



Permettre aux aînés de vieillir dans la collectivité

Février 2022

Préparé par :
Professeur Mark W. Rosenberg
Dr. John Puxty
et
Professeure Barbara Crow
Réseau des chercheurs sur le vieillissement de l'Université Queen's
pour
le Forum des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des aînés

Permettre aux aînés de vieillir dans la collectivité

Ce document offert sur demande en médias substituts (gros caractères, MP3, braille, fichiers de texte, DAISY) auprès du 1 800 O-Canada (1-800-622-6232).

Si vous utilisez un télécriteur (ATS), composez le 1-800-926-9105.

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, 2022

Pour des renseignements sur les droits de reproduction : droitdauteur.copyright@HRSDC-RHDCC.gc.ca

PDF

No de cat. : Em12-87/2022F-PDF

ISBN : 978-0-660-43401-8



Gouvernements participants

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

*Le Québec contribue au Forum fédéral, provincial et territorial des aînés par le partage de son savoir-faire, d'information et de pratiques exemplaires. Cependant, il n'adhère ni ne participe aux approches intégrées au niveau fédéral, provincial et territorial dans le dossier des aînés. Le gouvernement du Québec entend s'acquitter pleinement de ses responsabilités à l'égard des aînés sur son territoire.

Remerciements :

Le présent rapport a été préparé par le professeur Mark W. Rosenberg, M. John Puxty, et la professeure Barbara Crow, du Réseau des chercheurs sur le vieillissement de l'Université Queen's, à l'intention du Forum des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux (FPT) responsables des aînés. Les opinions exprimées dans le présent rapport peuvent ne pas correspondre à la position officielle d'un gouvernement en particulier.

En appui aux travaux à propos du vieillissement dans les communautés, le Forum fédéral-provincial-territorial des ministres responsables des aînés a élaboré trois documents :

- un rapport sur les besoins en logement des aînés;
- un rapport sur les soutiens communautaires de base pour vieillir dans sa collectivité;
- le document *Isolement social chez les aînés pendant la pandémie*.

Ces rapports doivent être examinés ensemble.

Table des matières

Sommaire.....	1
1. Introduction.....	5
2. Évaluer les problèmes et les lacunes liés au vieillissement chez soi.....	8
3. Intégrer le logement abordable et les soutiens communautaires.....	12
4. Tendances émergentes.....	28
5. Isolement social et pandémie de COVID-19.....	30
6. Recommandations quant aux mesures à prendre.....	33
7. Conclusions.....	36
Sources consultées.....	38
Annexe 1 – Résumé des principales constatations du Rapport sur les besoins des aînés en matière de logement (Puxty et coll., 2019).....	48
Annexe 2 – Résumé des principales constatations du rapport sur les soutiens communautaires de base pour vieillir dans la collectivité (Carver et coll., 2019) .	49
Annexe 3 – Résumé des principales constatations du rapport sur l’isolement social des aînés pendant la pandémie (Wister et Kadowaki, 2021).....	50
Annexe 4 Exemples canadiens d’initiatives de programmes communautaires visant à atténuer les effets négatifs de l’isolement social ou de la solitude chez les personnes âgées.....	52
Glossaire.....	53

Sommaire

1. Introduction

Le présent rapport fait état des mesures, des stratégies, des approches, des politiques et des recherches possibles pour promouvoir le vieillissement dans la collectivité, en comblant les lacunes ou les faiblesses du système existant. Il comprend une analyse des rôles des gouvernements locaux, autochtones, provinciaux/territoriaux et fédéral. Il comprend également un examen de la diversité des aînés, notamment en ce qui concerne le sexe, l'origine ethnique, le statut d'immigrant ou de réfugié, la santé et le bien-être, l'emplacement géographique, le niveau de revenu et l'accès au logement. De plus, les multiples rôles que jouent les aînés dans les collectivités, comme ceux de fournisseurs de soins, de bénévoles, d'employeurs et d'employés, sont examinés, ainsi que la façon dont les secteurs à but lucratif et sans but lucratif peuvent soutenir le vieillissement dans la collectivité.

Les travaux actuels s'appuient sur les rapports de Puxty et coll. (2019), *Rapport sur les besoins en logement des aînés*, Carver et coll. (2019), *Soutiens communautaires de base pour vieillir dans sa collectivité* et Wister et Kadowaki (2021), *Isolement social chez les aînés pendant la pandémie*. Ces trois rapports ont été approuvés par le Forum fédéral-provincial-territorial des ministres responsables des aînés, et portaient principalement sur le logement, les services communautaires et sociaux et l'isolement social. Ils portaient également sur l'accès aux services de soins de santé, aux services de loisirs, aux services de transport et aux services financiers et de détail, comme les banques et les supermarchés, le bénévolat et l'emploi, et la technologie et les communications

Après l'introduction, le présent rapport est divisé en quatre sections de fond : évaluation des problèmes et des lacunes liés au vieillissement chez soi; intégration du logement et des soutiens communautaires; tendances émergentes; l'isolement social et la pandémie de COVID-19. Ces sections résument les principales constatations des rapports susmentionnés. L'avant-dernière section du rapport, Recommandations de mesures, est organisée en fonction des grands thèmes, soit le logement, les soutiens communautaires de base, le lien avec la collectivité et la recherche, et du moment où les résultats seront observables, c'est-à-dire à court, à moyen ou à long terme. Dans toutes les sections, on reconnaît qu'il y a des variations selon la province ou le territoire ainsi que des différences selon que les personnes âgées vivent dans les grandes villes, les villes de taille moyenne, les petites villes ou les collectivités rurales ou éloignées du Canada.

2. Synthèse des constatations

L'évaluation des problèmes et des lacunes liés au vieillissement chez soi a révélé que le principal obstacle était le manque d'offre de logements. Cette section met l'accent sur l'amélioration de l'accès au logement le long d'un continuum entre le fait de demeurer

chez soi et les soins de longue durée (SLD). Un deuxième ensemble de lacunes est imputable au fait que la demande de soutiens communautaires de base dépasse l'offre, aux variations dans les soutiens communautaires de base et aux limites de la fourniture de soutiens communautaires de base par l'entremise d'organismes bénévoles et d'aidants naturels.

La section sur l'intégration du logement et des soutiens communautaires passe en revue divers exemples, y compris les logements supervisés (résidences avec services de soutien) ou avec aide à la vie autonome, les modèles de soins sur les campus, les collectivités de retraités formées naturellement avec programme de services de soutien intégré (modèle NORC-SSP) et les modèles de cohabitation (ensemble d'habitations communautaires). Les rôles des espaces ouverts, du transport, des technologies intelligentes et des communications sont évalués en fonction de leur incidence sur l'intégration du logement et des soutiens communautaires. La dernière partie de la section traite de l'amélioration de la participation sociale, du respect et de l'inclusion sociale ainsi que de la participation citoyenne et de l'emploi.

Le thème des tendances émergentes constitue la façon dont la population âgée est susceptible d'évoluer au fil du temps. Au-delà de la probabilité qu'un quart de la population ait plus de 65 ans d'ici 2041, la section met en lumière des enjeux comme le fossé technologique futur créant des divisions entre les aînés, les ruptures des modèles familiaux qui soutiennent les immigrants et les réfugiés âgés, l'isolement continu des aînés LGBTQ2 et les nombreux défis uniques auxquels font face les personnes âgées autochtones.

Plusieurs des enjeux, lacunes et solutions sont réévalués dans la section sur l'isolement social dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Deux grands thèmes sont mis en évidence. Premièrement, le fait que la pandémie de COVID-19 a exacerbé l'isolement social de diverses populations de personnes âgées, comme dans les collectivités rurales, éloignées et du Nord, les personnes âgées LGBTQ2, les personnes âgées issues de minorités ethniques et d'immigrants, les personnes âgées autochtones, les personnes atteintes de démence, les aidants naturels et les personnes âgées à faible revenu. Deuxièmement, la pandémie de COVID-19 a mis en lumière les limites des options de logement actuellement offertes aux aînés et les difficultés à fournir les services communautaires de base sans contact en personne.

3. Recommandations quant aux mesures à prendre

Les recommandations à soumettre à l'examen de tous les ordres de gouvernement sont regroupées par thème général : le logement, les soutiens communautaires de base, le lien avec la collectivité et la recherche. De plus, les mesures sont organisées selon que leurs effets seront observés à court, à moyen ou à long terme (maintenant, dans les cinq prochaines années et dans plus de cinq ans, respectivement).

Pour mieux répondre aux divers besoins en matière de logement des aînés, les mesures à court terme comprennent des examens des politiques visant à faciliter la

construction et à encourager la conception universelle, et la participation accrue des groupes autochtones à la planification pour que leurs besoins soient comblés. Les mesures à long terme comprennent l'apport de changements au contexte fiscal ou l'établissement de partenariats dans les secteurs à but lucratif et sans but lucratif, afin d'encourager la construction.

Pour améliorer l'accès aux services communautaires de base, une mesure à court terme recommandée consiste à collaborer avec les organismes communautaires et sans but lucratif à l'élaboration de modèles de financement durables. Des mesures qui donneraient des résultats à moyen terme consisteraient à établir des partenariats avec des établissements d'enseignement postsecondaire et des organismes communautaires pour offrir des soins plus nombreux et de meilleure qualité et faciliter les visites des membres de la famille et des aidants naturels, et à réaliser des programmes pour lutter contre l'isolement social et la solitude. Des mesures qui donneraient des résultats à long terme consisteraient à relever les défis auxquels font face les petites villes et les collectivités rurales, éloignées et autochtones pour s'assurer qu'une gamme similaire de services peut être trouvée peu importe où l'on vit.

Pour mieux mettre les aînés en lien avec leur collectivité, les grands domaines d'action comprennent le transport et la technologie. Pour réduire l'isolement social en augmentant l'accès au transport, les mesures à prendre en considération comprennent l'examen des critères d'âge arbitraires pour la mise à l'épreuve obligatoire des aptitudes à la conduite automobile et l'incitation des fournisseurs de services de transport à offrir davantage de véhicules adaptés aux aînés. Pour aider les aînés à tirer parti de la technologie, il serait possible d'effectuer immédiatement un examen des politiques et des programmes de formation visant à fournir aux aînés les compétences et les ressources nécessaires pour tirer parti des technologies intelligentes qui aident à surveiller la santé ou à faciliter les interactions sociales. Les mesures à moyen et à long terme ciblent le problème complexe de rendre les services Internet haute vitesse plus largement accessibles, tout en protégeant la vie privée et la sécurité des aînés.

Bien que plusieurs des mesures susmentionnées contribuent à réduire l'isolement social et la solitude chez les aînés, certaines recommandations visent à traiter directement ces problèmes. À court terme, il serait possible d'adapter des programmes aux divers besoins linguistiques et culturels, et de les offrir au moyen d'une gamme de mécanismes différents, afin de mieux servir les diverses populations d'aînés. À moyen terme, il serait possible d'élaborer une loi afin d'encourager la création de nouveaux espaces et infrastructures pour promouvoir l'activité sociale chez les aînés et le reste de la population.

Pour tous les thèmes susmentionnés, on a formulé des recommandations de recherche à moyen et à long terme pour mieux comprendre les données démographiques et les tendances. Un domaine de recherche recommandé est la question de savoir à quoi ressemblera la future population âgée en ce qui concerne son état socioéconomique, son état de santé, sa diversité et son profil de genre. Un autre domaine de recherche à prendre en considération consiste à mener des études à grande échelle sur la

domotique (technologies de maison intelligente), afin d'évaluer la faisabilité, la validité et la fiabilité de diverses technologies, et de comparer leur efficacité. Une autre voie de recherche consiste à trouver des moyens efficaces de lutter contre l'âgisme, le racisme et l'homophobie contre les aînés. Des sujets possibles comprennent la façon d'élargir les programmes pour éliminer les préjugés envers les aînés racialisés, autochtones ou LGBTQ2 et les identités intersectionnelles de la population vieillissante.

4. Conclusions

Ce rapport met en lumière les synergies des rapports précédents sur les besoins en logement des personnes âgées, les soutiens communautaires de base pour vieillir dans la collectivité et l'isolement social chez les personnes âgées pendant la pandémie. Ce que la pandémie a mis en lumière, ce sont les limites et la fragilité des programmes existants de logement et de soutiens communautaires de base lorsque les aînés sont isolés chez eux et que la prestation des services est entravée par l'interdiction de communiquer en personne visant les fournisseurs (officiels et officieux). Bien qu'on ait relevé de nombreux modes créatifs de prestation de services, un grand nombre d'entre eux dépendant d'Internet, ceux-ci avaient aussi leurs limites. Après la pandémie, nous célébrerons sans doute la résilience des aînés, et celle des soignants professionnels et aidants naturels et des fournisseurs de services des secteurs public, à but lucratif et sans but lucratif, dans leurs efforts pour réduire les répercussions négatives sur les aînés. Toutefois, tous les ordres de gouvernement devront continuer de promouvoir le vieillissement réussi dans la collectivité en répondant aux besoins non satisfaits en matière de logement et de soutiens communautaires et en réduisant les niveaux d'isolement social et de solitude qui continuent de faire partie de la vie de nombreuses personnes âgées partout au Canada.

1. Introduction

Contexte

L'objectif global du présent rapport est de cerner les possibles mesures, stratégies, approches, politiques et/ou recherches sur les court, moyen et long termes qui pourraient être appliquées pour combler certaines lacunes ou faiblesses du système existant afin de promouvoir le vieillissement dans la collectivité. L'analyse porte sur les rôles des gouvernements (locaux, autochtones, provinciaux/territoriaux et fédéral). Dans la mesure du possible, le rapport tient compte de la diversité des personnes âgées (c.-à-d. le sexe, l'origine ethnique, les immigrants et les réfugiés, la santé et le bien-être, le faible revenu, l'itinérance), des rôles multiples que jouent les personnes âgées dans leur collectivité (p. ex. en tant que fournisseurs de soins, bénévoles, employeurs et employés) et des secteurs à but lucratif et sans but lucratif. Dans la mesure du possible, des distinctions sont également établies entre les personnes âgées vivant dans des collectivités urbaines, rurales et éloignées.

Le point de départ de ce rapport est d'examiner et d'évaluer les enjeux et les politiques mentionnés précédemment dans les rapports de Puxty et coll. (2019), *Besoins en logement des aînés*, Carver et coll. (2019), *Soutiens communautaires de base pour vieillir dans sa collectivité* et, plus récemment, Wister et Kadowaki (2021), *Isolement social chez les aînés pendant la pandémie*. Ces trois rapports ont été approuvés par le Forum fédéral-provincial-territorial des ministres responsables des aînés. Comme les titres le suggèrent, ces rapports portaient principalement sur le logement, les services communautaires et sociaux et l'isolement social. Dans une bien moindre mesure, ces trois rapports abordaient aussi les services de soins de santé (principalement les soins à domicile et les soins de longue durée et non les soins primaires, secondaires et tertiaires de courte durée); les services de loisirs; les services de transport; les services financiers et de détail (p. ex. l'accès aux banques et aux supermarchés); le bénévolat et l'emploi; la technologie et les communications. Les principales constatations des trois rapports sont résumées aux annexes 1, 2 et 3.

Aux fins du présent rapport, le terme « court terme » s'entend d'une action immédiate, le terme « moyen terme » s'entend d'une action immédiate, mais dont les effets sont plus susceptibles d'être reconnus dans les cinq prochaines années et le terme « long terme » s'entend d'une action immédiate dont les effets sont plus susceptibles d'être reconnus après cinq ans.

Dans la documentation sur les politiques et la recherche, les termes « aînés », « population âgée », « adultes âgés » et « personnes âgées » sont utilisés pour désigner la population âgée de 65 ans et plus. Le présent rapport utilise le terme « personnes âgées » pour toute personne âgée de 65 ans ou plus, sauf dans les cas où les autres auteurs ont utilisé un terme différent.

Regard vers l'avenir

Plusieurs tendances préexistantes ou émergentes à l'échelle du pays font qu'il est difficile pour les personnes âgées de bien vieillir dans leur collectivité et doivent être prises en compte dans l'élaboration de politiques, de pratiques et de recherches futures. En pleine pandémie de COVID-19, nous reconnaissons également maintenant les limites imprévues des politiques et des pratiques. Ainsi, les mesures de santé publique mises en place pendant la pandémie de COVID-19 pour minimiser la propagation du virus, en particulier auprès des groupes à risque élevé comme les personnes âgées de 70 ans et plus, ont engendré des expériences d'isolement social et de solitude, qui ont eu un impact grave sur leur bien-être mental. Durant les trois premières vagues de la pandémie, de nombreuses personnes âgées n'ont pu assister à certaines activités sociales, être physiquement actives à l'extérieur de leur domicile, visiter des amis et de la famille ou bénéficier de systèmes de soutien comme des funérailles, des rituels religieux et d'autres activités en personne. En outre, les personnes âgées ont fait face à de nouveaux défis, comme l'achat d'épicerie et de fournitures médicales et l'utilisation du transport. Bon nombre des pratiques utilisées pour ralentir la propagation de la COVID-19, et qui ont rendu plus difficile de répondre aux besoins impérieux en matière de logement et d'accéder aux soutiens et services communautaires pour réduire l'isolement social et la solitude ont maintenant pris fin. Alors que la pandémie perdure, il est difficile de prédire quelles pratiques pourraient être rétablies.

On peut prévoir qu'entre 2036 et 2041, la population âgée du Canada augmentera à 25 % de la population totale ([Statistique Canada Statistiques sur les Adultes Âgés et le Vieillissement Démographique](#)). Faisant écho à la répartition géographique actuelle des personnes âgées (voir [Atlas of the Aging Population of Canada](#)), la grande majorité des personnes âgées vivront dans les plus grands centres urbains du Canada. Dans les collectivités rurales et éloignées et dans de nombreuses collectivités urbaines qui ne bénéficient pas d'un afflux important d'immigrants, les personnes âgées représenteront un pourcentage bien supérieur à 25 % de la population.

Comme le pourcentage de personnes qui suivent des études postsecondaires continue de croître au Canada (Association des universités et collèges du Canada, 2011; Statistique Canada, 2017), chaque nouvelle cohorte de personnes âgées sera plus scolarisée que la précédente. Une population âgée plus scolarisée est susceptible de gérer sa santé et ses vieux jours plus efficacement qu'une population âgée peu scolarisée. Il est également probable que chaque cohorte successive soit mieux placée pour tirer profit des nouvelles technologies « intelligentes » (Rosenberg et Waldbrook, 2017), comme celles qui aident à l'autosurveillance, à l'analyse et à la production de rapports.

Ce qui est moins prévisible que la taille des générations futures de personnes âgées et leurs tendances en matière d'éducation, c'est la composition culturelle de ces générations. Il est plus probable que la population âgée des plus grandes villes soit plus diversifiée que dans les petites villes et les collectivités rurales. Dans les petites villes et les collectivités rurales, le défi de servir un petit nombre de personnes âgées ayant des

antécédents diversifiés peut résider dans le coût plus élevé par personne de tenir compte des enjeux de diversité dans la prestation des services ([Statistiques sur les adultes âgés et le vieillissement démographique](#) de Statistique Canada). Ce que nous savons déjà des recherches sur les immigrants plus âgés, c'est qu'ils sont principalement concentrés dans les plus grandes régions urbaines et qu'un grand nombre des obstacles auxquels ils font face pour vieillir dans la collectivité sont liés aux obstacles à la communication, aux préjugés et à l'évolution des modèles familiaux (p. ex. la rupture de la tradition du soutien des parents âgés par leurs enfants, c'est-à-dire la « piété filiale ») qui les rendent vulnérables dans l'isolement.

Il y a également un débat croissant sur la question de savoir si chaque nouvelle cohorte de personnes âgées aura un revenu plus élevé ou plus faible que les précédentes, compte tenu de la nature changeante du marché du travail canadien. Les optimistes mettent l'accent sur l'augmentation des taux de participation des femmes au marché du travail, la croissance des revenus et le déclin de la pauvreté des personnes âgées au fil du temps (p. ex., MacDonald, 2019). Ceux qui sont plus pessimistes se concentrent sur les cohortes plus jeunes qui ont de la difficulté à trouver un emploi à temps plein, qui entrent sur le marché du travail plus tard dans la vie et qui en sortent plus tôt, sur la baisse des emplois sûrs et syndiqués de longue durée avec des prestations de retraite substantielles rattachées à ces emplois, sur la croissance de la nature du travail précaire (c.-à-d. l'économie des petits boulots) et sur l'incapacité d'acheter une maison ou d'entrer sur le marché du logement plus tard dans la vie (p. ex. Anani, 2018).

Les projections démographiques montrent que le nombre total d'Autochtones au Canada devrait augmenter de 40 % entre 2006 et 2031, tandis que le nombre des 60 ans et plus devrait tripler (Malenfant et Morency, 2011; Morency et coll., 2015). Les Autochtones affichent des taux plus élevés de nombreuses maladies chroniques liées à l'âge et contractent plus précocement des affections comme le diabète, les maladies rénales et la démence (Jacklin, 2012). Une étude récente sur le vieillissement et la fragilité dans les collectivités des Premières Nations a révélé des incidences beaucoup plus élevées de fragilité à des âges plus jeunes que d'autres populations canadiennes (First Nations Information Governance Centre et Jennifer D. Walker, 2017). Les Autochtones sont également plus susceptibles d'avoir des besoins impérieux de logement plus élevés que le reste de la population du Canada (ministère des Services aux Autochtones, 2020; Statistique Canada, 2017; Wali, 2019).

Une autre tendance émergente est la prise de conscience croissante des besoins de la population LGBTQ2 âgée. Il existe peu de documents canadiens ou internationaux sur les personnes âgées LGBTQ2 ou les attentes de la population LGBTQ2 en âge de travailler pour leurs dernières années. En tant que groupe, elles sont particulièrement vulnérables quant à l'insécurité financière, aux réseaux sociaux et familiaux fragiles, à l'isolement et au risque de stigmatisation et de victimisation. Il est important de noter que, comme les autres personnes âgées, les personnes âgées LGBTQ2 vivent dans des collectivités urbaines et rurales. Cela signifie qu'elles font face à une grande variété de sensibilité locale à leurs besoins et leur situation passés et présents, ainsi qu'à la disponibilité de services spécialement conçus pour elles.

Même si les tendances décrites ci-dessus sont encore susceptibles de se poursuivre au-delà de la pandémie de COVID-19, la pandémie met en lumière la vulnérabilité de toutes les personnes âgées vivant dans la collectivité. La pandémie de COVID-19 amplifie l'isolement social et expose les limites de nombre des systèmes mis en place pour lutter contre l'isolement social. La pandémie de COVID-19 a également mis en lumière les limites du parc de logements actuel (p. ex., la flambée des loyers et des prix des logements; le manque d'offre de logements spécialement conçus pour répondre aux besoins des personnes âgées, des logements nécessitant des réparations) pour répondre aux besoins des personnes âgées vieillissant dans la collectivité. De plus, en raison de la pandémie de COVID-19, d'autres obstacles ont entravé l'accès à d'importants programmes de soutien et à des services en personne normalement offerts à domicile ou à d'autres endroits pour faciliter le vieillissement dans la collectivité. Nous revenons à ces thèmes tout au long du rapport.

Pour aider les personnes âgées à bien vieillir dans une collectivité, les collectivités de partout au Canada pourraient vouloir examiner comment elles peuvent s'harmoniser avec les valeurs internationales, y compris les objectifs de la Décennie pour le vieillissement en bonne santé des Nations Unies et les principes d'une collectivité amie des aînés tels que définis par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2007). La Décennie pour le vieillissement en bonne santé est axée sur la lutte contre l'âgisme, l'accès aux soins intégrés et aux soins de longue durée et la création d'environnements adaptés aux aînés. L'OMS résume ses principes amis des aînés dans huit dimensions, soit le milieu bâti, le transport, le logement, la participation sociale, le respect et l'inclusion sociale, la participation citoyenne et l'emploi, la communication, le soutien communautaire et les services de santé. Au niveau des politiques et de la pratique, il est important de se pencher sur la façon de permettre aux personnes âgées de vieillir dans une collectivité imbriquée dans l'objectif de haut niveau de vivre dans une collectivité amie des aînés et, pour tous les gouvernements, de s'efforcer de rendre les collectivités les plus amies des aînés possible.

2. Évaluer les problèmes et les lacunes liés au vieillissement chez soi

À l'heure actuelle, de nombreux gouvernements et collectivités prennent des mesures pour devenir plus amies des aînés (voir Plouffe et coll., 2012-2013 pour une discussion plus détaillée sur les collectivités amies des aînés en tant que concept et son application au Canada). Au Canada, de nombreuses collectivités ont participé à divers degrés à des activités de développement de collectivités amies des aînés en vue de favoriser le vieillissement actif et de promouvoir le vieillissement chez soi. Dans le cadre de ces activités, les collectivités participantes sont parvenues à évaluer leur niveau d'« adaptation aux aînés », à intégrer la perspective du vieillissement à l'urbanisme et à créer des espaces et des environnements conviviaux pour les aînés. Même si des progrès sont réalisés, des lacunes subsistent. Malheureusement, il y a des personnes âgées dans chaque province et territoire qui ont des besoins impérieux en matière de logement (Puxty et coll., 2019, p. 12-16), manque de soutiens communautaires de base (Carver et coll., 2019, p. 15-21) ou qui vivent dans des endroits qui n'ont pas les

caractéristiques qu'elles préféreraient et qui pourraient donc être qualifiées de « non-amies des aînés ».

2.1 Améliorer l'accès au logement

Pour combler les lacunes relevées dans Puxty et coll. (2019) et Carver et coll. (2019), un point de départ essentiel est de s'attaquer à l'offre globale de logements, à l'élaboration de nouveaux types de logements (c.-à-d. des logements comportant diverses formes d'occupation et divers niveaux de services de soutien médicaux et non médicaux) et d'encourager la conception universelle en réaménageant les logements existants ou dans tous les nouveaux logements. Ce ne sont pas seulement les femmes âgées vivant seules ou les personnes âgées à faible revenu ou en mauvaise santé qui n'ont pas l'avantage de vivre dans un logement adapté aux aînés. Par exemple, le logement pour les personnes âgées autochtones est un problème grandissant dans les réserves et hors réserve. Certains de ces problèmes peuvent être réglés en partie au moyen des mesures, stratégies et politiques à court et moyen termes mentionnées ci-dessous, mais sur le long terme ils doivent aussi être réglés au moyen de politiques ciblant les personnes plus tôt dans la vie (p. ex., amélioration des programmes de soutien du revenu, amélioration des prestations pour les personnes handicapées) pour s'assurer que les personnes âgées commencent leurs vieux jours avec un revenu, un logement et des soutiens communautaires adéquats.

Il faut aussi s'attaquer à la façon d'intégrer le logement et les soutiens communautaires pour les personnes âgées en apportant des changements stratégiques à long terme qui éliminent les cloisonnements entre les diverses parties des gouvernements provinciaux et territoriaux (p. ex., les gouvernements provinciaux et territoriaux divisent souvent l'élaboration de politiques sur le logement et les soutiens communautaires dans des ministères distincts). En éliminant ces cloisonnements, les gouvernements doivent également répondre à une multitude de demandes non seulement des personnes âgées, mais aussi d'autres groupes d'âge, s'ils ne veulent pas se heurter à des lacunes en matière de logement et de soutiens communautaires tout au long de la vie des aînés. Dans ce contexte, les principaux problèmes liés au vieillissement chez soi peuvent être regroupés autour des lacunes liées aux personnes, des lacunes liées aux types de logements disponibles et des lacunes liées aux soutiens communautaires de base tels qu'elles ont été relevées dans Puxty et coll. (2019) et Carver et coll. (2019).

Tous les ordres de gouvernement voudront peut-être envisager des stratégies qui augmentent l'offre globale de logements abordables pour les personnes âgées, avec des options qui tiennent compte de l'éventail des besoins en matière de santé et de la situation de revenu des personnes âgées. Les éléments d'information examinés à l'échelle nationale et internationale par Puxty et coll. (2019, p. 23-31) montrent que les effets positifs sur le maintien du bien-être des aînés ne résultent pas d'une seule option de logement aux aînés et que la diversité en la matière est de mise. Tous les ordres de gouvernement voudront peut-être aussi réfléchir à la façon de modifier le contexte fiscal ou de créer des subventions directes qui encouragent l'industrie de la construction résidentielle, seule ou en partenariat avec les administrations locales, les organismes à

but lucratif ou sans but lucratif, à construire divers types de logements abordables pour les personnes âgées qui intègrent des caractéristiques qui répondent à leurs besoins en matière d'accessibilité et d'adaptabilité.

À court terme, les gouvernements locaux (soutenus par les gouvernements provinciaux et territoriaux) pourraient vouloir revoir leurs politiques de zonage et leurs règlements municipaux pour faciliter la construction résidentielle de diverses options de logement pour les personnes âgées. Par exemple, la modification des règlements de zonage pour permettre la construction de logements pour les personnes âgées dans le cadre de projets d'aménagement de centres commerciaux ou de centres récréatifs pourrait constituer des options pour améliorer l'accès aux services nécessaires et réduire le besoin d'options de transport en commun privé ou public. En outre, les stratégies qui incitent les constructeurs, les urbanistes et les acheteurs à intégrer les caractéristiques de la conception universelle pour l'adaptabilité et l'accessibilité futures aux nouvelles constructions et aux rénovations sont des politiques que tous les ordres de gouvernement pourraient envisager à court terme. Ces stratégies, si elles sont mises en œuvre, permettront ultimement de répondre à certains des besoins des personnes âgées qui veulent vieillir chez elles ou chercher de nouvelles formes de logement à mesure qu'elles vieillissent. Les politiques liées à la conception universelle auraient également un avantage supplémentaire en ce sens que la conception universelle crée des options de logement attrayantes pour tous les groupes d'âge et les personnes ayant des limitations physiques. Encourager l'adoption de politiques de conception universelle pourrait également mener indirectement à une offre de logements plus souple qui comblera les pénuries de logements pour de nombreux groupes des collectivités urbaines, rurales et autochtones partout au Canada.

2.2 Améliorer les soutiens communautaires de base

Chaque gouvernement provincial et territorial fournit des soutiens communautaires de base (p. ex. des services de soins à domicile médicaux et non médicaux) pour faciliter le vieillissement chez soi et, par extension, le vieillissement dans la collectivité. Les personnes âgées qui ont besoin de soutien à domicile peuvent y avoir accès au titre de programmes provinciaux ou territoriaux de soins à domicile et communautaires et par l'entremise de groupes de personnes âgées sans but lucratif et d'organismes communautaires et/ou de fournisseurs à but lucratif. Les chercheurs ont déterminé qu'entre 20 et 50 % des personnes inscrites sur les listes d'attente des soins de longue durée pourraient être réorientées de façon sûre et rentable vers une vie autonome avec des services communautaires et de logement si ces services étaient disponibles et abordables (Williams et coll., 2009).

Toutefois, il est difficile de fournir suffisamment de soutiens communautaires de base au sein des administrations (p. ex. budgets limités par rapport à la demande) et il existe des différences dans les soutiens communautaires de base offerts selon l'endroit où l'on vit (p. ex. manque de services de soins de la démence dans les petites villes et les collectivités rurales, éloignées et autochtones). À court terme, les gouvernements provinciaux et territoriaux pourraient vouloir se pencher sur la façon de rendre les

soutiens communautaires de base plus équitables sur le plan géographique. Étroitement liées à ces défis plus vastes, les petites villes, les collectivités rurales et éloignées et les collectivités autochtones font face aux défis supplémentaires en matière de capacité associés aux petites populations souvent dispersées sur de vastes territoires, aux longues distances pour fournir des services de soins à domicile et à la demande limitée, ce qui se traduit par des coûts plus élevés par service en moyenne. Tous les ordres de gouvernement voudront peut-être aussi réfléchir à la façon de relever les défis uniques auxquels font face les petites villes, les collectivités rurales et éloignées et les collectivités autochtones lorsqu'il s'agit de fournir des soutiens communautaires de base (p. ex. des subventions par habitant plus élevées pour les soutiens communautaires de base dans les petites villes, les collectivités rurales et éloignées et les collectivités autochtones).

Il est également difficile de trouver des façons de fournir des services non médicaux, comme aider les personnes âgées pour les menus travaux extérieurs (voir l'explication des services de soins à domicile dans le glossaire). L'offre et la prestation de services non médicaux sont très variables et sont souvent effectuées par des bénévoles et des aidants naturels. De plus, la coordination de la prestation des services non médicaux avec les services médicaux pour maximiser leur efficacité combinée pose également des défis. Par exemple, certaines administrations ont mis en place des modèles d'accès unique (p. ex. les centres d'accès aux soins communautaires en Ontario), mais il reste beaucoup à améliorer en ce qui concerne l'évaluation de l'admissibilité, la capacité de fournir tous les services médicaux et non médicaux requis et le volume de services requis pour soutenir les personnes âgées vivant dans la collectivité. Des idées novatrices pour régler bon nombre de ces problèmes ont été proposées (p. ex., voir [AGE-WELL APPTA PROPAVIT – Explorons les possibilités de soutien à domicile](#)).

À court et moyen termes, certains des défis susmentionnés peuvent être résolus ou améliorés grâce à une utilisation plus efficace des organismes bénévoles et des réseaux informels de membres de la famille, d'amis et de voisins. Il existe toutefois des preuves accablantes que même les plus grands organismes bénévoles font face à des problèmes de durabilité dans la prestation de services médicaux et non médicaux dans le cadre des soutiens communautaires de base. Par exemple, la Seniors Association - région de Kingston offrait auparavant certains services médicaux en partenariat avec le Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) du sud-est de l'Ontario. Aujourd'hui, ce n'est plus le cas principalement en raison des coûts élevés associés à la prestation de services de soins médicaux pour les organismes bénévoles (p. ex., salaires des travailleurs de la santé agréés, assurance responsabilité civile, espace modifié pour assurer la vie privée). Ces problèmes sont exacerbés dans les petites villes, les collectivités rurales et éloignées et les collectivités autochtones, où l'épuisement professionnel et les problèmes de capacité chez les bénévoles et les organismes bénévoles sont encore plus susceptibles de se produire en raison du nombre réduit d'organismes bénévoles, de la taille réduite des organismes bénévoles existants et du nombre de bénévoles. Pour surmonter les limites auxquelles font face les organismes bénévoles et les bénévoles, les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient envisager de collaborer plus étroitement avec les organismes

bénévoles pour élaborer de nouveaux modèles durables. Certains des critères des nouveaux modèles durables pourraient être des ententes à long terme qui couvrent une partie des coûts d'exploitation globaux, l'ensemble des coûts de services particuliers et une partie de l'ensemble des coûts associés au transport des clients vers les sites d'organismes bénévoles ou les coûts de transport de la promotion bénévole, en particulier pour les organismes bénévoles œuvrant dans les petites villes et les collectivités rurales, éloignées et autochtones.

Les aidants naturels feront toujours partie des soutiens communautaires de base, mais tous les ordres de gouvernement devraient reconnaître qu'un nombre croissant de personnes âgées n'ont pas d'enfants ou de proches immédiats sur qui compter. Le fait même que les aidants naturels soient beaucoup plus susceptibles d'être des femmes que des hommes engendre également un ensemble unique de défis, y compris le retrait de femmes en âge de travailler de la population active. Cela signifie que les futures cohortes de femmes âgées qui deviennent des aidants naturels sont plus susceptibles de faire face aux mêmes problèmes (p. ex. faible revenu de retraite) que les femmes âgées d'aujourd'hui qui ont besoin de soutiens communautaires et de logement. Des solutions à la situation actuelle et à l'avenir pourraient être trouvées si tous les ordres de gouvernement examinaient de nouveaux modèles d'aide financière (p. ex. des subventions directes aux personnes âgées à faible revenu et/ou des allègements fiscaux aux personnes âgées à revenu plus élevé) pour payer des services communautaires non médicaux. Ces types de politiques permettraient aux personnes âgées de payer les soutiens communautaires non médicaux qu'ils soient fournis par les secteurs à but lucratif ou sans but lucratif ou les aidants naturels.

3. Intégrer le logement abordable et les soutiens communautaires

Le logement et la prestation de soutiens communautaires de base ne peuvent être pris isolément de la collectivité où ils se trouvent. Les personnes âgées n'ont pas seulement besoin d'un logement adapté aux aînés; elles ont aussi besoin que leurs collectivités soient des environnements et des structures socioéconomiques qui soient favorables et adaptées à leurs besoins. Par conséquent, la question générale est de savoir comment créer et intégrer diverses options de logement et mesures de soutien communautaires pour tenir compte de la diversité croissante de la population âgée et des différences entre les grands centres urbains, les petites villes et les collectivités rurales, éloignées et autochtones pour créer des collectivités amies des aînés.

Comme Bigonnesse et coll. (2014) l'ont souligné, les personnes âgées souhaitent vivre près de services et de commodités comme les épiceries et les cliniques de santé, avec des occasions de socialiser et de se sentir fiers d'accomplir leurs activités quotidiennes et de prendre soin de leur domicile. Une recherche menée à Edmonton (Alberta) en 2017 a révélé que les immigrants et les réfugiés à faible revenu parmi les 55 à 92 ans préféreraient vivre à distance de marche des épiceries, des pharmacies, des cliniques, des services et des activités sociales dans leur collectivité (Keenan, 2017). De plus, elles ne voulaient pas vivre près d'un secteur commercial ou industriel ou de bars, car elles ne se sentiraient pas en sécurité. Plusieurs répondants ont en outre mentionné

qu'ils accepteraient de vivre près d'un centre commercial pour faciliter leur mobilité (Keenan, 2017). Une autre étude a montré qu'il est important pour les aînés à faible revenu de vivre à distance de marche d'une épicerie, du cabinet de leur médecin, d'une pharmacie et d'un arrêt d'autobus (Barrett, 2013).

Dans le contexte de ces préférences, un ensemble de possibilités consiste à mettre l'accent sur la possibilité d'intégrer le logement et les soutiens communautaires au même logement ou au même endroit immédiat. Partout au Canada, on peut trouver des exemples de logements supervisés (avec services de soutien) et avec aide à la vie autonome, de concepts de campus, de collectivités de retraités formées naturellement et de modèles de cohabitation qui intègrent le logement et les soutiens communautaires. Comme complément à l'un ou l'autre de ces modèles, l'accès au transport, aux loisirs et à la technologie peut être essentiel pour faciliter l'adaptation aux aînés. Idéalement, tout nouveau modèle dans la collectivité serait établi en harmonie avec les autres composantes clés des collectivités amies des aînés (espaces ouverts accessibles, transport, communications et technologie, participation sociale et loisirs, respect et inclusion sociale, participation citoyenne et emploi) en tant qu'instruments d'habilitation.

3.1 Exemples d'intégration du logement et des soutiens communautaires

3.1.1 Logements supervisés (avec services de soutien) et logements avec aide à la vie autonome

Les logements supervisés et les logements avec aide à la vie autonome sont des options d'habitation qui comprennent souvent des éléments d'aménagement favorisant la sécurité et l'accessibilité ainsi que des services de soutien, tels que l'aide psychosociale, le soutien personnel, l'aide à la médication, les activités récréatives, l'entretien ménager et la préparation des repas. Selon la province ou le territoire, l'âge et le besoin de soutiens peuvent ne pas être les deux seuls critères d'admissibilité. Des adultes de moins de 65 ans peuvent être admissibles à un logement supervisé (avec services de soutien) en fonction de leur revenu et de leurs besoins fonctionnels (mobilité/fragilité).

Il est important de noter que la terminologie utilisée pour définir les logements supervisés, aussi appelés logements avec services de soutien, varie grandement au Canada. En Colombie-Britannique, le logement supervisé est un logement avec services de soutien (p. ex. entretien ménager, repas et activités sociales). Il s'adresse aux personnes âgées à faible revenu et aux personnes handicapées qui peuvent avoir besoin d'un certain soutien, tandis que [l'aide à la vie autonome](#) est une autre catégorie où des services de soins sont offerts aux personnes ayant des besoins en santé. Pour ce qui est de l'Alberta, l'équivalent consisterait en des résidences pour aînés pour ceux qui sont fonctionnellement autonomes et des logements avec services de soutien pour ceux qui ont des besoins en matière de santé.

De plus en plus, les promoteurs immobiliers et les promoteurs de logements intègrent des services de soutien aux logements et désignent de façon générique leurs projets de

logements comme des logements supervisés ou avec aide à la vie autonome. Que le promoteur des logements soit un groupe sans but lucratif ou un promoteur immobilier à but lucratif, ces projets nécessitent généralement une collaboration entre le promoteur des logements et d'autres entités comme des fournisseurs de services, des groupes communautaires et des organismes gouvernementaux pour assurer la prestation efficace des services et leur coordination fructueuse avec le logement.

D'après les données provenant de l'Enquête sociale générale de 2007 de Statistique Canada, près de 7 % des aînés vivaient dans un logement supervisé. Une étude commandée par la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) auprès des Canadiens âgés de 45 ans et plus a révélé une demande potentielle beaucoup plus élevée, 62 % des répondants ayant déclaré qu'ils envisageraient de déménager dans un logement supervisé plus tard dans leur vie (Société canadienne d'hypothèques et de logement, 2016). Les répondants de 75 ans et plus vivant seuls étaient plus enclins à signaler une préférence marquée pour un déménagement dans un logement supervisé à l'avenir dans le rapport de la SCHL. Un mémoire de la Société Alzheimer du Canada et d'autres organismes (2017) a signalé un manque important de logements supervisés pour les personnes ayant une déficience psychosociale, les personnes ayant une déficience intellectuelle, les personnes atteintes de démence et les Autochtones. Il y est écrit que pour les personnes atteintes de démence : [traduction] « Les options d'aide à la vie communautaire, dont beaucoup coûtent jusqu'à 5000 \$ par mois, sont hors de portée financière pour la plupart des personnes atteintes de démence qui ont besoin de tels soutiens. La seule option réside dans les établissements de soins de longue durée si ces personnes ne peuvent pas être soutenues à domicile par des aidants naturels » (Alzheimer Society et coll., 2017, p. 8).

Une étude sur l'utilisation de logements supervisés à Winnipeg (Manitoba) a signalé que 10 % des admissions récentes dans les foyers de soins personnels (maisons de soins infirmiers) étaient similaires quant aux besoins fonctionnels (Doupe et coll., 2016). Les locataires de logements supervisés recevaient généralement de l'aide pour les repas, la lessive et l'entretien ménager léger. Ils avaient également accès en tout temps à de l'aide pour les tâches personnelles comme le bain, l'habillement et la toilette, ainsi qu'à certains services professionnels de soins à domicile (mais pas 24 heures sur 24). La principale différence entre les résidents des foyers de soins personnels et les locataires de logements supervisés était que les locataires de logements supervisés avaient un faible revenu ou que leurs aidants naturels avaient eux-mêmes des problèmes de santé. En ce qui concerne les contributions du gouvernement et de la région sanitaire, le coût annuel médian d'un résident dans un foyer de soins personnels s'élevait à 45 348 \$, contre 14 400 \$ pour un résident dans un logement supervisé, ce qui laisse croire qu'il y avait des possibilités de réaliser d'importantes économies de coûts (Doupe et coll. 2016). Des études ont également montré que les taux de réacheminement des établissements de soins de longue durée (SLD) pourraient être augmentés davantage en offrant des logements supervisés, où les services nécessaires pourraient être ajoutés plus facilement à ceux déjà reçus par les personnes âgées qui demeurent dans le même immeuble (Williams et coll., 2009).

3.1.2 Modèles de soins sur le campus

Un deuxième concept d'intégration des services communautaires de base et du logement est le modèle de soins sur le campus. Un modèle de soins sur le campus est une forme de carrefour communautaire offrant une gamme d'options et de services de logement pour les personnes âgées. Dans sa forme idéale, un modèle de soins sur le campus comprend le regroupement de divers types de logements, d'une gamme de services à domicile, d'épiceries, de centres de soins de santé et de programmes récréatifs. Dans ces milieux communautaires, le modèle du campus peut servir d'excellent modèle pour établir des coordonnateurs de soins centraux disponibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et favoriser le concept de financement autogéré dans un modèle de soins groupés. Le modèle de soins sur le campus répond également à la demande accrue de logements et de services et crée des possibilités de croissance économique et de viabilité opérationnelle. Cette approche élimine la nécessité pour les personnes âgées de déménager à un autre endroit si elles ont besoin d'un niveau de services plus élevé et améliore leur qualité de vie en augmentant leur accès aux services quotidiens. Offrir aux administrations locales un soutien et une plus grande souplesse pour fournir et financer des services de la manière appropriée à leur collectivité permettrait d'innover, comme le modèle de soins sur le campus.

Le [village géorgien de Penetanguishene](#) (Ontario) est un exemple de modèle de soins sur le campus où une administration locale, le comté de Simcoe, a pris l'initiative de son développement. Un autre exemple est un centre commercial réaménagé (le centre commercial Centennial Square) à Kingston où le secteur privé a pris les devants. Le rôle du gouvernement local était d'offrir un zonage souple, ce qui a entraîné l'établissement d'un grand détaillant pharmaceutique offrant des services médicaux et de physiothérapie, d'une franchise de café bien connue, d'un immeuble d'appartements offrant divers services privés (p. ex. un petit restaurant, un service de nettoyage à sec) au rez-de-chaussée et, plus récemment, d'un deuxième immeuble d'appartements offrant divers niveaux d'aide aux personnes âgées. Un troisième exemple est [la proposition de l'Université Trent](#) d'inclure un village pour personnes âgées dans la prochaine étape de l'aménagement de sa propriété, qui intégrera un continuum d'options de logement et profitera de la faculté des sciences infirmières de l'Université et du Centre on Aging and Society pour fournir des services.

3.1.3 Collectivités de retraités formées naturellement avec programme de services de soutien intégré (NORC-SSP)

Un troisième concept pour l'intégration des services de logement et de soutiens communautaires est celui des collectivités de retraités formées naturellement avec programme de services de soutien intégré (NORC-SSP)¹. Cette expression a été créée aux États-Unis au début des années 1980 pour décrire une zone où une forte concentration de résidents âgés s'était formée naturellement. Ce phénomène s'explique par le fait que les aînés demeurent dans leur domicile à mesure qu'ils vieillissent ou

¹ Acronyme de « Naturally Occurring Retirement Communities with an integrated Supportive Services Program »

parce qu'ils se sont concentrés dans une région après avoir pris leur retraite ou avoir réduit leur espace de vie. Les NORC existent en deux configurations principales : « NORC verticaux » qui se développent dans des tours d'habitation ou des coopératives; et « NORC horizontaux » ou « NORCS de quartier » qui englobent plusieurs immeubles de faible hauteur ou maisons unifamiliales.

Le modèle du programme de services de soutien dans les collectivités de retraités formées naturellement a été créé autour de groupes d'aînés réunis naturellement, afin de les aider à vivre en autonomie aussi longtemps que possible (Bedney et coll., 2010). Ces collectivités offrent des services de soutien à domicile ou dans la collectivité immédiate qui tiennent compte des déterminants sociaux, qui ne sont pas habituellement gérés dans le cadre des programmes publics, notamment ceux qui favorisent les relations sociales et les soutiens sociaux, l'orientation pour obtenir des soins, la nutrition et l'activité physique. Bien que le modèle fournisse certains services de santé directs, il repose essentiellement sur la santé préventive afin d'accroître l'accès aux soutiens auxiliaires, qui retardent le besoin de soins à domicile assidus et offrent en même temps des occasions aux aînés de participer pleinement à leur collectivité.

Un aspect clé du NORC-SSP est l'évolution des partenariats entre les personnes âgées, y compris les propriétaires et les gestionnaires d'immeubles, les fournisseurs de services comme les fournisseurs de soins de santé, les partenaires de réparations et adaptations domiciliaires et d'autres partenaires au sein de la collectivité, ce qui crée un réseau de services ainsi que des possibilités de bénévolat (Greenfield et coll., 2013). Le modèle repose sur des économies d'échelle, où les fortes concentrations de personnes âgées et leur besoin d'accéder à des services augmentent le pouvoir d'achat. Il permet également de réduire la fragmentation qui existe dans les services de santé et les services sociaux pour les personnes âgées et offre une plus grande souplesse de prestation que dans le cas des programmes habituellement subventionnés par l'État. Ce modèle est habituellement utilisé lorsque ces partenariats prennent une taille suffisante pour qu'il en vaille la peine parmi les fournisseurs de services.

3.1.4 Modèles de cohabitation

Un quatrième concept est le modèle de [cohabitation](#). Les modèles de cohabitation sont offerts sous diverses formes. Les formats les plus courants sont les suivants : une maison ou un immeuble partagé par les propriétaires; un immeuble partagé pour les activités de groupe, y compris la préparation des repas ensemble, des activités sociales et des unités séparées pour le sommeil et les activités sociales privées; ou des unités séparées entièrement isolées et des coûts partagés pour les éléments communs de la propriété (c.-à-d. des ensembles de condominiums/projets domiciliaires réservés à une tranche d'âges).

Des modèles de cohabitation sont en cours d'élaboration partout au Canada (p. ex. Harbourside Cohousing à Sooke, en Colombie-Britannique). Le niveau de soutiens communautaires qu'on y trouve est déterminé par les membres. Des expériences sont

également en cours pour des modèles de cohabitation intergénérationnels et des modèles hybrides qui combinent des éléments de cohabitation avec d'autres modèles de logements pour personnes âgées.

3.2 Aller au-delà du logement et des soutiens communautaires

Pour que les personnes âgées vieillissent chez elles à mesure que leur état de santé diminue, elles doivent être en contact avec leur collectivité. Dans cette section, nous nous concentrons sur le rôle des espaces ouverts accessibles, du transport, de la technologie et de la communication.

3.2.1 Espaces ouverts accessibles

L'environnement physique – paysages urbains et ruraux, rues, trottoirs, parcs et bâtiments – a un rôle important à jouer dans la mobilité, l'autonomie et la qualité de vie des personnes âgées. Une ville propre dotée d'aires de loisirs bien entretenues, de nombreuses aires de repos, d'infrastructures piétonnières et de bâtiments bien aménagés et sécuritaires, ainsi qu'un environnement sécuritaire offre un milieu de vie idéal aux aînés pour vieillir chez eux.

Les environnements, produits et services universels sont plus sûrs, accessibles, attrayants et souhaitables pour tous et facilement adaptés à d'autres usages. Il a été démontré que les collectivités favorisant les déplacements à pied réduisent le risque de maladies chroniques et améliorent la santé publique et la qualité de vie (Kerr et coll., 2012). En outre, les environnements positifs vont au-delà des bienfaits de l'activité physique; ils peuvent également améliorer le soutien social et la connectivité interpersonnelle (Kaiser, 2009). Les personnes âgées qui demeurent actives sont susceptibles de vivre plus longtemps, d'être en meilleure santé et d'avoir une utilisation et des coûts moins élevés des soins de santé. Les quartiers où l'on peut se déplacer à pied sont associés à une activité physique plus élevée dans le spectre de l'âge (Renalds et coll., 2010).

Les personnes âgées pourraient passer plus de temps dans leur collectivité immédiate; il est donc probable que leur santé soit plus sensible aux caractéristiques de la collectivité. Parmi les caractéristiques associées à la santé des personnes âgées figurent les obstacles à l'activité physique, les dispositions sociales et les politiques communautaires pertinentes, le sens de quartier ou le sentiment d'appartenance et l'exposition aux facteurs de stress du quartier (Fisher et coll., 2004; Young et coll., 2004).

La marche, qui est peut-être la forme de transport actif la plus facile pour les personnes âgées, est une avenue potentielle pour augmenter les taux d'activité physique. Les caractéristiques qui améliorent le potentiel piétonnier d'une collectivité aident les personnes âgées à maintenir leurs habitudes de marche (Kerr et coll., 2012). Ces caractéristiques comprennent les bancs de parc (Cain et coll., 2014), les vitesses de circulation plus basses (Lee et coll., 2013) et les caractéristiques qui répondent à des

besoins particuliers en matière de sécurité comme les passages piétonniers marqués (Moudon et coll., 2011).

Ainsi, une collectivité peut être rendue plus saine pour les personnes âgées en modifiant les caractéristiques de l'environnement physique pour accroître l'activité, réduire le stress et procurer un sentiment d'appartenance à la communauté et de bien-être. En Angleterre et en Suède, des changements positifs en santé ont été signalés après des changements simples apportés à l'environnement physique, comme la fermeture des ruelles, la diminution de la vitesse et de la fréquence de la circulation automobile et l'amélioration des installations récréatives. (Curtis et coll., 2002).

Les gouvernements locaux sont bien placés pour influencer sur la santé des personnes âgées et, par conséquent, sur leur capacité de bien vieillir parce qu'un environnement communautaire positif influe sur la santé de ses résidents. Par exemple, les administrations locales peuvent élaborer des politiques qui 1) favorisent l'activité physique en modifiant les lois de zonage pour créer des espaces ouverts accessibles et 2) favorisent l'activité sociale en améliorant les caractéristiques des parcs ou d'autres lieux de rassemblement publics, comme la fourniture d'espaces de repos (p. ex., bancs), l'offre d'ombre ou d'abri et l'accès à la nutrition et à l'hydratation.

Les gouvernements provinciaux et territoriaux voudront peut-être déterminer si les lois existantes sont déjà suffisantes ou si de nouvelles lois pourraient être élaborées pour encourager les gouvernements locaux à faire davantage pour créer des espaces et des infrastructures accessibles afin de promouvoir l'activité sociale chez les personnes âgées et le reste de la population.

3.2.2 Transport

La conduite automobile est le principal moyen de transport pour une grande majorité d'adultes canadiens, y compris les personnes âgées. La réalité contemporaine est que les personnes âgées comptent énormément sur les véhicules privés, soit comme conducteurs, soit comme passagers. En 2009, 3,25 millions de personnes de 65 ans et plus possédaient un permis de conduire, soit les trois quarts des personnes âgées. De ce nombre, environ 200 000 étaient âgés de 85 ans et plus (Turcotte, 2012). Chez les personnes âgées de 65 à 74 ans, 68 % ont déclaré conduire leur propre véhicule comme principale forme de transport. Le passage de conducteur à passager est associé aux groupes plus âgés. Par exemple, 25,9 % des personnes âgées de 65 à 84 ans voyagent comme passagers dans les régions métropolitaines de recensement du Canada. Au-delà de 85 ans, 53,8 % des personnes âgées voyagent comme passagers (Turcotte, 2012). Toutefois, la conduite automobile demeure le mode de transport dominant des personnes âgées dans toutes les régions métropolitaines de recensement (Turcotte, 2012).

Le défi du transport est plus difficile pour les personnes âgées, en particulier les personnes à faible revenu, les personnes âgées vivant dans des collectivités plus petites et plus rurales, où elles doivent dépendre presque exclusivement de véhicules

privés pour se déplacer. Les deux tiers des personnes âgées (65,5 %) vivant à l'extérieur des régions métropolitaines de recensement du Canada utilisent l'automobile comme principal moyen de transport, comparativement à 56,8 % des personnes âgées vivant dans les régions métropolitaines de recensement. L'écart est encore plus grand chez les personnes âgées de 85 ans et plus (40,2 % contre 27,1 %) (Turcotte, 2012).

Chez tous les aînés, la dépendance au transport en commun était la plus élevée dans les régions métropolitaines du Québec (13,9 % de tous les aînés) et de la Colombie-Britannique (12,1 %). Le recours au transport en commun chez les personnes âgées vivant dans les régions métropolitaines de recensement à l'extérieur de ces deux provinces était beaucoup plus faible, atteignant au plus 8,9 % (en Ontario). Dans l'ensemble, moins de 8 % des personnes âgées comptaient sur le transport en commun comme principal mode de transport, tandis que moins de 5 % marchaient ou faisaient du vélo. Le recours aux taxis ou au transport collectif accessible était à peine de 1,2 % parmi la cohorte des 65 à 74 ans, bien qu'il ait grimpé à 2,6 % chez les 75 à 84 ans et à 7,4 % chez les 85 ans et plus (Turcotte, 2012).

Compte tenu de la forte dépendance aux véhicules privés plutôt qu'au vélo, à la marche ou au transport en commun, certains aînés continuent de conduire même si leurs capacités physiques et mentales se détériorent. Chez les personnes âgées ayant une déficience visuelle importante, 9 % ont déclaré avoir conduit le mois précédent et 7 % ont déclaré la conduite automobile comme principale moyen de transport (Turcotte, 2012). Plus d'un adulte âgé sur cinq ayant reçu un diagnostic de maladie d'Alzheimer ou de démence avait conduit au cours du mois précédent et 17 % ont déclaré la conduite automobile comme principale moyen de transport (Turcotte, 2012).

Les transports sont importants pour la santé, la participation sociale et le bien-être général des personnes âgées du Canada. Lorsque les personnes âgées ne sont plus capables ou autorisées à conduire, leur santé, leur participation sociale et leur qualité de vie globale se détériorent souvent. Il est donc de plus en plus important de veiller à ce que les systèmes de transport puissent répondre aux besoins de mobilité des personnes âgées. En outre, l'Organisation mondiale de la Santé (2007, 2017) met l'accent sur le rôle que jouent les transports dans le vieillissement en bonne santé et le vieillissement dans la collectivité en raison de son rôle dans l'élimination de l'isolement social et l'accès aux services communautaires et de soins de santé.

Avant la pandémie et pendant la pandémie de COVID-19, des programmes visant à soutenir le transport abordable et accessible pour les personnes âgées sont offerts partout au Canada (Carver et coll., 2019; Wister et Kadowaki, 2021). Ces programmes sont motivés par les préoccupations concernant la capacité des personnes âgées de participer activement à leur collectivité, d'accéder aux services essentiels et de se connecter à leurs proches, en particulier pour ceux qui vivent en région rurale ou éloignée. Il existe toutefois de nombreuses variations dans ces programmes en ce qui a trait à l'admissibilité, à savoir si le transport est assuré par des administrations de transport en commun ou par des organismes distincts de transport accessible publics ou privés, si les services de transport en commun sont à but lucratif ou sans but lucratif et si l'administration accorde des subventions ou des crédits d'impôt aux particuliers

pour qu'ils utilisent les services de transport en commun, etc. (voir Carver et coll., 2019; Wister et Kadowaki, 2021).

Comme il a été mentionné précédemment, de nombreuses personnes âgées font face à des défis au chapitre du transport. Lorsqu'un chauffeur de soutien cesse d'être disponible, il faut offrir des solutions de rechange accessibles et appropriées pour répondre aux besoins des personnes âgées. Pour que le vieillissement chez soi et d'autres conditions de logement demeurent des solutions de rechange viables aux soins de longue durée, il faut accorder une plus grande attention aux besoins et aux enjeux en matière de transport des personnes âgées en raison du rôle crucial que joue le transport pour relier l'endroit où elles vivent à l'endroit où elles accèdent aux soutiens communautaires à l'extérieur de leur domicile et surmonter l'isolement social.

Pour combler ces lacunes et, en fait, bien d'autres, tous les ordres de gouvernement ont des rôles à jouer au-delà de ceux décrits dans le rapport du Conseil des académies canadiennes (2017) intitulé [*Favoriser la mobilité des Aînés canadiens*](#). Au premier chef, il y a la question de l'octroi de permis aux conducteurs, qui est du ressort des provinces et territoires. Les personnes âgées continueront de compter sur la conduite de leur propre véhicule pour relier l'endroit où elles vivent aux endroits où sont offerts les services. Ce que les données susmentionnées montrent clairement, c'est que les gouvernements provinciaux et territoriaux pourraient vouloir revoir leurs politiques si les personnes âgées qui ont une déficience physique ou qui ont diverses formes de démence conduisent régulièrement. Les gouvernements provinciaux et territoriaux voudront peut-être aller au-delà des critères d'âge arbitraires pour l'évaluation obligatoire des aptitudes à la conduite automobile et fournir plus de conseils et de soutien aux professionnels de la santé qui évaluent la capacité des personnes âgées à continuer de conduire.

Deuxièmement, de nouvelles infrastructures de transport en commun, y compris des véhicules adaptés aux aînés, seront nécessaires à mesure que la population âgée augmentera à l'avenir. Cela se fait souvent en partenariat avec les administrations locales ou les autorités de transport en commun. Il pourrait également être utile pour tous les ordres de gouvernement de se pencher sur la façon d'inciter les secteurs à but lucratif et sans but lucratif à fournir des services de transport pour l'aménagement des diverses formes de logements collectifs décrites dans la section précédente et plus en détail dans Puxty et coll. (2019). Les fournisseurs privés de services de transport à l'échelle locale (p. ex. les services de taxi et les services de type Uber) pourraient également être incités à offrir davantage de véhicules adaptés aux personnes âgées dans leur flotte et à avoir une sensibilisation de base à l'invalidité (c.-à-d. comment aider les passagers en toute sécurité, communiquer efficacement et offrir un service de porte à porte). Les gouvernements provinciaux et territoriaux voudront peut-être revoir leurs cadres réglementaires pour s'assurer que les chauffeurs employés par d'importantes autorités de transport en commun soient bien formés pour conduire les personnes âgées fragiles ou handicapées.

Un troisième vaste secteur de politique où tous les ordres de gouvernement ont un rôle à jouer est le développement du milieu bâti qui facilite d'autres formes de mobilité (p. ex. marche, vélo et bicyclettes électriques). Il incombe aux gouvernements locaux de prendre des décisions sur les endroits où de nouveaux panneaux, feux de circulation et éclairage améliorés faciliteraient la circulation sur les routes et les trottoirs; plus de sièges et de toilettes publiques sur les voies piétonnières, ce qui les rendrait plus adaptées aux personnes âgées; et des changements à la conception des intersections, ainsi que l'adoption de mesures de modération de la circulation et d'infrastructures cyclables. Les gouvernements locaux sont toutefois entravés dans la prise de ces décisions en raison de l'important investissement requis. Encore une fois, tous les ordres de gouvernement pourraient se pencher sur la façon de financer des changements au milieu bâti qui rendraient le transport plus adapté aux aînés.

3.2.3 Technologie

Certaines technologies intelligentes (p. ex., téléphones intelligents, systèmes numériques de sécurité à domicile, etc.) peuvent aider les personnes âgées à vieillir chez elles en leur permettant de rester chez elles aussi longtemps que possible. Les technologies intelligentes peuvent faciliter le vieillissement chez soi en aidant les aînés qui ont des déficiences fonctionnelles ou des problèmes de communication ou qui ont besoin d'un suivi pour des maladies chroniques (Peek et coll., 2014). Il a aussi été démontré que ces technologies peuvent atténuer l'isolement social, la dépression, l'anxiété et la solitude (Czaja et coll., 2018). Les technologies intelligentes peuvent potentiellement promouvoir la vie autonome et la sécurité au moyen de divers mécanismes.

Au fur et à mesure que les personnes s'efforcent de conserver leur autonomie, il peut être nécessaire de surveiller leur santé et leur mobilité, lesquelles peuvent signaler des changements qui pourraient les mettre en danger. Une telle surveillance pourrait comprendre des changements dans les déterminants généraux de la santé qui pourraient signaler le risque d'effets indésirables. À titre d'exemple, on a fait la démonstration de technologies de la maison intelligente (domotique) qui peuvent détecter des anomalies dans la démarche (Lockhart et coll., 2014), l'apparition d'une infection (Rantz et coll., 2015) et des changements dans le fonctionnement cognitif (Seelye et coll., 2018). Pendant que les personnes âgées se déplacent dans leur maison intelligente, les tuiles de plancher peuvent recueillir des signes vitaux comme la fréquence cardiaque et la tension artérielle. Des capteurs de mouvement détectent les chutes et connectent l'aîné à un soignant ou aux services d'urgence.

Les technologies de communication intelligentes à domicile ont également été utilisées pour faciliter les liens sociaux (Gustafson et coll., 2015), les relations avec les fournisseurs de soins de santé et la téléadaptation (Khan et coll., 2014).

Les technologies actuelles permettent aux personnes âgées de consolider le contrôle d'une vaste gamme de systèmes, y compris l'éclairage, la température, la sécurité et le divertissement, dans des formats électroniques facilement accessibles qui peuvent être

exploités par commandes tactiles interactives ou par la voix. À l'avenir, les maisons seront probablement conçues avec des technologies intelligentes comme des réseaux de capteurs, des détecteurs de mouvement, des caméras infrarouges et des robots qui fournissent des technologies interactives et des systèmes de soutien discrets pour permettre aux personnes âgées de jouir d'un niveau supérieur d'autonomie, d'activité, de participation ou de bien-être.

Les nouvelles technologies offrent de nouvelles approches novatrices pour accéder aux soins de santé. Les plateformes de soins virtuelles permettent aux personnes âgées vivant dans des collectivités éloignées d'accéder à des professionnels de la santé à partir de leur domicile. Les technologies de la santé portables permettront aux personnes âgées de jouer un rôle actif dans la gestion de leur santé. Les solutions technologiques offrent un moyen de suivre, de surveiller et d'améliorer la santé, tout en permettant aux personnes âgées de prendre le contrôle de leur propre bien-être (Hirani et coll., 2014).

Il faut renforcer les réseaux sociaux des personnes âgées et des aidants et renforcer leur capacité d'être des membres actifs des réseaux sociaux et familiaux. Les innovations technologiques dans les applications de téléconférence et les outils numériques de narration offrent aux personnes âgées et aux aidants de nouvelles façons de favoriser le dialogue intergénérationnel et de rester en contact avec des amis et des parents qui vivent loin.

Les personnes âgées contribuent de longue date à l'économie canadienne et possèdent une abondance de connaissances et d'expertise à partager avec les jeunes générations. Les nouvelles technologies peuvent aider les personnes âgées à demeurer plus longtemps sur le marché du travail et à protéger leur bien-être financier, ce qui a une incidence positive sur leur autonomie et leur indépendance. Les solutions technologiques peuvent également soutenir les aidants naturels sur le marché du travail qui s'efforcent d'équilibrer leur travail de soins et leur rôle professionnel rémunéré.

Les changements cognitifs qui peuvent se produire pendant le vieillissement augmentent en prévalence aux âges plus avancés, avec différents degrés de gravité et d'impact. La technologie promet d'aider les aînés à surveiller les changements dans leur cognition, à offrir une formation mentale pour réduire l'incidence de ces changements et à créer des systèmes qui aident les personnes et les familles à surveiller la sécurité et à maintenir la sécurité financière (Chouvarda et coll., 2015). Les systèmes de détection Wander peuvent procurer aux aidants naturels la tranquillité d'esprit qui vient de savoir que les aînés sont en sécurité à la maison.

Bien que certains aînés demeurent entièrement autonomes et continuent de conduire sans aide, d'autres peuvent être en mesure de conduire, mais ont besoin de modifications ou de technologies avancées pour les aider à conduire un véhicule (Classen, 2018). Les nouvelles technologies pourraient également aider les aînés à utiliser plus facilement et en toute sécurité les transports en commun. La modernisation du transport en commun afin d'assurer l'accessibilité et d'inclure des technologies de

navigation conviviales comme les cartes vocales, les systèmes de détection des obstacles pour les fauteuils roulants et les véhicules autonomes se traduirait par un système de transport plus inclusif et une meilleure qualité de vie pour les Canadiens âgés.

Toutefois, l'utilisation et l'acceptation de la technologie par les personnes âgées pour soutenir le vieillissement chez soi varient. En général, les aînés expriment plusieurs inquiétudes relatives à l'utilisation de la domotique pour les aider à vieillir dans leur domicile (Peek et coll., 2014). Ils déclarent, par exemple, des préoccupations en raison du coût, de la complexité de l'utilisation, de fausses alertes ou du fait qu'ils oublient ou perdent les technologies portables (Peek et coll., 2014). De plus, les aînés peuvent percevoir l'utilisation de la technologie comme un indice de déclin fonctionnel (Reeder et coll., 2013). Dans une étude réalisée en 2017, la grande majorité des personnes âgées ont indiqué qu'elles aimeraient vieillir chez elles et dans leur communauté, mais seulement 33 % envisageraient d'installer des technologies résidentielles intelligentes (HomeStars, 2017). Dans une enquête menée auprès d'organismes municipaux, communautaires et de santé en Ontario, les obstacles les plus courants à l'utilisation de la technologie par les personnes âgées signalés par les organismes étaient l'accès limité à Internet, le manque de connaissances sur l'utilisation de la technologie et le besoin d'aide pour mettre en place la technologie (Programme ontarien de sensibilisation des collectivités-amies des aînés (2021 a, 2021 b)).

À l'avenir, alors que les technologies intelligentes continuent de s'améliorer et deviennent plus abordables, il sera possible d'optimiser la qualité de vie des personnes âgées. Par exemple, les robots domestiques peuvent réduire le stress et le fardeau des professionnels soignants et des aidants naturels. De plus, il n'est plus impossible que certaines personnes âgées puissent retarder ou éviter le déménagement dans des établissements de soins de longue durée grâce à des technologies intelligentes.

Des études à grande échelle sur la domotique et d'autres nouvelles technologies intelligentes sont nécessaires pour évaluer la faisabilité, la validité et la fiabilité de la surveillance fonctionnelle et pour comparer l'efficacité de diverses technologies. En outre, des recherches sont nécessaires pour déterminer les paramètres à mesurer. Il faut évaluer les stratégies de surveillance optimales et le calendrier, les problèmes de convivialité et les coûts. Fait important, les préférences des utilisateurs devraient être explorées pour déterminer ce qu'ils aimeraient savoir et avec qui ils souhaitent partager cette information. La compatibilité entre différentes plateformes de domotique devrait être envisagée pour éviter de trop dépendre d'un fournisseur ou d'une solution unique. Des études futures seront nécessaires pour évaluer des questions comme la protection des renseignements personnels, la surveillance et qui devrait contrôler les données générées par les technologies intelligentes.

Tous les ordres de gouvernement voudront peut-être envisager de mener des consultations continues avec l'industrie, les dirigeants du secteur, les chercheurs et les personnes âgées en particulier en mettant l'accent sur la « gérontechnologie » et la « silver economy » pour mieux comprendre les points de vue des personnes âgées, de

l'industrie et des organismes de soins de santé sur cette occasion massive et croissante. Tous les ordres de gouvernement voudront peut-être envisager l'expansion de leurs investissements et le soutien des possibilités de recherche qui comprennent davantage de travaux sur la technologie de l'âge et la façon dont ces technologies peuvent soutenir le vieillissement dans la collectivité.

Un exemple d'investissement nécessaire est AGE-WELL, lancé en 2015 dans le cadre du programme des Réseaux de centres d'excellence (RCE) financé par le gouvernement fédéral. AGE-WELL est un réseau pancanadien qui réunit des chercheurs, des personnes âgées, des aidants naturels, des organismes partenaires et des futurs dirigeants afin d'accélérer la mise en œuvre de solutions technologiques qui changent véritablement la donne dans la vie des Canadiens.

Ces investissements produiront les données nationales nécessaires à la prise de décisions fondées sur des données probantes, ce qui permettra au Canada de moins dépendre des organismes internationaux pour obtenir cette information. Cette importante recherche sera utile aux intervenants et à l'industrie de tous les secteurs, tant privés que publics. Des recherches sont également nécessaires pour mettre au point des ensembles adaptables aux besoins des personnes et sécuritaires, fiables, efficaces et abordables. Des lignes directrices sur les pratiques exemplaires devraient être élaborées au moyen de partenariats public-privé qui sont éclairés à l'aide de technologies intelligentes dans les bancs d'essai communautaires répartis dans une variété de collectivités.

En fin de compte, le plus grand défi pour tous les ordres de gouvernement sera de rendre accessible et abordable un accès Internet de grande qualité à tous les aînés où qu'ils vivent au Canada parce que l'accès Internet est au cœur de l'adoption de technologies intelligentes.

3.2.4 Communications

À mesure que les gens vieillissent, les compétences en communication peuvent changer subtilement, du moins en partie à cause des changements dans la santé physique, de la dépression et du déclin cognitif. Le vieillissement peut également avoir une incidence sur les changements physiologiques dans les processus auditifs, vocaux et de la parole. Les changements dans la communication sont couramment signalés par les personnes âgées. Pour les aînés dont la culture ou la langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais, les défis de la communication sont encore plus complexes tant pour se faire comprendre que pour comprendre l'information courante.

Les gens utilisent la communication pour accomplir de nombreuses fonctions dans leurs activités quotidiennes, y compris l'emploi, les activités sociales et les loisirs, l'engagement communautaire, les relations personnelles et la satisfaction des besoins de la vie quotidienne. Nombre de ces fonctions peuvent changer avec l'avancement en âge et tandis que les gens prennent leur retraite, que leurs cercles sociaux et leurs relations personnelles changent et que leurs habitudes d'activité changent. Ils peuvent

avoir besoin de plus de services comme des services de soins de santé ou de l'aide à domicile pour répondre à leurs besoins quotidiens. Avec ces rôles changeants, les effets des défis de communication changent aussi. Les limitations de la communication ont également un effet indésirable sur la capacité d'accéder aux services de santé et communautaires et de les utiliser en raison de problèmes de communication par écrit, téléphone et ordinateur (p. ex. courriel).

Il est de plus en plus nécessaire que les fournisseurs de soins de santé et d'autres fournisseurs de services jouent un rôle pour rendre leur collectivité amie des aînés. Les fournisseurs de soins de santé et les autres fournisseurs de services doivent bien connaître les stratégies appropriées pour communiquer efficacement avec les personnes âgées en raison de la prévalence plus élevée des troubles de communication chez les personnes âgées. Les établissements médicaux et les autres organismes publics et privés devront soutenir les fournisseurs de soins de santé et d'autres fournisseurs de services en leur donnant les outils et la formation nécessaires pour servir les personnes âgées le plus efficacement possible. D'autres recherches sont nécessaires pour mieux comprendre les expériences et les répercussions du vieillissement avec les troubles de la communication et pour apprendre comment minimiser l'incapacité associée à ces troubles.

Avec leurs partenaires de formation (p. ex. les universités et les collèges), tous les ordres de gouvernement pourraient vouloir revoir leurs politiques sur la formation en compétences en communication afin de se pencher sur les défis que doivent relever les aînés pour comprendre et communiquer leurs besoins et aller au-delà de la formation dans les deux langues officielles du Canada. Tous les ordres de gouvernement voudront peut-être aussi examiner comment les technologies de communication pourraient être développées par des partenariats public privé pour relever les nouveaux défis en matière de communication des personnes âgées.

3.3 Participation et inclusion

L'accessibilité aux espaces ouverts, au transport, aux communications et à la technologie sont des moyens de mettre en contact les personnes âgées qui vivent chez elles avec les soutiens communautaires dont elles ont besoin. Il y a toutefois des personnes âgées qui ne participent pas à leur collectivité et qui se sentent exclues.

3.3.1 Participation sociale

La participation sociale est une forme d'interaction sociale qui comprend des activités avec des amis, des membres de la famille ou d'autres personnes. Elle peut être individuelle ou en groupe. Il a été démontré que la participation sociale a des effets protecteurs sur la santé des gens dans leurs vieux jours (Vogelsang, 2016; Douglas et coll., 2017). La participation à des activités au niveau communautaire et au sein de groupes familiaux est liée à un sentiment d'appartenance, à des liens sociaux interpersonnels et à un attachement à l'emplacement géographique, et elle peut être la clé pour réussir à vieillir à cette dernière étape de la vie (Douglas et coll., 2017).

Les aînés profitent du bénévolat et de la participation à leur collectivité en raison d'un sentiment de satisfaction et d'efficacité, et les collectivités bénéficient des services et du capital social que fournissent les aînés. Les personnes âgées socialement isolées sont moins en mesure de participer et de contribuer à leur collectivité. Une diminution des contributions des personnes âgées est une perte importante pour les organisations, les communautés et la société en général.

Dans une étude, les variables environnementales associées à la participation sociale différaient selon le lieu (Levasseur et coll., 2017). La participation sociale des personnes âgées vivant en région métropolitaine était associée à la disponibilité du transport en commun et à la qualité du réseau social, alors que la participation sociale en région rurale était corrélée à la présence d'enfants vivant dans le quartier et à plus d'années vécues dans le logement. Un permis de conduire et une plus grande proximité ou accessibilité aux ressources étaient associés à la participation sociale dans tous les domaines.

Le [Rapport sur l'isolement social des aînés, 2013-2014](#) du Conseil national des aînés recommande quatre domaines d'action fédérale sous quatre grandes orientations :

1. Mieux sensibiliser le public à l'isolement social des aînés
2. Promouvoir l'amélioration de l'accès à l'information, aux services et aux programmes pour les aînés
3. Renforcer la capacité collective des organismes et des collectivités d'adopter des innovations sociales pour s'attaquer à l'isolement social des aînés
4. Soutenir la recherche pour mieux comprendre le problème de l'isolement social

Les implications politiques de la réduction de l'isolement et de l'augmentation de la participation aux activités récréatives et de la collectivité qui peuvent être tirées de ce qui précède sont à la fois indirectes et directes. Indirectement, l'élimination de l'isolement social des personnes âgées se traduit par une amélioration de la santé physique et mentale, ce qui rend les collectivités plus accueillantes pour les aînés et peut réduire les coûts pour tous les ordres de gouvernement dans d'autres secteurs (p. ex. les coûts des soins de santé). Les [trousses d'outils et suppléments FPT sur l'isolement social](#) liés aux [immigrants](#) et aux personnes âgées [autochtones](#) sont des exemples de mesures utiles pour aider à briser l'isolement social. Les trousses d'outils et les suppléments FPT sur l'isolement social sensibilisent les aînés à l'isolement social, présentent des concepts utiles liés à l'innovation sociale et montrent comment l'innovation sociale peut contribuer à contrer l'isolement social dans les collectivités canadiennes au moyen d'exemples fructueux. Les trousses d'outils fournissent également des renseignements sur l'isolement social des personnes âgées qui peuvent être plus vulnérables, comme les autochtones, les membres des communautés [LGBTQ2](#) et les nouveaux immigrants ou les réfugiés.

Plus directement, les organismes sans but lucratif fournissent des services aux personnes âgées et jouent un rôle important dans les collectivités partout au Canada. La vulnérabilité de ces organismes, surtout dans les petites villes, les régions rurales et

éloignées, est bien documentée (Skinner 2014; Skinner et coll. 2016). Si l'on veut que ces organismes puissent continuer d'offrir des programmes et des services dont les gens ont grandement besoin, tous les ordres de gouvernement voudront peut-être revoir le soutien qu'ils fournissent à ces organismes, y compris le financement continu, qui est essentiel à leur viabilité.

3.3.2 Respect et inclusion sociale

Les attitudes irrespectueuses et les idées fausses persistantes à l'égard des personnes âgées et du vieillissement sont reconnues comme un obstacle important à l'élaboration de bonnes politiques de santé publique sur le vieillissement (Officer, 2017). Elles donnent lieu à des perceptions négatives du vieillissement (p. ex. en ne tenant pas compte de la contribution des personnes âgées à la société) et peuvent avoir des répercussions négatives sur la santé et le bien-être au troisième âge (Nelson, 2005; Angus et Reeve, 2006).

Bien que le respect des personnes âgées soit essentiellement positif partout au Canada, il existe encore des préconceptions négatives du vieillissement. Tous les ordres de gouvernement voudront peut-être envisager des moyens de faciliter l'éducation sur le vieillissement dès le jeune âge pour sensibiliser les gens et dissiper les idées fausses négatives. Il a été démontré que les interactions intergénérationnelles aident à dissiper ces notions et que l'engagement social peut contribuer à l'estime de soi des personnes âgées.

Les initiatives amies des aînés visant à faire participer des personnes âgées à des activités où ils ont de l'expérience et qui peuvent les maintenir engagés auprès de la collectivité et les aider à se sentir valorisés dans leur collectivité. Une société inclusive encourage les personnes âgées à participer davantage à la vie sociale, civique et économique de leur collectivité. Cela favorise en retour le vieillissement actif. Un examen systématique récent a révélé que la musique et le chant, les interventions intergénérationnelles, l'art et la culture et les interventions multiactivités étaient associés à une incidence positive globale sur les résultats en matière de santé chez les personnes âgées vivant dans la collectivité (Ronzi, 2018).

3.3.3 Participation communautaire et emploi

Les personnes âgées représentent une ressource énorme pour leurs collectivités, surtout en raison du bénévolat et de plus en plus sur le marché du travail. Plus de 50 % des travailleurs âgés indiquent qu'ils prévoient continuer de travailler à temps partiel une fois à la retraite (Pignall, 2010). Le fait d'offrir et de promouvoir une vaste gamme de possibilités de bénévolat et d'emploi qui répondent aux préférences, aux besoins et aux ensembles de compétences variés des personnes âgées aide à mettre les personnes âgées en contact avec leur collectivité. Les infrastructures urbaines et de transport adaptées aux aînés éliminent les obstacles physiques auxquels les aînés peuvent faire face pour accéder au bénévolat ou à une occasion d'emploi. La formation continue aide également les personnes âgées à améliorer leurs compétences, à en

développer de nouvelles et à renforcer leur santé mentale. Une étude sur la formation liée à l'emploi des travailleurs âgés menée par Statistique Canada montre que le taux de participation à la formation soutenue par l'employeur chez les travailleurs âgés de 55 à 64 ans a plus que doublé entre 1991 et 2008.

Les possibilités entrepreneuriales sont une autre façon d'appuyer la participation des personnes âgées au marché du travail et d'assurer leur autonomie soutenue. De nombreux travailleurs âgés prévoient rester connectés au marché du travail d'une façon ou d'une autre une fois qu'ils auront pris leur retraite de leur carrière principale (Thorpe, 2008). Dans une économie du savoir, la période de récupération des investissements dans la formation est de plus en plus courte pour tous les travailleurs, ce qui signifie que l'argent consacré à la formation des travailleurs âgés sera vraisemblablement recouvré avant que ces travailleurs prennent leur retraite.

Tous les ordres de gouvernement voudront peut-être revoir leurs politiques sur les travailleurs âgés pour s'assurer qu'on les encourage à continuer de faire partie de la population active. Les personnes âgées sont une ressource dotée de compétences précieuses. Le gouvernement du Québec et le gouvernement de la Nouvelle-Écosse étudient des initiatives de politique visant à inciter et à aider les personnes âgées à demeurer plus longtemps sur le marché du travail. D'ailleurs, le Québec a récemment instauré deux nouveaux crédits d'impôt pour encourager les travailleurs expérimentés à demeurer sur le marché du travail, dont un crédit d'impôt bonifié pour les travailleurs expérimentés de plus de 60 ans et une réduction des charges salariales pour les salaires versés aux travailleurs de 60 ans et plus (gouvernement du Québec 2019).

Voici certaines des options stratégiques que tous les ordres de gouvernement pourraient envisager :

- renforcer les incitatifs financiers pour poursuivre le travail et offrir des possibilités de retraite progressive;
- réduire les obstacles potentiels à l'emploi des travailleurs âgés en créant des milieux de travail favorables aux aînés (p. ex., l'élimination de l'âgisme au sein de la population active);
- Améliorer l'employabilité des aînés en leur offrant des possibilités de formation adaptées à tous les âges.

4. Tendances émergentes

Comme il est mentionné à plusieurs endroits dans les sections précédentes du présent rapport, les seules certitudes sont que la population âgée (65 ans et plus) augmentera pour atteindre environ 25 % de la population totale du Canada entre 2036 et 2041 et que la majorité des personnes âgées vivront dans les centres urbains. Dans les petites villes et les collectivités rurales et éloignées, le pourcentage de la population âgée de plus de 65 ans et, en fait, le pourcentage de la population âgée de 80 ans et plus seront toutefois probablement beaucoup plus élevés que les moyennes nationales respectives

et beaucoup plus élevés que ce que l'on retrouve dans de nombreuses grandes collectivités urbaines du Canada. Il est également probable que la population des personnes âgées continuera de se diversifier.

Ce qui est moins certain est le profil socioéconomique de la population plus âgée avec chaque nouvelle cohorte successive. Les personnes âgées seront probablement mieux éduquées et de plus en plus capables et désireuses de tirer profit des nouvelles technologies à mesure qu'elles émergent. Il est probable qu'un plus grand nombre d'options de logement et de soutiens communautaires seront offertes par tous les ordres de gouvernement ainsi que les secteurs à but lucratif et sans but lucratif. Un enjeu clé que tous les ordres de gouvernement voudront peut-être aborder maintenant est de savoir si une partie des jeunes et des populations en âge de travailler (p. ex., celles qui n'ont jamais fait d'études secondaires) qui ne profitent pas des possibilités d'études maintenant (p. ex., terminer leurs études secondaires, mettre à niveau leurs compétences, programmes d'apprentissage permanent, etc.) auront les compétences nécessaires pour tirer parti des progrès technologiques futurs. De nouvelles recherches qui permettent de mieux comprendre ce à quoi ressemblera la future population âgée sont nécessaires.

Peu importe les changements apportés aux politiques en matière d'éducation et de revenu, il est probable qu'une partie de la population âgée continuera de trouver difficile de tirer parti des nouvelles technologies et de l'éventail croissant de logements et de soutiens communautaires de base. Il est également probable qu'un pourcentage important de personnes âgées auront passé une partie de leur vie ou de nombreuses années avec une incapacité physique ou mentale avant d'entamer leurs vieux jours (voir Morris et coll., 2018). Le nombre de jeunes et de personnes en âge de travailler aux prises avec des problèmes de santé mentale continue d'augmenter, tout comme les taux de démence avec une population de plus en plus âgée. Il faudra faire beaucoup plus de recherches pour se préparer à ces changements et pour élaborer des politiques et des services pour une partie de la future population de personnes âgées qui semblera beaucoup différente de l'actuelle population de personnes âgées.

Au-delà de l'évolution des profils de scolarité, de revenu et de santé de la population âgée se trouve la diversité changeante de la population âgée. Ce que nous savons déjà des recherches sur les immigrants âgés au-delà des questions décrites ci-dessus, c'est qu'ils sont principalement concentrés dans les plus grandes régions urbaines. Bon nombre des défis auxquels ils font face en vieillissant dans leur collectivité ont trait aux obstacles à la communication, aux préjugés et aux modèles familiaux qui les rendent vulnérables par la dépendance. Les modèles familiaux se décomposent tant dans les pays d'origine des immigrants qu'au Canada, mais on sait peu de choses sur les répercussions de ces ventilations sur les immigrants âgés au Canada. Tous les ordres de gouvernement voudront peut-être financer et appuyer la recherche sur des pratiques exemplaires qui permettront de régler ces problèmes, car il est fort probable que les tendances actuelles en matière d'immigration persisteront.

Une autre tendance émergente est le segment croissant de la population des personnes âgées qui s'identifie comme LGBTQ2. Il existe peu de documents canadiens ou internationaux sur les personnes âgées LGBTQ2 ou sur les attentes de la

population LGBTQ2 en âge de travailler pour ses dernières années. Ce qui ressort des recherches existantes, ce sont les obstacles aux options de logement qui découlent de préjugés envers les personnes âgées LGBTQ2 et le manque d'espaces positifs et accueillants pour qu'elles vieillissent dans la collectivité. Un certain nombre d'initiatives fructueuses visant à faire connaître les réalités des aînés LGBTQ2 au sein des collectivités et des établissements sont décrites dans la [Trousse d'outils FPT sur l'isolement social à l'intention des aînés LGBTQ2](#).

Une récente étude réalisée auprès d'un groupe d'aînés LGBTQ+ confirme que la technologie de l'information et de la communication peut être considérée comme un facteur de protection parce qu'elle peut aider les personnes âgées à maintenir un contact social et à avoir accès à l'information (Chamberland, 2016). Les technologies de l'information et des communications pourraient être utilisées pour créer des réseaux de soutien mutuel en ligne et aider à surmonter l'isolement des personnes âgées LGBTQ2. Tous les ordres de gouvernement voudront peut-être veiller à ce que leurs programmes soient inclusifs pour éliminer les préjugés envers la communauté LGBTQ2 et élaborer de nouveaux programmes de recherche sur les personnes âgées LGBTQ2 pour combler cette lacune dans nos connaissances.

Bien qu'il existe de très bonnes recherches sur le vieillissement démographique de la population autochtone et les défis auxquels font face les adultes autochtones âgés et leurs familles lorsqu'ils ont besoin de soins de longue durée (p. ex., ces services ne peuvent être offerts qu'à l'extérieur des collectivités autochtones), il y a un manque de recherches sur les défis auxquels ils font face pour trouver un logement qui répond à leurs besoins dans les réserves et hors réserve. Ce qui ressort aussi des recherches existantes, c'est que géographiquement la tendance veut qu'un plus grand nombre d'Autochtones vivent hors réserve. Si cette tendance se maintient, les adultes autochtones âgés auront besoin d'un logement adapté à leur culture (c.-à-d. l'intégration des valeurs autochtones traditionnelles dans les logements pour personnes âgées) pour que les collectivités soient adaptées aux aînés. Les groupes autochtones, en collaboration avec tous les ordres de gouvernement, pourraient vouloir établir un programme de recherche et d'élaboration de politiques qui répondront dès que possible aux besoins en matière de logement et de soutiens communautaires des adultes autochtones âgés.

5. Isolement social et pandémie de COVID-19

Wister et Kadowaki (2021) définissent l'isolement social comme [traduction] « un manque de quantité et de qualité des contacts sociaux » et comme impliquant [traduction] « peu de contacts sociaux et peu de rôles sociaux, ainsi que l'absence de relations mutuellement gratifiantes » (Keefe et coll., 2006, p. 1). La solitude est définie comme [traduction] « un sentiment de détresse qui accompagne la perception que les besoins sociaux d'une personne ne sont pas comblés par la quantité ou surtout par la qualité de ses relations sociales » (Hawkley et Cacioppo, 2010, p.1).

Avec ces définitions et dans le contexte de l'isolement social et de la solitude vécus par les personnes âgées qui résultent des confinements et des fermetures de services

pendant la pandémie de COVID-19, Wister et Kadowaki (2021) soulignent les points clés suivants :

- La pandémie de COVID-19 a exacerbé l'isolement social et la solitude déjà ressenties chez les personnes âgées dans les collectivités rurales, éloignées et du Nord, les aînés LGBTQ2, les personnes âgées issues de minorités ethniques et d'immigrants, les personnes âgées autochtones, les personnes atteintes de démence, les aidants naturels et les aînés à faible revenu.
- La pandémie a accru les pressions et le stress sur les aidants naturels au Canada (p. ex., fournir plus d'heures de soins, soutien social diminué, difficultés d'accès aux services de soins de santé) (Anderson et Parmar, 2020; Ontario Caregiver Organization, 2020).
- L'âgisme, les tensions intergénérationnelles et les problèmes sociaux liés au vieillissement (p. ex. les mauvais traitements envers les aînés) ont augmenté pendant la pandémie (p. ex. Ayalon, 2020; Makaroun et coll., 2021).
- Les personnes âgées vivant seules et en logement social ont été identifiées comme des groupes à risque pendant la pandémie (Emerson, 2020; Pirrie et Agarwal, 2021). Les adultes âgés vivant dans des milieux de vie collectifs non institutionnels (p. ex., logements avec aide à la vie autonome, collectivités de retraités) présentent des vulnérabilités similaires aux résidents d'établissements de soins de longue durée (SLD), mais vivent dans un milieu guidé par des modèles sociaux de soins et avec des niveaux d'autonomie plus élevés (Zimmerman et coll., 2020).
- Le soutien communautaire et les services de santé ont subi des perturbations importantes. Même si la prestation à distance était déjà utilisée pour certains services avant la pandémie (p. ex. les programmes de soutien aux aidants), d'autres ont fait la transition vers de nouveaux modèles de prestation. Grâce au financement gouvernemental, des programmes d'aide pratique ont été lancés ou considérablement élargis en réponse à des niveaux élevés de demande. Dans certains gouvernements, les administrations ont pris un rôle dans la coordination des interventions à grande échelle face à la pandémie et le soutien aux organismes communautaires.
- Les données suggèrent que l'utilisation du transport collectif par les personnes âgées a diminué pendant la pandémie (Palm et coll., 2020 a; 2020 b). D'autre part, il y a eu une expansion des services de conduite bénévole et des programmes de livraison dans de nombreuses collectivités pour soutenir les personnes âgées isolées. Toutefois, certaines collectivités ont signalé des pénuries de chauffeurs bénévoles, ce qui a entraîné des lacunes dans le service (p. ex., CBC News, 2021; Weldon, 2020). Certains programmes de transport ont aussi mis en place ou bonifié des programmes de livraison d'épicerie et de repas pour aider les personnes âgées qui s'isolent à la maison.
- Bien que les données indiquent que plus des deux tiers des Canadiens âgés utilisent Internet (Davidson et Schimmele, 2019), certains segments de la population (c.-à-d. les aînés à faible revenu, les personnes vivant dans les collectivités rurales, nordiques et autochtones, les personnes très âgées et les aînés ayant une déficience physique ou cognitive) peuvent éprouver des difficultés d'accès et d'utilisation. Pour surmonter ce « fossé numérique », des programmes de formation

et d'accès aux technologies numériques sont mis en œuvre ou élargis partout au Canada. Des lignes d'aide et d'information téléphoniques et des programmes de sensibilisation téléphoniques ont également été lancés ou améliorés pour les personnes âgées qui préfèrent les interventions à faible technicité.

- La pandémie a perturbé les activités des organismes communautaires et de loisirs, et plusieurs sont passés à la prestation de programmes à distance. Le modèle du Seniors' Centre Without Walls qui offre des programmes téléphoniques ou virtuels a été adopté par des organismes de nombreuses administrations. Toutefois, l'obtention d'un financement adéquat pour soutenir leurs activités représente un défi pour certains organismes sans but lucratif et communautaires (p. ex. Coordinated Pandemic Response Steering Committee, 2020).
- Pour certains aînés, le travail et le bénévolat sont des sources importantes de liens sociaux. Les travailleurs âgés au Canada ont subi les effets négatifs des fermetures de lieux de travail et des taux de chômage croissants pendant la pandémie (ELCV, 2021; Statistique Canada, 2021). On a également observé une baisse de la participation des bénévoles plus âgés, les problèmes de santé liés à la COVID étant un facteur contributif (Bénévoles Canada 2020; ELCV 2021).
- Les espaces extérieurs peuvent offrir des endroits à faible risque pour socialiser en toute sécurité et pratiquer des activités physiques. Des stratégies comme les quartiers propices à la marche et les espaces communautaires partagés sont nécessaires pour maximiser la disponibilité des espaces communautaires extérieurs et s'assurer qu'ils sont adaptés aux personnes âgées en temps de COVID-19 (INSPQ, 2020). Des stratégies sont également nécessaires pour que les personnes âgées puissent retourner en toute sécurité dans les espaces intérieurs (p. ex. fourniture de désinfectant pour les mains, petits groupes) (ACAO, 2020).
- Dans les milieux de soins de longue durée, les préoccupations concernant l'isolement social ont porté sur la façon de faciliter en toute sécurité les visites familiales et d'offrir des activités sociales. Les méthodes utilisées pour soutenir les visites en personne pendant la pandémie comprennent les visites à la fenêtre, les visites à l'extérieur avec distanciation physique, les visites en personne dans des salles/conteneurs spéciaux avec des barrières et les visites en personne avec éloignement physique dans les chambres des résidents ou les aires communes. La technologie (c.-à-d. les appels téléphoniques et les appels vidéo) peut offrir des solutions de rechange sécuritaires pour rester en contact avec les membres de la famille et les amis, mais ne peut pas remplacer le contact en personne. Faciliter les liens entre les résidents et les familles (en personne ou virtuels) demande beaucoup de temps et d'efforts à un personnel déjà surchargé

Une récente analyse environnementale des communautés au Canada entre mars et novembre 2020 a permis de cerner 45 exemples de pratiques prometteuses pour atténuer les effets de l'isolement chez les personnes âgées pendant la pandémie (Puxty 2021). Cinq types de stratégies de programme efficaces pour atténuer l'isolement social ont été recensés, soit la participation par les arts, l'interaction sociale, la technologie, l'éducation et l'activité physique. Les programmes intégrant plus d'un de ces programmes ont été jugés les plus efficaces pour atténuer l'isolement social (annexe 4).

6. Recommandations quant aux mesures à prendre

De la discussion dans les sections 2 à 5, les recommandations de mesures suivantes ont été extraites pour examen par tous les ordres de gouvernement. Les mesures sont organisées en fonction de quatre thèmes : le logement, les soutiens communautaires de base, le lien avec la collectivité et la recherche. De plus, les recommandations sont organisées selon qu'il s'agit de mesures à court, à moyen ou à long terme, en avançant dans le temps, et selon le moment où les résultats des mesures sont susceptibles d'être reconnus (c.-à-d. maintenant, dans les cinq prochaines années et dans plus de cinq ans).

Logement

Court terme (maintenant)

- Revoir les politiques de zonage pour faciliter la construction résidentielle de diverses options de logement pour les personnes âgées.
- Mettre au point des stratégies pour inciter les promoteurs immobiliers, les urbanistes et les acheteurs à intégrer des composantes de conception universelle pour favoriser à l'avenir l'adaptabilité et l'accessibilité dans les nouvelles constructions et les bâtiments en rénovations.
- Mobiliser et faire participer davantage les groupes autochtones à la planification conjointe de stratégies appropriées pour répondre à leurs besoins uniques en matière de vieillissement dans la collectivité.

Moyen terme (dans les cinq prochaines années)

- Revoir des politiques et créer de nouveaux programmes pour encourager le développement de logements supervisés (services de soutien) ou avec aide à la vie autonome, de modèles de soins sur le campus, de collectivités de retraités formées naturellement et de modèles de cohabitation).

Long terme (dans plus de cinq ans)

- Examiner des stratégies permettant un élargissement de l'offre de logements aux aînés dans l'ensemble pour y intégrer des options qui tiennent compte de la gamme des besoins en matière de santé et de la situation de revenu des aînés.
- Envisager des changements au contexte fiscal ou créer des subventions directes qui encouragent l'industrie de la construction résidentielle à construire divers types de logements abordables pour aînés qui intègrent des caractéristiques qui répondent aux besoins des aînés en matière d'accessibilité et d'adaptabilité. Cela pourrait être réalisé seul ou en partenariat avec les gouvernements locaux et les organismes à but lucratif ou sans but lucratif.
- Encourager l'adoption de politiques de conception universelle en matière de logement pourrait aussi mener indirectement à une offre plus souple de logements pour combler les pénuries de logements non seulement pour les personnes âgées, mais aussi pour de nombreux groupes (p. ex. les adultes en âge de travailler ayant une incapacité) dans les collectivités urbaines, rurales et autochtones partout au Canada.

Soutiens communautaires de base

Court terme (maintenant)

- Améliorer la prestation des services de soins à domicile médicaux et non médicaux en ce qui concerne l'évaluation de l'admissibilité, la capacité de fournir tous les services médicaux et non médicaux requis et le volume de services requis de façon équitable pour les aînés et les collectivités.
- Collaborer avec les organismes communautaires et sans but lucratif pour élaborer des modèles de financement durables pour la prestation de programmes et de services aux aînés.

Moyen terme (dans les cinq prochaines années)

- Examiner de nouveaux modèles d'aide financière (p. ex. des subventions directes aux aînés à faible revenu pour payer des services ou des allègements fiscaux aux personnes âgées à revenu plus élevé) pour payer des services communautaires non médicaux.

Long terme (dans plus de cinq ans)

- Réfléchir à la façon de remédier aux difficultés auxquelles font face les petites villes, les collectivités rurales et éloignées et les collectivités autochtones lorsqu'il s'agit de fournir des soutiens communautaires de base pour s'assurer qu'une gamme similaire de services soit trouvée, peu importe où l'on vit.

Lien avec la collectivité

Court terme (maintenant)

- Rendre disponibles des ressources pour réduire l'isolement social et la solitude dès maintenant et après la pandémie. Il pourrait s'agir de ressources pour adapter les programmes en fonction des besoins linguistiques et culturels et offerts au moyen d'un éventail de mécanismes (p. ex., en personne, par téléphone, en ligne, par lettre, etc.).
- Faciliter la programmation intergénérationnelle pour lutter contre l'âgisme.
- Examiner les politiques de formation sur les compétences en communication spécifiquement pour répondre aux défis et aux possibilités des personnes âgées, en allant au-delà de la formation dans les deux langues officielles du Canada.
- Étudier la façon dont les technologies de communication pourraient être développées au moyen de partenariats public-privé pour relever les défis actuels et nouveaux des personnes âgées en matière de communication.
- Trouver des façons de s'assurer que la population âgée aura la scolarité et le revenu nécessaires pour tirer parti des options existantes et des soutiens communautaires.

Moyen terme (dans les cinq prochaines années)

- Déterminer si les lois existantes sont déjà suffisantes ou si de nouvelles lois pourraient être élaborées pour encourager les gouvernements locaux à faire

davantage pour créer des espaces et des infrastructures accessibles afin de promouvoir l'activité sociale chez les personnes âgées et le reste de la population.

- Aller au-delà des critères d'âge arbitraires pour l'évaluation obligatoire des aptitudes à la conduite automobile et fournir plus de conseils et de soutien aux professionnels de la santé qui évaluent la capacité des personnes âgées à continuer de conduire.
- Revoir les cadres réglementaires pour s'assurer que les chauffeurs employés par d'importantes autorités de transport en commun soient bien formés pour conduire les personnes âgées fragiles ou handicapées.
- Envisager des façons d'inciter les fournisseurs de services de transport locaux (c.-à-d. bénévoles, taxis, Uber) à offrir davantage de véhicules adaptés aux personnes âgées dans leur flotte et à avoir une sensibilisation de base à l'invalidité (c.-à-d. comment aider les passagers en toute sécurité, communiquer efficacement et offrir un service de porte à porte).
- Travailler ensemble pour s'assurer que tous les Canadiens aient accès à une connexion Internet à la maison à faible coût et gratuitement dans les espaces publics devrait être une priorité.
- Revoir des politiques pour s'assurer qu'elles soutiennent un équilibre entre l'atténuation de la maladie et les besoins en lien social des personnes âgées, de leur famille et de leurs amis (c.-à-d. milieux de soins de longue durée, logements collectifs).
- Établir des partenariats avec des établissements d'enseignement postsecondaire et des organismes bénévoles pour offrir des soins plus nombreux et de meilleure qualité, faciliter les visites en personne et virtuelles des membres de la famille et des aidants naturels, permettre des activités sociales et faciliter la coordination avec des organismes externes offrant des programmes pour lutter contre l'isolement social et la solitude dans la collectivité et dans les établissements de soins de longue durée).

Long terme (dans plus de cinq ans)

- Réfléchir aux façons de faciliter des changements au milieu bâti qui rendraient les milieux plus conviviaux pour les aînés et encourageraient le transport actif (p. ex. marche et vélo).
- Revoir les politiques pour s'assurer que les travailleurs âgés soient encouragés à continuer de faire partie de la population active.

Recherche

Court terme (maintenant)

- Entreprendre des études à grande échelle sur la domotique (technologies de maison intelligente) afin d'évaluer la faisabilité, la validité et la fiabilité de la surveillance fonctionnelle et de comparer l'efficacité de diverses technologies.
- Entreprendre des recherches pour mieux comprendre à quoi ressemblera la future population âgée en ce qui concerne son état socioéconomique, son état de santé, sa diversité et son profil de genre.
- En collaboration avec les collectivités autochtones, établir un programme de recherche et d'élaboration de politiques qui répondront aux besoins des adultes autochtones âgés en matière de logement et de soutiens communautaires.

Moyen terme (dans les cinq prochaines années)

- Évaluer des questions comme la protection des renseignements personnels, la surveillance et qui devrait contrôler les données générées par les technologies intelligentes.
- Effectuer des recherches afin de mieux comprendre les expériences et les répercussions du vieillissement avec les troubles de la communication et d'apprendre la meilleure façon de minimiser l'incapacité associée à ces troubles.
- Rechercher la façon d'élargir les programmes pour éliminer les préjugés envers les personnes âgées racialisées, autochtones, LGBTQ2 et les identités intersectionnelles de la population vieillissante.

Long terme (dans plus de cinq ans)

- Commander des études évaluées par les pairs pour déterminer la valeur à court et à moyen terme des six interventions suivantes qui semblent réduire l'isolement social et la solitude : programmes de tissage de liens d'amitié; lignes téléphoniques de sensibilisation et d'information; programmes de prescription sociale, de promotion de la santé et de mieux-être; programmes d'aide pratique; programmes de dons technologiques et de formation; projets du type Seniors' Centre Without Walls.

7. Conclusions

Ce rapport cerne les lacunes ou les faiblesses dans la façon dont nous soutenons le vieillissement dans la collectivité. Il présente également des mesures, des stratégies, des approches, des politiques et/ou des recherches qui pourraient être appliquées pour combler ces lacunes à court, moyen et long terme en mettant l'accent sur le logement, les soutiens communautaires de base et la lutte contre l'isolement social. Le cas échéant, nous avons tenu compte de l'échelle géographique (grandes régions urbaines, petites villes et collectivités éloignées) et de la diversité de la population de personnes âgées. Nous avons déterminé comment l'accessibilité et le transport, la technologie et les communications ainsi que les questions de participation et d'inclusion pourraient être abordées et faciliter le vieillissement dans la collectivité. Tout au long du rapport, nous avons cerné les lacunes et fourni des exemples qui pourraient servir à l'élaboration de politiques visant à combler ces lacunes. Nous avons cerné les tendances émergentes et les domaines où il y a peu de recherches pour orienter l'élaboration des politiques, et nous avons suggéré des sujets sur lesquels devraient porter de futures recherches.

Ce rapport met en lumière les synergies des rapports précédents sur les besoins en logement des personnes âgées, les soutiens communautaires de base pour vieillir dans la collectivité et l'isolement social chez les personnes âgées pendant la pandémie. Les rapports sur le logement et sur les soutiens communautaires ont été achevés avant le début de la pandémie de COVID-19 au Canada, tandis que le rapport sur l'isolement social a été terminé en pleine pandémie de COVID-19 (mai 2021). Ce que la pandémie a rendu encore plus clair, ce sont les limites et la fragilité des programmes existants de logement et de soutiens communautaires de base lorsque les personnes âgées sont

isolées chez elles et que la prestation des services dépend de l'interdiction de communiquer en personne par les fournisseurs (officiels et officieux). Bien qu'on ait relevé de nombreux modes créatifs de prestation de services (nombre d'entre eux dépendant d'Internet), ceux-ci avaient aussi leurs limites.

Après la pandémie de COVID-19, nous célébrerons sans doute la résilience des personnes âgées, des soignants professionnels et aidants naturels et des prestataires de services du public, ainsi que des secteurs avec et sans but lucratif, dans leurs efforts pour réduire les répercussions négatives sur les personnes âgées. Toutefois, tous les ordres de gouvernement devront continuer de promouvoir le vieillissement réussi dans la collectivité en répondant aux besoins non satisfaits en matière de logement et de soutiens communautaires et en réduisant les niveaux d'isolement social et de solitude qui continuent de faire partie de la vie de nombreuses personnes âgées partout au Canada.

Sources consultées

- AGE-WELL APPTA PROPAVIT – *Explorons les possibilités de soutien à domicile*. Tiré de : <https://agewell-nih-appta.ca/fr/shareables/reports/>
- Anani, N. (2018), « Paving the Way for the Future of Work ». Analyse de politiques, <https://www.utpjournals.press/doi/abs/10.3138/cpp.2018-012>
- Anderson, S. et J. Parmar (2020). « A tale of two solitudes experienced by Alberta family caregivers during the COVID-19 pandemic ». University of Alberta. <https://corealberta.ca/resources/alberta-family-caregivers-impacts-covid-19-pandemic>
- Angus J. et Reeve P. (2006). « Ageism: A threat to “Aging Well” in the 21st Century ». *Journal of Applied Gerontology*, 25(2), 137-152. <https://doi.org/10.1177/0733464805285745>
- Association des centres pour aînés de l'Ontario. (2020). The OACAO COVID-19 re-opening survey: Perspectives of centre participants. Rapports provinciaux
- Association des universités et collèges du Canada (2011). *Tendances dans le milieu universitaire : Volume 1 – Effectif* Ottawa : AUCC.
- Atlas of the Aging Population of Canada. <https://www.queensu.ca/geographyandplanning/gaplab/atlas-aging>
- Ayalon, L. (2020). « There is nothing new under the sun: Ageism and intergenerational tension in the age of the COVID-19 outbreak ». *International Psychogeriatrics*, 32(10), 1221-1224. <https://doi.org/10.1017/S1041610220000575>
- Barrett, E. J. « The needs of elders in public housing: Policy considerations in the era of mixed-income redevelopment ». *Journal of Aging & Social Policy*, 25(3), 218-233. <https://doi.org/10.1080/08959420.2013.792683>
- Bénévoles Canada (2020). Optique du bénévolat en temps de pandémie. Sondage de l'automne 2020. <https://volunteer.ca/index.php?MenuItemID=433&lang=fr>
- Bigonnesse, C., Beaulieu, M. et Garon, S. « Meaning of home in later life as a concept to understand older adults' housing needs: Results from the 7 Age-Friendly Cities Pilot Project in Québec ». *Journal of Housing for the Elderly*, 28(4), 357–382. <https://doi.org/10.1080/02763893.2014.930367>.
- Cain, K. L., Millstein, R. A., Sallis, J. F., Conway, T. L., Gavand, K. A., Frank, L. D. et King, A. C. (2014). Contribution of streetscape audits to explanation of physical activity in four age groups based on the Microscale Audit of Pedestrian

- Streetscapes (MAPS). *Social Science & Medicine*, 116, pp. 82-92.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.06.042>
- Carver, L., Crow, B., Rosenberg, M.W. et Puxty, J. (2019) Soutiens communautaires de base pour vieillir dans sa collectivité. Ottawa : Ministres fédéral/provinciaux/territoriaux responsables des aînés
- CBC News. (2 février 2021). Calgary group recruiting volunteers to drive seniors to appointments. CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/calgary/senior-transportation-volunteer-vaccine-1.5896936>
- Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations et Jennifer D. Walker (2017). *Aging and Frailty in First Nations Communities*. *La Revue canadienne du vieillissement* DOI : <https://www.cambridge.org/core/journals/canadian-journal-on-aging-la-revue-canadienne-du-vieillissement/article/aging-and-frailty-in-first-nations-communities/4B6372E43596269E457457D223B782D4>.
- Chamberland, L., Beauchamp, J., Dumas, J. et Kamgain, O. (2016). Aîné. e. s. LGBT : favoriser le dialogue sur la préparation de leur avenir et de leur fin de vie, et la prise en charge communautaire. Rapport de recherche – volet montréalais. Montréal, Canada : Chaire de recherche sur l'homophobie, Université du Québec à Montréal.
- Chouvarda I.G., Goulis, D.G., Lambrinoudaki, I. et Maglaveras. N. (2015) Soins de santé connectés et soins intégrés : Towards new models for chronic disease management. *Maturitas*, 82 (1), 22-27.
<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.03.015>
- Classen, S. (2019) Smart in-vehicle technologies and older drivers: A scoping review. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 39 (2), 97–107.
<https://doi.org/10.1177/1539449219830376>.
- Conseil des académies canadiennes. (2017). *Favoriser la mobilité des aînés canadiens*. Ottawa (Ontario) : Le comité d'experts sur les besoins de transport d'une population vieillissante, Conseil des académies canadiennes.
- Coordinated Pandemic Response Steering Committee. (2020). Coordinated pandemic response for Edmonton senior service community.
<https://www.seniorscouncil.net/uploads/files/Edmonton-Senior-Serving-Pandemic-Response-Report-FINAL.pdf>

- Curtis, S., Cave, B. et Coutts, A. (2002). Is urban regeneration good for health? Perceptions and theories of the health Impacts of Urban Change. *Environment and Planning C: Government and Policy*, 20(4), 517–534.
<https://doi.org/10.1068/c02r>
- Czaja S.J., Boot W.R., Charness, N., Rogers, W.A. & Sharit, J. (2018) Improving social support for older adults through technology: Findings from the PRISM randomized controlled trial. *Gerontologist*, 58(3):467–77.
- Davidson, J. et Schimmele, C. (2019). Évolution de l'utilisation d'Internet chez les aînés canadiens. Statistique Canada.
<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11f0019m/11f0019m2019015-fra.htm>
- Douglas, H., Georgiou, A. et J. Westbrook. Social participation as a indicator of successful aging: An overview of concepts and their associations with health. *Australian Health Review*, 41(4) 455-462 <https://doi.org/10.1071/AH16038>
- Doupe M, Finlayson G, Khan S, Yogendran M, Schultz J, McDougall C, et Kulbalba C. (2016) *Supportive Housing for Seniors : Reform Implications for Manitoba's Older Adult Continuum of Care Winnipeg, MB*. Manitoba Centre for Health Policy, printemps 2016. Source : http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference/Supportive%20Housing_report_web.pdf
- Emerson, K. G. (2020). Coping with being cooped up: social distancing during COVID-19 among 60+ in the United States. *Pan American Journal of Public Health*, 44(e81). [https://www.clsa-elcv.ca/fr/resultats-etude-covid](https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.81Farber, N., Shinkle, D., Lynott, J., Fox-Gage, W. et Harrell, R. (2011). <i>Aging in Place: A State Survey of Livability Policies and Practices</i>. Denver, Colorado : National Conference of State Legislatures.</p>
<p>Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (2021). Tableau de bord des données de l'étude par questionnaire sur la COVID-19. <a href=)
- Fisher, K. J., Li, F., Michael, Y. et Cleveland, M. (2004). Neighborhood-level influences on physical activity among older adults: A multilevel analysis. *Journal of Aging and Physical Activity*, 12(1), 45–63. <https://doi.org/10.1123/japa.12.1.45>
- Gouvernement du Québec (2019). Vos priorités, votre budget : Discours sur le budget – Accroître la disponibilité de la main-d'œuvre.
http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2019-2020/fr/documents/Discours_1920.asp#chapitre4_2

- Greenfield, E.A., Scharlach, A.E., Lehning, A.J., Davitt, J.K., et Carrie L. Graham, C.L. (2013) A tale of two community Initiatives for promoting aging in place: Similarities and differences in the national implementation of NORC Programs and Villages. *The Gerontologist*, 53 (6), p. 928 à 938.
- Gustafson, Sr., D.H., McTavish, F., Gustafson, Jr., D.H., Mahoney, J.E., Johnson, R.A., Lee, J.D., Quanbeck, A., Atwood, A.K., Isham, R., Veeramani, L. et Dhavan S. (2015) The effect of an information and communication technology (ICT) on older adults' quality of life: study protocol for a randomized control trial. *Trials*, 16, <https://doi.org/10.1186/s13063-015-0713-2>
- Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 218–227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>
- Hirani S.P., Beynon, M., Cartwright, M., Rixon, L., Doll, H., Henderson, C. et coll. (2014) The effect of telecare on the quality of life and psychological well-being of elderly recipients of social care over a 12-month period: The whole systems demonstrator cluster randomised trial. *Age & Ageing*, 43(3):334–41.
- HomeStars. (2017). Insights Forum 2017 Aging in Place Report. Source : <https://cdn.homestars.com/assets/marketing/HomeStars-Insights-Forum+%E2%80%93+2017-Aging-in-Place-Report.pdf>.
- Institut national d'excellence en santé et services sociaux. (2020). COVID-19 et la socialisation à distance entre les personnes hébergées et les proches aidants en contexte d'interdiction de visite. <https://www.inesss.qc.ca/covid-19/services-sociaux/socialisation-a-distance-personnes-hebergees-et-proches-aidants.html>
- Jacobs, J. M., Rottenberg, Y., Cohen, A. et Stessman, J. (2013). Activité physique et utilisation des services de santé chez les personnes âgées. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(2), p. 125 à 129. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2012.10.023>
- Jacklin, K. M., Walker, J. D. et Shawande, M. (2012). The emergence of dementia as a health concern among First Nations populations in Alberta, Canada. *Revue canadienne de santé publique*, 104 (1), p. e 39 à e44.
- Kaiser, H. J. (2009). Mobility in old age. *Journal of Applied Gerontology*, 28(4), p. 411 à 418. <https://doi.org/10.1177/0733464808329121>
- Keefe, J., M. Andrew, P. Fancey et M. Hall (2006). *Final report : A profile of social isolation in Canada*. Présenté au président du Groupe de travail FPT sur l'isolement social.

- Keenan, L. (2017) Low Income Immigrant and Refugee Seniors: Housing and Health Needs Assessment. Edmonton : Homeward Trust, <https://homewardtrust.ca/wp-content/uploads/2017/11/Keenan-2017.pdf>
- Kerr, J., Rosenberg, D. et Frank, L. (2012). The role of the built environment in healthy aging. *Journal of Planning Literature*, 27(1), pp. 43 à 60. <https://doi.org/10.1177/0885412211415283>
- Levasseur, M., Dubois, M., Généreux, M., Menec, V., Raina, P., Roy, M., Gabaude, C., Couturier, Y. Capturing how age-friendly communities foster positive health, social participation and health equity: A study protocol of key components and processes that promote population health in aging Canadians. *BMC Public Health*, 17(1), 502-11. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4392-7>
- Lee, J. S., Zegras, P. C. et Ben-Joseph, E. (2013). Safely active mobility for urban baby boomers: Le rôle de la conception du quartier. *Accident Analysis & Prevention*, vol. 61, p. 153–166. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2013.05.008>
- Lockhart T.E., Soangra R., Chung C., Frames C., Fino P., et Zhang J. (2014) Development of automated gait assessment algorithm using three inertial sensors and its reliability. *Biomed Sci Instrum.* 50, 297-306.
- MacDonald, B-J. (2019) New Canada Pension Plan enhancements: What will they mean for Canadian seniors? *Analyse de politiques*, <https://www.utpjournals.press/doi/abs/10.3138/cpp.2018-049>.
- Makaroun, L. K., Beach, S., Rosen, T. et A. M. Rosland (2021). Changes in elder abuse risk factors reported by caregivers of older adults during the COVID-19 Pandemic. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(3), p. 602 à 603. <https://doi.org/10.1111/jgs.17009>
- Malenfant, E.C. et Morency, J.D. (2011). *Projections démographiques selon l'identité autochtone au Canada, 2006 à 2031*. Extrait du site Web de Statistique Canada : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/91-552-x/91-552-x2011001-fra.htm>.
- Ministère des Services aux Autochtones (2020) *Rapport annuel au Parlement 2020*. Ottawa : Ministère des Services aux Autochtones.
- Moudon, A. V., Lin, L., Jiao, J., Hurvitz, P. et Reeves, P. (2011). The risk of pedestrian injury and fatality in collisions with motor vehicles, a social ecological study of state routes and city streets in King County, Washington. *Accident Analysis & Prevention*, 43(1), 11–24. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2009.12.008>
- Morency, J-D., Caron-Malenfant, E., Coulombe, S. et S. Langlois (2015) *Projections de la population et des ménages autochtones au Canada, 2011 à 2036*.

- Conseil national des aînés, 2014 – Rapport sur l'isolement social des aînés, 2013 -2014 Ottawa : Emploi et Développement social Canada
- Nelson, T. D. (2005). « Ageism: Prejudice Against Our Feared Future Self ». *Journal of Social Issues*, 61(2), p. 207–221. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00402.x>
- Officer, A., Schneiders, M. L., Wu, D. Nash, P., Thiagarajan, J. A. et Beard, J. R. (2016). Valuing older people: time for a global campaign to combat ageism *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 94 (10). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/271993>
- Ontario Age-Friendly Communities Outreach Program (2021 a, mars). How are organizations using technology to mitigate social isolation and loneliness, and increase social participation among older adults? Community of Interest on Social Isolation & Loneliness Newsletter (en anglais seulement). https://mcusercontent.com/fa3447_d8d1381928e407da/files/e53f46d6-b_aaa9-d4ffea5e1c94/issue_7_attachment.02.pdf
- Ontario Age-Friendly Communities Outreach Program. (2021b). Building connections: Promising practices to reduce older adult social isolation for age-friendly community initiatives. <https://sagelink.ca/wp-content/uploads/2021/04/Building-Connections-April-2021.pdf>
- Ontario Caregiver Organization. (2020). 3rd annual spotlight on Ontario's caregivers Covid-19 edition. <https://ontariocaregiver.ca/wp-content/uploads/2020/12/OCO-Spotlight-report-English-Dec10.pdf>.
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2007) *Global Age-Friendly Cities : A Guide*. Genève, Organisation mondiale de la santé
- Palm, M., Allen, J., Widener, M., Zhang, Y., Farber, S. et Howell, N. (2020a). Preliminary results from the public transit and COVID-19 survey. <https://uttri.utoronto.ca/files/2020/05/Preliminary-Report-on-the-Public-Transit-and.pdf>
- Palm, M., Farber, S., Allen, J., Zhang, Y., Widner, M. et Howell, N. (2020b). Public transit and COVID-19 survey: Results from the City of Vancouver. <https://mobilizingjustice.ca/transit-%26-covid-19-survey>
- Park, J. (2012). « Formation liée à l'emploi des travailleurs âgés ». *L'emploi et le revenu en perspective*. Été 2012, vol. 24, no 2 : Statistique Canada, no 75-001-XIE au catalogue.
- Peek, S.T.M., Eveline J.M.Wouters, E.J.M., Hoof, J., Katrien G.Luijckx, K. G., Hennie R.Boeije, H. R. et Vrijhoef, H.J.M. (2014) Factors influencing acceptance of

- technology for aging in place: A systematic review. *International Journal of Medical Informatics*, 83(4), 235-248.
- Pignall, J., Arrowsmith, S. et Ness, A. (2010). *Premiers résultats de l'Enquête sur les travailleurs âgés*, 2008, Statistique Canada, Ottawa. Source : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/89-646-x/89-646-x2010001-fra.pdf?st=8pGkJxGm>.
- Pirrie, M., et G. Agarwal (2021). Older adults living in social housing in Canada: The next COVID-19 hotspot? *Revue canadienne de santé publique*, 112 (1), pp. 4-7. <https://doi.org/10.17269/s41997-020-00462-8>.
- Plouffe, L. A., Garon, S., Brownoff, J. Eve, D., Foucault, M-L., Lawrence, R., Lessard-Beaupré, J-P. et V. Toews (2012-2013) « Advancing age-friendly communities in Canada ». *Revue canadienne de politique sociale*, 68/69, 24-38.
- Puxty, J., Rosenberg, M. W., Carver, L. et Crow, B. (2019). Rapport sur les besoins des aînés en matière de logement. Ottawa : Ministres fédéral/provinciaux/territoriaux responsables des aînés
- Puxty, J., Webster, S., Brancaccio, L. et Punjwani, A. (2021). Building connections: Promising practices to reduce older adult social isolation for age-friendly community initiatives. <http://sagelink.ca/wp-content/uploads/2021/04/Building-Connections-April-2021.pdf>
- M. J. Rantz, M. Skubic, M. Popescu, C. Galambos, R. J. Koopman, Alexander G. L., Phillips L. J., Musterman K., Back J. et Miller S.J. (2015). A new paradigm of technology-enabled 'Vital Signs' for early detection of health change for older adults. *Gerontologist*, vol. 61, p. 281-290.
- Reeder, B., Meyer, E., Lazar, A., Chaudhuri, S., Thompson, H. J., et Demiris, G. (2013). « Framing the evidence for health smart homes and home-based consumer health technologies as a public health intervention for independent aging: A systematic review: A systematic review. » *International Journal of Medical Informatics*, 82(7), 565-579. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2013.03.007>
- Renalds, A., Smith, T. H. et P. J. Hale (2010). A systematic review of built environment and health. *Family & Community Health*, 33(1), p. 68 à 78. <https://doi.org/10.1097/fch.0b013e3181c4e2e5>
- Ronzi, S., Orton, L., Pope, D., Valtorta, N. K. et N. G. Bruce (2018). What is the impact on health and wellbeing of interventions that foster respect and social inclusion in community-residing older adults? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Systematic Reviews*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0680-2>

- Rosenberg, M.W. et Waldbrook, N. (2017) Creating new geographies of health and health care through technology. In *Handbook on Geographies of Technology*. Barney Warf, éd. Cheltenham : Edward Elgar, p. 443-457.
- Seelye A., Mattek N., Sharma N., Riley T., Austin J., Wild K., Dodge H.H., Lore E., et Kaye J. (2018) Weekly observations of online survey metadata obtained through home computer use allow for detection of changes in everyday cognition before transition to mild cognitive impairment. *Alzheimers Dementia*, 14(2),187-194.
<https://doi.org/10.1016/j.jalz.2017.07.756>
- Skinner, M.W. (2014) Towards a geographical perspective on third sector organisations and volunteers in aging communities. *Voluntary Sector Review*, 5, p. 161-180.
- Skinner, M.W., Joseph, A.E. et Herron, R.V. (2016) Voluntarism, defensive localism and spaces of resistance to health care restructuring. *Geoforum*, 72, p. 67-75.
- Société Alzheimer du Canada, ARCH Disability Law Centre, Association canadienne pour l'intégration communautaire, Association canadienne pour la santé mentale – section de Toronto, Conseil des Canadiens avec déficiences, IRIS – Institut de recherche et de développement sur l'intégration et la société. Personnes d'abord du Canada, Social Rights Advocacy Centre et Wellesley Institute (2017) *Meeting Canada's Obligations to Affordable Housing and Supports for People with Disabilities to Live Independently in the Community: Under Articles 19 and 28, Convention on the Rights of Persons with Disabilities And under Articles 2 and 11, International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. Présentation à la rapporteuse spéciale des Nations Unies sur le droit au logement pour son prochain rapport à l'Assemblée générale des Nations Unies, 72e session.
- Société canadienne d'hypothèques et de logement. (2016c). Facteurs qui déterminent les choix de logements des aînés – 2e partie. Tiré de : <https://assets.cmhc-schl.gc.ca/sf/project/cmhc/pubsandreports/pdf/68710.pdf?rev=23952860-375f-4c33-af11-6787e43a368d>
- Statistique Canada (2017) « La scolarité au Canada : faits saillants du Recensement de 2016. » *Le Quotidien*, 29 novembre 2017.
- Statistique Canada (2017) *Les conditions de logement des peuples autochtones au Canada*. Ottawa : Gouvernement du Canada, no 98-200-X2016021 au catalogue.
- Statistique Canada (2020) *Statistiques sur les adultes âgés et le vieillissement démographique*. Ottawa : Gouvernement du Canada.
https://www.statcan.gc.ca/fr/sujets-debut/adultes_ages_et_vieillessement_demographique

- Statistique Canada. (2021). Enquête sur la population active, décembre 2020. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210108/dq210108a-fra.htm>
- Stratégie mondiale et plan d'action de l'Organisation mondiale de la Santé sur le vieillissement et la santé (2016-2020) Genève, Organisation mondiale de la santé
- Thorpe, K. (2008). *Harnessing the Power: Recruiting, Engaging, and Retaining Mature Workers*. Conference Board du Canada.
- Turcotte, M. (2012). « Profil des habitudes liées au transport chez les aînés ». Ottawa : Statistique Canada, *Tendances sociales canadiennes*.
- Un profil de la démographie, de l'emploi et du revenu des Canadiens ayant une incapacité âgés de 15 ans et plus, 2017, Ottawa : Rapports sur l'enquête canadienne sur l'incapacité (Statistique Canada), <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-654-x/89-654-x2018002-fra.htm>
- Vogelsang, E.M. (2016) Older adult social participation and its relationship with health: Rural-urban differences. *Health and Place*, 42, p. 111-119.
- Wali, A. (2019). *Conditions de logement des ménages autochtones hors réserve*. Ottawa : Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL)
- Weldon, T. (25 mai 2020). Charity that provides affordable rides desperate for volunteers. CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/new-brunswick/rural-urban-rides-westmorland-albert-affordable-transportation-1.5580887>
- Wiles, J. L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J., et Allen, R. E. S. (2011). The meaning of "ageing in place" to older people. *The Gerontologist*, 52(3), p. 357–366.
- Williams, A.P., Lum, J.M., Deber, R., Montgomery, R., Kuluski, K., Peckham, A., Watkins, J., Williams, A., Ying, A. et Zhu, L. (2009) Aging at home: Integrated community-based care for older people, *Healthcare Papers* 10 (1). 8-21. <http://doi.org/10.12927/hcpap.2009.21218>
- Wister, A.V. et Kadowaki, L. (2021). *Social Isolation among Older Adults during the Pandemic* (non encore traduit en français). Ottawa : Ministres fédéral/provinciaux/territoriaux responsables des aînés
- Young, A. F., Russell, A. et J. R. Powers (2004). The sense of belonging to a neighbourhood: can it be measured and is it related to health and well being in older women? *Social Science & Medicine*, 59(12), 2627–2637. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.05.001>

Zimmerman, S., Sloane, P. D., Katz, P. R., Kunze, M., O'Neil, K. et B. Resnick (2020).
The need to include assisted living in responding to the COVID-19 pandemic.
Journal of the American Medical Directors Association, 21(5), p. 572 à 575.

Annexe 1 – Résumé des principales constatations du Rapport sur les besoins des aînés en matière de logement (Puxty et coll., 2019)

Selon le Recensement de 2016, près du quart des aînés éprouvaient des besoins impérieux en matière de logement (24,8 %), quelles que soient leurs conditions de logement. Chez toutes les personnes âgées, les problèmes d'abordabilité étaient les plus fréquents (19,4 %), suivis des problèmes de qualité (4,6 %) et de taille (2,6 %), soit pour des raisons individuelles, soit en combinaison avec d'autres raisons liées au besoin impérieux en matière de logement. Chez les aînés vivant seuls, 39,7 % avaient des problèmes d'abordabilité.

Les personnes qui éprouvent des besoins impérieux en matière de logement ont tendance à disposer d'un revenu moyen nettement inférieur. Les femmes âgées sont plus susceptibles de vivre seules et d'avoir un faible revenu, de sorte qu'elles auront davantage tendance à éprouver des besoins impérieux en matière de logement. De fait, en 2016, les femmes vivant seules constituaient 57,4 % des aînés qui éprouvaient des besoins impérieux en matière de logement (tableau 4). De plus, la même année, la plupart des aînés ayant des besoins impérieux en matière de logement vivaient en appartement et payaient un loyer (tableau 5, Société canadienne d'hypothèques et de logement, 2016b).

Dans ce contexte, les principales constatations du rapport de Puxty et coll. (2019) indiquaient ceci :

1. Il faut élargir l'offre globale de logements aux aînés pour y intégrer des options qui tiennent compte de la gamme des besoins en matière de santé et de la situation de revenu des aînés.
2. Les femmes âgées sont plus susceptibles de vivre seules et d'avoir un faible revenu, de sorte qu'elles auront davantage tendance à éprouver des besoins impérieux en matière de logement.
3. Il faut continuer de rechercher des stratégies pour inciter les bâtisseurs, les urbanistes et les acheteurs à intégrer des composantes de conception universelle pour favoriser à l'avenir l'adaptabilité et l'accessibilité aux constructions et rénovations.
4. Les stratégies doivent continuer de favoriser et de promouvoir la création d'options diversifiées et abordables en matière de logement, puisque les éléments d'information examinés à l'échelle nationale et internationale montrent que les effets positifs sur le maintien du bien-être des aînés ne résultent pas d'une seule option de logement aux aînés et que la diversité en la matière est de mise.
5. D'après les exemples répertoriés, le bien-être des aînés peut être rehaussé si tous les ordres de gouvernement favorisent et promeuvent l'intégration de principes favorables des aînés à l'ensemble des politiques et de la planification de conception des immeubles et de l'espace à l'avenir. Dans l'ensemble, pour instaurer des collectivités-amies des aînés, la conception domiciliaire, l'aménagement des quartiers, l'urbanisme, les transports, les services de santé et les soins à domicile doivent faire l'objet d'adaptations et d'une transformation.

Annexe 2 – Résumé des principales constatations du rapport sur les soutiens communautaires de base pour vieillir dans la collectivité (Carver et coll., 2019)

Voici les principales constatations du rapport de Carver et coll. (2019) :

1. Tous les paliers de gouvernement déploient des efforts constants et continus pour répondre aux besoins des personnes âgées qui vieillissent chez elles.
2. En général, les Canadiens âgés sont bien servis par les soutiens communautaires liés à la santé. De nombreux services essentiels sont offerts de façon uniforme dans chaque province et territoire; toutefois, l'accès au sein des administrations comporte des défis et l'offre de certains services présente des disparités régionales.
3. Le soutien non médical, comme le soutien à domicile, le soutien social et le soutien financier, est offert de façon moins cohérente d'une administration à l'autre. Bien souvent, ces types de services ne sont pas intégrés, d'où les difficultés à surmonter en termes d'accès, surtout pour les personnes âgées vivant en milieu rural ou éloigné. Les services non médicaux sont tout aussi importants, d'autant plus que les personnes âgées sont souvent isolées socialement.
4. Il est particulièrement important de combler les lacunes relativement aux soutiens financiers offerts. Bon nombre de personnes âgées se sentent suffisamment bien physiquement et émotionnellement pour vieillir à domicile, mais n'en ont pas les moyens. Cela peut entraîner l'admission prématurée dans des résidences pour personnes âgées coûteuses ou dans des établissements de soins financés par l'État (p. ex. les établissements de soins de longue durée ou les foyers de soins).
5. Il faut adopter des approches novatrices qui mettent à profit les ressources communautaires (p. ex. les bénévoles, les réseaux de proches et d'amis), et il faut également utiliser davantage la technologie et envisager d'autres façons de fournir des services pouvant offrir des solutions dynamiques et potentiellement moins coûteuses pour combler les lacunes en matière de soins.
6. Étant donné que le besoin et l'utilisation des services varient d'une personne et d'une collectivité à l'autre, l'un des défis à relever à l'avenir sera de veiller à ce que la disponibilité des services et l'accès à ceux-ci correspondent à la véritable demande de services dans la collectivité.
7. Désormais, il faudra également tenir compte des défis liés à la prestation de services dans les collectivités rurales et éloignées.
8. Enfin, un plus grand nombre de Canadiens vivent plus longtemps, ce qui signifie que la demande de programmes de services de soutien augmentera probablement. On pourrait donc devoir envisager de rendre la conception et la prestation des services plus efficaces pour s'assurer que toutes les personnes âgées sont habilitées à vieillir chez elles.

Annexe 3 – Résumé des principales constatations du rapport sur l'isolement social des aînés pendant la pandémie (Wister et Kadowaki, 2021)

1. Les aînés canadiens représentent une population hétérogène, et les programmes devraient être adaptés pour répondre à leurs besoins linguistiques et culturels grâce à divers modes de communication (p. ex. en personne, par téléphone, en mode virtuel, par la poste, etc.).
2. Il existe un fossé numérique et, par conséquent, certaines sous-populations risquent de subir une exclusion encore plus marquée pendant la pandémie. Il devrait être une priorité de s'assurer que tous les Canadiens ont accès à une connexion Internet à la maison à faible coût et gratuitement dans les espaces publics.
3. Les programmes intergénérationnels offrent non seulement des avantages sociaux aux aînés et aux jeunes, mais, de plus, ils se sont révélés efficaces pour réduire l'âgisme.
4. Le développement de partenariats qui tirent parti de l'expertise et des ressources des intervenants a contribué au succès des interventions.
5. Les politiques gouvernementales en matière de SLD (p. ex. conception des installations, politiques relatives aux visiteurs, niveaux de dotation en personnel) ont une incidence importante sur la santé et la vie sociale des résidents d'établissements de SLD. On devrait examiner ces politiques pour déterminer la façon dont elles pourraient concilier l'atténuation des maladies et les besoins en matière de liens sociaux.
6. Dans les établissements de SLD, le soutien adéquat du personnel est un élément essentiel pour les visites avec la famille et les aidants naturels (en personne ou de façon virtuelle), les activités sociales et la coordination avec les organisations externes proposant des programmes.
7. Dans l'avenir, il sera essentiel d'assurer la durabilité des interventions efficaces. Bon nombre des interventions proposées par les organisations communautaires et à but non lucratif sont soutenues par des financements à court terme, et il faut des sources de financement durables.
8. Bien qu'on ait effectué peu d'évaluations officielles des interventions visant à réduire l'isolement social des personnes âgées, selon les données anecdotiques et les évaluations pré-pandémiques, il pourrait y avoir des avantages aux pratiques prometteuses suivantes :

- **Programmes d'amitié** : Un petit nombre d'études et d'observations anecdotiques suggèrent que la participation est bénéfique tant pour les personnes âgées que pour les bénévoles.
- **Contacts téléphoniques et lignes d'information** : Une étude prépandémique a établi un lien entre les contacts téléphoniques et les lignes d'aide et d'information et la réduction de l'isolement social. Des données anecdotiques suggèrent des volumes d'appels élevés pendant la pandémie.
- **Programmes de promotion de la santé et du mieux-être** : Avant la pandémie, il y avait un ensemble de nouvelles données probantes en faveur de l'offre de programmes de soutien aux aidants naturels en ligne. Des preuves de l'efficacité d'autres types de programmes de promotion de la santé et du mieux-être pour réduire l'isolement social ont été trouvées, bien que ces effets aient été observés sur la base de versions en personne des programmes.
- Au cours des dernières années, les **programmes de prescription sociale** ont vu le jour. Dans le cadre de ces programmes, des professionnels de la santé aiguillent les patients vers des navigateurs communautaires, qui les aident à accéder aux soutiens et aux services communautaires. Il s'agit d'une tendance émergente visant à réduire l'isolement social. En Ontario, dans le cadre d'un projet pilote portant sur des programmes de prescription sociale offerts dans 11 centres de santé communautaires réalisés de 2018 à 2019, on a constaté que 49 % des clients déclaraient que leur solitude diminuait (Alliance pour des communautés en santé, 2020).
- **Programmes d'assistance pratique** : Deux études prépandémiques ont établi un lien entre la réception d'une assistance pratique (livraison de repas) et la réduction des niveaux de solitude. Des données anecdotiques suggèrent des taux élevés de demande pour ces services.
- **Programmes de don et de formation en matière de technologie** : Des données anecdotiques indiquent que ces programmes ont réussi à former des personnes âgées à l'utilisation de la technologie numérique. L'accès à Internet gratuit est un facteur clé de leur réussite.
- **Senior Centre Without Walls** : À ce jour, deux petites évaluations du modèle SCWW ont été réalisées, qui ont toutes deux fait état d'une diminution de la solitude grâce à la participation. Des données anecdotiques suggèrent une participation régulière des aînés au programme SCWW et à d'autres programmes virtuels, ainsi que des réactions positives de la part des participants.

Annexe 4 Exemples canadiens d'initiatives de programmes communautaires visant à atténuer les effets négatifs de l'isolement social ou de la solitude chez les personnes âgées

Name of Initiative	Arts	Social Interaction	Technology	Education	Physical Activity
Activation At-Home Kits	■				
Adopt a Grandparent		■			
Adult Recreation Therapy Centre	■	■		■	■
Better At Home		■			
Buddy Services for Seniors		■			
Buzz Me		■			
Connected Canadians			■	■	
Coping with Loneliness: A resource for Older Adults				■	
COVID-19 Seniors Support Task Force		■			
CSARN Mentorship Program	■	■		■	
CSARN Video resources and seminars	■			■	
Cyber Seniors		■	■	■	
ENRICHES Engagement		■		■	
Facebook Group - Do You Know Your Neighbour		■			
Friendly Neighbour Hotline					
Friendly Voice		■			
Gluu Essentials			■	■	
Good Neighbour Printable Note Card		■			
Home Share		■			
Immigrant Seniors go Digital			■	■	
Inclusive Programs with Sunshine Centres for Seniors		■			■
Life Enrichment Programming	■	■	■	■	■
Links 2 Care		■		■	
Meals on Wheels					
Mentoring Plus		■			
ParticipACTION				■	
Phone Buddy		■			
Rx: Community Social Prescribing		■	■	■	
SAFE ZONE Brant				■	■
Safety Webinars			■		
Seniors Can Connect			■	■	
Seniors' Centre Without Walls		■		■	
Seniors Quality of Life Outreach	■	■		■	■
Spark Ontario	■	■	■		■
Student-Senior Isolation Prevention Project		■	■	■	
Sunshine Call Project		■			
TelePALS		■	■	■	
The Bright Spot	■	■	■	■	■
The Village C.A.R.E.S. Initiative		■			
Timiskaming Connections Volunteer Line		■			
Virtual Social Recreation		■	■	■	■
Virtual Visits Toolkit		■			
Virtual YMCA				■	
Volunteer Grandparents		■			
Youth Teaching Adults			■	■	

Puxty, J., Webster, S., Brancaccio, L. et Punjwani, A. (2021). Building connections: Promising practices to reduce older adult social isolation for age-friendly community initiatives.

<http://sagelink.ca/wp-content/uploads/2021/04/Building-Connections-April-2021.pdf>

Glossaire

Appartement accessoire — Logement autonome distinct de l'habitation principale, habituellement dans une maison isolée. Un pavillon-jardin, par exemple, un logement autonome sans sous-sol bâti sur un terrain déjà occupé par une maison, est une forme de logement accessoire.

Besoin impérieux en matière de logement — Un ménage a des besoins impérieux en matière de logement s'il n'habite pas un logement acceptable, et si son revenu ne suffit pas à acquitter les dépenses liées à une solution de rechange acceptable. Le logement acceptable est :

- adéquat (il ne nécessite pas de réparations majeures);
- de taille convenable (il compte un nombre suffisant de chambres correspondant à la taille du ménage);
- abordable (le ménage y consacre moins de 30 % de son revenu avant impôt).

Besoin intégré en logement : Besoin en logement qui se situe au-delà de la définition de besoin impérieux en matière de logement par la SCHL. Il englobe le fait d'avoir les moyens de payer les adaptations nécessaires du domicile afin de remédier aux limites à l'accessibilité ou d'éliminer les obstacles aux aides à la mobilité en fonction des niveaux nécessaires de services de soutien, comme les soins à domicile, afin que les aînés puissent « vieillir chez eux ».

Cohabitat — Ensemble résidentiel comportant des installations communes partagées et des logements privés appartenant à des particuliers, habituellement axé sur l'accessibilité physique et la viabilité sociale.

Collectivité-amie des aînés — Collectivité qui soutient la santé, la participation et la sécurité de tous les résidents, peu importe l'âge, notamment par la disponibilité de différentes options de logement et de transport, le potentiel piétonnier du quartier, l'accès aux services destinés aux résidents âgés et les occasions de participer à des activités sociales et communautaires.

Conception universelle — Approche de conception architecturale ou de planification communautaire visant à aménager des bâtiments et des environnements et à fabriquer des produits qui sont intrinsèquement accessibles aux aînés et aux personnes avec et sans handicap.

Principe 1 : Utilisation équitable. La conception est utile et commercialisable pour des personnes ayant des capacités variées.

Principe 2 : Souplesse d'utilisation. La conception tient compte de nombreuses préférences et capacités individuelles.

Principe 3 : Utilisation simple et intuitive. L'utilisation de la conception est facile à comprendre, peu importe l'expérience, les connaissances, les compétences linguistiques ou le niveau de concentration actuel de l'utilisateur.

Principe 4 : Information perceptible. La conception communique efficacement l'information nécessaire à l'utilisateur, peu importe les conditions ambiantes ou les capacités sensorielles de l'utilisateur.

Principe 5 : Tolérance à l'erreur. La conception minimise les risques et les conséquences négatives des actions accidentelles ou non intentionnelles.

Principe 6 : Faible effort physique La conception peut être utilisée efficacement et confortablement avec un minimum de fatigue.

Principe 7 : Taille et espace pour l'approche et l'utilisation. La taille et l'espace appropriés sont prévus pour l'approche, la portée, la manipulation et l'utilisation, peu importe la taille du corps, la posture ou la mobilité de l'utilisateur.

Source : <https://universaldesign.ie/What-is-Universal-Design/The-7-Principles/#p1>

Établissements de soins de longue durée — Établissements résidentiels qui offrent un soutien à la vie autonome et des soins médicaux complets aux résidents vieillissants. D'autres concepts sont parfois employés dans les autres provinces et territoires (par exemple, les foyers de soins personnels au Manitoba – quoique le concept de « foyers de soins personnels » n'ait pas la même signification en Saskatchewan – et les centres d'hébergement et de soins de longue durée au Québec).

Habitation visible — Logement dans lequel tout le monde peut entrer, se déplacer de façon autonome et utiliser une salle de bains au rez-de-chaussée et qui intègre trois caractéristiques d'accessibilité de base :

- une entrée de plain-pied;
- un dégagement de 810 mm (32 po) pour toutes les portes intérieures (y compris celles des salles de bains) du rez-de-chaussée;
- une salle de toilette ou, de préférence, une salle de bains complète au rez-de-chaussée permettant un rayon de braquage de 1500 mm (60 po).

Logement abordable — Logement occupé par un ménage qui y consacre moins de 30 % de son revenu avant impôt. Selon la SCHL, un logement est abordable si les coûts d'habitation équivalent à moins de 30 % du revenu total avant impôt du ménage. Les coûts d'habitation comprennent les suivants :

- Locataires – le loyer et les coûts d'électricité, de combustible, d'approvisionnement en eau et d'autres services municipaux;
- Propriétaires occupants – les paiements hypothécaires (principal et intérêts), les impôts fonciers et les frais de copropriété ainsi que les coûts d'électricité, de combustible, d'approvisionnement en eau et d'autres services municipaux.

Logement acceptable — Est un logement adéquat (qui ne nécessite pas de réparations majeures), de taille convenable (qui compte un nombre suffisant de chambres en fonction du ménage), et abordable (auquel un ménage consacre moins de 30 % de son revenu avant impôt).

Logement accessible — Logement qui a été construit, rénové ou modifié pour permettre à des personnes handicapées d'y vivre en autonomie. L'accessibilité est assurée par la conception architecturale, les éléments d'accessibilité comme des meubles, des tablettes et des placards modifiés ou des dispositifs de contrôle électronique.

Logement accessoire — *Voir appartement accessoire.*

Logement avec services de soutien — Foyers dans lesquels les résidents âgés peuvent vivre avec le soutien d'aides-soignants qui s'occupent du nettoyage et du magasinage et d'autres tâches similaires.

Logement adaptable — Logement conçu pour répondre aux besoins changeants des résidents. Cela peut comprendre les modèles flexibles ou universels, et les modèles qui permettent de créer des logements accessoires légaux au besoin.

Logement adéquat — Logement de qualité convenable qui, de l’avis de ses occupants, ne nécessite pas de réparations majeures. Selon la SCHL, un logement est adéquat si, selon ses résidents, il ne nécessite pas de réparations majeures. Par réparations majeures, on entend notamment les travaux visant à réparer la plomberie ou le câblage électrique ou les travaux structurels visant à réparer les murs, les planchers ou les plafonds.

Logement collectif – Désigne un logement de nature commerciale, institutionnelle ou communautaire. Les résidences pour aînés et les centres de soins de longue durée (SLD) en sont des exemples.

Logement de taille convenable — Logement qui compte un nombre suffisant de chambres en fonction de la taille et de la composition du ménage, conformément aux exigences de la Norme nationale d’occupation.

Logement ordinaire – Le logement ordinaire est un modèle d’habitation où les aînés demeurent dans leur domicile ou emménagent dans un logement de plain-pied de taille réduite (c’est-à-dire un seul étage, habituellement au rez-de-chaussée), un appartement ou un condominium qui ne leur est pas spécifiquement destiné.

Logement partagé — Logement où un membre de la famille ou un aidant naturel partage des espaces habitables avec des résidents âgés qui demandent plus d’attention.

Logement standard — Logement qui convient aux adultes autonomes vieillissants jusqu’à ce que leurs besoins augmentent.

Ménage dirigé par un aîné – Aux fins du présent rapport, le ménage dirigé par un aîné a le même sens que le ménage soutenu par un aîné, dans lequel une personne de 65 ans et plus au sein du ménage est tenue d’acquitter le loyer, les frais hypothécaires, les taxes, l’électricité ou les autres services. Dans les cas où plusieurs personnes peuvent s’occuper des paiements, plus d’une personne au sein du ménage pourra être considérée comme un soutien du ménage.

Nature convenable – Selon la SCHL, un logement est de nature convenable s’il compte suffisamment de chambres à coucher, conformément à la Norme nationale d’occupation :

- Maximum de deux personnes par chambre.
- Les membres du ménage, peu importe leur âge, qui vivent en tant que couple marié ou en union libre partagent une chambre avec leur époux ou partenaire en union libre.
- Les parents seuls, peu importe leur âge, ont une chambre distincte.
- Les membres du ménage âgés de 18 ans ou plus ont une chambre distincte, sauf ceux qui vivent en tant que couple marié ou en union libre.
- Les membres du ménage âgés de moins de 18 ans de même sexe partagent une chambre, à l’exception des parents seuls et de ceux qui vivent en tant que couple marié ou en union libre.
- Les membres du ménage âgés de moins de cinq ans de sexe opposé partagent une chambre si cette situation diminue le nombre de chambres requises. Cette situation se produit uniquement dans les ménages qui comptent un nombre impair de personnes de sexe masculin de moins de 18 ans, un nombre impair de personnes de sexe féminin de moins de 18 ans et au moins une personne de sexe féminin et une personne de sexe masculin de moins de 5 ans.

Une exception à ce qui précède est un ménage composé d’une personne vivant seule, qui peut ne pas avoir besoin d’une chambre (par exemple, la personne peut occuper un studio, ce qui est considéré comme un logement de taille convenable).

Place – Espace résidentiel locatif. Exemples : un lit dans une chambre à deux lits ou une salle commune, une chambre individuelle ou un studio, un logement comptant une ou deux chambres. Dans la plupart des cas, il y a une seule place par unité. Les cas faisant exception sont ceux où l'unité est divisée et peut être louée à plus d'une personne, comme les chambres à deux lits et les salles communes. Sauf indication contraire, les données relatives aux places englobent tous les types d'unités.

Place standard – Place occupée par un résident qui reçoit un niveau standard de soins (moins d'une heure et demie de soins par jour) ou qui n'a pas besoin de payer pour recevoir des soins assidus. Le terme utilisé pour désigner ce type de place peut varier d'une région à l'autre du pays.

Rénovation domiciliaire pour la vie autonome — Améliorations simples pour étendre l'utilité d'une maison, comme les rampes ou les barres d'appui.

Résidence avec services dans la collectivité — Foyers dont les résidents peuvent obtenir des services personnels, comme de l'aide pour se baigner, s'habiller ou préparer les repas.

Services de soins à domicile – Les services de soins à domicile se distinguent souvent de deux façons. Soit que le fournisseur des soins provient d'un organisme privé ou sans but lucratif (soins à domicile formels) ou est un membre de la famille ou un ami (soins à domicile informels), soit que le service fourni est médical (p. ex. soins infirmiers) ou non médical (p. ex. travaux ménagers légers ou lourds).

Vieillessement chez soi — Le vieillissement chez vous consiste à avoir accès aux services et aux formes de soutien social et de soins de santé nécessaires pour vivre chez vous ou dans votre collectivité en toute sécurité et de manière autonome aussi longtemps que vous le désirez ou le pouvez. <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/ministere/aines/forum/vieillir-liste.html>.