

Fondation Trillium de l'Ontario

Le vieillissement de la population ontarienne

Défis et possibilités

Stacey McDonald
1/2/2011

Table des matières

Introduction	3
Contexte	4
Le vieillissement de la population canadienne.....	4
Le vieillissement en Ontario	4
Groupes de personnes âgées à risque.....	6
Immigrants	6
Femmes.....	7
Aînés des régions rurales et éloignées.....	7
Autochtones	8
Aînés vivant seuls	8
Défis	10
Soins de santé	10
Permettre aux personnes âgées de vieillir à l'endroit choisi	11
Vieillir à domicile.....	12
Résidences pour personnes âgées et établissements de soins de longue durée	14
Logement abordable	14
Aidants naturels	15
Santé mentale et isolement.....	16
Âgisme.....	18
Mauvais traitements envers les personnes âgées.....	19
Incidence du vieillissement de la population sur le secteur sans but lucratif.....	20
État du secteur sans but lucratif	20
Défis liés au vieillissement.....	20
Bénévolat et travail après la retraite	22
Innovations et solutions.....	23
Solutions communautaires	23
Bibliographie	29
Annexes.....	35

Introduction

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement conçoit le vieillissement de la population comme une histoire de réussite et les personnes âgées comme une partie riche et dynamique de notre pays. En tant qu'Ontariens, nous avons le choix. Nous pouvons nous concentrer de plus en plus sur les défis que présente le vieillissement de la population, ou profiter des possibilités qu'il offre. Nous pouvons décider de ne pas voir les personnes âgées comme un fardeau à traiter comme un problème, mais plutôt comme des citoyens ontariens qui contribuent toujours à la société de manière importante, tout en ayant besoin de services et de soutien.

Bien que de nombreux aînés soient des membres actifs et engagés de la société, plusieurs groupes vulnérables de l'Ontario peuvent avoir besoin d'une attention et de services particuliers. Il s'agit des aînés immigrants, des femmes âgées, des aînés vivant dans les régions rurales et éloignées, des aînés autochtones et des aînés vivant seuls. Ces groupes sont le plus susceptibles de souffrir d'une mauvaise santé, d'avoir un faible revenu et d'être isolés.

L'Ontario devra également relever plusieurs défis, notamment la prestation de soins de santé, du logement abordable, des options de transport fiables, des services de soutien pour les soignants, la lutte contre l'âgisme et les mauvais traitements envers les personnes âgées ainsi que l'aide aux aînés afin qu'ils vieillissent à l'endroit choisi. Ces défis donnent à la province l'occasion de remodeler les services et de renforcer la communauté.

On fera appel au secteur sans but lucratif pour répondre à une bonne partie de la demande croissante de services de la part des aînés. Actuellement, le secteur reçoit un financement insuffisant, n'a pas assez de personnel et n'est pas prêt à fournir une planification et des programmes à long terme, car les fonds sont souvent appariés à des projets à court terme. Par contre, au pays et partout dans le monde, le secteur offre plusieurs initiatives novatrices pour répondre aux besoins changeants des particuliers et des collectivités. L'une des mesures les plus importantes est sans doute de garantir que les autres collectivités soient au courant des histoires de réussite, de sorte que toutes les collectivités ontariennes soient prêtes à relever les défis futurs et à profiter des possibilités futures.

Contexte

Le vieillissement de la population canadienne

L'espérance de vie plus longue et les taux de fécondité plus faibles ont entraîné un vieillissement de la population dans plusieurs pays du monde. Bien que le Canada soit toujours plus jeune que plusieurs des autres pays du G8, comme le Japon et l'Espagne, le nombre de Canadiens de 65 ans et plus augmente rapidement. Selon le recensement de 2006, les personnes de 65 ans et plus représentaient 13,7 % de la population totale du Canada, un chiffre record, tandis que la proportion de personnes de moins de 15 ans est passée à 17,7 %, la plus faible à ce jour. On s'attend que d'ici 25 ans, la proportion de personnes âgées au Canada aura presque doublé.

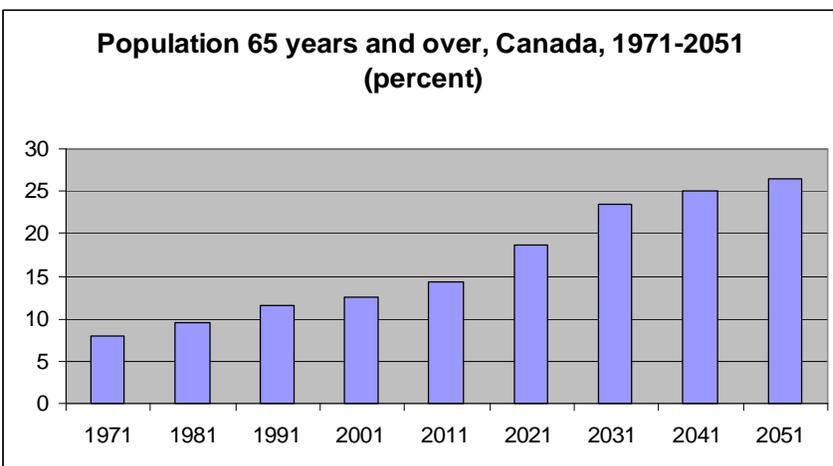
Comme les baby-boomers, les gens nés entre 1946 et 1965, ont entre 45 et 64 ans, plus de travailleurs que jamais approchent de la retraite. L'augmentation du nombre de personnes qui approchent de la retraite aura des effets considérables sur la main-d'œuvre. À mesure que les baby-boomers vieillissent, la croissance de la population d'ânés s'accélérera, et d'ici une décennie, on s'attend qu'il y ait plus de personnes âgées que d'enfants de moins de 15 ans. Il y aura donc plus de personnes qui quittent le marché du travail qu'il en entre. En raison de ces changements démographiques, les employeurs canadiens devront relever plusieurs défis, notamment un roulement accru du personnel, le transfert des connaissances, la conservation des employés, la santé des employés plus âgés et la formation continue des employés.

Après le groupe d'âge de 55 à 64 ans, le groupe des personnes les plus âgées (80 ans et plus) connaît la plus forte croissance de population par rapport à 2001 (augmentation de plus de 25 %). En 2006, 1,2 million de

Canadiens avaient 80 ans et plus, et on comptait 4 635 centenaires. Le nombre de centenaires a augmenté de 22 % depuis 2001 et devrait tripler d'ici 2031. Ces changements démographiques auront de fortes répercussions sur la main-d'œuvre canadienne, les pensions gouvernementales, les soins de santé et la croissance économique (Statistique Canada).

Le vieillissement en Ontario

Bien que l'augmentation du nombre de Canadiens âgés et la diminution du nombre d'enfants aient été ressenties dans toutes les provinces et tous les territoires, il existe des différences régionales, surtout entre les agglomérations urbaines en plein essor et les collectivités rurales et éloignées. L'Ontario est l'une des provinces les plus jeunes; sa proportion d'enfants de moins de 15 ans est supérieure à la moyenne nationale, et sa



Population de 65 ans et plus, Canada, 1971-2051 (pourcentage)

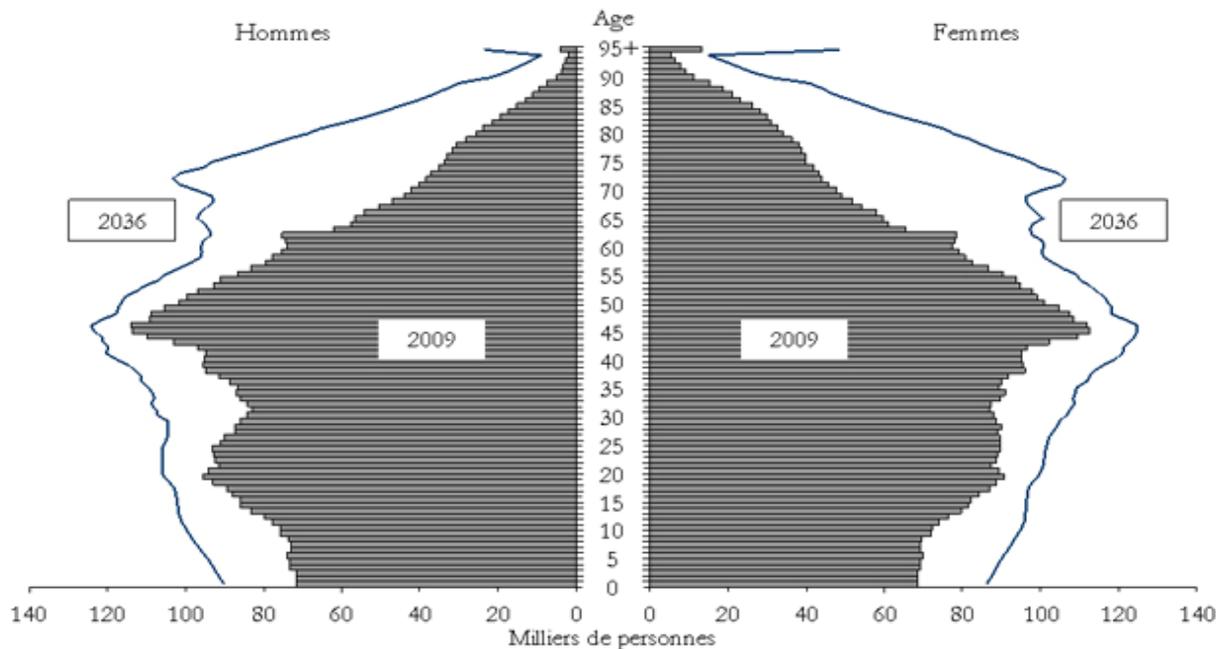
Remarque : Les projections démographiques sont fondées sur un scénario de croissance et de migration moyennes. Source : Statistique Canada. Estimations de la population, Canada, provinces et territoires (personnes). Tableau CANSIM 051-0001, et Statistique Canada. Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires (2005-2031). Tableau CANSIM 052-0004.

proportion de personnes de 65 ans et plus y est inférieure. Cependant, la population ontarienne vieillit, et rapidement. On s'attend que le nombre de personnes de 65 ans et plus en Ontario soit plus du double, passant de 1,8 million, ou 13,7 %, en 2009, à 4,2 millions, ou 23,4 %, en 2036. Les groupes d'âge plus âgés connaîtront la croissance la plus rapide; on prévoit que le nombre de personnes de 75 ans et plus passera de 847 000 en 2009 à près de 2,2 millions en 2036. Le nombre de personnes de 90 ans et plus sera plus du triple,

passant de 73 000 en 2009 à 261 000 au cours de la même période. Comme l'augmentation du nombre d'aînés est liée au vieillissement des baby-boomers, on s'attend que l'augmentation du nombre d'aînés ralentisse considérablement après 2031 (ministère des Finances, 2010).

municipalités voisines à noyau urbanisé comptant 100 000 habitants ou plus – les plus vieilles de l'Ontario, en raison de leur proportion de résidents de 65 ans et plus, étaient Peterborough (18,2 %), St. Catharine's-Niagara (17,7 %) et Thunder Bay (16 %), alors que les plus jeunes étaient Barrie et Oshawa. En plus de compter la plus importante

Pyramide des âges de la population de l'Ontario, 2009 et 2036



Sources : Statistique Canada pour 2009 et projections du ministère des Finances de l'Ontario.

La proportion de personnes âgées dans les grandes villes et les petites villes de l'Ontario varie énormément. Les grandes agglomérations urbaines de l'Ontario ont tendance à compter une plus faible proportion d'aînés que les petites agglomérations de recensement (régions urbaines à noyau urbanisé d'au moins 10 000 habitants) et les régions rurales, mais on y trouve la majorité des personnes âgées de l'Ontario. Cependant, la plupart des personnes âgées (83,9 %) vivent dans les grandes agglomérations urbaines.

En 2009, la proportion de personnes de 65 ans et plus variait de 12 % dans la RGT à 17 % dans la région du Nord-Est. On prévoit que d'ici 2036, la proportion de personnes âgées dans ces régions variera de 20,4 % dans la RGT à 30,6 % dans le Nord-Est (ministère des Finances, 2010).

En 2006, les régions métropolitaines de recensement (RMR) – région urbaine avec

proportion d'enfants de moins de 15 ans, Barrie et Oshawa affichaient, en 2006, les 3^e et 4^e proportions de personnes âgées les plus faibles, soit 11,2 % et 11,5 % respectivement, de toutes les RMR du Canada (Statistique Canada).

Au sein des régions métropolitaines de recensement, les banlieues, ou municipalités périphériques, tendent à avoir des populations plus jeunes et une plus faible proportion d'aînés que les centres-villes. Par exemple, la population de Toronto est plus âgée que celle de Brampton, l'une de ses banlieues. En 2006, la municipalité de Brampton avait une proportion de personnes âgées beaucoup plus faible (7,8 %) que celle de la Ville de Toronto (14 %). La proportion plus forte d'aînés dans les municipalités centrales comme Toronto peut être attribuable à la présence de foyers pour personnes âgées et à la disponibilité de services de santé pour répondre aux besoins

particuliers de ce groupe d'âge (Mohanty et Muhaji, 2010).

Les agglomérations urbaines, ou agglomérations de recensement (AR), de taille moyenne ont tendance à croître plus lentement et sont en moyenne plus âgées que les RMR. En 2006, 15,5 % de leurs résidents avaient 65 ans et plus, comparativement à 12,9 % des résidents des RMR. Elliot Lake est la deuxième agglomération urbaine de taille moyenne la plus vieille au Canada, 31,6 % de ses résidents ayant 65 ans et plus (Statistique Canada).

En raison principalement de la migration interne des jeunes adultes, qui quittent les collectivités rurales pour aller faire des études supérieures ou chercher du travail dans les régions urbaines, et de l'immigration internationale, concentrée dans les grandes agglomérations urbaines, les collectivités rurales tendent à avoir des populations plus âgées. Selon le recensement de 2006, les régions rurales éloignées comptaient une proportion de personnes âgées de 65 ans et plus beaucoup plus forte (16,1 %) que celle des régions métropolitaines (13,2 %) ou des régions rurales situées près des centres urbains (13,9 %). En 2006, la collectivité rurale la plus âgée de l'Ontario était Perth, dont 28 % de la population avait 65 ans et plus (Statistique Canada).

Groupes de personnes âgées à risque

La qualité de vie des aînés en Ontario varie grandement. Les personnes âgées ontariennes n'ont pas toutes le même accès aux biens et services ni les mêmes choix concernant leurs soins, leur logement et leur capacité de participer activement à la société. Les inégalités vécues entraînent des résultats de santé différents pour divers groupes. L'espérance de vie des Autochtones est beaucoup moins élevée que celle des personnes non autochtones. Les régions urbaines et rurales font face à des défis différents quant au soutien des populations âgées. Certains segments de la population

âgée, comme les aînés vivant seuls, les immigrants et les personnes très fragiles, se heurtent à des difficultés particulières (Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, Premier rapport provisoire, 2006).

Immigrants

La diversité des personnes qui vieillissent changera en Ontario. Bien qu'actuellement, environ 5 % des aînés de la province sont arrivés dans la province au cours des 20 dernières années, cette proportion augmentera. Collectivement, les immigrants sont plus âgés, un sur cinq (19,7 %) ayant 65 ans et plus, soit une proportion beaucoup plus forte que pour l'ensemble de la population de la province (13,7 %). Parmi les immigrants, 15,6 % des aînés déclarent ne parler ni français, ni anglais. Parmi les aînés des minorités visibles, près d'une personne sur trois (31,2 %) déclare ne pas pouvoir converser en français ou en anglais.

L'insécurité économique touche plus gravement les aînés immigrants qui sont au Canada depuis moins de dix ans. En fait, plus l'âge est avancé au moment de l'immigration, plus la personne risque de vivre dans la pauvreté, étant donné que l'admissibilité aux programmes gouvernementaux de soutien du revenu pour les aînés est fonction de la période qui s'est écoulée depuis l'arrivée au pays.

(Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, Premier rapport provisoire)

Les aînés immigrants, particulièrement les femmes, ont des taux de pauvreté plus élevés que les personnes âgées nées au Canada. En 1995, 17,5 % des aînés immigrants et 26,5 % des aînées immigrantes avaient un faible revenu, comparativement à 11,5 % des aînés non immigrants et à 23 % des aînées non immigrantes (Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, Premier rapport provisoire, 2006). Le faible revenu des immigrants diminue leur capacité d'épargner adéquatement pour leur retraite et limite leurs choix de services, de logement et de soins appropriés.

Les obstacles à l'accès aux soins et aux services de santé, notamment les différences culturelles et linguistiques, le revenu plus faible et la discrimination, mettent la santé des aînés immigrants en danger. Étant donné que les croyances culturelles particulières au sujet de la maladie et de la santé ainsi que les attitudes à propos de la dépendance et de l'autonomie peuvent bloquer ou réduire l'accès aux soins de santé et aux soins de longue durée, à l'aide

à la famille et aux services communautaires, la demande de services, d'activités et de programmes adaptés aux différences culturelles pour les aînés nouvellement arrivés sera plus forte. Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement a entendu des témoignages sur la difficulté qu'éprouvent certains établissements de soins à s'adapter à la diversité des besoins, des maladies et des déficiences des aînés immigrants.

Une vulnérabilité accrue en raison de l'âgisme a exposé de nombreux aînés à des formes de mauvais traitements et de négligence. Les témoins qui ont comparu devant le comité sénatorial ont déclaré que les aînés immigrants constituent un groupe particulièrement vulnérable en raison de leur dépendance financière envers leur répondant.

Femmes

Comme les femmes gagnent un salaire moins élevé au cours de leur vie, consacrent plus de temps à la prestation de soins et vivent plus longtemps, elles peuvent avoir plus de difficulté à épargner pour leurs vieux jours. Compte tenu de leur longévité accrue, les femmes devraient épargner davantage pour leur retraite. Elles continuent toutefois de gagner moins que les hommes pour un travail équivalent et sont plus susceptibles de prendre congé pour voir aux soins des enfants ou de personnes âgées, ce qui fait qu'il leur est extrêmement difficile d'économiser davantage. Comme les avantages sociaux sont liés aux revenus d'emploi, il existe également un écart entre les sexes relativement à la protection qu'offrent ces avantages. En 2002, seulement 83,8 % des femmes âgées de 65 ou plus ayant soumis une déclaration de revenus ont déclaré un revenu provenant du Régime de pensions du Canada (RPC) ou du Régime de rentes du Québec (RRQ), comparativement à 94,5 % chez les hommes (Comité sénatorial spécial sur le vieillissement). Il n'est donc pas étonnant que les femmes âgées soient plus susceptibles d'avoir un faible revenu que les hommes âgés.

Ce sont les aînés qui ont connu le plus fort taux de croissance de pauvreté en raison de la récente récession économique. Après une diminution constante du nombre d'aînés vivant dans la pauvreté depuis le milieu des années

1970, en 2008, ce chiffre est passé à 250 000 personnes, comparativement à 204 000 en 2007, soit une augmentation de près de 25 %. Les femmes représentaient la majorité du nombre croissant d'aînés vivant dans la pauvreté, représentant 80 % de l'augmentation de la pauvreté chez les personnes âgées (Friesen, 2010).

Aînés des régions rurales et éloignées

Comme elles comptent moins de jeunes adultes et plus d'aînés, les régions rurales font face à des défis pour répondre aux besoins de leurs résidents âgés, notamment des services de santé et de soins à domicile ainsi que du logement et un transport adéquats. En outre, les collectivités rurales risquent d'offrir des services inadéquats en raison de leur isolement géographique. Le rapport de la Commission Romanow (2001) intitulé *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada*, soulignait que l'accès aux soins de santé dans les régions rurales et les collectivités éloignées constituait un problème énorme en raison de la distance et de la faible rétention des travailleurs de la santé. Le rapport Kirby soulignait que les questions d'accès constituaient les plus grandes difficultés des résidents des régions rurales et éloignées et que ces derniers étaient en plus mauvaise santé que les citoyens. Fondée sur l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Cycle 2.1, une étude s'est penchée sur les déterminants de diverses mesures de l'usage des services de santé par les Canadiens de 55 ans et plus dans un large éventail de régions de résidence urbaines et rurales. L'analyse a montré que les résidents âgés des régions rurales se rendaient moins souvent chez un médecin généraliste, un spécialiste et un dentiste que les résidents des villes. En outre, on a prévu que le nombre de médecins par mille résidents des régions rurales passera de 0,79 en 1999 à 0,53 en 2021 (McDonald et Conde, 2010). De plus, les aînés des collectivités rurales doivent souvent se rendre dans les régions urbaines pour avoir accès à des spécialistes et des établissements de soins de longue durée. Comme il leur est plus difficile d'avoir accès à ces services, les aînés peuvent ne pas rechercher les soins ou les services dont ils ont besoin, ce qui peut nuire à leur santé.

Les municipalités rurales, surtout celles où la proportion de jeunes travailleurs diminue, peuvent avoir du mal à obtenir le revenu nécessaire pour financer de nouveaux programmes et services. Il se peut également que les collectivités rurales aient à trouver d'autres options de transport et de logement, car les solutions urbaines ne conviennent pas toujours en milieu rural.

Autochtones

Comme le taux de fécondité est plus élevé chez les groupes autochtones que chez la population générale, il n'est pas surprenant qu'on s'attende à une augmentation drastique du nombre d'aînés autochtones. Selon les données statistiques actuelles de Statistique Canada, d'ici 2026, le pourcentage de personnes âgées autochtones triplera.

Il existe des données troublantes selon lesquelles les Canadiens autochtones ont une espérance de vie de loin inférieure à celle des autres Canadiens. Certains ont proposé d'utiliser l'âge de 55 ans comme équivalent de 65 ans pour les personnes âgées et le vieillissement des Autochtones. Nous devrions peut-être envisager d'offrir des services et des programmes à un groupe de personnes âgées autochtones chronologiquement plus jeunes, à cause de leur état de santé et de leurs conditions sociales différentes (Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, Premier rapport provisoire, 2006). Plusieurs inégalités qui peuvent se présenter au cours de la vie donnent souvent lieu à des résultats de santé différents chez les aînés autochtones. Les communautés inuites, métisses et des

Espérance de vie en nombre d'années

	Canada	Indiens inscrits	Régions inuites
Hommes	77	70	65
Femmes	81	76	70

¹ Source : Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, 16 novembre 2006

Premières nations sont toujours confrontées à de graves pénuries de logements, à des taux de chômage élevés, à un accès insuffisant aux services de santé de base ainsi qu'à une faible scolarisation; tous ces facteurs ont un effet à la fois sur l'espérance de vie et sur la qualité de

vie pendant la vieillesse (Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, Premier rapport provisoire).

Chez les Premières nations et les Inuits, les maladies chroniques habituellement associées au vieillissement, comme le diabète, l'arthrite rhumatoïde et les maladies cardiaques, sont plus fréquentes et se manifestent plus tôt que dans la population générale (Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, Premier rapport provisoire). Des données du Manitoba montrent qu'au sein de la population autochtone de la province, les résultats de santé sont considérablement pires que chez la population non autochtone. Chez les membres des Premières nations du Manitoba, le taux de mortalité précoce est le double de celui de l'ensemble des Manitobains, l'incidence de diabète quatre fois plus élevée, le nombre d'amputations relatives au diabète 16 fois plus élevé et les taux d'hospitalisation deux fois plus élevés (Silver, 2010).

Les besoins de la population autochtone peuvent également varier de ceux de la population non autochtone. Cependant, la petite taille et l'éloignement de nombreuses collectivités autochtones se traduisent par une absence des services médicaux professionnels nécessaires dont elles peuvent avoir besoin. Les aînés autochtones doivent souvent se rendre dans les agglomérations urbaines pour recevoir des soins, et ces soins peuvent ne pas être adaptés à leur culture.

Aînés vivant seuls

Le nombre d'aînés vivant seuls a beaucoup augmenté au cours des deux dernières décennies, les trois quarts d'entre eux étant des femmes (Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, Premier rapport provisoire). En 2006, un peu plus du quart (25,7 %) des personnes âgées de l'Ontario vivaient seules. Les aînés vivant seuls peuvent être plus isolés et subir plus de négligence et de mauvais traitements de la part des travailleurs dans les domaines des soins de santé et des services à domicile. Le manque de soutien de la part du conjoint et de la famille, notamment l'absence d'aidants naturels, peut aussi mener à la détérioration de la santé.

Les aînés vivant seuls sont aussi beaucoup plus susceptibles d'avoir un faible revenu. Selon Statistique Canada, les aînés vivant seuls avaient un taux de faible revenu de 15,5 % en 2004, comparativement à 5,6 % pour l'ensemble des personnes âgées (Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, Premier rapport provisoire). Malheureusement, la Sécurité de la vieillesse (SV) et le Supplément de revenu garanti (SRG) ne permettent pas à un aîné vivant seul de vivre au-dessus du seuil de faible revenu. En 2004, une personne âgée seule qui ne touchait que la SV et le SRG recevait 12 239 \$, soit une somme sensiblement inférieure au seuil de faible revenu dans les zones urbaines (Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, Premier rapport provisoire). En 2008, le seuil de faible revenu après impôt était de 15 538 \$ pour les agglomérations urbaines de 100 000 à 499 000 habitants, et de 18 373 \$ pour les agglomérations urbaines de plus de 500 000 habitants (Statistique Canada).

Défis

Un grand nombre des enjeux suivants s'entrecoupent de plusieurs façons; ainsi, le fait de réussir à relever les défis concernant un enjeu peut profiter à d'autres enjeux. Par exemple, l'amélioration des options de transport peut diminuer l'isolement que les aînés ressentent, ce qui améliore les résultats de santé et permet aux Ontariens de rester dans leur foyer plus longtemps, de demeurer autonomes et de bénéficier d'une plus grande qualité de vie. En offrant des services qui permettent aux personnes âgées de rester dans leur foyer plus longtemps, la proportion d'aînés qui déménagent prématurément dans un foyer pour personnes âgées ou un établissement de soins de longue durée diminue, ce qui réduit donc les coûts des soins de santé.

Soins de santé

Les changements des données démographiques de la province ont attiré l'attention des citoyens, des médias et des décideurs. Devant l'augmentation du nombre d'aînés, plusieurs s'inquiètent de la capacité de gérer les changements à venir. La question qui préoccupe le plus les gens est l'effet du vieillissement de la population sur le système de soins de santé. Les médias parlent beaucoup d'une crise imminente dans le domaine des soins de santé, que l'on attribue en grande partie aux aînés. Bien que l'augmentation du nombre de personnes âgées aura certainement un effet sur le secteur de la santé, on ne peut attribuer l'augmentation des coûts uniquement à cette tendance démographique. Le coût des médicaments a doublé au cours des 35 dernières années, selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Les personnes âgées sont toutefois responsables d'une grande partie des coûts des médicaments. L'ICIS a récemment effectué une étude sur les Canadiens de 65 ans et plus dans six provinces et a constaté que les deux tiers d'entre eux prennent cinq catégories ou plus de médicaments sur ordonnance, et qu'environ le cinquième en prennent 10 types ou plus (Geddes, 2010). Pour gérer les coûts des médicaments, il est essentiel de concentrer les efforts sur la prévention, le vieillissement en santé et la

promotion de l'exercice pour tous les Ontariens.

Bien des gens soutiennent que les systèmes de prestation de soins intégrés sont la solution idéale pour rendre la prestation de soins aux aînés efficiente et efficace. Actuellement, des études montrent un manque d'intégration et une fragmentation dans les systèmes de prestation des soins de santé pour les aînés, ainsi qu'une fragmentation entre les services de santé et d'autres services, comme l'éducation, les services sociaux et le transport. En même temps, il existe un important chevauchement de divers services de prestation de soins. Un système intégré aide à faire le suivi des besoins des clients et permet d'effectuer des substitutions en matière de soins; il permet aussi d'allouer les ressources plus adéquatement. Les substitutions, comme les soins à domicile au lieu des soins en établissement, sont beaucoup plus difficiles à effectuer dans un système de prestation de soins fragmenté, où plusieurs organismes fournissent des soins, se font concurrence pour obtenir du financement et établissent leurs politiques et leurs priorités séparément les uns des autres (Hollander et coll., 2007).

Des recherches italiennes (Landi et coll., 2001) sur l'effet d'un programme de soins à domicile intégrés, notamment des services sociaux et de santé, sur l'utilisation des hôpitaux ont montré une diminution marquée du nombre d'hospitalisations, de jours passés à l'hôpital et de frais hospitaliers. Les chercheurs ont conclu

Danemark : des pratiques exemplaires

- A imposé un moratoire sur la création de nouveaux lits dans les maisons de soins infirmiers en 1987.
- En plus du moratoire, on a donné aux clients qui recevaient des soins à domicile tous les avantages des soins de longue durée.
- A des antécédents de responsabilité publique quant au logement, notamment la construction de plus de logements supervisés.
- En 1998, a lancé une politique nationale de visites et d'évaluations à domicile pour les personnes de plus de 75 ans.
- En 2007, le Danemark a dépensé 9,7 % du PIB sur la santé, alors que le Canada en a dépensé 10,1 %.
- 16,1 % de la population danoise a 65 ans et plus.

(Rachlis, 2010).

qu'un programme de soins à domicile intégrés, fondé sur la mise en œuvre d'un instrument d'évaluation gériatrique complet guidé par un questionnaire de cas, a une grande incidence sur l'hospitalisation et est économique.

Des études montrent également que le système intégré de prestation de soins aux personnes âgées et aux personnes ayant des déficiences au Danemark, qui donne priorité aux soins à domicile et comprend un volet de soutien à domicile, a permis de réaliser d'importantes économies depuis 1985. Grâce à la diminution du nombre de lits dans les maisons de soins infirmiers et à l'augmentation de la proportion de personnes qui reçoivent des soins à domicile, les dépenses par habitant du Danemark en matière de services de soins continus pour les personnes de 65 ans et plus ont augmenté de seulement 8 % entre 1985 et 1997, comparativement à 67 % aux États-Unis (Hollander et coll., 2007; Stuart et Weinrich, 2001).

L'exercice et une alimentation saine : les plus importantes interventions?

Bien que l'exercice et une alimentation saine profitent aux gens de tout âge, il est particulièrement important d'être actif plus tard dans sa vie. Les recherches montrent que l'exercice peut grandement améliorer la qualité de vie et les résultats de santé des aînés; il y a notamment de très fortes indications que l'activité physique peut réduire le risque de démence, de maladie d'Alzheimer, de maladie cardiovasculaire, d'ostéoporose, d'arthrite et de certains cancers. Une étude publiée dans *l'International Journal of Clinical Practice* montre que l'exercice régulier diminue le risque de 25 problèmes de santé différents (Alford, 2010; Llyod, 2010). Une étude échelonnée sur

« Un environnement socioéconomique et un milieu physique favorables jouent un grand rôle lorsqu'il s'agit de donner aux aînés les moyens d'intégrer l'activité physique à leur vie quotidienne. Par exemple, des passages pour piétons sécuritaires, des trottoirs bien entretenus et l'accès à des programmes de marche à l'intérieur en hiver permettent aux aînés de faire de la marche quotidiennement. Une activité modérée, comme la marche ou le jardinage, représente peut-être la mesure la plus importante que les aînés peuvent prendre pour conserver leur mobilité et prévenir l'incapacité. » (Edwards et Mawani, 2006)

neuf ans montre aussi que le fait de marcher sur une distance relativement longue chaque semaine, de six à neuf milles, est lié à un plus grand volume de matière grise, qui à son tour réduit le risque de déficience cognitive, dont l'apparition de problèmes de mémoire et de la démence. Les participants plus actifs, qui avaient conservé plus de matière grise, ont vu leur risque d'apparition d'une déficience cognitive diminuer de moitié (Erickson et coll., 2010).

Une saine alimentation assure les apports essentiels en énergie et en nutriments nécessaires au bien-être général, au maintien de la santé et de l'autonomie fonctionnelle ainsi qu'à la prévention de maladies chroniques à un âge plus avancé. Malheureusement, de nombreux aînés ont de la difficulté à maintenir une alimentation saine, soit parce qu'ils ont du mal à accéder à des aliments frais et sains, soit parce qu'ils ne peuvent pas se le permettre.

Les aînés ont besoin de moins de calories, mais de plus de nutriments pour promouvoir et protéger la santé ainsi que favoriser l'autonomie et la qualité de vie. Une récente enquête a permis de constater que 62 % des aînés qui consomment des fruits et des légumes au moins cinq fois par jour sont en bonne santé, comparativement à 52 % des aînés qui consomment moins de fruits et de légumes (Edwards et Mawani, 2006). La malnutrition n'est souvent pas reconnue chez les aînés et ne reçoit pas toujours l'attention qu'il faudrait. Les aînés (et particulièrement les personnes de 75 ans ou plus) sont aux prises avec divers obstacles à une saine alimentation qui peuvent se traduire par la malnutrition, comme une mauvaise santé bucco-dentaire, des difficultés financières, l'isolement, les maladies chroniques et l'absorption inadéquate des nutriments (Edwards et Mawani, 2006).

Permettre aux personnes âgées de vieillir à l'endroit choisi

Bien que des études montrent que de nombreux aînés veulent vieillir chez eux, il est important qu'ils disposent d'une gamme d'options de logement abordables qui répondent à leurs divers besoins. S'ils veulent rester à la maison, cette décision ne doit pas

être déterminée en fonction des moyens financiers ou des limites physiques.

Vieillir à domicile

Pour réussir à vieillir à domicile, les aînés ont besoin d'appui. Les soins à domicile, notamment les courses, la cuisine et l'aide pour la toilette, peuvent permettre aux aînés de demeurer autonomes aussi longtemps que possible, et en santé. Un bon nombre de services, souvent offerts par le secteur sans but lucratif, peuvent aider les aînés à vieillir à domicile. Grâce à des services adéquats de soins à domicile et de soins de santé, à un transport accessible et à de l'appui pour apporter des modifications à leur domicile, les aînés seront beaucoup plus en mesure de continuer de vivre de manière autonome à domicile. Les programmes et les systèmes de soutien communautaires améliorent aussi la capacité des aînés de bien vivre chez eux. Si les aînés peuvent facilement faire leurs courses, participer à des programmes d'apprentissage pour adultes et rencontrer des amis dans leur collectivité, il est plus probable qu'ils demeurent actifs, sains et à leur domicile.

Prestation de soins de santé et de services à domicile

Les services de soins à domicile aident les clients à rester en sécurité, en santé et autonomes tout en vivant chez eux. Ces services aident les gens qui ne peuvent pas fonctionner de manière entièrement autonome en raison d'une déficience, d'une maladie ou d'autres limites attribuables à l'âge, à la santé mentale ou à des dépendances. Selon l'Association ontarienne de soutien communautaire, il existe 688 fournisseurs de services de soutien communautaires (qui fournissent des services à domicile et communautaires) en Ontario, financés par les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) (Association ontarienne de soutien communautaire, 2010).

En 2009, CARP a effectué un sondage auprès de 2 300 de ses lecteurs. Lorsqu'on a demandé aux répondants de nommer les facteurs qui amélioreraient la vie des aînés dans leur ville, la réponse la plus fréquente était « davantage de services de soins à domicile » (CARP, 2009). Dans sa présentation

au Comité sénatorial spécial sur le vieillissement (2009), la Légion royale canadienne a souligné que « le plus grand défi des Canadiens de plus de 75 ans est de combler l'écart entre la vie autonome à domicile et le déménagement dans un établissement de soins ». L'appui et les soins à domicile peuvent combler cet écart.

Non seulement les services de soins à domicile améliorent énormément la qualité de vie des aînés, ils sont également économiques. Une étude de 2001 a révélé que les services de soins à domicile, essentiels, mais insuffisamment financés, permettent de réaliser des économies de taille sur les soins de santé. L'étude a examiné les effets de l'élimination du financement des services de soutien social (entretien ménager, préparation de repas, courses, etc.) en Colombie-Britannique. Les services de soutien social ont été éliminés pour les clients qui avaient le moins besoin du programme de soins à domicile, afin de réaliser des économies. Trois ans plus tard, les données montrent que les clients qui ont cessé de recevoir les services ont coûté au système de soins de santé 3 500 \$ de plus par personne, comparativement à ceux qui le recevaient toujours (MacAdam, 2010).

Sécurité à domicile

Bien que de nombreux aînés préféreraient vieillir à domicile, ils peuvent constater que, à mesure qu'ils vieillissent, il est de plus en plus difficile de se déplacer dans la maison. La principale cause des blessures chez les aînés du Canada est la chute (Edwards et Mawani, 2006). Chez les aînés, les blessures attribuables à une chute menacent l'état de santé, la vie autonome, l'autonomie en général, la mobilité et la capacité fonctionnelle. Les blessures peuvent précipiter le placement en établissement, voire le décès. Si une chute n'occasionne pas une blessure, elle peut néanmoins se traduire par des craintes accrues et persistantes ainsi que des changements de comportement négatifs chez les personnes âgées, notamment l'isolement et la réduction de l'exercice physique, deux facteurs qui peuvent avoir des conséquences négatives sur leur état de santé global. Les aînés qui subissent une blessure à la suite d'une chute s'en remettent rarement

complètement. Ils éprouvent souvent des douleurs chroniques, leur mobilité est réduite, ils perdent leur autonomie et leur confiance, et leur qualité de vie s'en trouve compromise (Edwards et Mawani, 2006).

Une aide pour modifier les domiciles afin de répondre aux besoins des aînés à mesure qu'ils vieillissent peut grandement augmenter leur qualité de vie et la durée de la période qu'ils choisissent de passer chez eux. Le programme Logements adaptés : aînés autonomes (LAAA), de la Société canadienne d'hypothèques et de logement, offre une aide financière pour faire effectuer des adaptations mineures aux logements qui permettront aux aînés à faible revenu de s'acquitter de leurs activités quotidiennes à domicile en toute sécurité et autonomie. Pour les personnes âgées qui n'ont pas droit à une aide financière, certains organismes privés offrent des inspections de la sécurité du domicile et vendent des produits pour rendre les domiciles plus sûrs. Le site Web du Secrétariat aux affaires des personnes âgées comprend une [liste](#) des initiatives de prévention des chutes chez les aînés.

Transport

L'un des principaux aspects de l'aide aux aînés qui vieillissent à domicile est de garantir qu'il existe plusieurs options de transport abordables, fiables et accessibles. Les baby-boomers ont grandi à une époque où les voitures étaient un symbole d'autonomie et de liberté personnelle. À mesure que les baby-boomers vieillissent et que le nombre de conducteurs âgés augmente, les préoccupations et l'attention des médias au sujet de la sécurité publique et de la capacité de conduire des personnes âgées s'intensifient. Pour de nombreux aînés, la perte du permis de conduire signifie la perte de leur autonomie. Pour de nombreuses personnes âgées, particulièrement celles qui habitent à l'extérieur des agglomérations urbaines, la perte de la capacité de conduire signifie qu'ils perdent leur autonomie et que leur qualité de vie est compromise. La perte de l'autonomie peut mener à l'isolement et à l'augmentation des mauvais traitements envers les personnes âgées.

Aider les aînés à se déplacer

- **Programmes de laissez-passer d'autobus pour les aînés.** Le programme Seniors Ride Free de l'Illinois exige des entreprises de transport en commun de l'état de permettre aux aînés de 65 ans et plus d'utiliser gratuitement les trajets principaux et fixes du système de transport en commun.
- **Bons de taxi pour les aînés à faible revenu.** Le programme de taxi de la Colombie-Britannique fournit aux personnes ayant une déficience physique ou cognitive permanente un laissez-passer de transport en commun (HandyCard) et des bons de taxi (Taxi Savers) à prix réduit. De plus, les détenteurs de laissez-passer peuvent acheter les bons de taxi à prix réduit. Un carnet de « taxi savers » de 50 \$ se vend 25 \$.
- **Navettes gratuites.** Le programme de navettes de la commission de transport régional de Vancouver exploite avec succès de petits autobus, les navettes communautaires, qui circulent dans les quartiers et amènent les passagers aux pôles de transport en commun (gares routières, arrêts du Skytrain, etc.).

(CARP, 2010; État de l'Illinois, 2010)

Les experts en assurance affirment que le risque que posent les conducteurs âgés pour la santé publique est faible. Bien que le taux de collision par kilomètre augmente pour les conducteurs de 75 ans et plus, il est principalement attribuable au fait qu'ils conduisent sur de moins longues distances. Les conducteurs âgés sont habituellement prudents et sûrs, ont de bons antécédents de conduite et n'aiment généralement pas les risques. Ils ne conduisent donc pas à des vitesses excessives, sur les autoroutes très achalandées ou encore le soir ou lorsque la température est mauvaise, et ne parcourent pas de longues distances. Les conducteurs âgés ont les tarifs d'assurance-automobile les plus bas, pour une seule raison : sur le plan individuel, ils comptent parmi les conducteurs les plus sûrs sur la route (Webb, 2010).

Sans options de transport en commun adéquates, les aînés peuvent se retrouver prématurément dans des maisons de soins infirmiers, ce qui coûte plus cher et n'est pas souhaité. Il est essentiel d'offrir des options de transport abordables aux aînés pour les aider à vieillir avec dignité à l'endroit choisi. Les autorités de soins de santé, les groupes communautaires et tous les ordres de gouvernement peuvent élaborer des solutions créatives pour les retraités qui conduisent : par exemple, offrir des stimulants financiers pour le

covoiturage, mandater les urbanistes de tenir compte des besoins des aînés dans la planification du transport en commun, prévoir du logement et des zones commerciales, subventionner des services de navettes ou encore utiliser des autobus scolaires hors des heures de pointe pour emmener les aînés faire leurs courses ou d'autres achats selon un horaire prévu (MacDonald et Hébert, 2010).

De nombreuses villes offrent un transport en commun accessible pour les rendez-vous aux personnes qui ont des problèmes de mobilité. Cependant, les services de transport adaptés présentent souvent des obstacles qui compromettent leur utilité pour les personnes mêmes qu'ils servent. Par exemple, certains services interdisent aux soignants d'accompagner les clients âgés à leurs rendez-vous. Dans certains cas, le transport accessible est disponible uniquement pour les rendez-vous médicaux, empêchant ainsi les gens d'accéder à d'autres services de soutien et activités communautaires. En même temps, les exigences physiques liées à l'utilisation du transport en commun (comme le fait de parcourir à pied de longues distances entre les arrêts) peuvent rendre ce dernier moins accessible aux personnes ayant de la difficulté à se déplacer. CARP suggère que les systèmes de transport en commun élargissent leurs services afin de fournir un service uniforme et fiable, même en dehors des heures de pointe, et de mettre en place un programme d'arrêt sur demande permettant aux aînés qui se déplacent seuls en dehors des heures de pointe de descendre entre les arrêts officiels, à condition que cela soit sécuritaire (CARP, 2010).

Résidences pour personnes âgées et établissements de soins de longue durée

Divers types de logements pour personnes âgées offrent un éventail de services et de niveaux de soin. Les logements supervisés offrent des services d'aide à la vie autonome, comprenant habituellement l'entretien ménager, la lessive, les repas et des possibilités de loisirs. Cette option permet aux aînés de vivre de façon autonome, avec une certaine aide. On a fait savoir au Comité sénatorial spécial sur le vieillissement que des organismes communautaires sans but lucratif,

notamment des groupes religieux et culturels, construisent de plus en plus de résidences pour personnes âgées. Certaines sont intergénérationnelles, offrant un logement aux personnes de tout âge qui bénéficieraient de services d'aide à la vie autonome. Ces établissements répondent souvent à divers besoins en matière de soins de santé. À ce jour, un grand nombre de ces résidences ont connu un gros succès, car elles offrent une solution moins onéreuse que les foyers de soins infirmiers privés.

Les établissements de soins de longue durée hébergent des personnes qui ont besoin de soins supervisés quotidiens sur place, jour et nuit. En raison de la diversité grandissante des aînés, les soins que dispensent ces établissements deviennent plus complexes, et certains établissements ont de la difficulté à s'adapter aux besoins de tous les aînés. Comme il peut être difficile de régler, dans chacun des établissements, les divers problèmes auxquels ils font face, l'Association canadienne de gérontologie a suggéré de favoriser la création d'établissements monoculturels (Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, Premier rapport provisoire).

Les résidents des foyers pour personnes âgées peuvent être un groupe vulnérable, car ils dépendent souvent de l'établissement qui leur fournit leurs soins et les héberge; ils sont « invisibles » et soustraits à l'examen du public. En outre, il semble que le niveau de soins fournis dans les foyers pour personnes âgées augmente en raison de la demande et du manque de lits disponibles dans les maisons de soins de longue durée. À l'heure actuelle, la qualité des soins dans les foyers pour personnes âgées ne peut être garantie, car il existe peu ou pas de surveillance (ACE, 2010).

Logement abordable

Le logement abordable pour les aînés est un défi partout au pays. Selon un sondage effectué par CARP auprès de ses lecteurs, seulement un quart des répondants ont déclaré qu'il est facile de trouver du logement (27 %), et très peu d'entre eux (4 %) ont répondu qu'il est « très facile » d'en trouver (CARP, 2009). Les aînés vivant seuls ont, de façon

disproportionnée, un « besoin impérieux de logement », une expression qui renvoie à des ménages qui vivent dans des logements surpeuplés ou en mauvais état, ou encore qui n'ont pas les moyens d'obtenir un logement acceptable. En 2001, jusqu'à 31 % des ménages âgés chez les Inuits avaient un besoin impérieux de logement. Le besoin impérieux de logement est aussi plus grand chez les âgés qui sont handicapés, nouveaux immigrants ou autochtones (Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, Premier rapport provisoire).

Le partage de logement est une nouvelle option pour les propriétaires qui veulent rester à domicile, mais qui, pour ce faire, ont besoin d'aide. Le partage de logement a lieu lorsque deux personnes non apparentées partagent un foyer, jouissant d'un espace privé et d'aires communes. Cela peut réussir dans les régions rurales, où la prestation de soins organisée peut être plus difficile et plus coûteuse à offrir. Souvent, grâce à la coordination d'un organisme sans but lucratif local, le propriétaire bénéficie de 10 à 15 heures par semaine d'aide à domicile, comme la cuisine, les courses ou le nettoyage, et le chambreur ne paie pas de loyer. En raison de la présence informelle d'une autre personne au domicile, on est plus conscient des changements liés au bien-être du propriétaire âgé, tout en lui permettant de rester chez lui et autonome plus longtemps et de profiter d'une aide et d'une compagnie informelle (EPA, 2009).

Aidants naturels

Les aidants naturels, habituellement des membres de la famille ou des amis qui fournissent une aide non rémunérée, jouent un rôle essentiel dans l'appui aux âgés, en effectuant un travail non rémunéré valant des milliards de dollars, et manquent gravement d'appui. Des études montrent que les aidants naturels assurent la majorité des soins à domicile aux âgés. En examinant le nombre total d'heures de service offertes, on a constaté que pour les quatre activités les plus liées aux soins à domicile chroniques (entretien ménager, courses, préparation des repas, soins personnels), plus de 70 % des heures ont été fournies par des membres du réseau informel (Keele et coll, 2007). Le Conseil

consultatif national sur le troisième âge affirme que les aidants naturels assument près de 80 % des soins dispensés aux âgés qui vivent à domicile et jusqu'à 30 % des services aux âgés vivant en institution.

Selon un sondage de CARP, le quart des Canadiens ont déclaré avoir pris soin d'un membre de leur famille ou d'un ami proche atteint d'un grave problème de santé au cours des 12 mois précédents. Vingt-deux pour cent de ces soignants se sont absentés du travail pendant plus d'un mois, et 41 % d'entre eux ont puisé dans leurs épargnes personnelles. En raison de leur rôle de soignant, près de huit personnes sur dix ont déclaré qu'elles éprouvaient des difficultés émotives, sept sur dix, qu'elles avaient besoin d'une relève, 54 %, qu'elles avaient des difficultés financières, et la moitié d'entre elles ont déclaré être en moins bonne santé (CARP, 2008). Des données de Statistique Canada appuient les résultats de ce sondage. L'organisme a constaté que deux tiers des femmes et près de la moitié des hommes qui ajoutaient quatre heures de soins ou plus à 40 heures de travail par semaine subissaient d'importantes conséquences sur leur travail, comme la diminution du nombre d'heures ou du revenu, ou encore un changement dans les habitudes de travail.

D'autres pays développés ont reconnu l'importance d'offrir une aide financière à leurs aidants et ont élaboré des plans financiers plus complets qui peuvent constituer de bons exemples à suivre pour le Canada. Les stratégies étrangères concernant les aidants ont réussi à créer des points d'échange et de collaboration entre les systèmes de soins informels et officiels. Il faut offrir un appui financier aux aidants membres de la famille pour leur permettre de continuer de consacrer leur temps aux soins, au besoin. Divers mécanismes ont été employés, notamment des crédits d'impôt, des allocations ou une majoration de pension.

Si les aidants naturels reçoivent un appui, ils sont moins susceptibles d'épuisement et plus susceptibles de fournir ces services plus longtemps. L'appui aux aidants naturels peut être fourni sous forme de services de garde ou auxiliaires, de programmes de jour pour

adultes, de services de relève et de lits de courte durée dans des établissements de soins de longue durée. Les soins de relève sont

Appui aux soignants

- La Suède, l'Allemagne, l'Australie, la France et le Royaume-Uni offrent tous des allocations généreuses aux soignants, fondées sur l'évaluation des besoins et le revenu.
- Les barèmes de rémunération directe de la Suède sont basés sur les barèmes du personnel de soins à domicile officiels et égaux à ceux-ci. En Allemagne, l'indemnité se situe entre 318 \$ et 1 033 \$ par mois.
- L'Allemagne contribue jusqu'à 584 \$ par mois à la pension de retraite d'un soignant, et le Royaume-Uni a créé une pension d'état pour les soignants. Commencée en 2002, elle sera probablement payable en 2050.
- Le programme australien pour les soignants est un prolongement du programme officiel de soins communautaires et à domicile. Il est administré conjointement par les gouvernements fédéral et d'état et traite le soignant comme un client. Le programme fournit aux soignants de l'information, des conseils, du counseling et des services de relève.
- En France et en Allemagne, on lie les soignants au système officiel en exigeant que des professionnels de la santé évaluent les soins fournis et le niveau de soins dont la personne prise en charge a besoin. L'évaluation détermine également le taux des allocations qui seront ensuite versées aux soignants.
- Les soignants allemands peuvent s'inscrire comme « soignants informels », ce qui leur donne des droits et des avantages particuliers.

(CARP, 2008)

toujours présentés comme un besoin absolu. Comme certains soignants peuvent ne pas avoir de moyen de transport adéquat ou avoir des problèmes de mobilité eux-mêmes, les programmes de relève à domicile peuvent donc être essentiels pour certains Canadiens (CARP, 2008). Les efforts devraient également se pencher sur les besoins différents des Canadiens à faible revenu et des femmes, qui constituent la vaste majorité des aidants.

Une étude récente, *The Influence of Community-Based Services on the Burden of Spouses Caring for Their Partners with Dementia*, a constaté que les programmes de jour pour les bénéficiaires de soins sont un mécanisme de prestation de soins de relève efficace. Les soins à domicile, tels qu'ils sont

actuellement offerts, semblent peu efficaces pour réduire le fardeau des conjoints qui prennent soin de leurs partenaires atteints de démence. L'étude a plutôt constaté que le service le plus efficace est l'offre de programmes de jour pour adultes, qui constituent non seulement une relève pour le conjoint aidant, mais fournissent à leur partenaire atteint de démence des possibilités d'échanges sociaux.

Les aidants expriment souvent leur frustration devant les difficultés qu'ils rencontrent pour obtenir une formation et des renseignements ainsi que pour trouver les ressources disponibles pour les aider à fournir les soins nécessaires à leur être cher. Les aidants bénéficieraient grandement de la possibilité d'obtenir de l'information sur tous les aspects des soins à un seul endroit facilement accessible. Le personnel infirmier et médical devrait s'assurer que les nouveaux aidants savent où obtenir cette information (CARP, 2008).

La prestation de soins à domicile coûte moins cher, mais les familles défraient la moitié ou plus du total des coûts des soins à domicile et communautaires (Keefe et coll., 2007). Tous les Ontariens profitent des économies réalisées grâce aux soins informels fournis aux aînés. Il faut souligner cette contribution et fournir un appui plus solide aux aidants afin qu'ils puissent mieux équilibrer leurs nombreuses responsabilités, comme le travail, le soin des membres âgés de leur famille et le soutien des enfants, tout en conservant un mode de vie sain et actif.

Santé mentale et isolement

Les aînés vivent plusieurs changements importants en vieillissant, notamment la retraite, un revenu fixe, le veuvage, la perte d'amis qui deviennent malades ou meurent, de nouvelles responsabilités de soin, un nouveau logement, une détérioration de leur santé ainsi que la perte de leur permis de conduire, qui entraîne des difficultés de transport. Il peut être extrêmement difficile de s'adapter à tous ces changements, et cela peut mener à l'isolement social et émotif. La promotion de la santé mentale, notamment en encourageant les liens

sociaux, est essentielle au maintien de la santé des aînés.

Selon l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM), les troubles mentaux suivants peuvent toucher les aînés : dépression, schizophrénie à début tardif, troubles bipolaires, troubles anxieux, démence et dépendances. Bien que la dépression et la démence soient les problèmes de santé mentale le plus souvent liés aux aînés et qu'il soit moins commun que ces derniers soient atteints de troubles bipolaires, de schizophrénie à début tardif et de troubles anxieux, les aidants ne doivent pas supposer qu'un changement de comportement est tout simplement attribuable au vieillissement.

Entre 15 et 25 % des pensionnaires recevant des soins de longue durée manifestent des symptômes de dépression majeure.

Le taux de suicide chez les hommes de 80 ans et plus est le plus élevé de tous les groupes d'âge (31 pour 100 000).

La démence affecte quelque 8 % des personnes âgées de 65 ans et plus et près de 35 % des personnes de 85 ans et plus.

(Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, Premier rapport provisoire)

La dépression est courante chez les personnes âgées, mais elle est souvent difficile à dépister, et a donc tendance à être sous-diagnostiquée. Les amis et la famille peuvent penser qu'une personne dort davantage, mange moins et est plus renfermée tout simplement parce qu'elle vieillit et a besoin de se reposer davantage. Un aîné peut devenir épuisé lorsqu'il prend soin d'un conjoint âgé ou d'un membre de la famille. Cela est particulièrement vrai pour les femmes, desquelles on a tendance à exiger plus de soins que les hommes, donc les femmes aidantes sont plus susceptibles d'être déprimées (site Web de l'ACSM).

Il peut arriver que les médecins, les fournisseurs de services et les aidants ne tiennent pas compte des symptômes, pensant qu'ils font naturellement partie du processus de

vieillesse ou, à tort, considèrent la dépression comme une réaction normale à la détérioration de la santé physique. De nombreux aînés peuvent ne même pas se rendre compte qu'ils ont besoin de traitements pour leur santé mentale ou être trop gênés de demander de l'aide en raison du stigmate lié aux maladies mentales (site de l'ACSM).

Selon l'ACSM, la démence est un terme utilisé pour décrire un groupe de symptômes liés à des maladies non traitables, irréversibles et progressives qui affectent le cerveau. La maladie d'Alzheimer est la forme la plus courante de démence. La démence tardive empêche une personne de fonctionner normalement dans des milieux sociaux et de travail.

Pour que les aînés restent en bonne santé mentale et pour cerner les changements dans la santé mentale, il est essentiel de garantir qu'ils conservent des liens sociaux. D'après l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, les aînés qui déclarent avoir un solide sentiment d'appartenance à la collectivité sont 62 % plus susceptibles d'être en bonne santé, par rapport à 49 % chez ceux qui se sentent plus isolés (Edwards et Mawani, 2006). L'appartenance sociale a un effet positif sur le bien-être et sur la capacité de s'accommoder efficacement du changement. Des recherches ont montré que les aînés qui conservent des liens sociaux, qui échangent régulièrement avec des amis et les membres de leur famille, sont plus susceptibles d'adopter de bons comportements de santé, comme s'alimenter sainement et faire suffisamment d'activité physique (Edwards et Mawani, 2006). Il est clair que l'isolement a des effets négatifs sur la santé.

Dans une recherche sur l'isolement social, demandée par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des aînés, on a déterminé que les personnes suivantes sont plus susceptibles d'être touchées par l'exclusion sociale : les femmes très âgées, les aînés peu instruits, les aînés vivant dans les régions urbaines, les immigrants âgés, les aînés célibataires et les aînés dont l'état de santé restreint le niveau d'activité (Comité sénatorial spécial sur le

vieillesse, Deuxième rapport provisoire). La recherche laisse entendre qu'on peut amoindrir l'isolement social par une meilleure planification urbaine.

On peut améliorer l'inclusion sociale et la participation communautaire en favorisant et en créant des quartiers centrés sur des carrefours communautaires qui diminuent le besoin de se déplacer dans la ville. En implantant les services sociaux et de loisirs au sein des collectivités où les gens vivent, plutôt que dans des regroupements commerciaux accessibles seulement en voiture ou par transport en commun, ces services deviennent plus accessibles et sont utilisés davantage. En reconsidérant la manière dont la ville utilise les espaces existants, comme les écoles et les centres communautaires, on peut stimuler la création de nouveaux carrefours communautaires. L'emplacement des services et des centres sociaux au même endroit peut favoriser l'inclusion communautaire sans exiger un long déplacement en voiture ou par transport en commun. Les collectivités plus inclusives peuvent repenser l'utilisation des ressources actuelles, comme les écoles publiques, pour en faire des espaces où tous les membres de la collectivité se réunissent, ce qui améliore grandement l'accès aux services.

Les programmes de jour pour adultes offrent souvent des repas, des échanges sociaux pour les aînés, des activités physiques et des possibilités d'apprentissage, tout en donnant du temps libre aux aidants. Les programmes de jour pour adultes ne sont pas nouveaux : certains centres communautaires en offrent depuis des années, mais les gens n'y participent pas beaucoup et les trouvent sans intérêt. De plus en plus de collectivités canadiennes offrent un large éventail de programmes de jour pour adultes, dont certains portent sur l'aide aux aînés ayant un état de santé particulier. À Ottawa, le programme de jour de The Good Companions offre des repas, des cultes non confessionnels, des exercices

et du divertissement pour 25 aînés, trois jours par semaine. La directrice du centre, Sharon Oatway, affirme que pour certains aînés, ce programme peut être leur seule source d'échanges sociaux (Proudfoot, 2010). Ces programmes donnent aux aînés des possibilités de demeurer actifs et engagés dans leur collectivité.

Âgisme

La définition d'aîné est en train de changer. Malgré tout ce que les aînés apportent à la collectivité, il existe encore de nombreux stéréotypes et obstacles. Il est essentiel de changer les attitudes sociétales au sujet des aînés et du vieillissement. Les aînés ne doivent plus être perçus simplement comme un fardeau possible, mais également comme une excellente ressource.

D'autre part, on ne peut plus considérer les aînés comme un seul groupe homogène. Les « jeunes aînés », ceux de 65 à 74 ans,

« Il est temps d'adopter une nouvelle vision du vieillissement en santé – une vision qui valorise et appuie la contribution des aînés; apprécie la diversité, rejette l'âgisme et réduit les inégalités; donne aux aînés du Canada des occasions de faire des choix sains qui rehausseront leur autonomie et leur qualité de vie. »

(Edwards et Mawani, 2006)

commencent leur troisième âge en meilleure santé et plus riches, ayant des attentes plus élevées quant au maintien de leur autonomie et au fait de vivre leur vie le plus pleinement possible. Les aînés âgés, ceux qui ont 75 ans et plus, sont moins bien nantis et ont

des problèmes de santé.

Les ouvrages sur les aînés renvoient souvent à trois grands groupes d'âge : le troisième âge, qui est en santé, en forme et plutôt à l'aise financièrement; le quatrième âge, qui ralentit le rythme et qui a moins d'argent et de ressources; le cinquième âge, qui a des besoins physiques et sociaux particuliers (Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, Premier rapport provisoire). Bien que certains groupes d'âge puissent être liés à ces catégories, ils peuvent ne pas être précis. L'âge véritable d'un aîné peut varier en raison d'une multitude de facteurs qui interviennent au cours de la vie. Il pourrait être utile de tenir compte des différentes étapes de la vie ainsi que des besoins et des niveaux de capacité

correspondants lorsqu'on songe à divers services et mécanismes de soutien pour les personnes âgées de 65 ans et plus.

L'une des étapes à franchir pour lutter contre l'âgisme est de réformer les politiques qui déterminent l'admissibilité selon l'âge. Plutôt que de remettre en question l'aptitude à conduire des personnes selon leur âge, on pourrait évaluer cette aptitude périodiquement au cours de la vie d'une personne. La diminution de l'aptitude à conduire découle de problèmes médicaux progressifs qui influent sur la conduite. Un problème de santé qui empêche de conduire peut survenir à tout âge. Le fait de se soucier uniquement de l'âge ne rendra pas les routes plus sécuritaires; ce sont des programmes efficaces de dépistage et de contrôle des personnes de tout âge ayant les facultés de conduite affaiblies par des problèmes de santé qui le feront.

Mauvais traitements envers les personnes âgées

Les mauvais traitements infligés aux personnes âgées peuvent prendre de nombreuses formes, y compris la violence physique et psychologique, l'exploitation financière ou la négligence. Des recherches suggèrent qu'entre 4 % et 10 % (65 000 à 130 000) des aînés de l'Ontario subissent une forme quelconque de maltraitance (site Web du Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario). Selon le Conseil consultatif national sur le troisième âge, la plupart des actes de violence contre des aînés sont commis par quelqu'un que la victime connaît. Il s'agit souvent d'un membre de la famille, d'un ami, d'un soignant, du propriétaire du logement ou du personnel d'un établissement. Le Conseil a également déclaré que certains aînés sont plus à risque que d'autres, notamment les aînés plus âgés, les femmes, les aînés socialement isolés, les aînés handicapés qui sont dépendants, les aînés ayant une capacité cognitive réduite et les aînés dont les soignants abusent d'alcool ou de drogues.

Le Réseau ontarien pour la prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées (ONPEA) a lancé une nouvelle ligne

d'assistance provinciale pour aider les aînés victimes de violence et à risque. La ligne d'assistance aux personnes âgées fournit des renseignements, des renvois et un appui tous les jours, 24 heures sur 24, dans plus de 150 langues. [La Fondation Trillium de l'Ontario a octroyé à l'ONPEA, en juin 2008, une subvention de 415 700 \$ échelonnée sur trois ans pour le lancement de la ligne d'assistance.] La ligne d'assistance est une ressource confidentielle sans frais pour les aînés victimes de violence, notamment l'exploitation financière, la violence physique, sexuelle et psychologique et la négligence (site Web du Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario).

Incidence du vieillissement de la population sur le secteur sans but lucratif

État du secteur sans but lucratif

Comptant 45 360 organismes, le secteur sans but lucratif de l'Ontario est le plus important au Canada (Clutterbuck et Howarth, 2008). La plupart des organismes sans but lucratif dépendent de trois sources de revenus : les dons de bienfaisance, le revenu gagné et le financement public. Compte tenu des importants déficits prévus cette année au sein des gouvernements fédéral et provincial et des déficits récurrents pendant au moins plusieurs années encore, le ralentissement économique récent a fait en sorte que les organismes ont de plus en plus de difficulté à obtenir du financement des sources traditionnelles. Par conséquent, les organismes sans but lucratif font face à une concurrence croissante pour un réservoir de fonds insuffisant, à de trop nombreuses restrictions sur l'utilisation des subventions et des dons ainsi qu'à une vision à court terme qui rend pratiquement impossibles les investissements à long terme. Un écart grandissant entre les régions rurales et les régions urbaines pourrait aussi limiter la possibilité du gouvernement de fournir des services adéquats aux régions peu densément peuplées, ce qui exigera davantage du secteur communautaire dans ces régions (Brodhead, 2010).

Le secteur devra trouver des façons novatrices de répondre à ses besoins financiers. Le Royaume-Uni et les États-Unis ont élaboré des cadres légaux souples pour faciliter le développement d'entreprises à valeur mixte, qui génèrent un rendement à la fois social et financier. En 2005, le Royaume-Uni a lancé les entreprises d'intérêt communautaire (CIC), qui fonctionnent comme des entreprises commerciales, mais doivent prouver qu'elles génèrent un avantage pour la communauté. Les CIC peuvent émettre des actions pour se

procurer des capitaux, mais il y a un plafond sur le rendement et les actifs sont bloqués, ce qui signifie que les profits et les éléments d'actif doivent être retenus par la communauté et non distribués aux actionnaires. À la fin de 2009, on comptait environ 3 300 CIC, faisant affaire dans des domaines tels que l'habitation à loyer modique et le soutien à domicile. Les États-Unis ont créé des entités semblables, les « low-profit limited liability companies » ou L3C, qui peuvent réunir des capitaux privés par l'émission d'actions ou par d'autres moyens financiers; leur but est d'utiliser les mécanismes du marché pour répondre aux besoins communautaires (Brodhead, 2010).

Le secteur connaît non seulement des problèmes de financement, mais également de dotation : les organismes ont du mal à attirer et à conserver du personnel. On a mentionné que cette difficulté est entre autres attribuable au manque de sécurité d'emploi en raison du

financement irrégulier et à court terme des projets, aux possibilités limitées d'avancement au sein des organismes, aux longues heures (souvent non rémunérées) et parfois aux mauvaises pratiques de gestion du personnel. Des sondages effectués auprès

de chercheurs d'emploi laissent entendre que les attentes changent : les travailleurs débutants veulent un meilleur équilibre travail-vie personnelle, ce qui contredit la philosophie du service altruiste qui imprègne de nombreux organismes de bienfaisance (Clutterbuck et Howarth, 2008).

Des ressources utilisées au maximum qui mènent à la disparition de l'infrastructure administrative des organismes, la dépendance sur le personnel à temps partiel, les demandes de services accrues, le manque de capacité interne et la dépendance accrue sur le financement des projets augmentent tous la pression sur le secteur sans but lucratif (Clutterbuck et Howarth, 2008).

Défis liés au vieillissement

Alors que les organismes sans but lucratif doivent relever le défi de plus en plus grand de

Les idées les plus novatrices et politiquement transformatrices – idées qui préconisent plus d'équité et de justice – des 200 dernières années ont été non seulement lancées, mais imposées par la société civile. (Dr James Orbinski, ancien président de Médecins sans frontières)

financer leurs programmes, un grand nombre d'entre eux font également face à une demande de services accrue, intensifiée par le vieillissement de la population. Si on appuie le secteur sans but lucratif, il peut jouer un rôle indispensable pour garantir que les futurs coûts des soins de santé seront raisonnables. Une très grande partie de l'appui dont les aînés ont besoin n'a pas à être assuré par des professionnels médicaux. Si on aide les aînés à cuisiner ainsi qu'à faire le ménage, les courses et leur toilette, cela leur permet de rester à leur domicile aussi longtemps que possible, de conserver leur autonomie et de rester en santé. En fournissant des services de soins à domicile, le secteur sans but lucratif fait réaliser des économies au système de soins de santé, car on évite les admissions répétées à l'hôpital et l'accès prématuré aux établissements de soins de longue durée (Hollander et coll., 2007).

Cependant, les organismes qui offrent essentiellement des services liés aux soins de santé et au bien-être, notamment le secteur communautaire, évoluent dans un contexte de financement particulièrement éprouvant, car dernièrement, le financement a porté principalement sur l'amélioration des soins actifs (à l'hôpital et en établissement) (Ontario Nonprofit Network, 2008). On a également mentionné au Comité sénatorial spécial sur le vieillissement qu'actuellement, la plus grande faiblesse des services de soins de santé à domicile partout au Canada touche les services de soutien à domicile rendus principalement par des travailleurs non professionnels ou paraprofessionnels, lesquels fournissent la plupart des services rémunérés de soins à domicile au pays.

Les services de soins à domicile et de soins de santé sont en grande partie possibles grâce au grand nombre de bénévoles et de travailleurs qui gagnent souvent un faible salaire. Les données historiques de l'Association ontarienne de soutien communautaire montrent que la main-d'œuvre estimée de ces organismes est de 25 000 employés et 100 000 bénévoles, et que les revenus médians des préposés aux services de soutien à la personne et aux soins auxiliaires sont respectivement de 29 000 \$ et 30 000 \$

(Association ontarienne de soutien communautaire, 2010). Bien que les salaires des préposés aux services de soutien soient supérieurs au seuil de faible revenu utilisé par Statistique Canada, ils sont inférieurs au salaire-subsistance établi par Hugh Mackenzie et Jim Stanford du Centre canadien de politiques alternatives. Selon messieurs MacKenzie et Stanford (2008), un salaire-subsistance de 16,60 \$ l'heure pour chaque parent d'une famille de deux parents et deux enfants donne à une famille vivant dans la région du Grand Toronto (RGT) et travaillant à temps plein (37,5 heures par semaine, toute l'année) suffisamment de revenus pour payer les nécessités, avoir une bonne qualité de vie et participer à part entière à la vie économique, politique, sociale et culturelle de la collectivité. Un préposé aux services de soutien dont la famille compte quatre personnes qui gagne 29 000 \$, soit 13,94 \$ l'heure, dans la RGT, ne gagne pas le salaire-subsistance établi par MM. Mackenzie et Stanford.

Comme le montrent les recherches, les aînés ne forment pas un groupe homogène; ils ne connaissent pas tous les mêmes problèmes et n'ont pas tous besoin du même niveau de soins. Comme les soins sont de plus en plus complexes, les préposés aux services de soutien n'ont pas la formation adéquate pour les offrir. Les données rassemblées par le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement indiquent que de nombreux travailleurs n'ont pas reçu la formation nécessaire et sont rémunérés selon le nombre des visites à domicile. Malheureusement, il n'existe pas de normes nationales uniformes quant à la façon de prodiguer des soins physiques et psychologiques et du soutien affectif aux personnes âgées. De plus, de nombreux préposés aux soins personnels n'ayant reçu aucune formation sont embauchés par les familles, les maisons de soins infirmiers et les établissements de soins de longue durée pour s'occuper des aînés (Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, Premier rapport provisoire). Les préposés aux services de soutien sont responsables des soins aux aînés de la société, et si on leur refuse une rémunération et une formation adéquates, la pénurie de personnel ne cessera probablement pas.

Pour de nombreuses personnes, l'expérience de la vieillesse pour les adultes évolue, ce qui entraîne un changement dans les attentes quant à la variété et à la qualité des services qui leur sont disponibles. Le secteur sans but lucratif devra faire face à la demande grandissante de services, à des attentes plus grandes quant à la qualité des services, à une plus vaste gamme de résultats attendus et à des besoins de plus en plus complexes. La population qui vieillit devra faire plus d'efforts pour améliorer sa santé, son bien-être et son autonomie à un âge plus avancé. Ces efforts comprennent une plus grande variété d'options de transport, la participation à des activités physiques et sociales et le logement abordable. On fera appel au secteur sans but lucratif pour faciliter la participation des aînés à tous les aspects de la société et renforcer les milieux favorables au sein des collectivités.

Bénévolat et travail après la retraite

Le grand nombre prévu de travailleurs qui prendront leur retraite au cours des prochaines années aura peut-être d'ici peu de fortes répercussions sur la stabilité, la croissance et le potentiel du secteur sans but lucratif. La retraite des baby-boomers intensifie les préoccupations relatives à la dotation des organismes sans but lucratif, puisqu'ils connaissent déjà des pénuries de personnel et font face à des difficultés de recrutement. Une recherche du Conseil RH pour le secteur communautaire (2010b), montre que près de la moitié (47,1 %) des employeurs du secteur ont indiqué qu'il avait été « difficile » ou « très difficile » pour leur organisme de recruter du personnel qualifié. C'est en santé et services sociaux que les employeurs ont été les plus nombreux (54,8 %) à mentionner qu'il avait été difficile de recruter du personnel rémunéré qualifié. Une étude réalisée par Imagine Canada auprès de 32 dirigeants d'organismes sans but lucratif montre une inquiétude encore plus grande concernant le recrutement; 70 % des répondants ont souligné que leur plus important défi était de recruter du personnel qualifié (Zarinpoush et Hall, 2007). Une autre préoccupation urgente pour le secteur est la retraite future d'un grand nombre de ses dirigeants. À l'heure actuelle, la majorité des dirigeants des organismes sans but lucratif sont issus de la génération des baby-boomers,

et les structures organisationnelles horizontales font en sorte qu'il y a peu de cadres intermédiaires pour diriger leurs organismes dans l'avenir (Conseil RH pour le secteur communautaire, 2010b). On s'inquiète aussi de la possibilité de perdre des connaissances organisationnelles lorsque les baby-boomers prendront leur retraite.

Par contre, les baby-boomers sont en train de redéfinir la retraite. Ils sont nombreux à envisager la retraite comme un nouveau départ dans la vie et à souhaiter commencer une nouvelle carrière ou explorer de nouvelles possibilités. Des recherches fondées sur l'Enquête sociale générale (ESG) annuelle de Statistique Canada montrent que les Canadiens de plus de 65 ans ressentent la plus grande satisfaction quant au travail rémunéré, lorsqu'on leur demande de coter certaines activités, comme le cinéma, la cuisine et l'épicerie (Wolfson, Rowe et Sharpe, 2009). Le fait de se sentir apprécié est l'une des plus importantes sources de bien-être, et ce sentiment d'appréciation et de contribution à la société peut être encore plus fort lorsqu'on travaille pour un organisme dans le secteur sans but lucratif.

Le grand nombre de retraités donne aux organismes des possibilités de recruter une myriade de nouveaux bénévoles expérimentés, qualifiés et engagés et de « transfuges sectoriels » (des gens âgés de 50 ans et plus qui ont fait la transition vers des emplois communautaires). De nombreux travailleurs âgés interrogés au cours du sondage du Conseil RH ont mentionné qu'ils souhaiteraient entreprendre une « carrière bis », ou la poursuite d'un travail utile dans la seconde moitié de la vie (Conseil RH pour le secteur communautaire, 2010b). Pour diverses raisons, 57 % des répondants ont indiqué qu'ils projetteraient de continuer à travailler après leur retraite. Toutefois, près de la moitié des répondants (47 %) croyaient que la rémunération et les avantages sociaux inadéquats constitueraient un obstacle à un emploi communautaire (Conseil RH pour le secteur communautaire, 2010b).

Les retraités veulent continuer de contribuer activement à la société, en utilisant leurs

connaissances et leurs compétences pour améliorer leurs collectivités. Ils veulent sentir leur importance, et ne veulent pas qu'on les traite tout simplement comme une main-d'œuvre à bon marché. Les organismes sans but lucratif qui peuvent comprendre les besoins, la valeur et l'intérêt de ces travailleurs pourraient avoir à leur disposition de nombreux nouveaux travailleurs ou bénévoles mûrs engagés (Casner-Lotto, 2007; Clutterbuck et Howarth, 2008). Les employeurs du secteur sans but lucratif qui cherchent des employés expérimentés et qualifiés, et qui sont prêts à offrir des horaires souples et d'autres avantages importants, peuvent inciter les travailleurs qui cherchent un emploi stimulant et important à assumer une réduction de salaire. Lorsque le Conseil RH pour le secteur communautaire (2010a) a interrogé les baby-boomers et leur a demandé ce qu'ils recherchaient en fin de carrière, ils ont répondu qu'ils cherchaient des conditions de travail souples, une meilleure conciliation travail-vie, une participation importante, la possibilité d'acquérir de nouvelles compétences et la capacité d'améliorer les choses, et qu'ils souhaitaient qu'on reconnaisse leurs réalisations.

Bien que de nombreux Canadiens songent à changer de carrière et de secteur, le Conseil RH pour le secteur communautaire a constaté que le manque d'information et de sensibilisation aux perspectives d'emploi dans le secteur sans but lucratif est un obstacle de taille au recrutement des « transfuges sectoriels ». On a constaté que les deux tiers des répondants au sondage n'avaient jamais auparavant envisagé un emploi dans le secteur communautaire avant de répondre au sondage (Conseil RH pour le secteur communautaire, 2010a). Les travailleurs qui songent à changer de carrière plus tard au cours de leur vie peuvent également en être dissuadés parce qu'ils craignent d'être victimes de discrimination fondée sur leur âge, notamment des suppositions selon lesquelles ils sont incapables de s'adapter rapidement à un

« La plupart des progrès durables dans la communauté se produisent quand les citoyens découvrent leur propre pouvoir d'action... quand les citoyens cessent d'attendre l'intervention des professionnels ou des élus pour agir et décident qu'ils peuvent récupérer ce qu'ils ont délégué. »
(Peter Block, Community: The Structure of Belonging, 2008)

nouvel environnement ou une nouvelle technologie.

De nombreux aînés sont encore en santé et apportent une importante contribution à la richesse de la vie et à l'économie du Canada. Les personnes âgées sont des mines d'expérience, de savoir et de soutien pour les générations suivantes. Leur travail non rémunéré constitue une contribution de premier plan pour leur famille et leur collectivité. En 1998, au Canada, environ 42 % des personnes de 55 à 64 ans et 44 % des personnes de plus de 65 ans consacraient en moyenne 2,2 heures par jour au bénévolat. Cela représente pour nos collectivités une ressource dont la valeur est estimée à 60,2 milliards de dollars par année (Edwards et Mawani, 2006). Le bénévolat ou le début d'une « carrière bis » peut constituer pour les aînés une possibilité importante de continuer d'employer leurs compétences et d'avoir le sentiment d'être utiles. Les organismes du secteur sans but lucratif peuvent maximiser leurs chances de recruter des travailleurs en fin de carrière compétents et expérimentés en offrant des expériences de bénévolat significatives aux cadres et aux gestionnaires des secteurs public et privé. En tissant des liens avec les dirigeants d'un éventail de secteurs, les organismes pourraient alors réussir à recruter de nouveaux employés pour pallier la pénurie de dirigeants.

Innovations et solutions

Solutions communautaires

Les collectivités ne feront pas toutes face aux mêmes défis. Le Canada vieillit, s'urbanise et se diversifie de plus en plus, et il existe de grandes différences entre les collectivités. Certaines parties du pays vieillissent rapidement, ce qui met en lumière le besoin d'établir une infrastructure et des services à la personne afin de soutenir les aînés, alors que d'autres ont une composition démographique plus équilibrée. Les villes connaissent de forts taux d'immigration et un changement important dans leur composition ethnoculturelle. Ces

changements démographiques ne modifient pas seulement les besoins des collectivités servies par les organismes sans but lucratif, ils altèrent aussi la capacité des collectivités à répondre à leurs propres besoins. Chaque collectivité réussira probablement le mieux à évaluer ses propres besoins et menaces. Les administrations municipales ont un rôle crucial à jouer dans la réaction à ces changements démographiques, mais elles auront probablement besoin d'une aide pour s'attaquer aux problèmes complexes, comme les contraintes exercées sur les organismes de services à la personne pour répondre aux besoins d'une population vieillissante. La collaboration avec les établissements publics et les organismes sans but lucratif locaux peut produire une direction quant à ces questions, coordonner les mesures prises et renforcer la confiance au sein de la collectivité (Maxwell, 2010).

Les collectivités rurales sont susceptibles de recevoir des services inadéquats en raison de leur isolement géographique et de leur petite base de revenus. Des recherches ont montré que la diversité dans les collectivités rurales exige des méthodes de prestation de soins de santé personnalisées qui tiennent compte des aspects géographiques, culturels et de santé des résidents, de sorte à optimiser les soins. Selon des recherches sur l'efficacité de diverses collectivités dans la prestation de soins palliatifs, les méthodes personnalisées élaborées en collaboration avec les collectivités rurales fournissent les meilleurs soins aux résidents. Même si elle se trouvait dans une collectivité rurale, à une distance considérable des spécialistes, chaque communauté unique à l'étude s'en tirait remarquablement bien pour ce qui est des soins palliatifs (Robinson, 2010). Bien qu'on parle des collectivités rurales de façon générique, il est essentiel de reconnaître la multitude de facteurs sociaux, géographiques et économiques qui contribuent au caractère unique de chaque collectivité, et d'en tenir compte, pour répondre aux besoins des résidents.

Collectivités-amies des aînés

En réponse au vieillissement important de la population dans plusieurs pays du monde ainsi

que pour aider les États à élaborer et à consolider des politiques sanitaires et sociales qui tiennent compte du vieillissement des populations, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié en 2002 un cadre d'orientation, *Vieillir en restant actif*. L'OMS définit les politiques de vieillissement actif comme servant à « optimiser les possibilités de bonne santé, de participation et de sécurité afin d'accroître la qualité de vie pendant la vieillesse ». L'approche se fonde sur les principes d'autonomie, de participation, de dignité, d'aide et d'actualisation de soi, consacrés par les Nations Unies et reconnaît l'influence du sexe, de l'expérience vécue et de la culture sur le vieillissement (dépliant de l'OMS). L'OMS estime que l'adaptation des villes aux besoins des aînés est l'une des mesures les plus efficaces qui soient pour relever le défi du vieillissement démographique. Comme les pays sont de plus en plus urbanisés, et que les grandes agglomérations urbaines sont plus susceptibles de disposer des ressources économiques et sociales qui leur permettent d'entreprendre les changements nécessaires, l'OMS a créé le projet *Des « villes-amies » des aînés : un projet mondial* pour inciter les villes du monde entier à rendre leur milieu plus convivial et sécuritaire pour les personnes âgées.

En évaluant l'ampleur des mesures prises en faveur des aînés de sa collectivité, on peut se demander si elle possède les structures physiques, humaines et sociales et les rapports nécessaires pour permettre aux résidents d'être utiles à leur collectivité toute leur vie. Les aînés doivent relever de plus en plus de défis en raison des changements qu'apporte le vieillissement. Dans une « ville-amie » des aînés, les politiques, les services et les installations de l'environnement physique et social sont conçus pour appuyer et soutenir les aînés afin qu'ils puissent vieillir en restant actifs, c'est-à-dire vivre en sécurité, avoir une bonne santé et participer pleinement à la vie de la société (dépliant de l'OMS).

Les quartiers amis des aînés offrent divers types de domiciles aux gens selon l'étape de leur vie; des sentiers de marche et le transport en commun facilitent les déplacements sans voiture; les parcs, les magasins, les services et

les domiciles sont plus près les uns des autres (EPA, 2009). Les collectivités-amies des aînés ne font pas que faciliter les déplacements des résidents et leur accès aux services; elles favorisent également un mode de vie plus sain. On peut bâtir les collectivités pour favoriser la marche, le cyclisme et l'utilisation active des parcs, de sorte que les personnes de tout âge fassent de l'exercice dans leur quotidien. Les résidents sont aussi plus susceptibles d'être actifs sur le plan social s'ils vivent dans des collectivités où le transport en commun est facilement accessible, les espaces publics sont accueillants, et où il y a des occasions de magasiner et de rencontrer des gens près de son domicile. Le fait de rendre les épiceries, les restaurants et les cafés accessibles à pied par des trottoirs est le meilleur indice de la mesure dans laquelle les personnes âgées marcheront, selon une étude récente menée par Abby King à Seattle. En concevant les quartiers différemment, et en réaménageant les routes et les quartiers existants, les collectivités peuvent créer des espaces plus sains pour les résidents et l'environnement (EPA, 2009).

L'un des principaux avantages de se pencher sur les défis présentés par le vieillissement de la population dans l'optique des collectivités-amies des aînés est que les politiques, les programmes et les services adaptés aux aînés profitent à tous les résidents; ils garantissent que tout le monde a le même accès aux mécanismes de soutien et aux services, quel que soit leur âge ou l'endroit où ils vivent. Le fait de suivre ce modèle a également pour avantage de permettre aux résidents d'évaluer les besoins de leur collectivité dans plusieurs secteurs, comme le logement, le transport, les services sociaux et de santé, la participation communautaire et l'emploi, les édifices, les parcs et autres espaces extérieurs, les loisirs, l'éducation ainsi que les arts et la culture, puis d'élaborer une solution intégrée.

Dans quelle mesure les villes ontariennes sont-elles amies des aînés?

Dans un sondage en ligne de 2009, CARP a demandé à 2 300 lecteurs de *CARP ActionOnline* d'évaluer l'adaptation de leur ville aux aînés. On a posé aux répondants des

MILIEU POUR TOUS LES ÂGES
<i>Participation</i>
<ul style="list-style-type: none"> • images positives des aînés • information accessible et utile • transport public/privé accessible • occasions pour tous de participer aux activités communautaires, culturelles, éducatives, bénévoles • accès faciles, sans obstacles, aux installations intérieures/extérieures
<i>Santé</i>
<ul style="list-style-type: none"> • lieux et programmes de rencontres et de loisirs actifs • activités, programmes et information qui favorisent la santé et le mieux-être social et spirituel • soutien et services à des groupes mal desservis • services de santé accessibles et suffisants • air et eau de bonne qualité
<i>Sécurité et autonomie</i>
<ul style="list-style-type: none"> • logement adapté, accessible, abordable • appareils et produits sécuritaires • rues et édifices sans danger • voies de circulation et signalisation sûres pour conducteurs et piétons • transports publics sûrs, adaptés, accessibles, abordables • services d'aide aux travaux et à l'entretien ménages • soutien aux fournisseurs de soins • magasins, services bancaires et professionnels accessibles • voisinage amical • protection contre les abus et la criminalité • information et formation du public • plans d'urgence et de secours • emplois adaptés, accessibles • conditions de travail souples

questions sur la facilité de la vie en général dans leur ville, de l'utilisation du transport en commun, de l'obtention d'un logement à prix modique, des déplacements à pied et de l'accès aux services de soins de santé et à domicile.

Parmi les 17 villes canadiennes comptant 400 000 habitants ou plus qui ont participé à l'étude, Peterborough a obtenu le pointage le plus élevé selon le Age-Friendly *Index*[™] de CARP. Selon le tableau des résultats du

sondage, il est évident que de nombreux répondants estimaient qu'il n'est

Indice des collectivités-amies des aînés de CARP

	Ensemble	Transport en commun	Logement	Piétons	Santé	Indice
Peterborough	77 %	64 %	30 %	53 %	64 %	288
London	68 %	28 %	-22 %	20 %	42 %	136
Kitchener/ Waterloo	62 %	21 %	-40 %	26 %	34 %	103
TOUTES LES VILLES	58 %	35 %	-58 %	20 %	24 %	75
Ottawa	60 %	34 %	-68 %	28 %	10 %	64
Mississauga	36 %	32 %	-64 %	10 %	48 %	62
Hamilton	51 %	36 %	-40 %	24 %	-10 %	61
TOTAL	54 %	6 %	-47 %	18 %	24 %	55
Toronto	44 %	34 %	-78 %	12 %	10 %	22 ¹

pas facile de trouver un logement à prix modique. Les résultats du sondage confirment que le logement abordable est une préoccupation urgente de nombreuses personnes âgées (CARP, 2009).

Initiatives novatrices

Les pays du monde entier sont aux prises avec d'importants changements démographiques et élaborent des programmes et services novateurs pour répondre aux besoins changeants de leurs citoyens. Le dilemme ne repose peut-être pas sur la création de programmes nouveaux et novateurs, mais plutôt sur la communication des réussites aux autres collectivités et aux autres pays. Voici quelques exemples intéressants, de l'Ontario et d'ailleurs, de services et de réponses aux besoins de façons diverses pour garantir dignité et bonne santé aux citoyens de tout âge. Une liste d'initiatives plus longue se trouve à l'annexe B.

¹ Les questions comportaient une échelle sémantique allant de 4 (très facile) à 1 (pas du tout facile). Pour calculer l'indice, CARP a soustrait les deux réponses les plus négatives des deux réponses les plus positives, ce qui donnait un indice pour chaque attribut. Les indices sont résumés pour tous les attributs pour donner un indice total (rapport sur les résultats du sondage sur les villes-amies des aînés, CARP, 2009)

Sur la participation :

- À Burlington, au Vermont, le **McClure MultiGenerational Center** héberge le Champlain Senior Center, qui fournit des repas et des programmes éducatifs, sociaux, récréatifs et de santé aux personnes de 50 ans et plus. De l'autre côté du couloir, on trouve le Burlington Children's Space, qui offre des programmes préscolaires et de garderie pour la petite enfance. Cet espace commun intergénérationnel permet d'établir des liens entre les aînés et les enfants, de manière informelle et lors d'un tutorat, de cours et de contes plus structurés (EPA, 2009).

Sur l'encouragement à la vie active :

- Dans le cadre du **PedFlag Program** de Kirkland, dans l'état de Washington, on a placé des drapeaux jaunes à plus de 60 passages pour piétons, que ces derniers prennent et montrent en traversant la rue pour rappeler aux automobilistes de céder aux piétons, puis placent dans un autre support après avoir traversé. Dans le cadre du **Flashing Crosswalk Program**, des clignotants sont intégrés à la chaussée à 30 passages pour piétons aux intersections achalandées (EPA, 2009).

Sur les soins communautaires complets :

- Les aînés de la région de Chicago disposent d'un nouveau genre de lieu de rencontre qui convient à un mode de vie actif dans une collectivité. Les **Mather LifeWay Cafés** ressemblent plus à des cafés ordinaires qu'à des centres pour personnes âgées, avec un décor attrayant, invitant et branché qui attire les adultes de 50 ans et plus et leurs amis. Habituellement situés dans un édifice à vitrine du centre-ville, ils sont adaptés à la technologie pour relier les aînés grâce à Internet, aux courriels et à des cours d'informatique, et comptent souvent des centres d'apprentissage et un gymnase ou des installations d'exercice. Certains possèdent des restaurants à service complet et offrent des divertissements (EPA, 2009).

Sur les modèles de soins communautaires intégrés :

- Le **Home and Community Care Program** d'Australie offre des services comme des formules de soins communautaires offertes aux personnes âgées – élaborées avec la personne recevant les soins à domicile et sa famille – ou encore des formules de soins prolongés à domicile, qui comportaient des soins infirmiers intensifs. Au fil des ans, on a élargi les programmes pour les offrir aux régions rurales et éloignées, à la population indigène et à des groupes culturels et linguistiques divers, dans différentes langues (Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, premier rapport provisoire).
- Le **Programme extra-mural** du Nouveau-Brunswick (aussi connu sous le nom « d'hôpital sans murs ») dispense une gamme complète de services de soins coordonnés à domicile à tous les résidents. Il dispense une vaste gamme de services à domicile aux résidents afin de promouvoir, de maintenir ou de restaurer leur santé dans le contexte de leur vie quotidienne, ainsi que des services palliatifs pour aider à conserver la qualité de vie des personnes atteintes d'une maladie évolutive qui menace leur vie. Le programme comprend des évaluations, des interventions (incluant des traitements, de l'éducation et des consultations) ainsi que la planification et la coordination des services. Des fournisseurs de services professionnels, comme du personnel infirmier, des diététistes autorisées, des thérapeutes respiratoires, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des aides en réadaptation et des travailleurs sociaux, se rendent au domicile pour offrir un ou tous les services suivants : les soins aigus, les soins palliatifs, l'oxygène à domicile, l'évaluation dans le cadre du programme des soins de longue durée et les services de réadaptation (page Web du Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick).

Sur le vieillissement à domicile :

- En 2001, les résidents de longue date du quartier Beacon Hill de Boston ont décidé qu'ils voulaient vieillir à leur domicile, tout

en ayant le même accès aux services, à l'aide pour l'entretien, aux soins à domicile et aux activités sociales que s'ils vivaient dans une collectivité de retraités. Ils ont fondé **Beacon Hill Village**, une association mutuelle qui lie les aînés de la région à des fournisseurs de services, des soins de santé à domicile, des cours et des activités « à rabais, contrôlés et garantis » (EPA, 2009).

Sur le logement :

- Le **Silver Sage Village** de Boulder, au Colorado, est une collectivité de plus de 50 cologements comptant 16 maisons accessibles autour d'une cour commune, ainsi qu'une maison communautaire de deux étages avec une chambre d'invité pour les amis et la famille et une grande salle pour les repas communautaires et les célébrations. Dix maisons sont disponibles aux taux du marché; six sont abordables en permanence (EPA, 2009).
- Le **Finlandia Village**, à Sudbury, en Ontario, a été construit pour fournir un continuum de soins et d'options de logement pour permettre aux résidents de vieillir à domicile tout en conservant une grande qualité de vie. Le village comprend des maisons en rangée, des appartements pour les aînés, des logements supervisés, des logements partagés pour les aînés et une maison de soins infirmiers. Comme le village offre un continuum de soins et d'options de logement au même endroit, les résidents peuvent y rester et continuer de faire partie de leur collectivité, tout en adaptant leur type de logement pour répondre à leurs besoins en matière de soins (page Web du Finlandia Village).

Sur l'appui aux soignants :

- Les soignants allemands peuvent s'inscrire comme soignants informels, ce qui leur donne des droits et des avantages particuliers, comme une contribution de jusqu'à 584 \$ par mois à la pension de retraite d'un soignant (CARP, 2008).

Sur le transport :

- Le plan de la Colombie-Britannique pour garantir que ses aînés peuvent continuer de se déplacer comprend un programme

de laissez-passer d'autobus et de bons de taxi. Le **programme de laissez-passer d'autobus de la Colombie-Britannique** offre dans 44 collectivités un transport abordable aux aînés à faible revenu et aux personnes ayant une déficience; il profite à plus de 60 000 personnes par an. Pour avoir droit au laissez-passer annuel de 45 \$, une personne âgée doit recevoir la pension de la Sécurité de la vieillesse et le Supplément de revenu garanti. Le programme de taxi de la province fournit

aux personnes ayant une déficience physique ou cognitive permanente un laissez-passer de transport en commun (Handy Card) et des bons de taxi (Taxi Saver) à prix réduit. Les détenteurs de laissez-passer peuvent acheter les bons de taxi à prix réduit. Un carnet de « taxi savers » de 50 \$ se vend 25 \$ (CARP, 2010).

Bibliographie

Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. Deuxième rapport provisoire, 2008. *Une population vieillissante : enjeux et options*. <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/402/agei/subsite/reports-f.htm> [5 novembre 2010]

Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. *Le vieillissement de la population, un phénomène à valoriser*. Rapport final, 2009. http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/402/agei/subsite/Aging_Report_Home-f.htm [5 novembre 2010]

Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. Premier rapport provisoire, 2007. *Relever le défi du vieillissement*. <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/402/agei/subsite/reports-f.htm> [5 novembre 2010]

Edwards, Peggy et Mawani, Aysha. *Le vieillissement en santé au Canada : une nouvelle vision, un investissement vital*. Document de discussion rédigé à l'intention du Groupe de travail sur le vieillissement en santé et le mieux-être du Comité fédéral-provincial-territorial des hauts fonctionnaires responsables des aînés. 2006. <http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/publications/public/healthy-sante/vision/vision-bref/index-fra.php> [15 novembre 2010].

Gouvernement du Canada. *Relever les défis et saisir les occasions du vieillissement au Canada*. 2007. http://www.rhdcc.gc.ca/fra/publications_ressources/recherche/categories/vieillissement_population_f/madrid/madridf.pdf [15 novembre 2010].

Hollander, Marcus J., Neena L. Chappell, Michael J. Prince et Evelyn Shappiro. *Providing Care and Support for an Aging Population: Briefing Notes on Key Policy Issues*. Healthcare Quarterly, 2007, vol. 10, n° 3, pp. 34-45

Hollander, Marcus. *Is Canada Ready for an Aging Population?* Notes d'allocation d'un exposé présenté à la conférence *S'améliorer avec le temps : planifier des systèmes de santé adaptés à la population vieillissante*. Calgary, Alberta, 7 octobre 2010.

Données démographiques

Buckley, Neil J., Denton, Frank T., Robb, A. Leslie et Byron G. Spencer. *Socio-Economic Influences on the Health of Older Canadians: Estimates Based on Two Longitudinal Surveys*. « Canadian Public Policy », Vol. 32, n° 1 (mars 2006), pp. 59-83

Campagne 2000. *Rapport 2010 sur la pauvreté des enfants et des familles au Canada : 1989 – 2010*. <http://www.campaign2000.ca/reportCards/national/2010FrenchNationalReportCard.pdf> [9 novembre 2010].

Friesen, Joe. *Number of seniors living in poverty soars nearly 25 %*. « Globe and Mail ». 24 novembre 2010. <http://www.theglobeandmail.com/news/national/number-of-seniors-living-in-poverty-soars-nearly-25/article1812798/> [24 novembre 2010].

McDonald, James Ted et Conde, Heather. *Does geography matter? The health service use and unmet health care needs of older Canadians*. « Canadian Journal on Aging », mars 2010, vol. 29, n° 1, pp. 23-37.

Milligan, Kevin. *The Evolution of Elderly Poverty in Canada*. « Canadian Public Policy ». Special Supplement on Private Pensions and Income Security in Old Age: An Uncertain Future (Nov. 2008), vol. 34, pp. 79-94.

Ministère des Finances. *Mise à jour des projections démographiques pour l'Ontario, 2009–2036*. 2010; fondées sur le recensement de 2006. <http://www.fin.gov.on.ca/fr/economy/demographics/projections/projections2009-2036.pdf> [17 novembre 2010].

Mohanty, Srimanta et Mujahid, Ghazy. *The Senior Population in Peel Region: Characteristics, Trends and Issues (1996-2006)*. Social Planning Council of Peel, 2010. http://www.spcpeel.com/2010_%20seniors.pdf [25 novembre 2010].

Ramlo, Andrew, Ryan Berlin et David Baxter. *Canada to 2058: Projections of Demographic Growth & Change for Canada and its Regions*. The Urban Futures Institute Report 74, novembre 2009.

Statistique Canada. *Estimation de la population totale, Canada, provinces et territoires (personnes)*. Tableau CANSIM 051-0001; et Statistique Canada. *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires (2005-2031)*. Tableau CANSIM 052-0004.

Statistique Canada. *Série « Analyses » du recensement de 2006*. <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/index-fra.cfm> [3 novembre 2010].

Statistique Canada. *Seuils de faible revenu (base de 1992) après impôt*. <http://www.statcan.gc.ca/pub/75f0002m/2009002/tbl/tbl-2-fra.htm> [28 janvier 2011].

Veall, Michael R. *Canadian Seniors and the Low Income Measure*. « Canadian Public Policy ». Special Supplement on Private Pensions and Income Security in Old Age: An Uncertain Future (Nov. 2008), vol. 34, pp. 47-58.

Renseignements sur la santé et indicateurs de santé

Alford, L. (*What men should know about the impact of physical activity on their health*. « International Journal of Clinical Practice », décembre 2010, vol. 64, n° 13, pp. 1731–1734

Erickson, K. et coll. *Physical activity predicts gray matter volume in late adulthood: The Cardiovascular Health Study*. « Neurology », 2010, volume 75, pp. 1415-1422.

Institut canadien d'information sur la santé. *Indicateurs de santé 2010*, Ottawa, Ontario, ICIS, 2010. <http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/fr/subtheme/health+system+performance/indicators/cihi010653> [11 novembre 2010].

Lloyd, Janice. *Experts on aging: Stay fit after 65 to live longer, better*. « USA Today. » 21 novembre 2010. http://www.usatoday.com/yourlife/fitness/exercise/2010-11-21-staying-fit-old-age_N.htm [22 novembre 2010].

Robinson, Carole A. et coll. *Issues in Rural Palliative Care: Views From the Countryside*. « The Journal of Rural Health ». vol. 26, n° 1, pp. 78-84, hiver 2010. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1748-0361.2009.00268.x/pdf> [11 novembre 2010].

Silver, Jim. *Fast Facts: The social and economic conditions that produce poor health*. Centre canadien de politiques alternatives, bureau du Manitoba. 10 octobre 2010. www.policyalternatives.ca [11 novembre 2010].

Défis

Foot, David K. *Some Economic and Social Consequences of Population Aging*. Programme de priorités pour le Canada de l'IRPP, précis n° 7, septembre 2008. <http://www.irpp.org/fr/ppc/index.php> [11 novembre 2010].

Soins de santé

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. *Planifier des systèmes de santé adaptés à la population vieillissante Précis d'information*. Préparé pour la série de tables rondes intitulée *S'améliorer avec le temps : planifier des systèmes de santé adaptés à la population vieillissante*. 2010. <http://www.fcrrs.ca/Programs/PlanningForTheAgingPopulation/AgingRoundtables.aspx> [23 novembre 2010].

Geddes, John. *The health care time bomb*. « Maclean's ». 12 avril 2010. <http://www2.macleans.ca/2010/04/12/the-health-care-time-bomb/> [22 novembre 2010].

Landi, Francesco et coll. *A new model of integrated home care for the elderly: impact on hospital use*. « Journal of Clinical Epidemiology ». 2001, vol. 54, n° 9, pp. 968-970.

MacAdam, Margaret. *Value for Money Initiatives: Promising Models for Care of the Elderly*. Présenté à la table ronde régionale *S'améliorer avec le temps : planifier des systèmes de santé adaptés à la population vieillissante*. Ottawa, Ontario, 20 octobre 2010.

MacAdam, M. *Frameworks of integrated care for the elderly: A systematic review*. 2008. [https://www.cssnetwork.ca/Resources %20and %20Publications/MacAdam-Frameworks %20for %20Integrated %20Care %20for %20the %20Frail %20Elderly.pdf](https://www.cssnetwork.ca/Resources%20and%20Publications/MacAdam-Frameworks%20for%20Integrated%20Care%20for%20the%20Frail%20Elderly.pdf) [25 novembre 2010].

MacAdam, M. *Moving toward health service integration: Provincial progress in system change for seniors*. 2009. Trouvé le 24 septembre 2010 dans http://www.cprn.org/documents/51302_EN.pdf [25 novembre 2010].

Rachlis, Michael M. *Demographics, aging and financial sustainability*. Présenté à la table ronde régionale *S'améliorer avec le temps : planifier des systèmes de santé adaptés à la population vieillissante*. Winnipeg, Manitoba, 15 octobre 2010.

Vieillir à domicile

Association canadienne de soins et services à domicile. *Les soins à domicile : Le prochain service essentiel – Répondre aux besoins de notre population vieillissante*. 2008. <http://www.cdnhomecare.ca/media.php?mid=2094> [29 novembre 2010].

Page Web du Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick. <http://www.gnb.ca/0051/0384/index-f.asp> [1^{er} décembre 2010].

Proudfoot, Shannon. *Adult day programs coming of age in Canada*. « The Vancouver Sun ». 11 novembre 2010. <http://www.vancouversun.com/health/ADULT+PROGRAMS+COMING/3813084/story.html> [11 novembre 2010].

Société canadienne d'hypothèques et de logement. Page Web du programme Logements adaptés : aînés autonomes (LAAA). http://www.cmhc-schl.gc.ca/fr/co/praiifi/praiifi_004.cfm [1^{er} décembre 2010].

Transport

État de l'Illinois. *Seniors Ride Free*. 2010. <http://www2.illinois.gov/ridefree/Pages/SeniorsRideFree.aspx> [2 décembre 2010].

MacDonald, Noni et Hébert, Paul C. *Driving retirement program for seniors: long overdue*. « Canadian Medical Association Journal ». 20 avril 2010, vol. 182, n° 7. <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/182/7/645> [12 novembre 2010].

Webb, Graham. *A Call for Dialogue on Graduated De-licencing of Older Drivers*. Bulletin du Advocacy Centre for the Elderly, été 2010, Vol. 7, n° 1 http://www.advocacycentreelderly.org/appimages/file/ACE_Newsletter_-_Summer_2010.pdf [24 novembre 2010].

Logement

Advocacy Centre for the Elderly. *Submission to the Standing Committee on Social Policy: Bill 21, Retirement Homes Act, 2010*. [http://www.advocacycentreelderly.org/appimages/file/ACE %20Submission %20-%20Bill %2021 %20- %20May %202010, %202010.pdf](http://www.advocacycentreelderly.org/appimages/file/ACE%20Submission%20-%20Bill%2021%20-%20May%202010,%202010.pdf) [24 novembre 2010].

Aidants naturels

CARP. *A National Caregiver Strategy*. Présentation au Comité des finances de la Chambre des communes, 15 août 2008. [http://www1.carp.ca/PDF/National %20Caregiver %20Strategy %202008.pdf](http://www1.carp.ca/PDF/National%20Caregiver%20Strategy%202008.pdf) [24 novembre 2010].

Keefe, Janice et coll. *Developing New Strategies to Support Future Caregivers of Older Canadians with Disabilities: Projections of Need and their Policy Implications*. « Analyse de politiques ». vol. 34, Supplément, 2007. <http://economics.ca/cgi/jab?journal=cpp&view=v33s1/CPpv33s1p065.pdf> [24 novembre 2010].

Santé mentale

Association canadienne pour la santé mentale. *Aide aux soignants et santé mentale*. 2004. Trouvé le 20 septembre 2010 dans http://www.cmha.ca/data/1/rec_docs/219_caregiverFRE.pdf [30 novembre 2010].

Association canadienne pour la santé mentale, site Web de l'Ontario intitulé *Seniors and Mental Health* : <http://www.ontario.cmha.ca/seniors.asp> [1^{er} décembre 2010].

Belluck, Pam. *Children Ease Alzheimer's in Land of Aging*. « New York Times ». 25 novembre 2010. <http://www.nytimes.com/2010/11/26/health/26alzheimers.html> [29 novembre 2010].

McKenzie, Kwame et coll. *Mental Health Services for Older Adults from Racialized Groups in Toronto*. Across Boundaries. <http://www.acrossboundaries.ca/conference/Older%20adults%20final%20report.pdf> [29 novembre 2010].

Patychuk, Diane. *Across Boundaries Concurrent Disorders Report*. 2008. <http://www.acrossboundaries.ca/conference/Concurrent%20report.pdf> [29 novembre 2010].

Mauvais traitements envers les personnes âgées

Harrold, Max. *Program to fight seniors abuse*. « The Gazette ». 11 novembre 2010. <http://www.montrealgazette.com/life/Program+fight+seniors+abuse/3810237/story.html#ixzz17MTRdJNv> [1^{er} décembre 2010].

Page Web du Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario intitulée « Qu'entend-on par mauvais traitements à l'égard des personnes âgées? » <http://www.seniors.gov.on.ca/fr/elderabuse/index.php> [1^{er} décembre 2010].

Secteur sans but lucratif

Association ontarienne de soutien communautaire. *The Community Support Service Health Human Resource Report, 2010 Salary Survey*. 2010. À paraître.

Brodhead, Tim. *Savoir profiter d'une crise : Stratégie d'innovation pour le secteur communautaire du Canada*. *The Philanthropist*, vol. 23, n° 1, 2010. <http://www.mcconnellfoundation.ca/fr/resources/presidents-corner/on-not-letting-a-crisis-go-to-waste-an-innovation-agenda-for-canada-s-community-sector> [22 novembre 2010].

Clutterbuck, Peter et Howarth, Rob. *Heads Up Ontario! Current Conditions and Promising Reforms to Strengthen Ontario's Nonprofit Community Services Sector*. 2008. <http://neighbourhoodcentres.ca/reportspub/Heads-Up-Ontario-Full-Report.pdf> [22 novembre 2010].

Fédération canadienne des municipalités. *Renforcer le filet social au Canada*. Rapport thématique n° 6. Ottawa, 2010. http://www.fcm.ca//CMFiles/QofL6Fr_Embargo1KH Y-3242010-4256.pdf [29 novembre 2010].

Imagine Canada. *Cadre d'action pour le secteur à but non lucratif*. Projet de travail. 2010. http://www.imaginecanada.ca/files/www/fr/publicpolicy/cadre_d_action_juin_2010_29092010.pdf [25 novembre 2010].

Maxwell, Judith. *The Road to Resilience: Working Together*. « The Philanthropist », volume 23, n° 3, pp. 247-258, 2010. <http://www.thephilanthropist.ca/index.php/phil/article/viewFile/843/717> [18 novembre 2010].

Ontario Nonprofit Network. *State of the Nonprofit Sector in Ontario*. Toronto, 19 juin 2008. <http://ontariononprofitnetwork.ca/files/ONN's%20State%20of%20the%20Nonprofit%20Sector%20Notes.pdf> [22 novembre 2010].

Emploi et bénévolat

Casner-Lotto, Jill. *A Perfect Match? How Nonprofits Are Tapping into the Boomer Talent Pool*. Conference Board, rapport de recherche r-1447-09-rr, 2007. <http://www.conferenceboard.ca/documents.aspx?did=3161> [24 novembre 2010].

Casner-Lotto, Jill. *Boomers Are Ready for Nonprofits, But Are Nonprofits Ready for Them?* Conference Board, analyse documentaire/résumé E-0012-07-WG, 2007. <http://www.civicventures.org/breakthrough/reports/ConfBdreport5-25.pdf> [24 novembre 2010].

Conseil RH pour le secteur communautaire. *Les baby-boomers, une bénédiction : Générer des idées pour recruter les baby-boomers dans le secteur communautaire*. (2010a). http://www.hrcouncil.ca/salle-de-presse/documents/CRH_Les_baby-boomers_une_benediction_0510.pdf [18 novembre 2010].

Conseil RH pour le secteur communautaire. *Transition des baby-boomers : Exploiter les talents des employés en fin de carrière*. (2010b). http://www.hrcouncil.ca/salle-de-presse/documents/CRH_Transition_des_baby-boomers_0510.pdf [18 novembre 2010].

Wolfson, Michael, Geoff Rowe et Andrew Sharpe. *Good Life Time (GLT): Health, Income and the Time to Enjoy Them – A new framework and index for measuring social progress*. Exposé présenté lors du 3^e Forum mondial de l'OCDE, à Busan, en Corée du Sud, 2009. <http://www.oecd.org/dataoecd/7/47/44129664.pdf> [31 janvier 2011].

Zarinpoush, Fataneh et Hall, Michael H. *Leadership Perspectives: Interviews with leaders of Canada's charities and nonprofit organizations*. Préparé pour Imagine Canada. 2007. http://library.imaginecanada.ca/files/nonprofitscan/en/other_research/leadership_perspectives_080108.pdf [31 janvier 2011].

Solutions communautaires

CARP. *Age-Friendly Cities Poll Report*. 9 octobre 2009. <http://www1.carp.ca/PDF/Age-Friendly%20Cities%20Poll%20Report%20Web%20Copy.pdf> [23 novembre 2010].

CARP. *The Case for An Age-Friendly Toronto*. 2010. <http://www1.carp.ca/PDF/Age%20Friendly%20Cities%20FINAL.pdf> [23 novembre 2010].

Environmental Protection Agency, États-Unis. *Growing Smarter, Living Healthier: A Guide to Smart Growth and Active Aging*. Août 2009. www.epa.gov/aging [16 novembre 2010].

Kenneth G. Murray Alzheimer Research and Education Program. Bulletin *Innovations: Enhancing ability in dementia care*, automne 2009, volume 8, n^o 3. <http://www.marep.uwaterloo.ca/PDF/fall2009.pdf> [25 novembre 2010].

NESTA. *Age Unlimited*. Page Web : http://www.nesta.org.uk/areas_of_work/public_services_lab/ageing/age_unlimited [1^{er} décembre 2010].

Organisation mondiale de la santé. Dépliant *Des « villes-amies » des aînés : un projet mondial* <http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/publications/public/healthy-sante/age/index-fra.php> [9 novembre 2010].

Site Web de Finlandia Village : <http://www.finlandiavillage.ca/> [2 décembre 2010].

Site Web de Southwark, <http://www.southwarkcircle.org.uk/index.php> [6 décembre 2010].

Van Vliet, Williem. *Creating Livable Cities for All Ages: Intergenerational Strategies and Initiatives*. Document préparé pour le dialogue « Harmonious Cities for All Age Groups » du 4^e Forum urbain mondial d'UN-Habitat, Nanjing, du 3 au 6 novembre 2008. Publié en collaboration avec UN-Habitat.

Ville d'Hamilton. *Hamilton: A City for ALL Ages*. Age-Friendly Hamilton, First Report to our Community. Hamilton Council on Aging. Janvier 2010. www.coahamilton.ca

Autres ressources

Mackenzie, Hugh et Stanford, Jim. *A Living Wage for Toronto*. Centre canadien de politiques alternatives. 2008. http://www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/Ontario_Office_Pubs/2008/A_Living_Wage_for_Toronto.pdf [2 décembre 2010].

Site Web d'AgeUK. *About Us*. <http://www.ageuk.org.uk/about-us/> [6 décembre 2010].

Annexes

Annexe A – Données démographiques

Selon le recensement de l'Ontario de 2006, les régions métropolitaines de recensement (RMR) les plus vieilles, avec leur proportion de résidents de 65 ans et plus, étaient Peterborough (18,2 %), St. Catharines-Niagara (17,7 %), Thunder Bay (16 %), Kingston (15,3 %), Hamilton (15,1 %), Sudbury (14,9 %), Brantford (14,6 %) et London (13,8 %). En plus de compter la plus forte proportion d'enfants de moins de 15 ans, Barrie et Oshawa affichaient, en 2006, les 3^e et 4^e proportions les plus faibles de personnes âgées, soit 11,2 % et 11,5 % respectivement, de toutes les RMR du Canada (Statistique Canada).

Les agglomérations urbaines moyennes, ou agglomérations de recensement (AR), sont des régions urbaines à noyau urbanisé d'au moins 10 000 habitants. Elles ont tendance à croître plus lentement et sont en moyenne plus vieilles que les RMR. En 2006, 15,5 % de leurs résidents avaient 65 ans et plus, comparativement à 12,9 % des résidents des RMR. Elliot Lake est la deuxième agglomération urbaine moyenne la plus âgée au Canada, 31,6 % de ses résidents étant âgés de 65 ans et plus. Parmi les autres AR où la proportion de personnes âgées est nettement supérieure, on compte Cobourg (24,5 %), Tillsonburg (23 %), Collingwood (20,6 %), Hawkesbury (20,4 %), Kawartha Lakes (19,5 %), Orillia (19,1 %), Owen Sound (18,8 %), Brockville (18,6 %), Pembroke (18,5 %), Temiskaming Shores (18,1 %), Sault Ste. Marie (18 %), Port Hope (17,9 %), Midland (17,8 %), Cornwall (17,6 %), Norfolk (17,4 %), Sarnia (17 %), Belleville (16,7 %), Stratford (16,4 %), Kenora (16,2 %) et Woodstock (16,2 %) (Statistique Canada).

En raison principalement de la migration interne des jeunes adultes, qui quittent les collectivités rurales pour aller faire des études supérieures ou chercher du travail dans les régions urbaines, et de l'immigration internationale, concentrée dans les grandes agglomérations urbaines, les collectivités rurales tendent à avoir des populations plus âgées. Comme elles comptent moins de jeunes adultes et plus d'aînés, les régions rurales font face à doivent relever des défis pour répondre aux besoins de leurs résidents âgés, notamment des services de santé et de soins à domicile ainsi que du logement et un transport adéquats.

Selon le recensement de 2006, les régions rurales éloignées comptaient une proportion de personnes âgées de 65 ans et plus beaucoup plus forte (16,1 %) que celle des régions métropolitaines (13,2 %) ou des régions rurales situées près des centres urbains (13,9 %). Neuf des collectivités rurales du Canada ayant la plus forte proportion de personnes âgées de 65 ans et plus se trouvent en Ontario : Perth (28 %), Wasaga Beach (24,9 %), Minden Hills (24,9 %), Blue Mountains (24,8 %), Parry Sound (24,4 %), South Bruce Peninsula (24,1 %), Brighton (23,2 %), Dysart and Others (23,2 %) et Lambton Shores (23,2 %) (Statistique Canada).

Agglomérations de recensement	Proportion de la population âgée de 65 et plus
Elliot Lake	31,6
Cobourg	24,5
Tillsonburg	23
Collingwood	20,6
Hawkesbury	20,4
Kawartha Lakes	19,5
Orillia	19,1
Owen Sound	18,8
Brockville	18,6
Pembroke	18,5
Temiskaming Shores	18,1
Sault Ste. Marie	18
Port Hope	17,9
Midland	17,8
Cornwall	17,6
Norfolk	17,4
Sarnia	17
Belleville	16,7
Stratford	16,4
Kenora	16,2
Woodstock	16,2

Annexe B – Initiatives novatrices

Sur la participation :

- À Burlington, au Vermont, le **McClure MultiGenerational Center** héberge le Champlain Senior Center, qui fournit des repas et des programmes éducatifs, sociaux, récréatifs et de santé aux personnes de 50 ans et plus. De l'autre côté du couloir, on trouve le Burlington Children's Space, qui offre des programmes préscolaires et de garderie pour la petite enfance. Cet espace commun intergénérationnel permet d'établir des liens entre les aînés et les enfants, de manière informelle et lors d'un tutorat, de cours et de contes plus structurés (EPA, 2009).

Sur l'encouragement à la vie active :

- Dans le cadre du **PedFlag Program** de Kirkland, dans l'état de Washington, on a placé des drapeaux jaunes à plus de 60 passages pour piétons, que ces derniers prennent et montrent en traversant la rue pour rappeler aux automobilistes de céder aux piétons, puis placent dans un autre support après avoir traversé. Dans le cadre du **Flashing Crosswalk Program**, des clignotants sont intégrés à la chaussée à 30 passages pour piétons aux intersections achalandées (EPA, 2009).
- NESTA (National Endowment for Science, Technology and the Arts) est un organisme indépendant dont la mission est de rendre le Royaume-Uni plus novateur. Il favorise une vie active pour les aînés en fournissant un appui et jusqu'à 50 000 £ pour élaborer et mettre à l'essai de nouvelles idées de services qui aident les quinquagénaires et les sexagénaires à rester actifs dans leur collectivité (page Web *Age Unlimited* de NESTA).

Sur les soins communautaires complets :

- Les aînés de la région de Chicago disposent d'un nouveau genre de lieu de rencontre qui convient à un mode de vie actif dans une collectivité. Les **Mather LifeWay Cafés** ressemblent plus à des cafés ordinaires qu'à des centres pour personnes âgées, avec un décor attrayant, invitant et branché qui attire les adultes de 50 ans et plus et leurs amis. Habituellement situés dans un édifice à vitrine du centre-ville, ils sont adaptés à la technologie pour relier les aînés grâce à Internet, aux courriels et à des cours d'informatique, et comptent souvent des centres d'apprentissage et un gymnase ou des installations d'exercice. Certains possèdent des restaurants à service complet et offrent des divertissements (EPA, 2009).

Sur les modèles de soins communautaires intégrés :

- Le Programme pour l'autonomie des anciens combattants d'Anciens combattants Canada est un programme complet de soins à domicile. Dans le cadre de ce programme, des soins personnels et des services d'entretien intérieur et extérieur sont offerts aux anciens combattants et à leurs familles pour les aider à demeurer en santé, chez eux, le plus longtemps possible (Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, Premier rapport provisoire).
- Le Home and Community Care Program d'Australie offre des services comme des formules de soins communautaires offertes aux personnes âgées – élaborées avec la personne recevant les soins à domicile et sa famille – ou encore des formules de soins prolongés à domicile, qui comportaient des soins infirmiers intensifs. Au fil des ans, on a élargi les programmes pour les offrir aux régions rurales et éloignées, à la population indigène et à des groupes culturels et linguistiques divers, dans différentes langues (Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, premier rapport provisoire).
- Le Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick (aussi connu sous le nom « d'hôpital sans murs ») dispense une gamme complète de services de soins coordonnés à domicile à tous les résidents. Il dispense une vaste gamme de services à domicile aux résidents afin de promouvoir, de maintenir ou de restaurer leur santé dans le contexte de leur vie quotidienne, ainsi que des services palliatifs pour aider à conserver la qualité de vie des personnes atteintes d'une maladie évolutive qui menace leur vie. Le programme comprend des évaluations, des interventions

(incluant des traitements, de l'éducation et des consultations) ainsi que la planification et la coordination des services. Des fournisseurs de services professionnels, comme du personnel infirmier, des diététistes autorisées, des thérapeutes respiratoires, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des aides en réadaptation et des travailleurs sociaux, se rendent au domicile pour offrir un ou tous les services suivants : les soins aigus, les soins palliatifs, l'oxygène à domicile, l'évaluation dans le cadre du programme des soins de longue durée et les services de réadaptation (page Web du Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick).

- Le programme Comprehensive Community Care (C3) de Calgary, offert à dix endroits, vise à aider les gens à vivre de manière plus autonome. Il offre un éventail de soins aux adultes de tout âge, notamment des programmes de jour, de la réadaptation et des soins pour affections subaiguës à l'intention de personnes qui se rétablissent de détériorations neurologiques ou musculo-squelettiques, des programmes de transition pour les personnes qui ont besoin d'évaluation, de rétablissement et de thérapie avant de déménager dans un autre milieu communautaire, des soins palliatifs pour les personnes atteintes de maladies terminales ainsi que des services de relève pour les aidants à domicile. http://www.carewest.ca/index.php?page=about_carewest

Sur le vieillissement à domicile :

- En 2001, les résidents de longue date du quartier Beacon Hill de Boston ont décidé qu'ils voulaient vieillir à leur domicile, tout en ayant le même accès aux services, à l'aide pour l'entretien, aux soins à domicile et aux activités sociales que s'ils vivaient dans une communauté de retraités. Ils ont fondé **Beacon Hill Village**, une association mutuelle qui lie les aînés de la région à des fournisseurs de services, des soins de santé à domicile, des cours et des activités « à rabais, contrôlés et garantis » (EPA, 2009).
- **Southwark Circle** mobilise les ressources publiques, privées, bénévoles et communautaires pour aider les aînés à améliorer leur qualité de vie. Il s'agit d'une association mutuelle qui aide les gens à s'acquitter des tâches domestiques grâce à des assistants locaux fiables et à établir des liens sociaux pour favoriser l'enseignement, l'apprentissage et le partage. Les membres peuvent acheter des jetons pour obtenir de l'aide de la part des assistants locaux et gagner des jetons en aidant les autres (page Web de Southwark Circle).

Sur le logement :

- Le **Silver Sage Village** de Boulder, au Colorado, est une collectivité de plus de 50 cologements comptant 16 maisons accessibles autour d'une cour commune, ainsi qu'une maison communautaire de deux étages avec une chambre d'invité pour les amis et la famille et une grande salle pour les repas communautaires et les célébrations. Dix maisons sont disponibles aux taux du marché; six sont abordables en permanence (EPA, 2009).
- Le **Finlandia Village**, à Sudbury, en Ontario, a été construit pour fournir un continuum de soins et d'options de logement pour permettre aux résidents de vieillir à domicile tout en conservant une grande qualité de vie. Le village comprend des maisons en rangée, des appartements pour les aînés, des logements supervisés, des logements partagés pour les aînés et une maison de soins infirmiers. Comme le village offre un continuum de soins et d'options de logement au même endroit, les résidents peuvent y rester et continuer de faire partie de leur collectivité, tout en adaptant leur type de logement pour répondre à leurs besoins en matière de soins (page Web du Finlandia Village).
- Le partage de logement est une nouvelle option pour les propriétaires qui veulent rester à domicile, mais qui, pour ce faire, ont besoin d'aide. Le partage de logement a lieu lorsque deux personnes non apparentées partagent un foyer, jouissant d'un espace privé et d'aires communes. Cela peut réussir dans les régions rurales, où la prestation de soins organisée peut être plus difficile et plus coûteuse à offrir. Souvent, grâce à la coordination d'un organisme sans but lucratif local, le propriétaire bénéficie de 10 à 15 heures par semaine d'aide à domicile, comme la cuisine, les courses ou le nettoyage, et le chambreur ne paie pas de loyer. En raison de la présence informelle d'une autre personne au domicile, on est plus conscient des changements dans le bien-

être du propriétaire âgé, tout en lui permettant de rester chez lui et autonome plus longtemps et de profiter d'une aide et d'une compagnie informelle (EPA, 2009).

Sur le partage d'information :

- Age Concern et Help the Aged ont fusionné pour former AgeUK, qui vise maintenant à améliorer le troisième âge de tout le monde. L'organisme s'efforce d'atteindre cet objectif en fournissant de l'information et des conseils sur de nombreux sujets, comme la santé et le logement, grâce à une ligne sans frais. Il mène également des campagnes d'information publiques pour changer la perspective qu'ont les gens sur les aînés et offrir de la formation et des recherches. L'organisme aide plus de cinq millions de citoyens britanniques chaque année (site Web d'AgeUK).

Sur l'appui aux soignants :

- La Suède, l'Allemagne, l'Australie, la France et le Royaume-Uni offrent tous des allocations généreuses aux soignants, fondées sur l'évaluation des besoins et le revenu (CARP, 2008).
- Les barèmes de rémunération directe de la Suède sont basés sur les barèmes du personnel de soins à domicile officiels et égaux à ceux-ci. En Allemagne, l'indemnité se situe entre 318 \$ et 1 033 \$ par mois (CARP, 2008).
- L'Allemagne contribue jusqu'à 584 \$ par mois à la pension de retraite d'un soignant, et le Royaume-Uni a créé une pension d'état pour les soignants. Commencée en 2002, elle sera probablement payable en 2050 (CARP, 2008).
- Le programme australien pour les soignants est un prolongement du programme officiel de soins communautaires et à domicile. Il est administré conjointement par les gouvernements fédéral et d'état et traite le soignant comme un client. Le programme fournit aux soignants de l'information, des conseils, du counseling et des services de relève (CARP, 2008).
- En France et en Allemagne, on lie les soignants au système officiel en exigeant que des professionnels de la santé évaluent les soins fournis et le niveau de soins dont la personne prise en charge a besoin. L'évaluation détermine également le taux des allocations qui seront ensuite versées aux soignants (CARP, 2008).
- Les soignants allemands peuvent s'inscrire comme « soignants informels », ce qui leur donne des droits et des avantages particuliers (CARP, 2008).

Sur le transport :

- Le programme [Seniors Ride Free](#) de l'Illinois exige des entreprises de transport en commun de l'état de permettre aux aînés de 65 ans et plus d'utiliser gratuitement les trajets principaux et fixes du système de transport en commun (État de l'Illinois, 2010).
- Le Senior Citizen's Transit Pass de Calgary Transit est un laissez-passer qui donne un accès illimité aux services de transport en commun aux personnes de 65 ans et plus pour 35 \$ par an. Les aînés à faible revenu peuvent obtenir le laissez-passer pour 15 \$ par an (CARP, 2010).
- Le plan de la Colombie-Britannique pour garantir que ses aînés peuvent continuer de se déplacer comprend un programme de laissez-passer d'autobus et de bons de taxi. Le **programme de laissez-passer d'autobus de la Colombie-Britannique** offre dans 44 collectivités un transport abordable aux aînés à faible revenu et aux personnes ayant une déficience; il profite à plus de 60 000 personnes par an. Pour avoir droit au laissez-passer annuel de 45 \$, une personne âgée doit recevoir la pension de la Sécurité de la vieillesse et le Supplément de revenu garanti. Le programme de taxi de la province fournit aux personnes ayant une déficience physique ou cognitive permanente un laissez-passer de transport en commun (Handy Card) et des bons de taxi (bons Taxi Saver) à prix réduit. Le programme de taxi de la province fournit aux personnes ayant une déficience physique ou cognitive permanente un laissez-passer de transport en commun (Handy Card) et des bons de taxi (Taxi Saver) à prix réduit. Les détenteurs de laissez-passer peuvent acheter les bons de taxi à prix réduit. Un carnet de « taxi savers » de 50 \$ se vend 25 \$ (CARP, 2010).
- Le programme de navettes de la commission de transport régional de Vancouver exploite avec succès de petits autobus, les « navettes communautaires », qui circulent dans les quartiers et

amènent les passagers aux pôles de transport en commun (gares routières, arrêts du Skytrain, etc.) (CARP, 2010).

Sur les mauvais traitements envers les personnes âgées :

- Le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Cavendish et la Sûreté du Québec ont collaboré pour créer Aîné-Avisé, un programme qui conseillera les aînés et le grand public au sujet des mauvais traitements envers les personnes âgées et des façons d'y remédier. Après le succès du projet pilote au Saguenay plus tôt cette année, le programme sera lancé dans toute la province et comportera des séances d'information à l'intention des groupes d'aînés qui les demandent. Un aîné bénévole qui connaît le sujet à fond accompagnera un agent de la Sûreté du Québec lors des séances, qui pourront avoir lieu dans les centres communautaires ou les foyers pour personnes âgées.