SON-HING. (2005). In-office evaluation of medical fitness to drive: practical approaches for assessing older people. *Le Médecin de famille canadien,* 51, 372-379.

367. ASSOCIATION CANADIENNE DES ERGOTHÉRAPEUTES. (2009). *Plan d'action national pour la prévention des blessures chez les conducteurs âgés*. (Extrait le 22 Juin 2010 de http://www.caot.ca/default.asp?pageid=2190&francais=1).

368. INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA. (2009-07-17). *Candrive Research Program Update – 2009*. (Extrait le 22 juin 2010 de http://www.candrive.ca/images/stories/pdfs/Candrive_Brief-final_version_July_17_2009.pdf).

369. POLLETT, H. (2007). *Mental Health Promotion: A Literature Review.*

370. HUTCHINSON, S. L. et A. GOODBERRY. (2008). *Assembler les morceaux : La promotion de la santé, outil indispensable pour répondre aux besoins des personnes âgées atteintes de démence qui vivent dans la communauté*, (Préparé pour la Division du vieillissement et des aînés, Agence de la santé publique du Canada). Inédit.

371. VAN VLIET, K. et T. NEDERLAND. (2008). *Overview on health promotion for older people in the Netherlands.*

372. BUIJS, R., J. ROSS-KERR, S. O'BRIEN COUSINS, et D. WILSON. (2003). Promoting Participation: Evaluation of a Health Promotion Program for Low Income Seniors. *Journal of Community Health Nursing,* 20(2), 93-107.

373. CONN, D. K., F. M. MALACH, K. J. WILSON, D. BUCHANAN, M. C. GIBSON, A. GREK et al. (2006). National Guidelines for Seniors' Mental Health: Introduction and Project Background. *Canadian Journal of Geriatrics,* 9(Supplement 2), S36-S41.

374. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ et WORLD PSYCHIATRIC ORGANIZATION. (2002). *Reducing Stigma and Discrimination Against Older People with Mental Disorders: A Technical Consensus Statement.* (Genève : Organisation mondiale de la Santé).

375. MARTIN, N. et V. JOHNSTON. (2007). *Passons à l'action : Lutte contre la stigmatisation et la discrimination.*

376. COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA. (s. d.). *Changer les mentalités*. (Extrait le 7 décembre 2009 de http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/Pages/Campagneanti_stigmate.aspx).

377. COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA. (2009-10-02). *Communiqué – Changer les mentalités : une initiative de lutte contre la stigmatisation*. (Extrait le 7 décembre 2009 de http://www.mentalhealthcommission.ca/SiteCollectionDocuments/Key_Documents/fr/2009/FR%20Opening%20Minds%20press%20release.pdf).

378. COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA. (2010). *Opening Minds Projects.*

379. NSW CONSUMER ADVISORY GROUP – MENTAL HEALTH INC. (2008). *Challenging Stigma and Discrimination*. (Extrait le 16 mars 2010 de http://www.nswcag.org.au/page/challenging_stigma__discrimination.html).

380. MENTAL HEALTH FOUNDATION OF NEW ZEALAND. (2010). *About Like Minds, Like Mine*. (Extrait le 16 mars 2010 de http://www.likeminds.org.nz/page/24-About-Like-Minds-Like-Mine).

381. CORRIGAN, P. et B. GELB. (2006). Three Programs That Use Mass Approaches to Challenge the Stigma of Mental Illness. *Psychiatric Services,* 57(3), 393-398.

382. INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA. (2010-05-27). *L'application des connaissances : définition*. (Extrait le 14 mai 2010 de http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/39033.html).

383. TETROE, J. (2007). Knowledge Translation at the Canadian Institutes of Health Research: A Primer. *FOCUS,* Technical Brief No.18 (2007), 1-8.

384. COALITION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES ÂGÉES. (s. d.). *The CCSMH National Guidelines for Seniors' Mental Health Project*. (Extrait le 8 décembre 2009 de http://www.ccsmh.ca/en/natlGuidelines/initiative.cfm).

385. COALITION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES ÂGÉES. (2009-06). *User-Friendly Educational Guidelines for Seniors and their Families*. (Extrait le 9 juillet 2010 de http://www.ccsmh.ca/en/booklet/index.cfm).

386. COALITION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES ÂGÉES. (2009). *Late life suicide prevention toolkit: Life saving tools for health care providers*. (Extrait le 5 juillet 2010 de http://www.ccsmh.ca/en/projects/suicide.cfm).

387. COALITION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES ÂGÉES. (2006). *National Guidelines for Seniors' Mental Health: The Assessment of Suicide Risk and Prevention of Suicide.* (Toronto : Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées).

388. COALITION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES ÂGÉES. (2009). *Suicide prevention among older adults: a guide for family members.* (Toronto : Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées).

389. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. (2010-05-20). *Près de 45% des personnes âgées dans les établissements de soins en hébergement souffrent de dépression ou présentent des symptômes de la maladie.* (Extrait le 22 Juin 2010 de http://www.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=media_20100520_f).

390. INITIATIVE NATIONALE POUR LE SOIN DES PERSONNES ÂGÉES. (s. d.). *What do we do?* (Extrait le 18 mai 2010 de http://www.nicenet.ca/detail.aspx?menu=31&app=170&cat1=536&tp=2&lk=no).

391. INITIATIVE NATIONALE POUR LE SOIN DES PERSONNES ÂGÉES. (s. d.). *Who are we?* (Extrait le 11 mai 2010 de http://www.nicenet.ca/detail.aspx?menu=31&app=170&cat1=535&tp=2&lk=no).

392. INITIATIVE NATIONALE POUR LE SOIN DES PERSONNES ÂGÉES. (s. d.). *Theme Teams*. (Extrait le 18 mars 2010 de http://www.nicenet.ca/detail.aspx?menu=31&app=184&cat1=539&tp=2&lk=no).

393. SOCIÉTÉ ALZHEIMER. (2008-09). *Appel de demandes 2009 : Partenariats en application de la recherche sur la démence*. (Extrait le 16 mars 2010 de http://www.alzheimer.ca/french/research/resprog-rfa-coll_action.htm).

394. INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA. (2007). *Cap sur le viellissement – L'Institut du vieillissement des IRSC Plan stratégique pour 2007 à 2012.*

395. INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA. (2008). *Funding Opportunity Details – Collaborative Research to Action in Dementia*. (Extrait le 16 mars 2010 de http://www.researchnet-recherchenet.ca/rnr16/vwOpprtntyDtls.do?prog=574&view=browseArchive&browseArc=true&progType=CIHR-12&type=AND&resultCount=25&sort=program&next=1&printfriendly=true).

396. ROCKWOOD, K., H. M. CHERTKOW, H. FELDMAN, J. M. KEEFE, et J. K. LE CLAIR. (2008-03-31). *Subvention de fonctionnement : Réseau d'application de la recherche sur les démences.* (Instituts de recherche en santé du Canada).

397. ROCKWOOD, K., H. CHERTKOW, H. FELDMAN, J. KEEFE, K. LECLAIR, et C. ESTABROOKS. (2008). *Canadian Dementia Knowledge Translation Network.* (Instituts de recherche en santé du Canada).

398. COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA. (2009). *Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada.*

399. ANCIENS COMBATTANTS CANADA. (2009). *Stratégie en matière de santé mentale d'ACC*. (Extrait le 17 mai 2010 de http://www.vac-acc.gc.ca/clientele/sub.cfm?source=sante-mentale/promotion/santestrategie).

Références

400. COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA. (s. d.). *Les aînés*. (Extrait le 8 décembre 2009 de http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/Pages/Lesaines.aspx).

401. COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA. (s. d). *First Nations, Inuit and Métis*. (Extrait le 22 juin 2010 de http://www.mentalhealthcommission.ca/English/Pages/FirstNationsInuitandMetis.aspx).

402. MACCOURT, P. (2004). *Seniors Mental Health Policy Lens.*

403. BRITISH COLUMBIA PSYCHOGERIATRIC ASSOCIATION. (2008). *Promoting Seniors Mental Health In Cancer Care: A Guide for Front-Line Care Providers.*

404. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (s. d.). *Elder Abuse*. (Extrait le 16 mars 2010 de http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/en/).

405. ALBERTA : *Dependent Adults Act*, R.S.A. 2000, c. D-11.

406. BRITISH COLUMBIA : *Adult Guardianship Act*, (Part Three), R.S.B.C. 1996, c. 6.

407. MANITOBA : *Loi sur les personnes vulnérables ayant un défience mentale*, C.P.L.M. 1993, c. V90.

408. NOUVEAU-BRUNSWICK : *Loi sur les services à la famille*, Partie III, Services de Protection, S.N.B. 1980, c. F-2.2.

409. NEWFOUNDLAND AND LABRADOR : *Neglected Adults Welfare Act*, R.S.N.L. 1990, c. N-3.

410. NOVA SCOTIA : *Adult Protection Act*, R.S.N.S. 1989, c. C2.

411. PRINCE EDWARD ISLAND : *Adult Protection Act*, R.S.P.E.I. 1988, c. A-5.

412. YUKON : *Decision Making Support and Protection to Adults Act*, (which includes Schedule A, *Adult Protection and Decision Making Act*, Part 4 Adult Protection), S.Y. 2003, c. 21.

413. ALBERTA : *Protection for Persons in Care Act*, R.S.A. 2000, c. P-29.

414. BRITISH COLUMBIA : *Residential Care Regulations*, (pursuant to the *Community Care and Assisted Living Act*, S.B.C. 2002, c. 75), B.C. Reg. 2009, c. 96/2009.

415. MANITOBA : *Loi sur la protection des personnes recevant des soins*, C.P.L.M. 2000, c. P144.

416. NOVA SCOTIA : *Protection for Persons in Care Act*, S.N.S. 2004, c. 33.

417. ONTARIO : *Loi sur les Maisons de soins infirmiers*, L.R.O. 1990, c. N.7.

418. ALBERTA : *Protection Against Family Act*, R.S.A. 2000, c. P-27.

419. MANITOBA : *The Domestic Violence and Stalking Act*, C.C.S.M. 1998, c. D 93.

420. PRINCE EDWARD ISLAND : *Victims of Family Violence Act*, R.S.P.E.I. 1988, c. V-3.2.

421. SASKATCHEWAN : *The Victims of Domestic Violence Protection Act*, S.S. 1994, c. V-6.02.

422. NEWFOUNDLAND AND LABRADOR : *Family Violence Protection Act*, S.N.L. 2005, c. F-3.1.

423. TERRITOIRES DU NORD-OUEST : *Loi sur les mesures de protection contre la violence familiale*, L.R.N.-O. 2003, c. 24.

424. NOVA SCOTIA : *Domestic Violence Intervention Act*, S.N.S. 2001, c. 29.

425. NUNAVUT : *Loi sur l'intervention en matière de violence familiale*, L.Nu. 2006, c. 18.

426. YUKON : *Family Violence Prevention Act*, R.S.Y. 2002, c. 84.

427. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC : *Charte des droits et liberté de la personne*, L.R.Q. 3-1-2010, c. C-12.

428. WATTS, L. (s. d.). *The Counterpoint Project: Moving from Scrutiny to Strategy on Key Canadian Elder Abuse Cases*. Inédit.

429. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2008). *A Global Response to Elder Abuse and Neglect: Building Primary Health Care Capacity to Deal with the Problem Worldwide: Main Report.* (Genève : Organisation mondiale de la Santé).

430. MCMULLEN, J. (2008). *Abuse and Neglect of Seniors in British Columbia: An Empirical and Theoretical Analysis.* (Simon Fraser University).

431. COOPER, C., A. SELWOOD, et G. LIVINGSTON. (2009). Knowledge, Detection, and Reporting of Abuse by Health and Social Care Professionals: A Systematic Review. *American Journal of Geriatric Psychiatry,* 17(10), 826-838.

432. MCCREADIE, C., G. BENNETT, M. S. GILTHORPE, G. HOUGHTON, et A. TINKER. (2000). Elder Abuse: Do general practitioners know or care? *Journal of the Royal Society of Medicine,* 93(2), 67-71.

433. RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA. (2009). *L'Initiatve fédérale de lutte contre les mauvais traitements envers les aînés – Guide de financement.*

434. RÉSEAU CANADIEN POUR LA PRÉVENTION DES MAUVAIS TRAITEMENTS ENVERS LES AÎNÉ(E)S. (2009-11-27). *Prevention and Education*. (Extrait le 13 juillet 2010 de http://www.cnpea.ca/prevention.htm#a.%20Prevention%20education%20for%20seniors).

435. LEBRETON, M. (2008-09-01). *Message de la ministre d'État (Aînés)*. (Extrait le 26 mars 2010 de http://www.aines.gc.ca/c.4nt.2nt@.jsp?lang=fra&cid=162).

436. MINISTÈRE DE LA JUSTICE CANADA. (2009-10-22). *Initiative de lutte contre les mauvais traitements envers les aînés*. (Extrait le 3 novembre 2009 de http://canada.justice.gc.ca/fra/pi/vf-fv/pub/aines-elder/index.html).

437. GENDARMERIE ROYALE DU CANADA. (2010-05-10). *Contrer les mauvais traitements envers les aînés*. (Extrait le 15 juin 2010 de http://www.rcmp-grc.gc.ca/ccaps-spcca/elder-aine-fra.htm).

438. RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA. (2009-06-15). *Le gouvernement du Canada lance une campagne de sensibilisation aux mauvais traitements envers les aînés*. (Extrait le 26 mars 2010 de http://nouvelles.gc.ca/web/article-fra.do?nid=458809).

439. RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA. (2010-06-02). *Financement pour l'Initiative fédérale de lutte contre les mauvais traitements envers les aînés : Listes de projets approuvés*. (Extrait le 14 juin 2010 de http://www.rhdcc.gc.ca/fra/partenariats_communautaires/aines/nhpa/mtepa/pa/2009_2010.shtml).

440. ASSOCIATION CANADIENNE DES ERGOTHÉRAPEUTES. (2010-06-15). *Les ergothérapeutes se lancent dans un nouveau projet pour aborder les mauvais traitements à l'égard des aînés*. (Extrait le 15 juin 2010 de http://www.caot.ca/caot_news_listings.asp?pageid=1002&NewsID=584).

441. PERI, K., J. FANSLOW, J. HAND, et J. PARSONS. (2009). Keeping Older People Safe by Preventing Elder Abuse and Neglect. *Social Policy Journal of New Zealand,* (35), 159-172.

442. GUBERMAN, N., J. KEEFE, P. FANCEY, L. BARYLAK, et D. NAHMIASH. (2009). *Caregiver Assessment Projects*. (Extrait le 13 juillet 2010 de http://www.msvu.ca/en/home/aboutus/communityservices/centreonaging/projects/caregiverassessment/default.aspx).

443. BARYLAK, L., N. GUBERMAN, P. FANCEY, et J. KEEFE. (2006). *Examining the Use of a Caregiver Assessment Tool – Barriers, Outcomes and Policy Implications.* (Santé Canada).

444. RÉSEAU CANADIEN POUR LA PRÉVENTION DES MAUVAIS TRAITEMENTS ENVERS LES AÎNÉ(E)S. (2009-05-26). *Who We Are*. (Extrait le 10 novembre 2009 de http://www.cnpea.ca/about__cnpea.htm).

445. MANITOBA NETWORK FOR THE PREVENTION OF ABUSE OF OLDER ADULTS. (2009). *About the Network*. (Extrait le 18 mai 2010 de http://www.olderadultabuse.mb.ca/about-mnpaoa.cfm).

446. BC ASSOCIATION OF COMMUNITY RESPONSE NETWORKS. (s. d.). *About US: the B.C. Association of Community Response Networks*. (Extrait le 26 mars 2010 de http://www.bccrns.ca/crn_foundation/index.php).

447. INITIATIVE NATIONALE POUR LE SOIN DES PERSONNES ÂGÉES. (s. d.). *Elder Abuse Team: Knowledge to Action.*[Présentation]

448. INITIATIVE NATIONALE POUR LE SOIN DES PERSONNES ÂGÉES. (s. d.). *Elder Abuse Team: Knowledge to Action Project – Dissemination Forums and Year One Tools*. (Extrait le 18 mars 2010 de http://www.nicenet.ca/detail.aspx?menu=48&app=218&cat1=623&tp=2&lk=no).

449. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2009-01-15). *Février 2010 – Dépistage et évaluation de la violence à l'égard des aînés*. (Extrait le 18 mars 2010 de http://www.phac-aspc.gc.ca/ea-ma/EB/eb-Fev-2010-fra.php).

450. RÉSEAU CANADIEN POUR LA PRÉVENTION DES MAUVAIS TRAITEMENTS ENVERS LES AÎNÉ(E)S. (2009-04-24). *Abuse in Institutions*. (Extrait le 18 mai 2010 de http://www.cnpea.ca/abuse_in_institutions.htm).

Références

451. INSTITUTE FOR LIFE COURSE AND AGING et UNIVERSITÉ DE TORONTO. (2010). *Allons de l'avant : Promouvoir les approches prometteuses pour contrer les abus en milieu institutionnel*. (Extrait le 18 mai 2010 de http://elderabuse.aging.utoronto.ca/communique_de_presse).

452. RÉSEAU ONTARIEN DE PRÉVENTION DES MAUVAIS TRAITEMENTS ENVERS LES PERSONNES ÂGÉES. (s. d.). *Maltraitance des personnes âgées : Prévention de la maltraitance et de la négligence*. (Extrait le 26 mars 2010 de http://www.onpea.org/french/elderabuse/preventingelderabuse.html).

453. GOUVERNEMENT DU CANADA. (2009-06-12). *Les mauvais traitements envers les aînés : Il est temps d'ouvrir les yeux*. (Extrait le 26 mars 2010 de http://www.seniors.gc.ca/c.4nt.2nt@.jsp?lang=fra&cid=154).

454. GOUVERNEMENT DE L'ONTARIO. (s. d.). *Planification sécuritaire pour les personnes âgées*. (Extrait le 26 mars 2010 de http://www.culture.gov.on.ca/seniors/french/programs/elderabuse/docs/safetyplanning.pdf).

455. ARBUCKLE, N. W. et B. DE VRIES. (1995). The long term effects of later life spousal and parental bereavement on personal functioning. *Gerontologists,* 35(5), 637-647.

456. MOEN, P., V. FIELDS, H. E. QUICK, et H. HOFMEISTER. (2000). A life-course approach to retirement and social integration. Dans *Social integration in the second half of life* (pp. 75-107). (Baltimore: John Hopkins University Press).

457. WENGER, G. C., R. DAVIES, S. SHAHTAHMASEBI, et A. SCOTT. (1996). Social-isolation and loneliness in old-age: review and model refinement. *Ageing and Society,* 16(3), 333-358.

458. UNITED NEIGHBORHOOD HOUSES OF NEW YORK. (2005). *Aging in the Shadows: Social Isolation Among Seniors in New York City.*

459. ONTARIO HEALTH PROMOTION E-BULLETIN. (2009). *Building Support Networks for Isolated Seniors*. (Extrait le 26 mars 2010 de http://www.ohpe.ca/node/177).

460. CHILDREN'S, WOMEN'S AND SENIORS HEALTH BRANCH, et BRITISH COLUMBIA MINISTRY OF HEALTH. (2004). *Social Isolation Among Seniors: An Emerging Issue.*

461. CORNELL INSTITUTE FOR TRANSLATIONAL RESEARCH ON AGING. (2007). Social Isolation: Strategies for Connecting and Engaging Older People.

462. RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA. (2009-09-04). *Nouveaux Horizons pour les aînés*. (Extrait le 9 novembre 2009 de http://www.rhdcc.gc.ca/fra/partenariats_communautaires/aines/index.shtml).

463. RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA. (2010-03-01). *Le gouvernement du Canada accorde du financement à des organisations à but non lucratif afin d'encourager les aînés à jouer un rôle actif au sein de leur collectivité*. (Extrait le 29 avril 2010 de http://nouvelles.gc.ca/web/article-fra.do?nid=516089).

464. RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA. (2009-11-05). *Programme Nouveaux Horizons pour les aînés*. (Extrait le 15 mars 2010 de http://www.rhdcc.gc.ca/fra/partenariats_communautaires/aines/nhpa/pcl/brochure.shtml).

465. RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA. (2010-04-30). *Exemples de réussite : Saskatchewan (2005-2006)*. (Extrait le 26 mai 2010 de http://www.rhdcc.gc.ca/fra/ministeriel/histoires_reussite/aines/2009/sk090325.shtml).

466. RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA. (2010-04-21). *La violence envers les aînés, parlons-en*. (Extrait le 29 avril 2010 de http://www.rhdcc.gc.ca/fra/ministeriel/histoires_reussite/aines/2010/qc100409.shtml).

467. RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA. (2009-09-14). *Évaluation formative du programme Nouveaux Horizons pour les aînés – juin 2009*. (Extrait le 17 juin 2010 de http://www.rhdcc.gc.ca/fra/publications_ressources/evaluation/2009/nhpa/page02.shtml).

468. RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA. (2010-03-15). *Le gouvernement du Canada a le bien-être des aînés à cœur*. (Extrait le 15 mars 2010 de http://nouvelles.gc.ca/web/article-fra.do?nid=518509).

469. RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA. (2010-03-15). *Le gouvernement du Canada soutient les aînés canadiens*. (Extrait le 15 mars 2010 de http://nouvelles.gc.ca/web/article-fra.do?nid=518239).

470. MINISTÈRE DES FINANCES CANADA. (2010). *Le budget de 2010.*

471. CONSEIL NATIONAL DES AÎNÉS. (2010). *Rapport du Conseil national des aînés sur le bénévolat chez les aînés et le vieillissement positif et actif.*

472. BOWEN, P. et A.-J. MCKECHNIE. (2001). *Perspectives bénévoles : nouvelles stratégies pour favoriser la participation des adultes plus âgés.* (Toronto : Bénévoles Canada).

473. PROGRAMME VIEILLISSEMENT ET SANTÉ et ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (1999). *Vieillissement : Transcender les mythes.* (Organisation mondiale de la Santé).

474. COMMISSION ONTARIENNE DES DROITS DE LA PERSONNE. (2009-11-05). *L'âgisme et la discrimination fondée sur l'âge*. (Extrait le 10 novembre 2009 de http://www.ohrc.on.ca/fr/resources/factsheets/aegismandagediscrimination).

475. O'BRIAN COUSINS, S. (2005). L'âgisme dans le contexte d'une vie active et savoir discerner les obstacles à la participation des aîné(e)s. *CVAA Recherche en bref,* (10), 1-6.

476. NATIONS UNIES. (2009). *Major development in the area of ageing since the Second World Assembly on Ageing.*

477. THE SCOTTISH GOVERNMENT. (2008-07-07). *See the person, not the age*. (Extrait le 23 novembre 2009 de http://www.scotland.gov.uk/News/Releases/2008/07/07081202).

478. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. (2009-12). *Extrait du Programme de soutien aux politiques familiales municipales et à la démarche municipalité amie des aînés*. (Extrait le 11 février 2010 de http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/Depliant-Extrait-PFM-MADA.pdf).

479. GOVERNMENT OF NOVA SCOTIA. (2010-04-08). *Positive Aging Fund*. (Extrait le 14 mai 2010 de http://www.gov.ns.ca/seniors/positive_aging_fund.asp).

480. SENIORS SECRETARIAT. (2005). *Strategy for Positive Aging in Nova Scotia.* (Nova Scotia : Communications Nova Scotia).

481. DEPARTMENT OF HEALTH AND COMMUNITY SERVICES – NEWFOUNDLAND LABRADOR CANADA. (2010-04-07). *Ageless Campaign Information*. (Extrait le 18 mai 2010 de http://www.health.gov.nl.ca/health/seniors/ageless.html).

482. RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA. (2010-06-16). *La ministre d'État Ablonczy annonce une nouvelle Journée nationale des aînés*. (Extrait le 13 juillet 2010 de http://nouvelles.gc.ca/web/article-fra.do?m=%2Findex&nid=540199).

483. CONSEIL NATIONAL DES FEMMES MÉTISSES. (2006-03-26). *Elders*. (Extrait le 16 mars 2010 de http://www.metiswomen.ca/culture/tradition/elders.htm).

484. STIEGELBAUER, S. M. (1996). What is an Elder? What do Elders do? First Nation Elders as Teachers in Culture-Based Urban Organizations. *The Canadian Journal of Native Studies XVI,* 16(1), 37-66.

485. CONSEIL DES ARTS DU CANADA. (2008-02-29). *Programme Transmission de l'héritage des aînés aux jeunes : Aide aux pratiques artistiques des Peuples autochtones*. (Extrait le 16 mars 2010 de http://www.canadacouncil.ca/subventions/autochtone/vv127913248337770380.htm?NRMODE=Published&NRNODEGUID={9119F3B4-AE61-4FAC-97EB-39281B4FA5C9}&NRORIGINALURL=%2fgrants%2faboriginal%2fvv127913248337770380.htm&NRCACHEHINT=NoModifyGuest).

486. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2010-05-03). *Modes de vie sains. Qu'est-ce qu'un mode de vie sain?* (Extrait le 21 juin 2010 de http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/index-fra.php).

487. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2005). *La stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains.*

488. ALBERTA CENTRE FOR ACTIVE LIVING. (2007). Stepping out: Mall walking and older adults. *Wellspring,* 18(1).

489. GOUVERNEMENT DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE et MINISTÈRE DU MODE DE VIE SAIN ET DU SPORT. (2009). *Améliorer la qualité de vie des aînés – Guide à l'intention des aînés de la Colombie-Britannique 9e édition.*

490. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. (2006). *Améliorer la santé des Canadiens : Une introduction à la santé en milieu urbain.* (Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé).

491. CUNNINGHAM, G. O. et Y. L. MICHAEL. (2004). Concepts Guiding the Study of the Impact of the Built Environment on Physical Activity for Older Adults: A Review of the Literature. *American Journal of Health Promotion,* 18(6), 435-443.

492. NWT RECREATION AND PARKS ASSOCIATION. (s. d.). *Elders in Motion*. (Extrait le 15 juillet 2010 de http://nwtrpa.org/rpa/index.php?option=com_content&view=article&id=67&Itemid=83).

493. WOLLERSHEIM, D., L. KOH, P. LIAMPUTTONG, M. MERKES, F. REYNOLDS, N. SHIELDS et al. Physical and Social Health Effects for Older Women of Wii Computer Game Play. Dans *Conférence du centenaire d l'ACSP.*

Références

494. ROSENBERG, D., C. DEPP, I. VAHIA, J. REICHSTADT, B. PALMER, J. KERR et al. (2010). Exergames for Subsyndromal Depression in Older Adults: A Pilot Study of a Novel Intervention. *American Journal of Geriatric Psychiatry,* 18(3), 221-226.

495. HANNETON, S. et A. VARENNE. (2009). Coaching the Wii: Evaluation of a physical training experiment assisted by a video game. *Haptic, Audio, Visual Environments and Games,* 54-57.

496. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2010-04-19). *Guide d'activité physique pour une vie active saine*. (Extrait le 28 juillet 2010 de http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/pag-gap/index-fra.php).

497. SANTÉ CANADA, COALITION D'UNE VIE ACTIVE POUR LES AÎNÉ(E)S, et SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PHYSIOLOGIE DE L'EXERCICE. (s. d.). *Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine pour les aînés.* (Ottawa : Santé Canada).

498. PARTICIPACTION. (s. d.). *Histoires*. (Extrait le 18 mai 2010 de http://www.participaction.com/fr-ca/Stories/ViewStories.aspx?lang=fr-ca).

499. JONES, G. R. et N. LAUZON. (2004). *Evaluation of the VON Canada Seniors Maintaining Active Roles Together (SMART) Program.*

500. CONNELLY, D. M. (2008). *VON Canada Funtional Fitness Continuum Project Evaluation Report, VON SMART In-Home and Group Functional Fitness Programs.* (VON Canada).

501. AMERICAN HEART ASSOCIATION. (2010). *What is Homocysteine?* (Extrait le 26 mars 2010 de http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=535).

502. GOUVERNEMENT DU CANADA. (1998). *Plan d'action du Canada pour la sécurité alimentaire. En réponse au Plan d'action du Sommet mondial de l'alimentation.*

503. GLACKEN, J. et F. HILL. (2009). *Projets pilotes du programme Aliments-poste – Réussites et défis.* (Affaires indiennes et du Nord Canada).

504. KELLER, H. (2007). Promoting food intake in older adults living in the community: A review. *Physiologie appliquée, nutrition et métabolisme,* 32(6), 991-1000.

505. MEURMAN, J. K. et P. HÄMÄLÄINEN. (2006). Oral health and morbidity – implications of oral infections on the elderly. *Gerodontology,* 23(1), 3-16.

506. BRAINE, T. (2005). More oral health care needed for ageing populations. *Bulletin of the World Health Organization,* 83(9).

507. SENIORS ORAL HEALTH COLLABORATION. (2006). *The Oral Health of Seniors in Nova Scotia, Policy Scan and Analysis Synthesis Report.* (Halifax : Dalhousie University).

508. GROUPE DE TRAVAIL FÉDÉRAL-PROVINCIAL-TERRITORIAL DES DIRECTEURS DE SANTÉ DENTAIRE. (2005). *Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire.*

509. PAYETTE, H. et B. SHATENSTEIN. (2005). Healthy Eating in Community-Dwelling Elderly People. *Revue canadienne de santé publique,* 96(3), S27-S31.

510. KELLER, H. (2008). *SCREEN*. (Extrait le 28 juillet 2010 de http://www.drheatherkeller.com/SCREEN.htm).

511. LES DIÉTÉTISTES DU CANADA. (2003). *Mise en œuvre du dépistage nutritionnel chez les personnes âgées. Une fiche de renseignements au sujet deSCREEN*. (Extrait le 4 mai 2010 de http://www.dietitians.ca/seniors/pdf/SCREEN-Fact_Sheet_FR.pdf).

512. KELLER, H. H., H. HARESIGN, et B. BROCKEST. (2007). *Nutrition Risk Screening Can Benefit Older Adults*. (Extrait le 4 mai 2010 de http://www.drheatherkeller.com/BNSS%20Screening%20Brief%201.pdf).

513. LES DIÉTÉTISTES DU CANADA. (2003-08). *Mise en œuvre du dépistage nutritionnel chez les personnes âgées. Sommaire*. (Extrait le 4 mai 2010 de http://www.dietitians.ca/seniors/pdf/Exec_Summary_fr.pdf).

514. KELLER, H. H. (2006). The SCREEN I (Seniors in the Community: Risk Evaluation for Eating and Nutrition) index adequately represents nutritional risk. *Journal of Clinical Epidemiology,* 59(8), 836-841.

515. KELLER, H. H., H. HARESIGN, et B. BROCKEST. (2007). Process Evaluation of Bringing Nutrition Screening to Seniors in Canada (BNSS). *Revue canadienne de la pratique et de la recherche en diététique,* 68(2).

516. RIMER, B. K. et C. T. ORLEANS. (1994). Tailoring Smoking Cessation for Older Adults. *Cancer,* 74(7), 2051-2054.

517. SANTÉ CANADA. (2002). *Atelier sur le vieillissement en santé. Partie I : Le vieillissement et les pratiques de santé.* (Ottawa : Travaux publics et Services gouvernementaux Canada).

518. BRAZEAU, S. (2001). Polypharmacy in the Elderly. *The Canadian Journal of CME,* August 2001, 85-94.

519. RICK WILSON CONSULTING INC. (2004). *Retrospective Evaluation of the National Literacy and Health Program: Final Report.*

520. UNIVERSITY OF PRINCE EDWARD ISLAND CENTRE FOR LIFE-LONG LEARNING. (s. d.). *About Us*. (Extrait le 25 janvier 2010 de http://www.upei.ca/lifelonglearning/seniorscollege/about-us).

521. UNIVERSITÉ DU TROISIÈME ÂGE, UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE. (s. d.). *Une institution historique*. (Extrait le 25 janvier 2010 de http://www.usherbrooke.ca/uta/uta-en-bref/une-institution-historique/).

522. ASSOCIATION INTERNATIONALE DES UNIVERSITÉS DU TROISIÈME ÂGE. (s. d.). *Universités*. (Extrait le 25 janvier 2010 de http://www.aiuta.org/fr/universities2.asp).

523. CANADIAN COUNCIL ON LEARNING. (2009). *University of the Third Age (UTA), Case Study on Adult Learning.* (Canadian Council on Learning).

524. AFFAIRES UNIVERSITAIRES. (2009-08-04). *For the pleasure of learning*. (Extrait le 26 janvier 2010 de http://www.universityaffairs.ca/for-the-pleasure-of-learning.aspx).

525. UNIVERSITÉ DU TROISIÈME ÂGE, UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE. (s. d.). *Après 50 ans... J'étudie à l'université!* (Extrait le 25 janvier 2010 de http://www.usherbrooke.ca/uta/uta-en-bref/).

526. IRIGARAY, T. Q. et R. H. SCHNEIDER. (2008). The Participation of Elderly Women in Third Age Universities: Reasons that Lead People and Changes that Took Place. *Psicologia: Teoria e Pesquisa,* 24(2), 211-216.

527. MITCHELL, R. A., V. LEGGE, et G. SINCLAIR-LEGGE. (1997). Membership of the University of the Third Age (U3A) and Perceived Well-Being. *Disability and Rehabilitation,* 19(6), 244-248.

528. GRIFFITH UNIVERSITY. (s. d.). *U3A Online*. (Extrait le 27 janvier 2010 de http://www3.griffith.edu.au/03/u3a/).

529. GAYMU, J., M.-A. BUSQUE, J. LÉGARÉ, Y. DÉCARIE, S. VÉZINA, et J. KEEFE. (2010). What will the family composition of older persons be like tomorrow? A comparison of Canada and France. *La Revue canadienne du vieillissement,* 29(1), 57-71.

530. KEEFE, J. et B. RAJNOVICH. (2007). To Pay or Not to Pay: Examining Underlying Principles in the Debate on Financial Support for Family Caregivers. *Canadian Journal on Aging,* 26(Supplement 1), 77-89.

531. SANTÉ CANADA. (2004-10-01). *Soins à domicile et soins communautaires*. (Extrait le 14 mai 2010 de http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/home-domicile/commun/index-fra.php).

532. SANTÉ CANADA. (2004-10-01). *Aidantes et aidants naturels*. (Extrait le 14 mai 2010 de http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/home-domicile/caregiv-interven/index-fra.php).

533. HOLLANDER, M. J. et M. J. PRINCE. (2008). Organizing Healthcare Delivery Systems for Persons with Ongoing Care Needs and Their Families: A Best Practices Framework. *Healthcare Quarterly,* 11(1), 44-54.

534. CHAPPELL, N. L. et M. J. HOLLANDER. (2007). A Comparative Analysis of Costs to Government for Home Care and Long-term Residential Care Services, Standardized for Client Care Needs. *Revue canadienne du vieilissement,* 26(Supplement 1), 149-161.

535. CHAPPELL, N. L., B. HAVENS, M. J. HOLLANDER, J. MILLER, et C. MCWILLIAM. (2004). Comparative Costs of Home Care and Residential Care. *The Gerontologist,* 44(3), 389-400.

536. SANTÉ CANADA et LE GROUPE DE TRAVAIL SUR LES SOINS INFIRMIERS DU PROGRAMME DE SOINS À DOMICILE ET EN MILIEU COMMUNAUTAIRE DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUIT. (2003). *Guide des soins infirmiers à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits.*

537. SANTÉ CANADA. (2004). *Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits (PSDMCPNI). Phase 1, Mise en œuvre de « Fondations pour le succès ». Rapport en bref: Résumé et principales constatations.*

538. SANTÉ CANADA. (2004). *Le programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits (PSDMCPNI).*

539. AFFAIRES INDIENNES ET DU NORD CANADA. (2008-11-03). *Programme d'aide à la vie autonome*. (Extrait le 14 mai 2010 de http://www.ainc-inac.gc.ca/hb/sp/alp-fra.asp).

540. LUM, J. M., D. PEDLAR, S. MACINTOSH, J. SLADEK, et A. YING. (2008-01-24). *The Veterans Independence Program*. (Extrait le 26 mars 2010 de http://www.ryerson.ca/crncc/knowledge/factsheets/download/InFocusProfile-VIP.pdf).

541. ANCIENS COMBATTANTS CANADA. (2007). *Évaluation du Programme pour l'autonomie des anciens combattants (PAAC)*.

542. PEDLAR, D., W. LOCKHART, et S. MACINTOSH. (2009). Canada's Veterans Independence Program: A Pioneer of "Aging at Home". *HealthcarePapers,* 10(1), 72-77.

543. PEDLAR, D. et J. WALKER. (2004). Brief Report: The Overseas Service Veteran at Home Pilot: How Choice of Care May Affect Use of Nursing Home Beds and Waiting Lists. *Association canadienne de gérontologie,* 23(4), 367-369.

544. ALBERTA HEALTH AND WELLNESS. (2008). *Continuing Care Strategy Aging in the Right Place.*

545. AUSTRALIAN GOVERNMENT. (2009-08-06). *Home-based care*. (Extrait le 16 mars 2010 de http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/hacc-index.htm).

546. GOUVERNEMENT DU CANADA. (1997). *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier.* (Ottawa : Forum national sur la santé).

547. RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA. (2005). *Résultats des consultations publiques sur les aidants naturels*. (Extrait le 13 juillet 2010 de http://www.hrsdc.gc.ca/eng/cs/sp/sdc/socpol/conferences/caregivers/page04.shtml).

548. COMITÉ CONSULTATIF TECHNIQUE SUR LES MESURES FISCALES POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES. (s. d.). *Mesures fiscales prises par le gouvernement fédéral concernant l'impôt sur le revenu des personnes handicapées et de celles qui leur prodiguent des soins – Crédit pour personnes à charge atteintes d'incapacité*. (Extrait le 18 mai 2010 de http://www.disabilitytax.ca/dtm/idc-f.html).

549. AGENCE DU REVENU DU CANADA. (2010-01-05). *Montant pour aidants naturels*. (Extrait le 18 mai 2010 de http://www.cra-arc.gc.ca/tx/ndvdls/tpcs/ncm-tx/rtrn/cmpltng/ddctns/lns300-350/315/menu-fra.html).

550. AGENCE DU REVENU DU CANADA. (2010-01-05). *Montant pour une personne à charge admissible*. (Extrait le 29 juillet 2010 de http://www.cra-arc.gc.ca/tx/ndvdls/tpcs/ncm-tx/rtrn/cmpltng/ddctns/lns300-350/305/menu-fra.html).

551. AGENCE DU REVENU DU CANADA. (2010-01-05). *Montant pour personnes à charge âgées de 18 ans ou plus et ayant une déficience*. (Extrait le 29 juillet 2010 de http://www.cra-arc.gc.ca/tx/ndvdls/tpcs/ncm-tx/rtrn/cmpltng/ddctns/lns300-350/306/menu-fra.html).

552. AGENCE DU REVENU DU CANADA. (2010-01-05). *Montant pour personnes handicapées transféré d'une personne à charge*. (Extrait le 29 juillet 2010 de http://www.cra-arc.gc.ca/tx/ndvdls/tpcs/ncm-tx/rtrn/cmpltng/ddctns/lns300-350/318/menu-fra.html).

553. AGENCE DU REVENU DU CANADA. (2010-01-05). *Montants transférés de votre époux ou conjoint de fait*. (Extrait le 29 juillet 2010 de http://www.cra-arc.gc.ca/tx/ndvdls/tpcs/ncm-tx/rtrn/cmpltng/ddctns/lns300-350/326/menu-fra.html).

554. AGENCE DU REVENU DU CANADA. (2010-01-05). *Frais médicaux pour vous-même, votre époux ou conjoint de fait et vos enfants à charge nés en 1992 ou après*. (Extrait le 29 juillet 2010 de http://www.cra-arc.gc.ca/tx/ndvdls/tpcs/ncm-tx/rtrn/cmpltng/ddctns/lns300-350/330/menu-fra.html).

555. AGENCE DU REVENU DU CANADA. (2010-01-05). *Montant admissible des frais médicaux pour d'autres personnes à charge*. (Extrait le 29 juillet 2010 de http://www.cra-arc.gc.ca/tx/ndvdls/tpcs/ncm-tx/rtrn/cmpltng/ddctns/lns300-350/331-fra.html).

556. RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA. (2010-06-16). *Renseignements généraux au sujet du Régime de pensions du Canada : Question nº 6. Si, pendant quelques années, mes gains étaient peu élevés, cela aurait-il pour effet de réduire le montant de ma pension?* (Extrait le 29 juillet 2010 de http://www.servicecanada.gc.ca/fra/psr/rpc/inforpc.shtml).

557. SERVICE CANADA. (2010-05-17). *Assurance-emploi et prestations de compassion* [Brochure].

558. AUSTRALIAN GOVERNMENT. (2008-09-08). *Ageing and Aged Care in Australia- Services and support for carers*. (Extrait le 16 mars 2010 de http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/ageing-publicat-aged-care-australia.htm~ageing-publicat-aged-care-australia-pt4~ageing-publicat-aged-care-australia-pt4-5).

559. KEEFE, J. M. (2004-10). Policy Profile for Compensating Family Caregivers. *Hidden Costs/Invisible Contributions: The Marginalization of 'Dependent Adults' [Australia]*.

560. KEEFE, J. M. (2004-10). Policy Profile for Compensating Family Caregivers. *Hidden Costs/Invisible Contributions: The Marginalization of 'Dependent Adults' [Norway]*.

561. KEEFE, J. M. (2004-10). Policy Profile for Compensating Family Caregivers. *Hidden Costs/Invisible Contributions: The Marginalization of 'Dependent Adults' [Sweden]*.

562. BT GROUP. (2010). *BT Public Affairs Briefing Note: The BT Story*….

563. AARP.ORG. (2008-09). *BT Group plc: AARP International Innovative Employer Awards 2008*. (Extrait le 26 mars 2010 de http://www.aarp.org/money/work/articles/bt_group_2008.html).

564. CARERS UK THE VOICE OF CARERS. (2009-12-09). *Carers UK the voice of carers – Lisa Crowley*. (Extrait le 26 mars 2010 de http://www.carersuk.org/Aboutus/Whoarecarers/Lisa).

565. CARERS UK THE VOICE OF CARERS. (2009-12-09). *Carers UK the voice of carers – Corporate support*. (Extrait le 26 mars 2010 de http://www.carersuk.org/SupportUs/Corporatesupport).

566. BC NETWORK FOR AGING RESEARCH, BC RURAL AND REMOTE HEALTH RESEARCH NETWORK, UNIVERSITY OF BRITISH COLUMBIA, INTERIOR HEALTH, et WOMEN'S HEALTH RESEARCH NETWORK. (2008). *Gender, Gerontology and Geography – Building Reseach Capacity to Improve Health: Summary Report*.

567. EMPLOYERS FOR CARERS. (2009-01-28). *Employers for carers – Business Case*. (Extrait le 26 mars 2010 de http://www.employersforcarers.org/BusinessCase).

568. WOODS, D. (2010-01-05). *HR director of the year awarded OBE*. (Extrait le 26 mars 2010 de http://www.humanresourcesmagazine.co.uk/channel/hrpeople/article/975614/HR-director-year-awarded-OBE/).

569. TEBBUTT, D. (2009-07-01). *Will sustainability turn BT Global Services' fortunes?* (Extrait le 26 mars 2010 de http://freeform.computing.co.uk/2009/07/will-sustainability-turn-bt-global-services-fortunes.html).

570. CÔTÉ, A. et G. FOX. (2007). *The Future of Homecare in Canada*. (Ottawa : Public Policy Forum).

571. GOUVERNEMENT DU CANADA. (2008-09-01). *"Assisted Living"*. (Extrait le 14 mai 2010 de http://www.seniors.gc.ca/s.2.1rchaz@.jsp?ss=%22Assisted+living%22&lang=eng&geo=106).

572. STATISTIQUE CANADA. (2010-01-14). *Abordabilité du logement*. (Extrait le 14 juillet 2010 de http://www.statcan.gc.ca/pub/82-229-x/2009001/envir/hax-fra.htm).

573. BRITISH COLUMBIA HOUSING. (2007). *Independent Living BC*. (Extrait le 18 mai 2010 de http://www.bchousing.org/programs/independent).

574. SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUES ET DE LOGEMENT. (s. d.). *Programmes d'aide au logement en Ontario. Programme de logement dans les réserves (articles 95). Première nation de la rivière Whitefish*. (Extrait le 14 mai 2010 de http://www.cmhc-schl.gc.ca/fr/au/dare/upload/Whitefish%20River_FR.pdf).

575. SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUES ET DE LOGEMENT. (s. d.). *Développement des collectivités en Ontario. Programme de logement dans les réserves (article 95)*. (Extrait le 14 mai 2010 de http://www.cmhc-schl.gc.ca/fr/au/dare/upload/migizi_FR.pdf).

576. SANTÉ CANADA. (2004-10-01). *Soins offerts en établissements de soins de longue durée*. (Extrait le 14 mai 2010 de http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/home-domicile/longdur/index-fra.php).

577. SANTÉ CANADA. (2007). *Stratégie canadienne sur les soins palliatifs et les soins de fin de vie – Rapport final du Comité coordinateur, de décembre 2002 à mars 2007*. (Ottawa : Santé Canada).

578. ASSOCIATION CANADIENNE DE SOINS PALLIATIFS. (2010-04). Hospice Palliative Care in Canada. *CHPCA Fact Sheet*, pp. 1-12.

579. ASSOCIATION CANADIENNE DE SOINS PALLIATIFS. (2007). *Hospice Palliative Care in Canada: A Brief to the Special Senate Committee on Aging*. (Ottawa : Association canadienne de soins palliatifs).

580. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. (2007). *Utilisation des soins de santé en fin de vie dans les provinces de l'Ouest du Canada*. (Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé).

581. LA COALITION POUR DES SOINS DE FIN DE VIE DE QUALITÉ DE CANADA. (2010). *Blueprint for Action 2010-2020*. (Ottawa : La Coalition pour des soins de fin de vie de qualité de Canada).

582. RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA. (2010-07-07). *Prestations d'assurance-emploi pour les travailleurs autonomes*. (Extrait le 29 juillet 2010 de http://www.servicecanada.gc.ca/fra/sc/ae/travailleurs_autonomes.shtml).

583. COALITION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES ÂGÉES. (2010-03-29). *The CCSMH Guideline on the Assessment and Treatment of Delirium in Older Adults at the End of Life (adapted from the CCSMH National Guidelines for Seniors' Mental Health: the Assessment and Treatment of Delirium) Development Group*. (Extrait le 13 juillet 2010 de http://www.ccsmh.ca/en/projects/deliriumGuidelineAdaptGroup.cfm#).

Références

584. GRÖNE, O. et M. GARCIA-BARBERO. (2001). Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. *International Journal of Integrated Care,* 1(April-June 2001), e21.

585. KODNER, D. L. et C. SPREEUWENBERG. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care,* 2(October-December 2002), e12.

586. MACADAM, M., M. J. HOLLANDER, J. MILLER, N. CHAPPELL, et D. PEDLAR. (2009). Increasing Value for Money in the Canadian Healthcare System: New Findings and the Case for Integrated Care for Seniors. *Healthcare Quarterly,* 12(1), 38-47.

587. HOLLANDER, M. J., N. CHAPPELL, M. J. PRINCE, et E. SHAPIRO. (2007). Providing Care and Support for an Aging Population: Briefing Notes on Key Policy Issues. *Healthcare Quarterly,* 10(3), 34-45.

588. SHIMIZUTANI, S. et N. INAKURA. (2007). Japan's public long-term care insurance and the financial condition of insurers: Evidence from municipality-level data. *Government Auditing Review,* 14(March 2007), 27-40.

589. BÉLAND, F., H. BERGMAN, P. LEBEL, A. M. CLARFIELD, P. TOUSIGNANT, A.-P. CONTANDRIOPOULOS et al. (2006). A System of Integrated Care for Older Persons with Disabilities in Canada: Results from a randomized controlled trial. *Journal of Gerontology- Series A, Biological Sciences and Medical Sciences,* 61A(4), 367-373.

590. BERGMAN, H., F. BÉLAND, P. LEBEL, A.-P. CONTANDRIOPOULOS, P. TOUSIGNANT, Y. BRUNELLE et al. (1997). Care for Canada's frail elderly population: fragmentation or integration. *Journal de l'Association médicale canadienne,* 157(8), 1116-1121.

591. HÉBERT, R., M. RAÎCHE, M.-F. DUBOIS, N. R. GUEYE, M. TOUSIGNANT, et THE PRISMA GROUP. (2010). Impact of PRISMA, a Coordination-Type Integrated Service Delivery System for Frail Older People in Quebec (Canada): A Quasi-Experimental Study. *Journal of Gerontology: Social Sciences,* 65B(1), 107-118.

592. PROGRAMME DE RECHERCHE SUR L'INTÉGRATION DES SERVICES POUR LE MAINTIEN DE L'AUTONOMIE (PRISMA). (2007). *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*. (Edisem Inc.).

593. FONDATION CANADIENNE DE LA RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTÉ. (2007-05). *Rapports de recherche. Concours de subventions ouvert. Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie*. (Extrait le 14 juin 2010 de http://www.chsrf.ca/final_research/ogc/hebert_f.php).

594. BÉLAND, F., H. BERGMAN, P. LEBEL, L. DALLAIRE, J. FLETCHER, P. TOUSIGNANT et al. (2006). Des services intégrés pour les personnes âgées fragiles (SIPA) : expérimentation d'un modèle pour le Canada. *La Revue canadienne du vieillissement,* 25(1), 5-24.

595. ÉQUIPE DES IRSC SUR LA FRAGILITÉ ET LE VIEILLISSEMENT. (2009-09-14). *À propos*. (Extrait le 14 juin 2010 de http://www.frailty-research.ca/f/IRCS.htm).

596. ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES. (2009-11-12). *Espérance de vie à la naissance, population totale*. (Extrait le 6 mai 2010).

597. HOKE, Z. (2005-12-07). *Populations are Aging Worldwide*. (Extrait le 12 mai 2010 de http://seniorjournal.com/NEWS/SeniorStats/5-12-07-WorldSeniors.htm).

598. AREHART-TREICHEL, J. (2008). Japan's Health Care Universal, But M.D.s Cite Flaws. *Psychiatric News,* 43(18), 10.

599. OSAKA, M. (2010). *For-Profit Corporations Enter the Liscensed Private Senior Housing (Yuryo Rojin Home) Sector in Droves*. (Extrait le 12 mai 2010 de http://longevity.ilcjapan.org/f_issues/0701.html).

600. COMONDORE, V. R., P. J. DEVEREAUX, Q. ZHOU, S. B. STONE, J. W. BUSSE, N. C. RAVINDRAN et al. (2009). Quality of care in for-profit and not-for-profit nursing homes: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal,* 339(7717), 374-390.

601. LA COALITION CANADIENNE DES AIDANTES ET AIDANTS NATURELS. (2008). *Cadre stratégique pour les aidantes et aidants naturels du Canada*. (Extrait le 22 juin 2010 de http://www.ccc-ccan.ca/media.php?mid=228).

602. ÉTUDE LONGITUDINALE CANADIENNE SUR LE VIEILLISSEMENT. (2005). *Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement.*

603. ÉTUDE LONGITUDINALE CANADIENNE SUR LE VIEILLISSEMENT. (2009). *Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement. Aperçu*. (Extrait le 22 juin 2010 de http://www.clsa-elcv.ca/fr/overview/index.html).

604. STATISTIQUE CANADA. (2010-05-11). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé (ESCC)*. (Extrait le 22 juin 2010 de http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5146&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2).

605. COMMONWEALTH OF AUSTRALIA. (2008). *Ageing and Aged Care in Australia Booklet*.

606. STATISTIQUE CANADA. (2007-12-12). *Définitions, sources de données et méthodes – État de santé*. (Extrait le 3 novembre 2009 de http://www.statcan.gc.ca/pub/82-221-x/2007002/defin/4150809-fra.htm).

607. AFFAIRES INDIENNES ET DU NORD CANADA. (2002). *Terminologie autochtone : Une terminologie en évolution qui se rapporte aux peuples autochtones au Canada*.

608. SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUES ET DE LOGEMENT. (2009). *Série sur le logement selon les données du Recensement de 2006 : Numéro 3 – Qualité, taille et abordabilité du logement au Canada, 1991-2006*. (Canada : Société canadienne d'hypothèques et de logement).

609. STATISTIQUE CANADA. (2008). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) Questionnaire de 2008*. (Extrait le 30 octobre 2009 de http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/instrument/3226_Q1_V5-fra.pdf).

610. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2010-05-06). *Cas déclarés de ITS à déclaration obligatoire du 1er janvier au 31 décembre et du 1er janvier au 31 décembre 2009 et leurs taux correspondants du 1er janvier au 31 décembre 2008 et 2009*. (Extrait le 10 mai 2010 de http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/stdcases-casmts/cases-cas-09-fra.php).

611. SANTÉ CANADA. (2007). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens – Consommation d'alcool et de drogues par les jeunes*.

612. STATISTIQUE CANADA. (2004). *Statistique de la criminalité au Canada 2003*. (Ottawa : Statistique Canada).

613. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2003-09). [Des analyses ont été effectuées à l'aide de l'édition DAIS de Santé Canada de microdonnées rendues anonymes de *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être*, préparé par : Statistique Canada].

614. PARIKH, S. V., R. W. LAM, et CANMAT DEPRESSION WORK GROUP. (2001). Clinical Guidelines for the Treatment of Depressive Disorders. *La revue canadienne de psychiatrie,* 46(S1), 13S-20S.

615. STATISTIQUE CANADA. (2009-05-25). *37a-HLT Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) de l'ensemble de la population*. (Extrait le 5 février 2010 de http://www.statcan.gc.ca/pub/82-401-x/2009000/considerations/hlt/37ahlt-fra.htm).

616. ENVIRONNEMENT CANADA. (2010-05-31). *Qualité de l'air*. (Extrait le 2 juin 2010 de http://ec.gc.ca/indicateurs-indicators/default.asp?lang=Fr&n=4B5631F9-1).

617. SANTÉ CANADA. (2009-08-13). *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) 2008 – Tableau 1. Catégories de tabagisme et nombre moyen de cigarettes fumées par jour, selon le groupe d'âge et le sexe chez les Canadiens âgés de 15 ans et plus, Canada, 2008*. (Extrait le 30 octobre 2009 de http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/_ctums-esutc_2008/ann-table1-fra.php).

618. STATISTIQUE CANADA. (2010-03-02). *Immigration*. (Extrait le 5 février 2010 de http://www.statcan.gc.ca/concepts/definitions/immigr-fra.htm).

619. STATISTIQUE CANADA. (2010-03-02). *Lieu de naissance*. (Extrait le 5 février 2010 de http://www.statcan.gc.ca/concepts/definitions/birth-naissance-fra.htm).

620. CANADIAN STUDY OF HEALTH AND AGING. (2002). *Clinical Examination*. (Extrait le 17 juin 2010 de http://www.csha.ca/r_clinical_examination.asp).

621. STATISTIQUE CANADA. (2010-05-26). *CANSIM Tableau 202-0801 Seuils de faible revenu avant et après impôt pour les régions rurales et urbaines, selon la taille de la famille, dollars constants de 2008, annuel* [Fichier de données]. (Extrait le 8 juillet 2010 de http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII/CII___&Array_Pick=1&ArrayId=2020801).

622. STATISTIQUE CANADA. (2010-01-06). *Certaines caractéristiques des logements collectifs et de la population et type de logement collectif pour la population dans les logements collectifs, pour le Canada, les provinces et les territoires, Recensement de 2006 – Données intégrales (100 %)* [Fichier de données]. (Extrait le 16 février 2010 de http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/tbt/Rp-fra.cfm?TABID=1&LANG=F&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=01&GID=614135&GK=1&GRP=1&O=D&PID=93192&PRID=0&PTYPE=88971,97154&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2006&THEME=69&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0).

623. STATISTIQUE CANADA. (2009-11-20). *Ménage privé*. (Extrait le 6 janvier 2010 de http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/ref/dict/households-menage014-fra.cfm).

624. UNITED NATIONS STANDING COMMITTEE ON NUTRITION (SCN). (2004). *5th Report on the World Nutrition Situation: Nutrition for Improved Development Outcomes – March 2004*. (Genève : UN Standing Committee on Nutrition).

625. STATISTIQUE CANADA. (2009). Estimations démographiques trimestrielles, avril à juin 2009. *Estimations démographiques trimestrielles,* 23(2), 1-68.

626. STATISTIQUE CANADA. (2009-11-20). *Région urbaine*. (Extrait le 25 juin 2010 de http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/ref/dict/geo049-fra.cfm).

627. STATISTIQUE CANADA. (2008-10-17). *CANSIM Tableau 106-9002 Issues de la grossesse, selon le groupe d'âge, Canada, provinces et territoires, annuel* [Fichier de données]. (Extrait le 8 janvier 2009 de http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII/CII___&Array_Pick=1&ArrayId=1069002).

628. STATISTIQUE CANADA. (2010-02-22). *CANSIM Tableau 102-0507 Décès et taux de mortalité infantiles, selon le groupe d'âge, Canada, provinces et territoires, annuel* [Fichier de données]. (Extrait le 7 mai 2010 de http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII/CII___&Array_Pick=1&ArrayId=1020507).

629. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2007). *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida 2007*.