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

Des faits aux gestes

Un document d'information
préparé pour le Comité fédéral-provincial-territorial des hauts
fonctionnaires (aînés)

Gouvernements qui ont participé

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

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

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

Les opinions exprimées dans ce document sont celles des auteurs et ne reflètent pas forcément la position d'un gouvernement en particulier.

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

Also available in English under the title:

HEALTHY AGING IN CANADA: A NEW VISION, A VITAL INVESTMENT.
FROM EVIDENCE TO ACTION

Septembre 2006

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

Remerciements

Ce document d'information et le sommaire complémentaire ont été élaborés par le Groupe de travail sur le vieillissement en santé et le mieux-être du Comité fédéral-provincial-territorial (FPT) des hauts fonctionnaires (aînés). Le groupe de travail tient à remercier Peggy Edwards et Aysha Mawani du Alder Group, qui ont fait la recherche nécessaire, rédigé le rapport détaillé et préparé ce sommaire.

Personnes-ressources clés

Jane Barratt, Fédération internationale du vieillissement

Larry Chambers, Institut sur la santé des personnes âgées de l'Université d'Ottawa

Tessa Graham, ministère de la Planification des services de santé du gouvernement de la Colombie-Britannique

Janice Keefe, Université Mount Saint Vincent

Anne Meloche, Centre de formation et de consultation (tabac), Ontario

Sandra O'Brien-Cousins, Université de l'Alberta

Shannon Parker, Calgary Health Region

Hélène Payette, Université de Sherbrooke

Louise Plouffe, Organisation mondiale de la Santé

Vicky Scott, V. Scott Consulting

**Le vieillissement en santé au Canada :
une nouvelle vision, un investissement vital
Des faits aux gestes**

Table des matières

Remerciements	iii
Sommaire	vi

PARTIE I : INTRODUCTION

1. Le contexte	1
À propos de ce document	1
À quel âge devient-on un aîné?	2
À quoi ressemble la population des aînés du Canada?	2
Que signifie vieillir en santé?	3
Quel est l'état de santé des aînés canadiens?	5
2. Un investissement vital	8
Le facteur démographique	8
Autres bonnes raisons d'investir dans le vieillissement en santé	8
3. Une vision du vieillissement en santé	13
Nouvelle vision	14
Principes sous-jacents	14
Réduire les inégalités	15

PARTIE II : GRANDS DOMAINES D'INTERVENTION

4. L'appartenance sociale et la santé des aînés	17
Éléments de l'appartenance sociale	17
Appartenance sociale chez les aînés au Canada	22
Lacunes en matière de connaissances	22
Pratiques prometteuses	23
Orientations pour les politiques et les pratiques	23
5. L'activité physique et la santé des aînés	25
Bienfaits de l'activité physique	25
Coûts et économies liés à l'activité physique	26
Niveaux d'activité des aînés au Canada	26
Obstacles à la participation	28

Lacunes en matière de connaissances	28
Pratiques prometteuses	29
Orientations pour les politiques et les pratiques	30
6. Une saine alimentation et la santé des aînés	32
Bienfaits d'une saine alimentation et risques de mauvaise alimentation	32
Coûts liés à une mauvaise alimentation	33
Saine alimentation chez les aînés au Canada	33
Saine alimentation et poids santé	34
Lacunes en matière de connaissances	36
Pratiques prometteuses	37
Orientations pour les politiques et les pratiques	38
7. La prévention des chutes et la santé des aînés	39
Conséquences des chutes	39
Prévenir les blessures causées par les chutes	39
Coûts et économies liés aux chutes	40
Chutes chez les aînés au Canada	41
Lacunes en matière de connaissances	42
Pratiques prometteuses	43
Orientations pour les politiques et les pratiques	43
8. Le tabagisme et la santé des aînés	45
Conséquences du tabagisme pour la santé	45
Coûts du tabagisme chez les aînés	46
Tabagisme chez les aînés au Canada	46
Lacunes en matière de connaissances	48
Pratiques prometteuses	48
Orientations pour les politiques et les pratiques	49
PARTIE III : CONCRÉTISER LA VISION	
9. Le cadre d'action	51
Mécanismes d'intervention	52
Acteurs et intervenants clés	53
10. Les prochaines étapes	55
Références	58
Annexes	
Annexe A : Possibilités intéressantes	69

Sommaire

Nous vieillissons tous. La population canadienne vieillit plus rapidement que jamais. Aujourd'hui, les personnes de 65 ans et plus représentent quelque 13 % de la population canadienne. D'ici 2031, il y aura environ 9 millions d'aînés, qui constitueront 25 % de la population globale (Statistique Canada, 2005).

Au Canada, les personnes âgées vivent plus longtemps et avec moins d'incapacités que les générations qui les ont précédées. Il reste que la majorité des aînés ont au moins une maladie ou un problème chronique. Notre système de santé est surtout axé sur le traitement des problèmes plutôt que sur la promotion de la santé et la prévention des maladies. Il faudra mettre l'accent sur ces deux points pour aider les gens à conserver le meilleur état de santé possible et une qualité de vie optimale lorsqu'ils vieillissent. Il s'agit là également d'une façon de gérer les pressions sur le système de soins de santé.

Si nous voulons pouvoir tirer parti de leurs contributions et, par la même occasion, freiner les coûts en santé découlant des maladies chroniques, il faut mettre le vieillissement en santé au premier plan de des objectifs stratégiques en matière de politique sociale. Si l'on ne s'y intéresse pas, le vieillissement de la population aura des conséquences importantes sur les plans social, économique et politique (Statistique Canada, 2005) dont les coûts dépasseront de beaucoup ce qu'il en coûterait d'investir aujourd'hui pour aider la population à vieillir en santé.

Un investissement vital

Outre les considérations démographiques et politiques que suscite le vieillissement de la population, il y a plusieurs autres raisons importantes d'investir dans des mesures qui aideront la population à vieillir en santé.

1. Les aînés apportent une importante contribution à la richesse de la vie et à l'économie du Canada. Les personnes âgées sont des sources d'expérience, de savoir, de continuité, de soutien et d'amour pour les générations suivantes. Leur travail non rémunéré constitue une contribution de premier plan pour leur famille et leur collectivité. Approximativement 69 % des aînés du Canada fournissent de l'aide, sous une forme ou sous une autre, à leurs conjoints, leurs enfants, leurs petits-enfants, leurs amis et leurs voisins (Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA), 2001). La contribution des aînés à l'économie n'est pas négligeable. En 2001, on comptait plus de 300 000 travailleurs et travailleuses de 65 ans ou plus dans la population active (Statistique Canada, 2001). Pour rester dans la population active et participer aux affaires civiques, il faut nécessairement maintenir une bonne santé.

2. Un vieillissement en santé peut avoir pour effet de repousser les maladies chroniques et les incapacités qui se manifestent plus tard au cours de la vie et d'en réduire la gravité, ce qui représente des économies pour les services de santé, tout en réduisant les besoins en matière de soins de longue durée (Laditka, 2001). Les maladies chroniques représentent un énorme fardeau humain et économique au Canada. Leur prévalence s'accroît avec l'âge et elle est la plus élevée chez les personnes âgées de certaines collectivités vulnérables (p. ex., les Autochtones et les groupes défavorisés sur le plan économique) (Agence de santé publique du Canada (ASPC), 2005a). Les maladies chroniques comptent pour 67 % du total des coûts directs des soins de santé et 60 % du total des coûts indirects (52 milliards de dollars) par les décès prématurés, les pertes de productivité et les manques à gagner qu'elles entraînent (ASPC, 2005a).

3. Les données disponibles nous montrent que nous devons tirer parti des possibilités qui existent déjà, adopter des mesures d'intervention que l'on sait efficaces et faire preuve de leadership en appuyant des approches novatrices. L'expérience nous inspire certains modèles et des interventions efficaces qu'il y a moyen de reproduire dans d'autres milieux. De plus, nous avons l'occasion de tabler sur les stratégies en matière de vieillissement et de vie saine qui sont déjà en œuvre dans la plupart des provinces et territoires ainsi qu'au niveau fédéral et au niveau local.

4. Les Canadiens de tous âges croient qu'il est de mise de prendre des mesures pour aider les aînés à conserver leur santé et leur autonomie. Des valeurs établies comme l'autonomie et l'interdépendance, la justice sociale et le respect envers les familles qui comptent plusieurs générations contribuent à nous définir comme société.

Une nouvelle vision

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

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*

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

1. *Des environnements favorables*, c'est-à-dire des politiques, des services, des programmes et des milieux qui favorisent le vieillissement en santé là où les aînés du Canada vivent, travaillent, apprennent, aiment, se divertissent et pratiquent leur religion.
2. *L'entraide*, c'est-à-dire les gestes que les gens posent pour se soutenir mutuellement sur les plans affectif et physique ainsi que le partage d'idées, d'information, de ressources et d'expériences. Encourager l'entraide, c'est reconnaître et appuyer les efforts des aînés en matière de bénévolat et de groupes d'entraide, les aidants naturels et le soutien informel des membres d'une famille les uns envers les autres.
3. *Les choix individuels en matière de santé*, soit les choix que fait une personne et les mesures qu'elle prend pour veiller à sa santé; par exemple, choisir d'être active, de devenir membre d'un organisme communautaire ou de rendre sa maison plus sécuritaire.

Les cinq grands domaines d'intervention

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

Ces domaines sont examinés en détail dans la partie II de ce document, où sont abordés les faits établis et ce qu'il nous reste à déterminer, les pratiques prometteuses et les orientations possibles pour les politiques et les pratiques.

Les politiques gouvernementales devraient viser principalement à aider et à encourager les gens à demeurer physiquement actifs tout au long de leur vie, à maintenir leurs liens sociaux lorsqu'ils vieillissent, à adopter de bonnes habitudes alimentaires en veillant, entre autres choses, à ce qu'ils aient accès à des choix santé, et à éviter les comportements à risque, comme fumer, trop manger et faire des choses qui peuvent causer des chutes et des blessures (Organisation mondiale de la santé (OMS), 2005).

Les prochaines étapes

L'investissement dans le vieillissement en santé n'est pas une question de choisir entre les jeunes et les aînés. Il s'inscrit plutôt dans *une approche axée sur toute la durée de la vie* qui suppose des investissements stratégiques à différents moments de la vie et favorise *la solidarité et le soutien intergénérationnels*.

Le dernier chapitre de ce document renferme des suggestions sur des mesures qui pourraient être adoptées. Nous espérons qu'un éventail d'intervenants de diverses administrations examineront ces possibilités, et d'autres encore, et adopteront des plans pour concrétiser la nouvelle vision du vieillissement en santé.

Par une combinaison de volonté politique, de soutien public et d'effort personnel, vieillir en santé, dans la dignité et la vitalité, est à la portée de tous les Canadiens.

1. Le contexte

À propos de ce document

Objet

Le Canada vit à l'heure actuelle un changement démographique sans précédent qui porte la question du vieillissement en santé au premier plan des objectifs stratégiques en matière de politique sociale. Ce document présente une nouvelle vision dynamique du vieillissement en santé au Canada et propose cinq grands domaines d'intervention (le « quoi »). On y explique pour quelles raisons il faut investir pour aider la population à vieillir en santé, données probantes à l'appui (le « pourquoi »). Enfin, on y formule un cadre d'action et on y propose des mesures possibles (le « comment »).

Organisation

Ce document est divisé en trois parties.

Partie I : L'introduction renferme des renseignements généraux sur les aînés et leur état de santé, une nouvelle vision du vieillissement en santé et des arguments en faveur d'un investissement immédiat dans des mesures qui aideront les Canadiens à vieillir en santé.

Partie II : Cette partie présente un résumé de ce que nous savons et de ce que nous ne savons pas, de même que ce que cela suppose sur le plan des politiques et des pratiques dans cinq grands domaines : l'appartenance sociale, l'activité physique, une saine alimentation, la prévention des chutes et la lutte contre le tabagisme.

Partie III : Dans cette partie, on propose un cadre d'action pour concrétiser la vision, de même que des mesures qui pourraient être prises pour aller de l'avant.

L'annexe A renferme des renseignements supplémentaires sur quelques-unes des nombreuses possibilités dont on pourrait tirer parti.

On y décrit des pratiques prometteuses et on y met en évidence certains programmes et groupes. L'annexe B présente de plus amples exemples.

Auditoire visé

Ce document s'adresse aux personnes qui élaborent les politiques et les pratiques touchant le bien-être des Canadiens de 65 ans et plus, influent sur ces dernières ou les mettent en œuvre. Il s'agit notamment des ministres responsables des aînés et d'autres décideurs au sein de tous les paliers de gouvernement et dans divers secteurs; du secteur des organisations non gouvernementales (y compris les groupes

représentant les aînés), des fournisseurs de services de santé, des loisirs, du logement et du développement social; et des aînés canadiens eux-mêmes.

Fondements et limites

Ce document s'appuie sur plusieurs initiatives de planification stratégique entreprises par les ministres FPT responsables des aînés et sur l'important travail déjà en cours dans de nombreuses administrations. L'information citée dans ce document provient de sources fiables. Elle est tirée de méta-analyses et de résumés d'opinions consensuelles dans la mesure du possible.

Ce document ne renferme pas de liste exhaustive des programmes et des politiques qui existent, étant plutôt axé sur une analyse de solutions prometteuses qui pourraient être employées à différents paliers ou conjointement par plusieurs.

La santé des aînés repose sur un grand nombre de déterminants (y compris la sécurité du revenu et la scolarité). Nous nous sommes toutefois limités à cinq grandes questions dans ce document : l'appartenance sociale, l'activité physique, une saine alimentation, la prévention des chutes et la lutte contre le tabagisme. En mai 2005, les ministres FPT responsables des aînés ont convenu que ces cinq facteurs constituaient les déterminants clés d'un vieillissement en santé d'après leur incidence sur la santé des personnes âgées, la disponibilité des mesures d'intervention et leur efficacité, les coûts liés au traitement des problèmes de santé rattachés à ces facteurs et leur rôle éventuel dans la diminution des inégalités en matière de santé.

À quel âge devient-on un « aîné »?

L'âge chronologique n'est pas toujours un bon indicateur des changements positifs et négatifs liés au vieillissement. En effet, certaines études démontrent qu'un homme de 70 ans aisé, actif et ayant un poids santé peut avoir la capacité cardiovasculaire d'un homme de 10 à 15 ans plus jeune qui a un surplus de poids et ne fait pas d'exercice (Shephard, 1998). D'un autre côté, il nous faut des critères cohérents fondés sur l'âge pour la collecte de données et l'élaboration de politiques.

Dans ce document, les termes « aînés » et « personnes âgées » désignent les personnes de 65 ans et plus. Soulignons toutefois que ce groupe d'âge est loin d'être homogène.

À quoi ressemble la population des aînés du Canada

Au Canada, on entend généralement par « aînés » tous les hommes et toutes les femmes de 65 ans et plus. En réalité, cette population importante qui ne cesse de croître représente un groupe très divers. Les hommes et les femmes ne vieillissent pas

de la même façon. Il va sans dire que la vie n'est pas la même à 65 ans qu'à 75 ans, ni à 85 ans. Ces groupes d'âge sont eux aussi hétérogènes, comptant des personnes dont les valeurs, le niveau de scolarité et la situation économique sont variés.

Le niveau d'autonomie ou de dépendance est un autre élément à prendre en considération. La plupart des aînés canadiens (plus de 90 %), vivent de façon autonome dans la collectivité et souhaitent y rester. Pour cette raison, il faudra changer les priorités, c'est-à-dire passer d'une approche axée sur les traitements et les soins de courte durée à une approche axée sur la promotion de la santé, la prévention, le vieillissement en santé et le soutien communautaire.

Les aînés qui ont besoin de soins de longue durée peuvent eux aussi retirer des bienfaits de mesures adaptées à leurs besoins, à leurs forces et à leurs intérêts (Santé Canada et Organisation panaméricaine de la santé (OPS), 2002). À l'heure actuelle, seulement 7 % des aînés vivent dans des établissements de soins de longue durée; ce taux passe toutefois à 14 % chez les personnes de plus de 75 ans. On s'attend à ce que cette proportion augmente avec la croissance du nombre de personnes très âgées (80 ans et plus) (Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA), 2005b).

L'immigration et la population autochtone créent en outre au Canada une situation tout à fait particulière sur le plan de la diversité ethnique, raciale et linguistique des aînés. Les immigrants et les Autochtones âgés constituent une ressource précieuse pour la société canadienne et leur participation active à tous les niveaux des organisations et des initiatives qui visent à aider les Canadiens à vieillir en santé devrait être encouragée.

La diversité culturelle chez les aînés canadiens : quelques faits et chiffres

- En 2001, 19,4 % des immigrants au Canada avaient plus de 65 ans; ce pourcentage est considérablement plus élevé que la moyenne nationale, qui s'établit à 13 % (CCNTA, 2005a).
- À l'heure actuelle, les aînés représentent une proportion relativement faible de la population autochtone du Canada. On s'attend toutefois à ce que le nombre d'aînés autochtones triple entre 1996 et 2016 (Gouvernement du Canada, 2002).

Que signifie vieillir en santé?

La « santé » désigne le bien-être physique, mental et social. Il s'ensuit que les politiques et les programmes favorisant la santé mentale et les liens sociaux sont tout

aussi importants que ceux qui visent à améliorer l'état de santé physique. La santé est considérée comme une ressource de la vie quotidienne et non comme le but de la vie ou l'absence de maladie (OMS, Agence canadienne de santé publique (ACSP), SBSC, 1986). Il s'agit donc de maximiser le bien-être de tous les Canadiens à mesure qu'ils vieillissent, y compris celui des personnes frêles, invalides et ayant besoin de soins.

La promotion d'une bonne santé mentale est de plus en plus reconnue comme une priorité dans l'élaboration de politiques et de programmes destinés aux aînés. Les initiatives de promotion de la santé mentale visent à accroître l'autoefficacité, l'estime de soi, les capacités d'adaptation et le soutien social, donnant ainsi aux gens et aux communautés des outils pour interagir avec leur environnement d'une manière qui les renforce des points de vue affectif et spirituel. Elles favorisent le ressort psychologique et l'entraide. Ces initiatives combattent également la discrimination envers les personnes qui ont des problèmes de santé mentale et encouragent le respect de la culture, l'équité, la justice sociale et la dignité.

Les liens entre la santé mentale et certains autres facteurs représentent un autre élément auquel il importe d'accorder une attention particulière. Ainsi, la dépression qui suit la perte d'un être cher ou découle de douleurs chroniques peut mener à une mauvaise alimentation et vice versa (une mauvaise alimentation peut causer un état dépressif).

Le maintien de l'autonomie est un objectif important, et pour la personne et pour les décideurs. Il existe un lien étroit entre la dépendance, et les maladies et les douleurs chroniques (Gilmour et Park, 2006). Il s'ensuit que des activités et des possibilités qui aident les aînés à retarder l'apparition d'une maladie ou de douleurs chroniques ou à vivre avec de tels problèmes (p. ex., une activité physique appropriée) pourraient diminuer la dépendance liée aux états chroniques et, en bout de ligne, permettre aux aînés de vivre plus longtemps dans la collectivité.

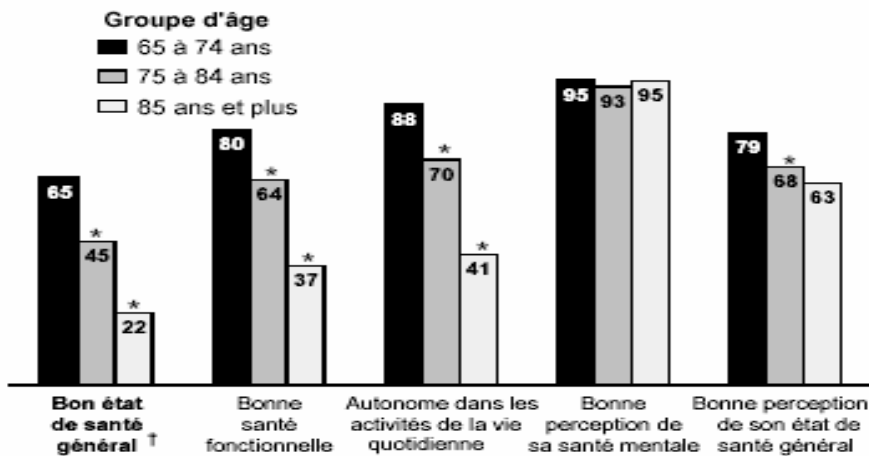
Compte tenu de cette vision globale de la santé, le **vieillissement en santé** se définit comme suit :

« un processus permanent d'optimisation des possibilités permettant d'améliorer et de préserver la santé et le bien-être physique, social et psychologique, l'autonomie et la qualité de vie ainsi que de favoriser les transitions harmonieuses entre les différentes étapes de la vie » (Santé Canada, 2002). Cette vision globale de la santé comprend le bien-être physique, psychologique, social et spirituel.

Quel est l'état de santé des aînés canadiens?

Aujourd'hui, les hommes qui atteignent l'âge de 65 ans peuvent espérer vivre encore 17,4 années; les femmes peuvent s'attendre à 20,8 années de plus (Statistique Canada, 2005). La majorité des personnes âgées estiment avoir un bon état de santé général, mais le pourcentage dont l'état de santé général et la santé fonctionnelle, de même que l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne sont bons diminue de façon marquée avec l'âge (figure 1.1). Les hommes sont plus susceptibles (59 %) que les femmes (52 %) d'avoir un bon état de santé général.

Figure 1.1
Pourcentage des personnes en bonne santé, selon le groupe d'âge,
population à domicile de 65 ans et plus



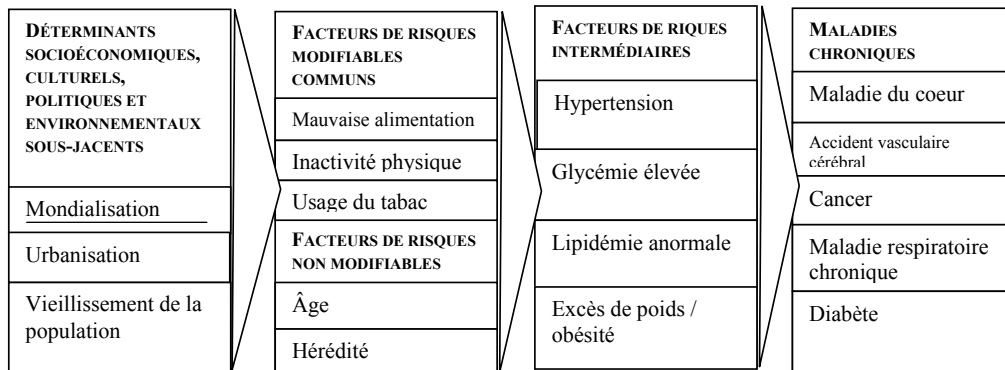
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003. M. Shields et L. Martel (2006), « La santé au troisième âge, Des aînés en bonne santé », *Rapports sur la santé*, Supplément au volume 16, Statistique Canada, www.statcan.com/francais/freepub/82-003-SIF/2005000/pdf/82-003-SIF2005000.pdf.

La mauvaise santé et l'incapacité chez les personnes âgées sont dans une large mesure attribuables à des maladies et à des problèmes chroniques (comme des problèmes de vue et d'ouïe), et à des blessures causées par une chute. Au moins un problème de santé chronique a été diagnostiqué chez la majorité (81 %) des personnes âgées vivant à domicile et 33 % des personnes âgées ont trois problèmes de santé chroniques ou plus (comparativement à 12 % chez les adultes plus jeunes) (Gilmour et Park, 2006).

Les maladies chroniques découlent d'un ensemble complexe de liens de cause à effet. Des travaux de recherche ont permis de relever un certain nombre de facteurs

interreliés associés à l'apparition d'une maladie (Harvey *et al.*, 2002). La figure 1.2 montre comment trois facteurs de risque modifiables — une mauvaise alimentation, l'inactivité physique et l'usage du tabac — combinés à des facteurs de risque non modifiables — l'âge et l'hérédité — expliquent la majorité des maladies chroniques. Ces facteurs de risque sont transposés en facteurs de risque intermédiaires — l'hypertension, une glycémie élevée, une lipidémie anormale, l'excès de poids et l'obésité. Les déterminants sous-jacents des maladies chroniques (les causes des causes) sont toutefois le reflet des environnements social, économique et physique qui se répercutent sur la santé et le vieillissement en santé (OMS, 2005).

Figure 1.2
Causes des maladies chroniques



Source : OMS (2005), *Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment*

L'âge est un marqueur important de l'accumulation de facteurs de risque modifiables pour les maladies chroniques. L'effet des facteurs de risque commence tôt dans la vie et s'accroît au fil du temps (OMS, 2005). Des politiques et des stratégies en matière de prévention des maladies chroniques et des blessures permettant de créer des milieux favorables à l'engagement social, à une activité physique agréable, à une saine alimentation, à la sécurité et à l'abandon du tabac sont des mesures très rentables qui peuvent avoir une incidence positive sur la santé des personnes de tous les âges, en particulier des aînés (ASPC, 2005a).

Les aînés et les maladies chroniques : quelques faits et chiffres

- Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de souffrir d'arthrite, de rhumatisme, de cataractes, de glaucome et de maux de dos. La prévalence de maladies cardiaques, de diabète, de cancer, de séquelles d'un accident vasculaire cérébral et de la maladie d'Alzheimer ou autres formes de démence est plus forte chez les hommes âgés (Gilmour et Park, 2006).
- Entre 10 % et 15 % des aînés vivant dans la collectivité souffrent de symptômes de dépression ou de dépression clinique (Conn, 2002).
- La démence chez les personnes âgées, y compris la maladie d'Alzheimer, touche 8 % des aînés de plus de 65 ans et plus de 25 % de ceux de plus de 80 ans. La démence est considérée comme l'un des plus grands défis en matière de santé publique auquel fera face la génération à venir (groupe de travail de l'Étude sur la santé et le vieillissement au Canada, 1994).

2. Un investissement vital

La population du Canada vieillit rapidement. En fait, vers 2015, elle comptera plus de personnes de 65 ans et plus que d'enfants de moins de 15 ans. Ce changement démographique sans précédent aura des conséquences sociales, économiques et politiques importantes (Statistique Canada, 2005a).

Le facteur démographique

En 2005, on comptait quelque 4 millions de Canadiens de plus de 65 ans, un chiffre qui passera à environ 9 millions d'ici 2031, en raison de la population vieillissante de la génération du « baby boom ». Ce groupe représentera alors 25 % de la population globale, soit presque le double des 13 % actuels (Statistique Canada, 2005a).

Ce n'est pas tout. La population des personnes âgées vieillit elle aussi. Entre 1991 et 2001, la population âgée de 80 ans et plus a augmenté de 41 %, soit 932 000 personnes. Une nouvelle augmentation de 43 % est prévue entre 2001 et 2011. D'ici là, cette population aura dépassé 1,3 million (Statistique Canada, 2005a). Comme les femmes vivent en général plus longtemps que les hommes, elles sont beaucoup plus nombreuses dans la population des aînés, surtout après 80 ans.

Autres bonnes raisons d'investir dans le vieillissement en santé

Outre les considérations démographiques et politiques que suscite le vieillissement de la population, il y a d'autres raisons importantes d'investir dans des mesures qui aideront la population à vieillir en santé :

1. Les aînés contribuent de façon appréciable à la richesse de la vie et à l'économie du Canada. Les personnes âgées sont des sources d'expérience, de savoir, de continuité, de soutien et d'amour pour les jeunes générations. Les aînés aident considérablement leur famille et leur collectivité par leur travail non rémunéré. Quelque 69 % des Canadiens âgés apportent un type d'aide ou plus à un conjoint, à des enfants, à des petits-enfants, à des amis ou à des voisins (Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA), 2001). Un grand nombre de grands-parents s'occupent de leurs petits-enfants à temps partiel ou à temps plein et un nombre croissant de grands-parents au Canada élèvent seuls leurs petits-enfants (Statistique Canada, 2001a). Les soins que les aînés prodiguent à un conjoint, à des membres de la famille, à des amis ou à des voisins contribuent de façon importante à réduire les coûts des services de santé et des services sociaux. Les aînés à la retraite, un groupe important de plus en plus grand, font profiter les organismes de la société civile de connaissances et de compétences précieuses. Les aînés représentent en outre le groupe qui donne le plus aux œuvres de bienfaisance par habitant (CCNTA, 2001).

Une contribution essentielle à l'économie

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 (Statistique Canada, 1998).

D'après certaines estimations, il faudrait près de 300 000 employés à temps plein à un coût de 6 milliards de dollars par année pour effectuer le travail des 2,1 millions de Canadiens et de Canadiennes qui s'occupent de personnes âgées ayant un problème de santé de longue durée (Keating *et al.*, 2005). La majorité de ces aidants naturels sont des femmes d'âge mur et des femmes âgées.

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

2. Un vieillissement en santé peut avoir pour effet de repousser les maladies chroniques et les invalidités qui se manifestent plus tard au cours de la vie et d'en réduire la gravité, ce qui représente des économies pour les services de santé, tout en réduisant les besoins en matière de soins de longue durée (Laditka, 2001). Les maladies chroniques représentent un énorme fardeau humain et économique au Canada. La prévalence s'accroît avec l'âge et elle est la plus élevée chez les personnes âgées de certaines collectivités vulnérables (p. ex., les Autochtones et les groupes défavorisés sur le plan économique) (Agence de santé publique du Canada (ASPC), 2005a). Les maladies chroniques comptent pour 67 % du total des coûts directs des soins de santé et 60 % du total des coûts indirects (52 milliards de dollars) par les décès prématurés, les pertes de productivité et les manques à gagner qu'elles entraînent (ASPC, 2005a).

Au niveau de la population, même de petites diminutions des facteurs de risque modifiables clés pour les maladies chroniques peuvent avoir une incidence importante pour ce qui est d'empêcher le passage d'un risque faible à un risque élevé (Rose, 1992). De saines habitudes de vie peuvent également aider les aînés à faire face

à des problèmes chroniques et à vivre plus longtemps en autonomie et en bonne santé. Ainsi, il a été démontré que même un taux d'activité physique modéré pouvait retarder les pertes fonctionnelles chez les personnes atteintes d'arthrose (Feinglass *et al.*, 2005). Une activité physique adéquate contribue également à apaiser la douleur (La Société d'arthrite, 2005).

Le diagnostic, le traitement et la gestion des problèmes chroniques coûtent cher. En 2003, les besoins en soins de santé des aînés représentaient plus de 44 % de toutes les dépenses des gouvernements provinciaux en santé, ainsi que 90 % des dépenses des établissements de soins de longue durée (Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Statistique Canada, 2005). Ces dépenses peuvent être contrôlées et réduites si les personnes âgées sont suffisamment en santé pour continuer à vivre dans la communauté grâce à divers arrangements de milieu de soutien. Les spécialistes estiment toutefois que les coûts des soins de santé liés au vieillissement de la population seront supportables dans une économie en croissance, surtout si on peut arriver à prévenir ou à retarder jusque vers la fin de la vie les problèmes physiques et mentaux causés par les maladies chroniques et les blessures. Ce phénomène, qu'on appelle la « compression de la morbidité » peut être un résultat direct du vieillissement en santé et de ses nombreux avantages (Organisation mondiale de la santé (OMS), 2005).

Les chutes : coûts et économies

On estime que 40 % des admissions dans les maisons de soins infirmiers surviennent à la suite de chutes des personnes âgées (ASPC, 2005). Les blessures causées par des chutes chez les Canadiens de 65 ans et plus coûteraient 2,8 milliards de dollars par année à l'économie (Scott, Peck et Kendall, 2004). Selon l'Agence de santé publique du Canada, une diminution de 20 % des chutes pourrait réduire le nombre d'hospitalisations de 7 500 et le nombre d'aînés atteints d'une incapacité permanente de 1 800; elle permettrait en outre de réaliser des économies de 138 millions de dollars par année à l'échelle nationale (ASPC, 2005).

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

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

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

L'investissement dans le vieillissement en santé n'est pas une question de choisir entre les jeunes et les aînés. Il s'inscrit plutôt dans *une approche intergénérationnelle axée sur toute la durée de la vie* qui cherche à améliorer le bien-être à différents stades de la vie en faisant des investissements stratégiques aux diverses étapes de transition de la vie (p. ex., l'enfance, l'entrée à l'école, l'adolescence, la condition parentale, la ménopause chez les femmes, le vieillissement, etc.)

Les points cruciaux des développements biologique et social sont : le développement dans l'utérus, les six premières années de la vie, le passage des études au travail, la maternité et la paternité, la retraite, la ménopause chez les femmes, les changements de rôle au troisième âge, l'apparition de maladies chroniques ou de problèmes liés à l'âge et la perte de membres de la famille et d'amis avec l'âge. Des politiques permettant de réduire les inégalités protègent et aident les personnes vulnérables dans ces moments cruciaux de la vie (Bartley *et al.*, 1997).

Il n'est jamais trop tard pour investir dans la santé. Ainsi, grâce à des mesures adaptées à leurs besoins, les aînés qui fument peuvent réussir à abandonner la cigarette et profiter des bienfaits immédiats et à long terme de ce changement dans leur mode de vie (Santé Canada, 2002c). De plus, les investissements visant à créer un environnement adapté aux aînés ont habituellement des avantages tant pour les jeunes que pour les personnes âgées.

Une société pour tous les âges

Une approche intergénérationnelle favorise l'échange continu et utile des ressources et des connaissances entre les générations plus âgées et plus jeunes dans l'intérêt individuel et social (UNESCO, 2002). L'Année internationale des personnes âgées (1999) a lancé le thème « Une société pour tous les âges », approuvé par les ministres FPT responsables des aînés. Cette approche intergénérationnelle vient faire contre-courant à la tendance croissante à isoler différents groupes d'âge, particulièrement au début et à la fin de la vie, et encourage les programmes, les pratiques et les politiques intergénérationnelles. Ces initiatives commencent à gagner en popularité, car leurs avantages sont manifestes et immédiats pour tous les participants, jeunes et âgés. Toutes les personnes-ressources clés interviewées dans le cadre de la rédaction de ce document ont recommandé un soutien accru des activités intergénérationnelles pour favoriser un vieillissement en santé.

3. Une vision du vieillissement en santé

Nous vieillissons tous. Et la population du Canada dans son ensemble vieillit à un rythme plus rapide que jamais. Aujourd'hui, on a une opinion plus éclairée de l'importante contribution qu'apportent les aînés à leur famille, à leur collectivité et à la nation. Et on comprend de mieux en mieux la diversité des aînés, tant pour ce qui touche la tranche d'âge que le degré d'indépendance et les antécédents ethnoculturels.

Aujourd'hui, les aînés du Canada vivent plus longtemps et ont moins d'invalidités que ceux des générations précédentes. Mais en même temps, la majorité affiche au moins une maladie chronique.

Notre système de soins de santé actuel se concentre sur la guérison plutôt que sur la promotion de la santé et la prévention des maladies. Il faut rediriger l'attention sur la prévention des maladies pour aider les personnes âgées à garder une santé et une qualité de vie optimales. Ce faisant, nous réussirons à gérer les pressions imposées sur le système de soins de santé.

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

Âgisme et vie saine

L'âgisme — discrimination fondée sur l'âge, préjugé tout particulier envers les personnes âgées — existe dans toutes les sociétés. L'âgisme se produit lorsque les gens croient que favoriser une vie saine chez les aînés n'est pas important ou qu'il est trop tard à ce stade pour que les résultats soient notables. Par exemple, il est généralement reconnu que la promotion d'activités pour les enfants et les jeunes est importante. De nombreuses initiatives ne sont conçues qu'à cette fin. Par contre, il existe un parti pris courant qui soutient que l'activité physique n'est pas aussi importante pour le troisième âge, qu'il est peut-être trop tard, que les coûts sont prohibitifs et que les bienfaits se sont pas aussi appréciables à ce stade de la vie. Ce préjugé reflète nos faibles attentes envers les personnes du troisième âge et notre méconnaissance quant à la participation et aux rôles que les aînés sont ou seront appelés à jouer dans la société.

Nouvelle vision

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*

Principes sous-jacents

Cette vision du vieillissement en santé repose sur plusieurs concepts et plans clés qui ont déjà été approuvés par les ministres responsables des aînés :

Le Cadre national sur le vieillissement expose une vision globale : « Le Canada, une société qui englobe tous les âges, favorise le bien-être et la participation des personnes âgées dans tous les aspects de la vie » (Santé Canada, 1998). La vision liée au vieillissement en santé cherche en outre à préciser comment réaliser cette vision en proposant notamment des possibilités et des environnements adaptés aux aînés canadiens afin qu'ils puissent faire des choix sains qui amélioreront leur autonomie et leur qualité de vie.

Cette vision repose sur les *cinq principes* du *Cadre national sur le vieillissement*, à savoir la dignité, l'autonomie, la participation, l'équité et la sécurité (Santé Canada,

1998). Ces principes offrent une série de valeurs communes pour toutes les administrations et correspondent aux principes établis par les Nations Unies pour les personnes âgées (Assemblée générale des Nations Unies, 1991).

Le cadre de planification relatif au vieillissement de la population au Canada a été élaboré par le Comité FPT des hauts fonctionnaires (Aînés) pour orienter les gouvernements du Canada dans l'élaboration des politiques et programmes pour leur population vieillissante. Ce cadre de travail englobe trois volets, à savoir : la santé, le bien-être et la sécurité; l'apprentissage continu, le travail et la participation à la société; et, le soutien et les soins à la communauté. La vision et le cadre d'action exposés dans le présent document s'appuient en particulier sur le volet concernant « la santé, le bien-être et la sécurité ».

Réduire les inégalités

Pour pouvoir concrétiser cette vision, il faudra formuler des stratégies pour répondre aux besoins de tous les aînés canadiens, de même que déployer des efforts concrets pour réduire les inégalités sur les plans de la santé et du bien-être.

On ne peut réduire les inégalités en matière de santé sans atténuer les inégalités socioéconomiques. L'accès et la participation aux initiatives visant à favoriser la santé des aînés seront facilités en fournissant à toutes les personnes âgées des incitatifs pour les aider à faire des choix sains et en mettant des programmes et des services à faible coût, voire gratuits, à la disposition des personnes ayant un faible niveau de scolarité ou un faible revenu.

Dans un rapport publié récemment, le Conseil consultatif national sur le troisième âge (Conseil consultatif sur le troisième âge (CCNTA), 2005) formule un certain nombre de recommandations sur l'adoption de politiques liées à l'impôt, au soutien du revenu, à l'apprentissage continu, au logement et aux soins de longue durée visant à atténuer la pauvreté et les différences socioéconomiques chez les personnes âgées. La mise en œuvre de ces réformes s'inscrit dans une stratégie exhaustive pour favoriser le vieillissement en santé.

L'espérance de vie moyenne des Autochtones demeure considérablement inférieure à la moyenne canadienne. De plus, la prévalence de certains problèmes chroniques, comme les maladies cardiaques, l'hypertension, le diabète et l'arthrite, chez les personnes âgées autochtones est souvent de deux ou trois fois le taux de l'ensemble des Canadiens âgés (Gouvernement du Canada, 2002). Par conséquent, les Autochtones semblent souvent vieillir plus vite que les non-Autochtones et sont considérés des « personnes âgées » avant l'âge de 65 ans.

Le vieillissement prématuré, les taux élevés de maladies chroniques et la faible espérance de vie chez les aînés autochtones constituent un défi particulier auquel il faut s'attaquer au moyen de politiques et de mesures adaptées à leur culture. Ces dernières devraient être dirigées par les Autochtones, avec l'appui des responsables de l'élaboration des politiques et des fournisseurs de services.

Autrefois, la majorité des immigrants venaient du Royaume-Uni et d'autres pays de l'Europe. Aujourd'hui, un grand nombre d'immigrants et de réfugiés âgés viennent de régions comme l'Extrême-Orient, l'Asie occidentale, l'Amérique du Sud et l'Afrique. Ces nouveaux arrivants ne parlent pas nécessairement l'anglais ou le français et risquent de se trouver isolés. Prenons par exemple les femmes âgées qui viennent au Canada pour s'occuper de leurs petits-enfants; elles constituent l'un des groupes les plus isolés au Canada, faisant face à un risque plus élevé de dépression et de solitude (Taylor *et al.*, 2003; Kobayashi, 2003). Certains groupes ethniques ont un risque plus élevé de souffrir de certaines maladies chroniques et de problèmes de santé mentale liés à la transplantation ou à d'autres expériences vécues dans leur pays d'origine. En 2005, 7,2 % des aînés étaient membres d'une minorité visible. Ces personnes pourraient être particulièrement vulnérables sur le plan de l'exclusion sociale fondée sur le racisme et l'âgisme, et peuvent avoir des besoins en services sociaux et services de santé différents de ceux des personnes qui vieillissent au Canada (Gouvernement du Canada, 2002; Durst, 2005).

Les inégalités chez les aînés : quelques faits et chiffres

- En 1999, 30 % des aînés dont le revenu du ménage était de moins de 20 000 \$ qualifiaient leur santé de passable à mauvaise et 69 % de ces personnes étaient inactives sur le plan physique. En comparaison, seulement 20 % des aînés ayant un revenu de plus de 20 000 \$ jugeaient leur santé mauvaise et 58 % de ceux-ci ne s'adonnaient pas à des activités physiques (CCNTA, 2001).
- Les probabilités de placement en établissements de soins de longue durée sont plus élevées chez les personnes âgées à faible revenu (Trottier *et al.*, 2000).
- Chez les personnes âgées ayant des incapacités, les incapacités fonctionnelles sont plus nombreuses chez les personnes à faible revenu que chez celles à revenu élevé (Raina et Wong, 2002).
- Près de 20 % des aînés vivent à la limite du seuil de pauvreté. La pauvreté est plus fréquente chez les aînés qui vivent seuls (plus particulièrement les femmes divorcées ou séparées), les femmes de plus de 80 ans, les minorités visibles et les immigrants (CCNTA, 2005 et 2005a).
- Les femmes âgées sont plus susceptibles d'être pauvres et plus susceptibles aussi que les hommes de voir leur pauvreté se répercuter sur leur santé (Plouffe, 2003).

4. L'appartenance sociale et la santé des aînés

L'appartenance sociale a un effet positif sur la santé. Les gens qui conservent une vie active et des liens avec leur entourage sont généralement plus heureux, en meilleure santé physique et mentale et plus en mesure de faire face aux changements et aux transitions. La détresse psychologique, l'isolement social et l'exclusion sociale accroissent considérablement le risque de mauvaise santé et de solitude et peuvent même se révéler des prédicteurs du décès (Wilkins, 2006; Organisation mondiale de la santé (OMS), 2003). Il n'existe pas vraiment de définitions uniformes des différents facteurs sociaux qui se répercutent sur la santé des aînés. Dans ce chapitre sur l'appartenance sociale, nous abordons les divers éléments de celle-ci, soit le soutien social, les réseaux sociaux, l'engagement social et les environnements sociaux favorables.

Éléments de l'appartenance sociale

Soutien social

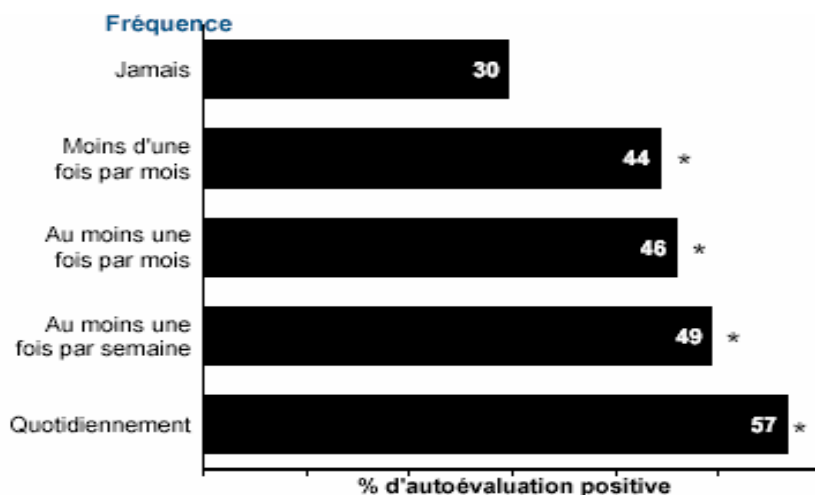
De façon générale, le soutien social est assuré par les membres de la famille, les amis, les voisins et les membres d'organismes locaux, comme les groupes confessionnels. En gros, le soutien social fournit aux aînés les ressources « humaines » dont ils ont besoin pour avoir l'impression de faire partie d'une société qui les valorise et les apprécie. Le soutien social est un élément crucial de la promotion de la santé mentale. Il permet aux aînés d'améliorer leur autoefficacité, leur estime de soi et leurs capacités d'adaptation, de même que leur qualité de vie globale, ce qui les aide à mener les activités de la vie quotidienne, à faire face aux transitions de la vie et aux pertes (Powell, 2004), et à évoluer avec plus d'aise et d'assurance dans leur environnement (Gouvernement du Canada, 2005).

Le soutien social est également un élément qui peut inciter les aînés à mener une vie active et à adopter d'autres comportements et faire d'autres choix sains. Des études révèlent que les membres de la famille et les pairs sont probablement les personnes qui ont le plus d'influence sur les aînés pour ce qui est de les encourager à apporter des changements bénéfiques à leurs habitudes en matière d'exercices et d'alimentation (les diététistes du Canada, 1998). Les bienfaits du soutien social pour la santé sont en outre peut-être plus grands pour les aînés ayant des incapacités que pour les autres (Gouvernement du Canada, 2005).

Il a également été démontré que le soutien social et la participation à des activités sociales de façon quotidienne exercent une influence positive sur les autoperceptions de la santé chez les aînés vivant dans des établissements de soins de santé (voir la figure 4.1). On note plus particulièrement qu'il existe un lien étroit entre cette perception positive et le fait d'avoir une bonne relation avec au moins un membre du

personnel. Ce lien demeure même une fois les variables confusionnelles prises en compte (Ramage-Morin, 2006).

Figure 4.1
Pourcentage de personnes dont l'autoperception de l'état de santé est positive, selon la fréquence de la participation à des activités sociales, population de 65 ans et plus vivant en établissement, Canada, territoires non compris, 1996-1997



* Sensiblement différent de l'estimation pour la catégorie de référence
Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, dans P.L. Ramage-Morin (2006), *Bien vieillir en établissements de santé*

Comment: Text was missing in French

Réseaux sociaux

Il existe de nettes différences entre les réseaux sociaux des jeunes et ceux des personnes plus âgées. De façon générale, les moins de 30 ans ont des réseaux d'amis et de connaissances plus vastes que ceux des groupes d'âge plus avancé. Cela est probablement attribuable au fait qu'un grand nombre de ces jeunes ne sont pas mariés et n'ont pas d'enfants, qu'ils ne se sont pas encore « rangés », en plus du fait que les gens perdent généralement des parents et des amis au fur et à mesure qu'ils avancent en âge (Schellenberg, 2004). En fait, les aînés ont en général des réseaux sociaux plus concentrés, caractérisés par des liens affectifs plus étroits, mais aussi une plus grande vulnérabilité puisque le nombre de personnes sur qui ils peuvent compter est moins grand et le risque de les perdre, lui, plus grand (Pushkar et Arbuckle, 2002).

Qui plus est, chez les aînés, la retraite, les changements physiques (dont un déclin de la santé, une plus grande incapacité, les pertes sensorielles et les limitations de

mobilité) et la perte d'amis et de parents ne sont que quelques exemples de facteurs qui exercent une action synergique pouvant réduire les occasions de créer une cohésion sociale, et d'établir et de maintenir un soutien et des réseaux sociaux (Powell, 2004). Ces problèmes peuvent être aggravés par des obstacles créés par le milieu de vie, tels que le manque d'accès à certains services publics (p. ex., les moyens de transport), le lieu de résidence (centre urbain ou région rurale), l'abus d'alcool ou d'autres drogues et la pauvreté. Ainsi, les aînés qui habitent en région rurale risquent davantage de souffrir d'isolement en raison de leur éloignement géographique. Il en va de même pour les aînés des régions urbaines qui font partie d'une minorité linguistique, qui, eux, risquent l'isolement si la collectivité dans laquelle ils habitent n'offre pas de services de soutien dans des langues autres que le français ou l'anglais.

Il arrive souvent que les réseaux de soutien se transforment en réseaux de soins lorsque les aînés deviennent malades ou frêles (Keating *et al.*, 2005). Les aînés qui eux-mêmes sont des aidants, des femmes dans la plupart des cas, risquent l'isolement social à cause de la restriction de leurs activités sociales, et des problèmes que cause parfois le fait de s'occuper d'un conjoint ou d'un membre de la famille malade ou frêle. Prodiger des soins à un proche peut être très satisfaisant, mais cela peut aussi être épuisant sur les plans affectif et physique. Le fait de devoir consacrer une part importante de son temps à la prestation de soins peut être lié à la dépression, à l'anxiété, à un sentiment d'impuissance, au désespoir, à l'épuisement émotionnel, à la baisse du moral, à la détresse psychologique et à des sentiments d'isolement, de culpabilité et de colère — tous des facteurs qui peuvent limiter les liens d'une personne avec les autres (Chappell, 1999).

Engagement social

L'engagement social est un facteur important de l'appartenance sociale. Ses avantages sont à la fois collectifs et individuels. Au Canada, de même que dans plusieurs autres pays, on s'intéresse de plus en plus aux liens entre l'engagement social et le capital social. Le capital social est défini comme « l'ensemble des ressources issues des réseaux d'interactions sociales fondées sur des normes de réciprocité et de confiance ». Ces ressources facilitent l'atteinte de résultats collectifs exprimés en termes de bien-être, de santé, de sécurité, de démocratie ou encore d'acquisition d'un capital économique ou humain (Franke, 2003).

L'enquête sociale générale de 2003 a utilisé un ensemble de mesures pour illustrer l'engagement social des aînés au Canada. Les résultats de l'enquête révèlent que la participation à des services religieux ou à des assemblées religieuses est fortement liée à l'âge. Près de 50 % des aînés, les personnes de 65 ans et plus, avaient assisté à une forme quelconque de service religieux au moins une fois par mois au cours de l'année précédente; ce pourcentage était inférieur à 25 % chez les 15 à 35 ans. Chez la génération du baby-boom, le pourcentage était de 36 %. Le taux de participation des

immigrants de 25 à 54 ans était de près de 40 %, comparativement à 22 % chez les personnes du même groupe d'âge, nées au Canada (Schellenberg, 2004).

Le bénévolat est depuis longtemps considéré comme une activité productive et enrichissante qui présente des avantages pour la santé et constitue une forme d'engagement social constructive. Ce n'est toutefois que récemment que les chercheurs ont commencé à déceler les bienfaits réels du bénévolat pour la santé (Bénévoles Canada, 2001). Selon la Gerontological Society of America, chez les aînés, ces bienfaits pourraient comprendre une diminution de l'incidence des maladies du cœur, du diabète et des maladies cardiovasculaires, de même que l'amélioration de la santé mentale (Gerontological Society of America, 2005). En 2000, les aînés du Canada ont fait 179 millions d'heures de bénévolat. Globalement, les aînés dépassaient la moyenne de tous les autres groupes d'âge. Les personnes de 75 ans et plus étaient moins susceptibles de faire du bénévolat (15 %) que celles de 65 à 74 ans (21 %); elles en faisaient en outre un moins grand nombre d'heures (265 heures par rapport à 272) (Bénévoles Canada et le Centre canadien de philanthropie, 2003).

L'engagement social par des activités intergénérationnelles peut également jouer un rôle positif dans la vie des aînés et des jeunes si on leur donne des possibilités de participer facilement à de telles activités. Le bénévolat multigénérationnel apporte plusieurs bienfaits à toutes les générations. En encourageant les gens de divers âges à se réunir et à mieux se comprendre, on accroît la possibilité de liens intergénérationnels et on favorise la réciprocité entre les générations en remettant en question les préjugés négatifs à l'égard des jeunes et des aînés. Lorsque jeunes, moins jeunes et aînés passent du temps ensemble, les préjugés s'effacent pour laisser place à une plus grande ouverture d'esprit (Massachusetts Intergenerational Network, 2005).

Pleins feux sur un programme intergénérationnel de service de repas à domicile

Santropol Roulant est un programme novateur mis sur pied à Montréal. Ce programme primé a obtenu un financement des gouvernements fédéral et provincial. Son objectif est de donner aux personnes en perte d'autonomie la possibilité de manger sainement. Mis sur pied et géré par des jeunes Montréalais, *Santropol Roulant* bâtit des ponts entre les générations grâce à un programme novateur de service de repas à domicile. Ce service est conçu pour offrir à des résidents en perte d'autonomie, majoritairement des aînés, des repas chauds et nourrissants et des contacts intergénérationnels six jours par semaine, à longueur d'année.

Source : Santropol Roulant, Construire une communauté intergénérationnelle, la Sécurité alimentaire au Santropol Roulant, http://www.santropolroulant.org/fr/foodsecurity_f.html

Environnements favorables

Même si les aînés du Canada ont des choix en matière d'appartenance sociale, il est important de reconnaître qu'un environnement propice dans lequel la personne peut compter sur le soutien de la famille et de la collectivité est souvent ce qui permet aux aînés de participer de façon active à la vie de la collectivité et les encourage à le faire. Les décideurs peuvent aider les aînés à se constituer un réseau social en appuyant un éventail de possibilités d'engagement social comme le bénévolat, l'apprentissage continu, l'emploi, les loisirs et la participation communautaire. Les politiques et les programmes élaborés doivent s'attaquer à la multitude d'obstacles qui limitent l'engagement social chez les aînés au Canada.

Les aînés des communautés ethniques qui n'ont pas grandi au Canada et ne parlent pas nécessairement le français ou l'anglais représentent un important segment de la population canadienne des aînés qui peuvent être isolés par un environnement non favorable à leur participation. Certains de ces aînés ont quitté leur pays natal à l'âge adulte pour venir rejoindre leurs enfants installés au Canada (souvent pour s'occuper de leurs petits-enfants). Ils doivent donc s'adapter à un nouvel environnement après avoir laissé derrière eux un milieu qui leur était familier, des relations qu'ils avaient depuis toujours dans la collectivité et leurs proches parents et amis (Durst, 2005).

Isolement social et exclusion : obstacles à l'appartenance sociale

Au Canada, les aînés peuvent s'engager socialement de bien des façons, mais ils peuvent aussi se heurter à des obstacles, dont l'isolement social, la solitude, un accès limité à des services de santé et des services sociaux, une santé défaillante, la marginalisation et l'exclusion sociale. L'âgisme, soit la discrimination fondée sur l'âge chronologique ou apparent, est une forme d'exclusion répandue dans toutes les sociétés. L'effet cumulatif de quelques-uns de ces facteurs seulement peut accroître de beaucoup la vulnérabilité des aînés et mettre en péril leur santé. L'exclusion prive les aînés de leurs droits et perpétue l'isolement, ce qui se répercute sur la qualité et le mode de vie, donc sur la santé et l'état de santé général (OMS, 2003).

Les études révèlent systématiquement des liens entre la solitude et une mauvaise santé (Hall et Havens, 1999; Andersson, 1998). On n'a toutefois pas su préciser ce lien. On ne sait pas vraiment si la solitude découle d'une mauvaise santé ou si la mauvaise santé est attribuable à la solitude (Hall et Havens, 1999).

Selon une analyse dont les résultats ont été publiés récemment, la détresse psychologique, qui comprenait des mesures des sentiments d'inutilité, de désespoir et de nervosité, a un effet marqué sur les femmes âgées et constitue un prédicteur de leur décès. Chez les femmes qui affichaient un niveau élevé de détresse psychologique en 1994-1995, le risque de décès avant 2002-2003 était de 60 % plus

élevé que chez celles qui signalaient un niveau de détresse psychologique moins élevé. De même, les femmes qui déclaraient des niveaux de stress financier élevés étaient également plus susceptibles de mourir avant 2002-2003 (Wilkins, 2006). Les aînés ayant un fort « sentiment de cohésion », (c.-à-d. pour lesquels les événements de la vie sont compréhensibles, maîtrisables et significatifs) étaient plus susceptibles de demeurer en santé au cours des huit années suivantes (Shields et Martel, 2006).

En 2005, le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) a publié un rapport qui met en évidence l'exclusion sociale de certains aînés en raison de leur faible revenu. Bien que des progrès considérables aient été réalisés pour ce qui est de réduire la proportion d'aînés vivant dans la pauvreté, il reste tout de même des personnes âgées seules (particulièrement des femmes divorcées ou séparées, des immigrants et des femmes de plus de 80 ans) qui ont un revenu sous le seuil du faible revenu et restent vulnérables à l'exclusion (CCNTA, 2005).

Appartenance sociale chez les aînés au Canada

Selon des données provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, les aînés qui ont déclaré avoir un profond sentiment d'appartenance à leur collectivité étaient plus susceptibles (62 %) d'être en bonne santé que ceux qui se sentaient plus détachés (49 %) (Shields et Martel, 2006).

De façon générale, les femmes ont tendance à avoir plus de liens sociaux que les hommes, un facteur qui entre en jeu dans le fait que, après la retraite, les hommes sont plus susceptibles que les femmes d'éprouver des problèmes de santé (CCNTA, 1996). On a cependant également constaté que les femmes âgées sont vulnérables à la solitude, une situation qui pourrait être attribuable en partie au fait qu'elles vivent plus longtemps que les hommes, qu'elles sont proportionnellement plus nombreuses à être veuves et à vivre seules et qu'elles doivent vivre avec une santé qui décline et des maladies chroniques (Hall et Havens, 1999; Andersson, 1998). En même temps, les études montrent de façon systématique que, une fois qu'on a tenu compte d'autres variables, l'état civil a un effet protecteur contre le décès chez les hommes, effet moins marqué chez les femmes (Wilkins, 2006; Wilkins, 2003). Qui plus est, il semblerait que les hommes et les femmes ne voient pas et ne vivent pas la solitude de la même façon — le sexe de la personne et la culture sont deux des facteurs qui entrent en ligne de compte à cet égard.

Lacunes en matière de connaissances

La cohésion, l'engagement et les liens sociaux sont des éléments cruciaux de la santé des aînés. Un grand nombre de chercheurs ont du mal à définir ces facteurs avec précision et à déterminer leur relation avec l'appartenance sociale, l'exclusion sociale

et l'isolement social. Il est temps que les termes et les mesures dans ce domaine soient uniformisés.

D'autres travaux de recherche sont également nécessaires pour pouvoir mieux comprendre de quelle façon les services et les programmes communautaires qui améliorent l'appartenance sociale favorisent le vieillissement en santé et la diminution des maladies chroniques, des blessures et des dépenses de santé. Il nous faut des renseignements plus complets en ce qui concerne l'incidence d'une santé sociale, affective et psychologique qui laisse à désirer dans la dernière partie de la vie, sur la mortalité et la morbidité. Quel est le rôle de l'appartenance sociale dans la santé mentale, affective et physique (Wilkins, 2006)? De même, des études s'imposent pour essayer de mieux comprendre comment les aînés utilisent et entretiennent leur réseau social (Keating *et al.*, 2005).

Pratiques prometteuses

De nombreuses mesures peuvent être adoptées pour favoriser l'intégration et l'appartenance sociale. Pour pouvoir favoriser l'appartenance sociale chez les Canadiens âgés, il faut élaborer des politiques et des mesures intersectorielles qui tiennent compte des principaux obstacles à leur engagement, sont complémentaires pour appuyer la population vieillissante du Canada et permettent d'accroître les possibilités de participation.

Il semblerait également, d'après les données disponibles, qu'il soit important d'adapter les mesures retenues aux personnes ou aux collectivités visées puisque les aînés n'ont pas tous les mêmes besoins en matière de soutien social et de prestations (Keating *et al.*, 2005). Des mesures de soutien mal choisies risquent d'isoler davantage les personnes âgées et de mettre en péril leur autonomie et leur estime de soi (ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, 2005).

Orientations pour les politiques et les pratiques

Selon les données disponibles, il faudrait que les politiques et les pratiques adoptées pour favoriser l'appartenance sociale chez les aînés :

- Permettent de créer un environnement propice et adapté à l'âge, caractérisé par un accès sans obstacle à l'environnement physique et au milieu social et dans lequel la participation de tous les membres de la collectivité est une priorité de première importance.

- Tiennent compte des aspects physiques, mental et affectif du vieillissement en santé. La promotion de la santé mentale, y compris de l'appartenance sociale, est étroitement liée au bien-être et à l'état fonctionnel des aînés.
- Offrent des occasions d'accroître l'engagement social chez les aînés du Canada grâce à des politiques et à des mesures intersectorielles tenant compte des obstacles de base auxquels ils se heurtent; réduisent les inégalités entre les aînés canadiens; augmentent les possibilités d'apprentissage continu et de bénévolat; leur permettent de participer le plus possible à la vie de la collectivité.
- S'attaquent au problème de l'âgisme dans les médias et dans les politiques et pratiques qui font de la discrimination envers les Canadiens âgés. Alors que ce point est particulièrement important pour améliorer le bien-être social et mental, s'occuper de l'âgisme est une stratégie essentielle pour tous les éléments déterminants du vieillissement en santé.
- Fassent appel aux membres de la famille, aux amis et aux personnes du même âge pour appuyer et encourager des comportements et des choix positifs.
- Adaptent les interventions aux besoins de collectivités et de groupes précis, les aînés n'ayant pas tous les mêmes besoins en matière de soutien social.
- Visent l'investissement dans une application des connaissances qui favorise la sensibilisation aux questions de la détresse affective et psychologique et du stress financier, de leurs effets sur les aînés et de leur incidence sur l'appartenance sociale.
- Rejoignent les aînés isolés ou exclus socialement, y compris les membres des minorités et les femmes ayant des incapacités qui vivent seules.
- Offrent des mesures de soutien adéquates aux aînés qui ont besoin de soins afin d'alléger le fardeau de leur réseau de soutien ou de soins.
- Créent des environnements adaptés à l'âge qui favorisent les liens sociaux intragénérationnels et intergénérationnels.

5. L'activité physique et la santé des aînés

Bienfaits de l'activité physique

Il n'y a plus de doute sur le fait que l'activité physique régulière nous aide à vieillir en santé. « Élixir » du vieillissement en santé selon certains, l'activité physique régulière rehausse la vitalité et la qualité de vie. Elle a un effet positif sur la capacité fonctionnelle, la santé mentale, la condition physique, la prévention et la prise en charge des maladies chroniques, et le bien-être général (Santé Canada, 2002a; Shields et Martel, 2006). Les aînés qui s'adonnent à une activité physique régulière sont moins susceptibles d'être malades que les personnes sédentaires et ils arrivent davantage à retarder certaines détériorations de la santé associées à l'âge (Colman et Walker, 2004). La participation à une activité physique avec d'autres personnes peut aider les aînés à nouer des liens et à se créer un réseau social, des facteurs qui favorisent la santé en général (Santé Canada, 1999).

Une activité physique pratiquée au fil du temps et intégrée aux activités de la vie quotidienne présente des avantages cumulatifs (Shields et Martel, 2006; Santé Canada, 2002a). La relation entre une bonne santé et l'activité récréative physique est particulièrement solide chez les aînés, même lorsqu'on tient compte de facteurs socioéconomiques et du nombre de maladies chroniques. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes montre que 67 % des aînés qui s'adonnent à des activités physiques au moins trois fois par semaine sont en bonne santé, par rapport à 36 % de ceux qui sont rarement actifs. La participation régulière à des activités physiques est également associée à une meilleure santé mentale, de meilleures chances de rester en bonne santé au fil du temps et au rétablissement en cas de mauvaise santé (Shields et Martel, 2006).

L'activité physique est liée à une amélioration de la santé mentale et du fonctionnement psychologique des aînés, y compris l'autoefficacité — le sentiment d'être capable de s'acquitter d'une tâche donnée ou de maîtriser sa situation (Mendes de Leon *et al.*, 1996). Elle pourrait également être un important facteur de protection contre l'anxiété et la dépression, qui sont parfois déclenchées par les changements et les pertes qui surviennent vers la fin de la vie (Santé Canada, 2002a). Bien que les preuves ne soient pas encore concluantes, des données de plus en plus nombreuses établissent un lien entre la participation à une activité physique régulière et une baisse du risque de démence (Larson *et al.*, 2006; Wang *et al.*, 2006).

Il n'est jamais trop tard pour profiter des bienfaits de l'activité physique régulière. Peu importe leur âge et leurs capacités, tous les aînés peuvent connaître une amélioration de leur bien-être physique, mental et émotionnel en adoptant un niveau et un type d'activité physique qui leur convient (Santé Canada, 1999; Santé

Canada, 2002a; ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, 2005; Shields et Martel, 2006).

Coûts et économies liés à l'activité physique

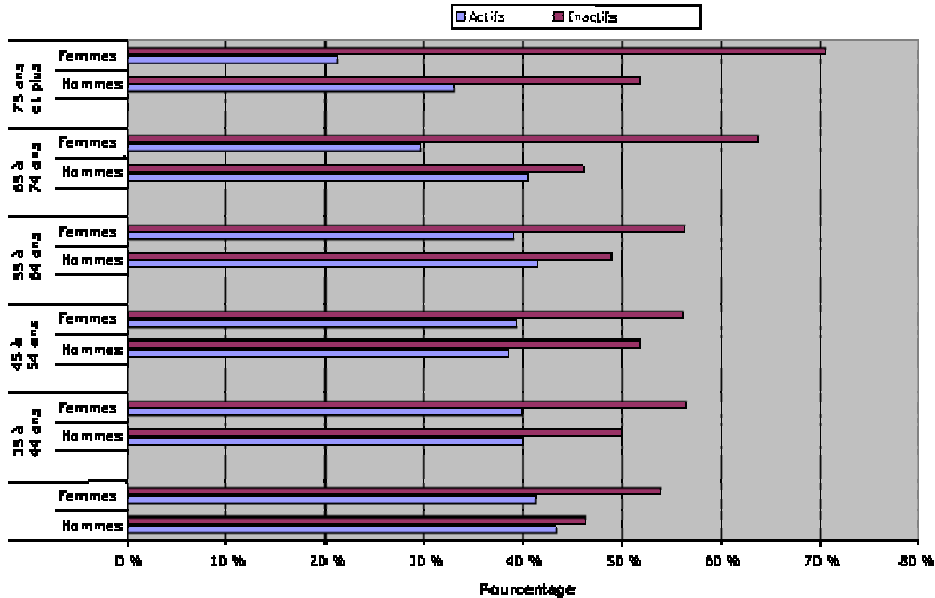
Le coût de l'inactivité physique au Canada est très élevé, soit un montant estimatif de 5,3 milliards de dollars (Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie (ICRCP), 2004; Katzmarzyk *et al.*, 2000). Une légère baisse du taux d'inactivité suffirait à apporter des économies considérables. Ainsi, une diminution de 10 % du taux d'inactivité physique pourrait éventuellement réduire les dépenses directes en santé de 150 millions de dollars par année (Katzmarzyk *et al.*, 2000).

Comme les aînés souffrant de maladies chroniques et de blessures sont les plus grands utilisateurs des soins de santé et sont les plus susceptibles d'être hospitalisés pendant de longues périodes (Rotermann, 2006), l'un des meilleurs moyens de réduire l'utilisation et les coûts élevés des soins de courte durée pourrait bien être d'encourager un accroissement de l'activité physique chez ce groupe et de lui donner les moyens de s'adonner à une telle activité. Le fait d'investir dans des environnements adaptés à l'âge qui soutiennent l'activité physique et une vie active permettra également aux aînés de continuer d'apporter leur importante contribution à la société et à l'économie.

Niveaux d'activité des aînés au Canada

Malgré les bienfaits inestimables de l'activité physique régulière pour le vieillissement, les aînés représentent le segment le moins actif de la population canadienne (voir la figure 5.1). Près des deux tiers (65 %) d'entre eux ne font pas suffisamment d'exercice pour rester en santé ou améliorer leur santé (ICRCP, 2004). Il est toutefois utile de s'attarder aux différences entre les groupes d'âge et entre les hommes et les femmes. Chez les femmes, on constate une baisse marquée du pourcentage de femmes qui sont actives ou modérément actives physiquement après 65 ans et une augmentation considérable du taux d'inactivité. La situation est quelque peu différente chez les hommes. Les hommes de 65 à 74 ans sont tout aussi (ou plus) susceptibles d'être actifs ou modérément actifs physiquement que les hommes plus jeunes. Ce n'est qu'à partir de l'âge de 75 ans que l'on constate des changements importants des niveaux d'activité et d'inactivité.

Figure 5.1
Activité physique selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile, 2005



Nota : Actifs = actifs et modérément actifs physiquement

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2005b)

On remarque d'importantes différences d'une région à l'autre sur le plan du niveau d'activité physique chez les aînés (données non présentées). C'est à l'Île-du-Prince-Édouard que l'on trouve le taux d'inactivité physique le plus élevé (59 %) et en Colombie-Britannique que ce taux est le moins élevé (42 %) (ICRCP, 2004).

Certains groupes à risque élevé difficiles à atteindre sont particulièrement vulnérables à l'inactivité physique et aux risques qui découlent de cette inactivité pour la santé et le bien-être. Le sexe de la personne est un facteur important. Comme on le voit à la figure 5.1, les femmes âgées sont moins actives que les hommes âgés dans tous les cas. Les autres groupes vulnérables sont les personnes de plus de 80 ans, les aînés à faible revenu ou niveau de scolarité, les aînés ayant des incapacités ou des problèmes de santé chroniques, ceux qui vivent en établissement ou sont isolés et ceux qui font partie de minorités ethnoculturelles ou ethnolinguistiques (Santé Canada, 2002a).

Obstacles à la participation

La crainte de se blesser, la maladie, l'incapacité et la douleur, le manque d'énergie, de motivation, d'aptitude et de temps, le fait de se sentir mal à l'aise, des installations inadéquates, un coût excessif et l'absence de lieux où ils se sentent en sécurité font partie des principaux obstacles à la participation à une activité physique mentionnés par les aînés (ICRCP, 1995). Ce sont tous des facteurs qui influencent la décision de demeurer inactif ou de devenir et de rester actif.

Voici d'autres exemples d'obstacles qui ont été relevés par des leaders dans le domaine :

- Le climat — L'hiver, le froid et la glace empêchent bien des personnes âgées de marcher et de faire des activités à l'extérieur. L'été, les niveaux élevés de smog par temps très chaud posent des risques sérieux à la santé et à la vie, particulièrement pour les aînés qui souffrent de problèmes respiratoires chroniques.
- Un soutien inadéquat — Les professionnels de la santé n'ont pas toujours le temps, les connaissances ou les ressources nécessaires pour s'attaquer au manque d'activité physique chez leurs patients âgés.
- Les responsabilités en matière de soins — Une personne âgée qui s'occupe d'enfants ou d'un membre de la famille malade a moins de temps pour s'adonner à des activités physiques à l'extérieur de chez elle (ce qui est plus fréquent chez les femmes).

Lacunes en matière de connaissances

Les effets positifs de l'activité physique sur le vieillissement ont été démontrés par de nombreuses études. Il y a toutefois un manque du côté des travaux de recherche communautaires axés sur les solutions. Dans le cadre de ce genre de recherche, on met sur pied une intervention novatrice (p. ex., vélos d'exercice gratuits ou programmes de tai chi dans les centres commerciaux), on recueille des données sur l'efficacité de l'intervention et on analyse l'incidence des résultats sur les politiques et les programmes nécessaires pour favoriser un accroissement du niveau d'activité physique chez les aînés. Il faut également recueillir des données sur les économies liées à la participation des aînés à des activités physiques.

On reconnaît qu'il existe un lien entre les inégalités sociales, les obstacles et la participation à des activités physiques, mais il faudrait approfondir les processus qui sous-tendent ces inégalités et ce qui peut être fait pour les surmonter au moyen de politiques publiques (Spence *et al.*, 2001; O'Brien Cousins, 2005). L'augmentation

marquée du taux d'inactivité chez les femmes de plus de 65 ans est un point particulièrement préoccupant. Cette situation est-elle attribuable principalement à de graves limitations de la mobilité et à des douleurs causées par des problèmes musculosquelettiques, comme l'arthrite et l'ostéoporose, ou à d'autres facteurs?

Pratiques prometteuses

S'il est vrai que les attitudes personnelles et la motivation sont des facteurs importants, il reste qu'un milieu social et un environnement physique favorables jouent un grand rôle pour ce qui est d'aider les aînés à intégrer l'activité physique à leur vie quotidienne (Santé Canada, 2002a; Coalition d'une vie active pour les aînés (CVAA), 1999). On a relevé un certain nombre de stratégies efficaces pour aider les aînés canadiens à être plus actifs. Les approches exhaustives qui comprennent des activités d'éducation et de sensibilisation, des initiatives communautaires et des interventions à domicile semblent être particulièrement efficaces (Santé Canada, 2002a; King *et al.*, 1998). Autrement dit, il vaut mieux intervenir à de multiples niveaux dans divers contextes plutôt que de mettre l'accent simplement sur la personne. Cette façon de procéder tient compte du fait que de nombreux facteurs influent sur l'activité physique, dont l'inclination de la personne à l'égard de l'activité physique, la culture, le soutien de la famille, les programmes communautaires, le climat et l'environnement physique (Spence *et al.*, 2001; Craig *et al.*, 2004).

Certains affirment qu'une activité modérée régulière, comme la marche et le jardinage, représente ce que les aînés peuvent faire de mieux pour conserver leur mobilité et prévenir l'incapacité (Lacroix *et al.*, 1993; Léveillé *et al.*, 1999). L'amélioration de la sécurité des piétons et les jardins communautaires surélevés pour les aînés et autres personnes ayant des incapacités sont parmi les mesures immédiates qui pourraient être prises pour améliorer les possibilités de s'adonner à ces activités.

La Coalition d'une vie active pour les aînés

Les organisations non gouvernementales représentant les aînés constituent des partenaires importants pour ce qui est d'accroître les taux de participation chez les aînés. La Coalition d'une vie active pour les aînés (CVAA) est composée à l'heure actuelle de 22 organisations nationales, provinciales et territoriales qui se consacrent toutes à la promotion d'un vieillissement en santé grâce à une vie active. La CVAA favorise la communication et la collaboration entre ses membres et avec d'autres organisations et personnes pertinentes et travaille pour faire de la vie active chez les aînés une priorité des décideurs.

Source : CVAA (1999), *Une vie active au fil des ans : Projet de plan d'action sur la vie active des aîné(e)s*.

Orientations pour les politiques et les pratiques

Selon les données disponibles, il faudrait que les politiques et les pratiques adoptées pour favoriser l'activité physique chez les aînés :

- Soient fondées sur des approches à plusieurs volets intégrant des activités d'éducation et de sensibilisation, des initiatives communautaires et des interventions à domicile.
- Soient axées sur la mise en place et l'évaluation de solutions possibles dans les environnements physiques et sociaux.
- Favorisent des environnements positifs, sécuritaires et axés sur l'inclusion; réduisent les obstacles; augmentent le nombre de possibilités de participer à des activités dans des environnements propices et adaptés à l'âge.
- Fassent davantage pour amener les aînés ayant une incapacité ou atteints de maladies chroniques à participer à une activité physique appropriée. Cela supposerait un plus grand rôle de la part des professionnels de la santé.
- Établissent des objectifs pancanadiens en matière d'accroissement des niveaux d'activité physique et de réduction des niveaux d'inactivité chez les aînés de différents groupes d'âge, hommes et femmes, de même que des mécanismes pour atteindre ces objectifs.

- Fassent ressortir les bienfaits de l'activité physique chez les aînés sur les plans mental et social en plus des bienfaits physiques, de même que le lien entre l'activité physique et le maintien de la santé au fil des ans.

L'activité physique est un élément essentiel du vieillissement en santé. Le défi à relever, mais aussi l'occasion à saisir, consiste à faire de l'activité physique un choix plus accessible et plus attrayant pour les aînés, peu importe leur âge, leurs capacités et leurs intérêts.

6. Une saine alimentation et la santé des aînés

Bienfaits d'une saine alimentation et risques d'une mauvaise alimentation

Une saine alimentation est essentielle pour pouvoir vieillir en santé. Elle assure les apports en énergie et en nutriments nécessaires pour le bien-être général, le maintien d'une bonne santé et de l'autonomie fonctionnelle, et la prévention des maladies chroniques durant le troisième âge (Santé Canada, 2002b; ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, 2005; Les diététistes du Canada, 1998).

Les besoins énergétiques et nutritifs des personnes âgées ne sont pas les mêmes que ceux des autres groupes d'âge. Il leur faut moins de calories, mais plus de nutriments pour se maintenir en bonne santé et conserver leur autonomie, leur autoefficacité et leur qualité de vie (Les diététistes du Canada, 1998; Santé Canada, 2002b). Ainsi, une alimentation saine comprenant un apport élevé en fruits et en légumes contribuerait à une protection contre les pertes d'acuité visuelle, les cataractes, les maladies respiratoires et certains cancers (ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, 2005). Selon une récente enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 62 % des aînés qui consomment au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour sont en bonne santé comparativement à 52 % chez ceux qui consomment moins de cinq fruits et légumes par jour (Shields et Martel, 2006).

La malnutrition à un âge avancé pose des risques graves pour la santé et peut entraîner de nombreuses complications indésirables et exerçant une action synergique. Une mauvaise alimentation exacerbe les détériorations des fonctions immunitaires et sensorielles (telle que la dégénérescence maculaire) et aggrave les symptômes liés aux maladies chroniques comme les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'ostéoporose et le cancer (Les diététistes du Canada, 1998). Un apport insuffisant en vitamines B peut également avoir un effet négatif sur les fonctions cognitives et même être lié à la démence chez les aînés (Calvaresi et Bryan, 2001). Sauter des repas ou ne pas manger suffisamment peut causer des étourdissements et des faiblesses, qui peuvent ensuite entraîner des chutes causant des blessures qui mènent parfois à une perte d'autonomie.

Une mauvaise santé bucco-dentaire peut avoir un effet négatif sur la capacité de manger et de digérer des aliments sains. Les aînés deviennent alors plus vulnérables à des problèmes de santé comme les maladies du cœur, la pneumonie, les accidents vasculaires cérébraux et le diabète (Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA), 2005c). L'assimilation des nutriments peut également être modifiée chez les gens qui fument (CCNTA, 2004).

L'isolement social et le fait de manger seul, comme le font de nombreux aînés, est bien souvent un autre facteur qui peut entrer en jeu dans les mauvaises habitudes alimentaires — manger avec d'autres est considéré comme une activité sociale; toutefois, manger seul, comme le font de nombreux aînés, est un signe de mauvaise alimentation. Les relations positives sont un élément qui peut aider les aînés à adopter de bonnes attitudes envers une alimentation saine (Les diététistes du Canada, 1998).

Coûts liés à une mauvaise alimentation

Il n'y a pas beaucoup de recherches qui ont été effectuées sur les coûts qu'entraîne une mauvaise alimentation pour la société. Des chercheurs américains ont toutefois tenté d'établir des estimations en considérant une saine alimentation comme un facteur « d'élimination de risque » pour la morbidité et la mortalité. Ils ont constaté que l'amélioration des habitudes alimentaires pouvait réduire les décès causés par des maladies du cœur chroniques et des accidents vasculaires cérébraux d'au moins 20 % et par le cancer et le diabète, d'au moins 30 % (Département de l'Agriculture des États-Unis, 1999).

Se fondant sur un raisonnement semblable, des chercheurs de Santé Canada ont brossé un tableau approximatif du fardeau économique découlant des mauvaises habitudes alimentaires au Canada. Au moyen de chiffres portant sur l'année 1998, ils ont estimé à quelque 1,3 milliard de dollars les coûts directs en santé attribuables à une mauvaise alimentation et à 5,3 milliards de dollars les coûts indirects, pour un fardeau économique estimatif total d'environ 6,6 milliards de dollars (Santé Canada, 2003).

Saine alimentation chez les aînés au Canada

Prenant appui sur les résultats de plusieurs études menées à l'échelle nationale, le Conseil consultatif national sur le troisième âge signale qu'à peu près 50 % des aînés canadiens évaluent leurs habitudes alimentaires comme « excellentes » ou « très bonnes » et 16 % comme « passables » ou « mauvaises ». À peine 40 % des aînés consomment la quantité recommandée de fruits et de légumes et 4 % rapportent avoir manqué de nourriture au cours de l'année pour des raisons d'argent (CCNTA, 2004).

Un grand nombre d'adultes de plus de 50 ans n'ont pas un apport suffisant de certains nutriments, comme la vitamine D, l'acide folique, le calcium et le fer. En outre, environ 10 % à 30 % des personnes de plus de 50 ans ont de la difficulté à absorber la vitamine B12 contenue dans les aliments. Un supplément de vitamine D

et une source de vitamine B12 synthétique (supplément ou aliments enrichis) peut s'avérer nécessaire (Institut de Médecine, 1998).

Fait non étonnant, ce sont les personnes âgées autonomes qui habitent dans la collectivité et ont un bon état de santé général qui présentent les taux de malnutrition les plus faibles. La prévalence de la malnutrition s'accroît chez les aînés hospitalisés dont la santé et l'état fonctionnel sont déjà compromis. Les aînés qui dépendent des autres pour accomplir des activités de la vie quotidienne sont également plus susceptibles de souffrir de malnutrition (Santé Canada, 2002b).

Tout un éventail de facteurs qui interagissent aux niveaux individuel et collectif influent sur les choix alimentaires des aînés au Canada. Parmi eux figurent des facteurs de macro-niveau, tels que le revenu, le transport, les normes socioculturelles, la santé bucco-dentaire, la production et la commercialisation des aliments, et les réseaux de soutien (Raine, 2005; Payette et Shatenstein, 2005). On ne peut encourager des habitudes alimentaires saines sans tenir compte de ces déterminants sous-jacents (Payette et Shatenstein, 2005; Santé Canada, 2002b). L'accès aux aliments, leur préparation et leur consommation sont des facteurs importants pour une saine alimentation qui ne peuvent être pris en considération indépendamment l'une de l'autre.

Saine alimentation et poids santé

Comme chez les Canadiens plus jeunes, on constate un accroissement de la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité dans la population des aînés à cause d'une consommation excessive d'aliments riches en calories doublée d'inactivité physique. Les taux d'obésité chez les aînés de 75 ans ou plus ont monté en flèche pour atteindre 24 % en 2004, par rapport à 11 % en 1978-1979. Par contre, le taux d'obésité n'a pas augmenté de façon considérable chez les adultes de 65 à 74 ans. L'embonpoint a tendance à être plus commun chez les hommes d'âge mûr et d'âge plus avancé que chez les femmes, mais le taux d'obésité est plus élevé chez les femmes que chez les hommes (Tjepkema, 2005).

Comprendre certains termes

“poids normal” = Indice de masse corporelle (IMC) de 18,5 à 24,9

“Excès de poids” = IMC entre 25 et 29,9

“Obésité” = IMC > 30

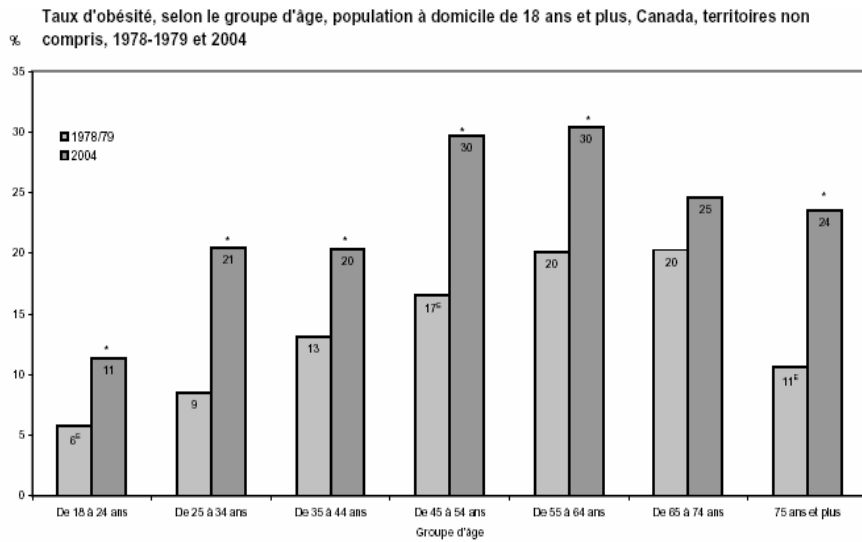
Source: Canada's Guidelines for Body Weight Classification: http://hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/nutrition/weight_book-livres_des_poids_f.pdf

Un poids excessif a pour effet d'accroître les risques de maladies chroniques et de blessures et de compromettre la santé (Tjepkema, 2005; Shields et Martel, 2006). Ainsi, en 2005, 55 % des aînés qui affichaient un indice de masse corporelle sain étaient en bonne santé, par rapport à 46 % des aînés obèses³⁴. De plus, selon de nouvelles recherches, l'obésité serait une cause de la dépendance à l'âge mûr et plus tard dans la vie et cette dépendance, à son tour, est une cause du placement en établissement. Le lien entre l'obésité, l'incapacité et la dépendance est plus marqué chez les femmes que chez les hommes (Wilkins et de Groh, 2005).

D'un autre côté, on ne s'entend toujours pas vraiment sur ce qui constitue un poids optimal pour les aînés au Canada. Les effets négatifs d'un surplus de poids sur la santé des aînés, surtout les personnes de plus de 80 ans, ne sont pas aussi clairement établis (Les diététistes du Canada, 1998). Les aînés dont le poids est insuffisant sont moins susceptibles (37 %) d'être en bonne santé (Shields et Martel, 2006). On relève en outre un lien important entre un poids insuffisant et la dépendance chez les aînés (Wilkins et de Groh, 2005). La perte de poids chez les personnes âgées est bien souvent involontaire, passe inaperçue et est attribuable à la diminution de la masse musculaire et à une perte osseuse, qui peuvent se répercuter négativement sur la force, l'équilibre et l'endurance, augmentant du même coût le risque de blessures. Ainsi, le pourcentage d'aînés qui ont un poids santé augmente avec l'âge, passant de 40 % chez les 65 à 74 ans à 62 % chez les 75 ans et plus. Les auteurs pensent que cette perte de poids pourrait être attribuable à la fragilité et au déclin de la santé liés au vieillissement (Shields et Martel, 2006).

On s'interroge également à savoir si les mêmes mesures et normes devraient être appliquées aux personnes âgées de plus de 65 ans pour déterminer l'embonpoint et l'obésité (p. ex., l'IMC) étant donné que le poids n'est pas réparti de la même façon lorsqu'on vieillit (c.-à-d. moins de muscles et plus de graisse).

Figure 6.1



* Taux considérablement plus élevés que l'estimation pour 1978-1979

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2004, Enquête santé Canada de 1978-1979, dans Tjepkema (2005), *Nutrition : Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*

Lacunes en matière de connaissances

Comme nous venons de le mentionner, il faut établir plus clairement le lien entre le poids et la santé, et les mesures et les indicateurs du poids santé à utiliser pour les aînés. On ne dispose encore que de peu de données probantes sur la nutrition et la saine alimentation chez les aînés. On manque de données sur les systèmes de surveillance et d'évaluation de l'alimentation, les déterminants d'une saine alimentation pour les aînés et les liens avec les résultats en matière de santé sur lesquelles fonder l'élaboration de politiques et de programmes (Payette et Shatenstein, 2005). Il faudrait également mener des études sur les mesures adoptées et les pratiques exemplaires afin de voir ce que les aînés peuvent faire pour réduire leurs risques et s'alimenter adéquatement tout en conservant un poids santé et en faisant régulièrement de l'activité physique régulière (CCNTA, 2004).

Pratiques prometteuses

Il y a peu de données disponibles sur l'efficacité des interventions liées à la nutrition visant les aînés. Des interventions en amont, tels que l'enrichissement des aliments (Santé Canada, 2005) et les mesures visant à assurer la sécurité alimentaire¹ (Organisation mondiale de la santé (OMS), 2002) pourraient éventuellement améliorer l'état nutritionnel des personnes de tous les âges, et des aînés en particulier. L'adjonction d'acide folique à la farine et aux produits céréaliers, par exemple, une mesure qui avait été mise en œuvre pour diminuer le nombre d'anomalies congénitales, pourrait également contribuer à réduire la concentration d'homocystéine chez les personnes âgées. Une forte concentration d'homocystéine a été liée aux maladies du cœur et à un risque accru de la maladie d'Alzheimer (Tucker *et al.*, 2005).

Les mesures d'éducation en matière d'alimentation visant expressément les aînés sont peu nombreuses et rarement évaluées. La prévention de la dénutrition grâce à la promotion d'une alimentation optimale ou au dépistage chez les groupes à risque sont des mesures prometteuses.

Le dépistage nutritionnel

Un projet intitulé Mise en œuvre du dépistage nutritionnel chez les personnes âgées au Canada a été lancé en 2000 dans diverses collectivités pilotes. Un total de 1 200 aînés y ont participé. On a constaté que le dépistage nutritionnel constituait un moyen efficace et pratique d'aider les fournisseurs de services communautaires à sensibiliser les aînés et à intervenir rapidement auprès d'eux. Dans le cadre d'une étude de cinq ans appelée NuAge qui sera menée au Québec, on examinera de plus près le rôle de l'alimentation dans un vieillissement en santé. Dirigée par le Centre de recherche sur le vieillissement de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, une équipe de chercheurs suivra plus de 900 femmes et 900 hommes âgés de 68 à 82 ans. Cette étude devrait nous livrer des résultats utiles qui serviront à formuler des conseils sur les habitudes alimentaires qui conviennent aux aînés et les besoins nutritionnels de ces derniers.

Source : Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (2004), NuAge,
Communiqué : *Il n'y a pas d'âge pour ressentir les bienfaits d'une saine alimentation!*

¹ La sécurité alimentaire existe lorsque chacun a, en tout temps, un accès physique et économique à une alimentation suffisante, saine et nutritive pour répondre à ses besoins et à ses préférences alimentaires pour mener une vie active et en santé. (Sommet mondial de l'alimentation, 1996)

Orientations pour les politiques et les pratiques

Selon les données disponibles, il faudrait que les politiques et les pratiques adoptées pour favoriser une saine alimentation chez les aînés :

- Comportent des investissements dans des travaux de recherche et d'acquisition de connaissances visant à remédier au manque d'information sur les déterminants d'une saine alimentation chez les aînés, et à repérer et évaluer les interventions efficaces en la matière.
- Tiennent compte de la multitude de facteurs et d'obstacles qui se répercutent sur les choix alimentaires des aînés; de leurs besoins nutritionnels; des déterminants de leur état nutritionnel (p. ex., conditions de santé sous-jacentes, attitudes et habitudes alimentaires); de leur vulnérabilité à l'égard des carences et des problèmes nutritionnels.
- Favorisent la sensibilisation aux liens qui existent entre une saine alimentation, un poids santé et une activité physique chez les aînés au Canada. Cette démarche n'est pas seulement importante pour les aînés d'aujourd'hui, elle l'est aussi pour les Canadiens d'âge moyen qui atteindront le troisième âge dans les 10 à 20 prochaines années.
- Permettent d'accroître l'accès des aînés à des services de santé bucco-dentaire, qui les aideront à améliorer leur état nutritionnel, surtout dans le cas des personnes qui résident dans des régions rurales ou dans des établissements de soins de longue durée.
- Fassent en sorte que l'alimentation saine soit une priorité dans les établissements de soins de longue durée.

Les politiques en matière de saine alimentation et de nutrition devraient viser à favoriser et à permettre des choix santé pour les aînés, qui ont leurs propres besoins nutritionnels.

7. La prévention des chutes et la santé des aînés

Conséquences des chutes

Les blessures non intentionnelles chez les aînés représentent un fardeau significatif, en termes humains aussi bien qu'économiques. La principale cause des blessures chez les aînés du Canada est la chute. Les blessures attribuables à une chute menacent la vie autonome des personnes âgées, leur autonomie en général, leur mobilité, leur capacité fonctionnelle et leur état de santé. Les blessures peuvent précipiter le placement en établissement, voire même le décès. Si une chute n'occasionne pas une blessure, elle peut néanmoins se traduire par des craintes accrues et persistantes chez les personnes âgées et la réduction des activités (comme l'exercice régulier), deux facteurs qui peuvent avoir des conséquences négatives sur leur état de santé global et leur fonctionnement et augmenter les risques d'autres chutes à l'avenir. Les aînés qui subissent une blessure à la suite d'une chute s'en remettent rarement complètement. Ils éprouvent souvent des douleurs chroniques, leur mobilité est réduite, ils perdent leur autonomie et leur confiance, et leur qualité de vie s'en trouve compromise (ASPC, 2005; Santé Canada, 2002f).

Prévenir les blessures causées par les chutes

La prévention des chutes donne aux aînés la possibilité de demeurer actifs et autonomes, et d'avoir une vie enrichissante et bien remplie. La prévention dans ce domaine n'est toutefois pas chose simple. Les facteurs de risque sont nombreux et complexes et interagissent les uns avec les autres de façon synergique aux niveaux biologique/médical, comportemental, environnemental et socioéconomique. Certains facteurs de risque sont directement liés à la santé de la personne, tandis que d'autres sont directement liés à son environnement (ASPC, 2005; Scott, Peck et Kendall, 2004).

- Parmi les facteurs de risque biologiques et médicaux figurent l'âge, les maladies chroniques ou aiguës (p. ex., les maladies du cœur, l'ostéoporose, le diabète et l'arthrite), les incapacités physiques, la faiblesse musculaire et la mauvaise condition physique.
- Les facteurs de risque comportementaux comprennent en général les comportements risqués (comme monter dans une échelle peu solide), la prise de médicaments (p. ex., l'utilisation de médicaments multiples), une mauvaise alimentation et une activité insuffisante. Des décisions à première vue simples, qui font partie de la vie courante, peuvent avoir une grande incidence sur le risque de chute.

- Les facteurs de risque environnementaux sont ceux qui se trouvent dans l'environnement de la personne, habituellement là où elle habite. Il peut s'agir de meubles ou de tapis qui sont mal placés et d'autres dangers qui posent un risque de blessure. Près de la moitié des chutes des personnes âgées se produisent à la maison, dans la salle de bain ou dans l'escalier (ASPC, 2005). Les trottoirs et les chaussées inégaux, de même qu'un mauvais éclairage, sont des exemples de risques que l'on trouve à l'extérieur. Dans les établissements, les dangers sont plus systémiques, mais tout aussi importants. Les édifices mal conçus et le non-respect des normes, des codes ou des règlements en matière de sécurité et de bâtiment en sont des exemples.
- Le faible revenu est un facteur qui se répercute sur l'accès à un logement conforme aux normes en matière de sécurité, de même qu'à des services de santé et des services sociaux adéquats, y compris de l'information sur la prévention des chutes. Les aînés à risque peuvent également avoir des difficultés sur le plan de la sécurité alimentaire qui se répercutent sur leur état nutritionnel et augmentent leur risque de chute grave (p. ex., au moment d'un étourdissement).

Coûts et économies liés aux chutes

En 1998, plus de 980 millions de dollars sur les 2,4 milliards de dollars en coûts directs rattachés à des chutes ont été consacrés à des blessures causées par des chutes chez les aînés (Angus *et al.*, 1998). Les blessures occasionnées par des chutes chez les 65 ans et plus au Canada coûtent à l'économie un montant estimatif de 2,8 milliards de dollars par année. Les coûts directs d'une fracture de la hanche pour le système de santé se situeraient entre 24 400 \$ et 28 000 \$. Cette estimation comprend les coûts d'hospitalisation, les médicaments et les services de fournisseurs de soins pour le traitement et la réadaptation (Scott, Peck et Kendall, 2004). De façon générale, la période de réadaptation et de rétablissement est plus longue et plus pénible chez les aînés qui ont subi une chute causant blessure — jusqu'à deux fois plus longue pour les chutes que pour toutes les autres causes d'hospitalisation. Ces chutes représentent donc un lourd fardeau pour le système de santé (ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, 2005).

D'après une autre étude portant sur un programme multi-stratégique de prévention des chutes, un investissement moyen de 906 \$ permet d'économiser 3 695 \$ en raison de la diminution du nombre de blessures découlant de chutes (Santé Canada, 2002f). L'Agence de santé publique du Canada estime en outre qu'une réduction de 20 % des chutes se traduirait par 7 500 hospitalisations de moins et 1 800 aînés de moins avec une incapacité permanente; les économies nationales totales s'élèveraient à quelque 138 millions de dollars par année (ASPC, 2005).

Chutes chez les aînés au Canada

Le taux de chutes causant blessure augmente avec l'âge et il est plus élevé chez les femmes que chez les hommes, et ce, pour tous les groupes d'âge (voir la figure 7.1). Le *Rapport sur les chutes des aînés au Canada* met en relief certains autres chiffres étonnants sur les blessures et les chutes chez les aînés au Canada (ASPC, 2005) :

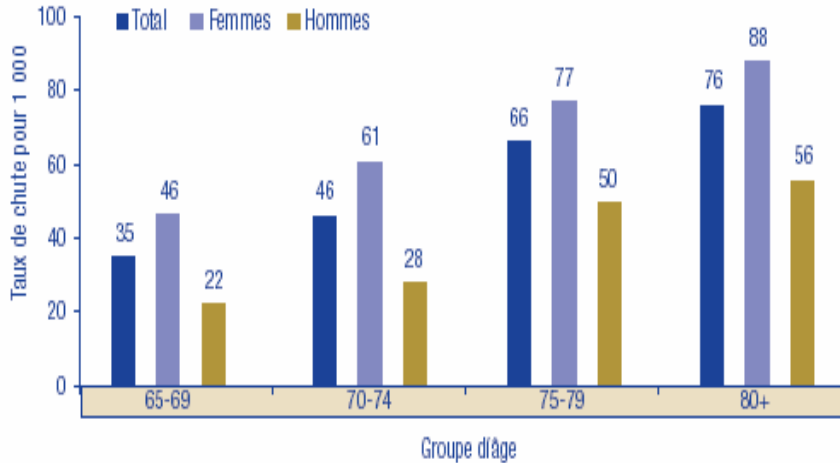
- près de 62 % des hospitalisations liées à des blessures chez les aînés sont la conséquence de chutes;
- le taux de blessures liées aux chutes est neuf fois plus élevé chez les aînés que chez les personnes de moins de 65 ans;
- près de la moitié des aînés qui subissent une chute présentent une blessure mineure et entre 5 % et 25 % subissent une blessure grave, telle qu'une fracture ou une entorse;
- 40 % de toutes les admissions dans les maisons de soins infirmiers sont la conséquence d'une chute;
- les chutes provoquent plus de 90 % de l'ensemble des fractures de la hanche chez les aînés et 20 % de ces patients décèdent dans l'année suivant la fracture.

D'après les renseignements fournis par les répondants à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 37 % des blessures causées par une chute chez les aînés concernaient la hanche, la cuisse, le genou, la partie inférieure de la jambe ou la cheville. La majorité des répondants ont indiqué avoir glissé, trébuché ou fait un faux pas (44 %); 26 % ont dit être tombés dans un escalier; 20 % ont glissé sur une surface glacée ou enneigée (ASPC, 2005).

Le sexe et l'âge avancé sont deux facteurs importants. Les aînés qui subissent une chute causant une blessure sont plus susceptibles d'être des femmes, d'appartenir au groupe des 80 ans et plus, d'être veuf(ve)s, séparé(e)s ou divorcé(e)s, d'avoir fait des études postsecondaires et d'avoir un revenu inférieur à 15 000 \$ (ASPC, 2005). De façon générale, les femmes sont plus susceptibles de faire une chute causant une blessure et affichent un taux plus élevé d'hospitalisation découlant d'une chute. Elles sont également plus susceptibles que les hommes de subir une fracture au moment d'une chute, ce qui est attribuable en partie à une densité osseuse moins forte après la ménopause et à des taux d'ostéoporose plus élevés.

Figure 7.1

Taux estimés de chutes avec blessure, par groupe d'âge et sexe, âge 65+, Canada, 2002-2003



Source : Cycle 2.1 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, dans Agence de santé publique du Canada (2005), *Rapport sur les chutes des aînés au Canada*.

Lacunes en matière de connaissances

Les données disponibles nous montrent que la prévention des blessures est une question multidimensionnelle et multisectorielle qui englobe les grands déterminants du vieillissement en santé et une combinaison de facteurs de risque qui agissent en interaction. D'autres travaux de recherche sont nécessaires pour déterminer l'efficacité par rapport au coût d'interventions précises menées indépendamment ou en combinaison avec d'autres (p. ex., programmes d'exercices à la maison; utilisation d'appareils de protection et d'appareils fonctionnels, tels que les protège-hanches; évaluations approfondies des risques de chute environnementaux) (Scott, Peck et Kendall, 2004).

La prévention des chutes est en outre directement liée à certains autres facteurs d'un vieillissement en santé, plus particulièrement une saine alimentation et l'activité physique. Il faudrait pousser les recherches pour mieux comprendre et éliminer les obstacles à l'exercice et trouver des moyens d'encourager les aînés à prendre des mesures pour maintenir leur santé et leur mobilité (Scott, Peck et Kendall, 2004). On sait aussi que les aînés peuvent parfois surestimer leur condition physique et

sous-estimer leur susceptibilité aux blessures ou les problèmes qui les rendent vulnérables (ASPC, 2005). Des travaux de recherche supplémentaires dans ce domaine pourraient être utiles pour élaborer des programmes de prévention et pour déterminer les raisons pour lesquelles certaines personnes se prévalent de certaines interventions plus que d'autres.

Pratiques prometteuses

Diverses mesures de prévention se sont avérées efficaces pour réduire le nombre de chutes et les blessures causées par des chutes à la maison, dans la collectivité et dans les établissements. L'activité physique régulière, la vérification des médicaments, des évaluations périodiques de la vue et de l'ouïe, une alimentation saine et régulière, l'adaptation du domicile et de l'environnement, des chaussures adéquates, des visites régulières chez le médecin et la communication d'information sur la prévention des chutes en sont des exemples (Réseaux des bases factuelles en santé, 2004; ASPC, 2005; Anciens combattants Canada (ACC), 2002). Pour pouvoir arriver à réduire ou à éliminer le fardeau occasionné par les blessures causées par des chutes chez les aînés, il faudra y mettre des ressources et combiner efficacement diverses interventions portant sur la prévention primaire et la prévention secondaire (Scott, Peck et Kendall, 2004).

***De pied ferme* — Une stratégie d'intervention à facettes multiples pour la prévention des chutes chez les aînés**

De pied ferme est une stratégie d'intervention à facettes multiples pour prévenir les chutes portant sur les facteurs de risques comportementaux et environnementaux liés aux chutes chez les aînés vivant dans la collectivité. Les aînés qui ont terminé le programme ont montré des réductions dans huit des neuf facteurs de risque traités dans le programme. Au cours de la période de suivi de quatre mois, la proportion d'aînés ayant subi une chute était inférieure dans le groupe de traitement (17 %) par rapport au groupe témoin (35 %).

Source : ASPC (2005), *Rapport sur les chutes des aînés au Canada*.

Orientations pour les politiques et les pratiques

Selon les données disponibles, il faudrait que les politiques et les pratiques adoptées pour favoriser la prévention des chutes chez les aînés :

- Reposent sur une combinaison d'interventions (p. ex., sensibilisation, application de codes du bâtiment pour assurer la sécurité, activité physique, contrôle des

médicaments, etc.) pour atténuer les divers facteurs de risques liés aux chutes. Il faudrait aussi que l'efficacité et la rentabilité de ces mesures soient évaluées et consignées.

- Soient axées sur la promotion de la sécurité et une adaptation du domicile, plus particulièrement des escaliers et des salles de bain puisque ce sont là les deux endroits où surviennent la grande majorité des chutes.
- Adaptent les interventions et la documentation aux besoins des femmes à faible revenu et plus âgées (75 ans et plus), qui sont particulièrement à risque.
- Visent l'établissement et la mise à profit de partenariats multisectoriels aux niveaux fédéral, provincial et municipal.
- Veillent à la mise en application des normes et des codes du bâtiment, assurant ainsi un environnement sécuritaires pour les aînés.

Les arguments en faveur de la prévention des chutes, tant sur le plan humain que sur le plan économique, sont de poids; le rendement de l'investissement dans la prévention est évident. Le meilleur moyen de protéger les aînés contre les blessures est de prévenir ces dernières. Il nous faut maintenant l'engagement politique et les ressources nécessaires pour mettre en œuvre des combinaisons efficaces d'interventions partout au pays.

8. Le tabagisme et la santé des aînés

Conséquences du tabagisme pour la santé

Le tabagisme est associé à l'apparition et à la progression de plusieurs grandes maladies chroniques, à des limitations de la mobilité, à l'incapacité et au déclin de la capacité fonctionnelle physique — des problèmes qui surviennent fréquemment au troisième âge et peuvent être aggravés par le tabagisme et l'exposition à la fumée secondaire. La cigarette joue un rôle dans huit des 14 causes de décès principales chez les personnes de 65 ans et plus (ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, 2005; Santé Canada, 2002c). Les décès causés par le tabac se traduisent par une réduction de 15 ans de l'espérance de vie. De plus, les aînés souffrant de maladies du cœur, d'asthme ou d'autres problèmes de santé chroniques sont particulièrement vulnérables aux risques liés à l'exposition à la fumée secondaire.

Selon un rapport publié par le département de la Santé et des Services humanitaires américain intitulé *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*, le tabagisme aurait un lien de causalité avec un risque accru de fracture de la hanche chez les hommes et les femmes et réduirait la densité osseuse des femmes après la ménopause. Le risque de cataractes est de deux à trois fois plus élevé chez les fumeurs que chez les non-fumeurs. Les fumeurs présentent en outre un plus grand risque de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). En plus des maladies vasculaires et respiratoires, et des cancers bien connus que l'on sait être causés par le tabagisme, la liste présentée dans le rapport comprend d'autres maladies liées au tabac, notamment le cancer du rein, le cancer du pancréas et la périodontite (département de la Santé et des Services humanitaires des États-Unis, 2004). Il pourrait également y avoir un lien entre la cigarette et la dépression; les taux de dépression chez les fumeurs sont supérieurs à ceux des non-fumeurs (Santé Canada, 2002c). Sur une longue période, le tabagisme peut finir par nuire de beaucoup à la qualité de vie (Lacroix et Omenn, 1992).

Malgré les conséquences négatives du tabac, les recherches démontrent systématiquement que l'abandon peut améliorer la qualité de vie, prolonger la vie et réduire les risques de maladie, de déclin de la santé et de décès (département de la Santé et des Services humanitaires des États-Unis, 2004; Lacroix et Omenn, 1992). Une étude a révélé que l'abandon du tabac produisait une protection considérable contre les risques pour la santé chez les 55 à 64 ans et un niveau de protection encore plus élevé chez ceux qui cessaient de fumer plus tôt (Doll et Hill, 2004). Les personnes qui cessent de fumer à un âge plus avancé voient diminuer les risques pour leur santé générale de un à deux ans après avoir abandonné et diminuer le risque de décès causé par une maladie liée au tabac. On a également constaté que les anciens fumeurs

avaient une meilleure capacité fonctionnelle physique et une meilleure qualité de vie que les personnes qui continuaient de fumer (Lacroix et Omenn, 1992).

Comparativement aux personnes qui continuent de fumer, l'espérance de vie augmente, en moyenne, de :

- trois ans chez les personnes qui cessent de fumer vers l'âge de 60 ans;
- six ans chez celles qui cessent de fumer vers l'âge de 50 ans;
- neuf ans chez celles qui cessent vers l'âge de 40 ans;
- dix ans chez celles qui cessent vers 30 ans (Doll et Hill, 2004).

Autrement dit, plus on arrête de fumer tôt, plus les avantages à long terme sont grands; ce constat s'applique également aux gens plus âgés.

Coûts du tabagisme chez les aînés

Le fardeau économique du tabagisme est immense. En 2002, on estimait que le montant en question était passé à 15 milliards de dollars par année au Canada (Santé Canada, 2002d). Les coûts directs engagés dans le système canadien de santé en raison du tabagisme se chiffraient entre 3 et 3,5 milliards de dollars par année, la part la plus importante de ces coûts étant consacrée aux soins hospitaliers. De façon générale, des coûts plus élevés sont imputables aux fumeurs âgés par rapport aux jeunes fumeurs, ce qui laisse supposer qu'il y a un coût de la maladie lié au tabac et qu'il est grand temps d'investir dans des programmes d'abandon du tabac adaptés aux aînés et aux adultes d'âge moyen (Santé Canada, 2002c).

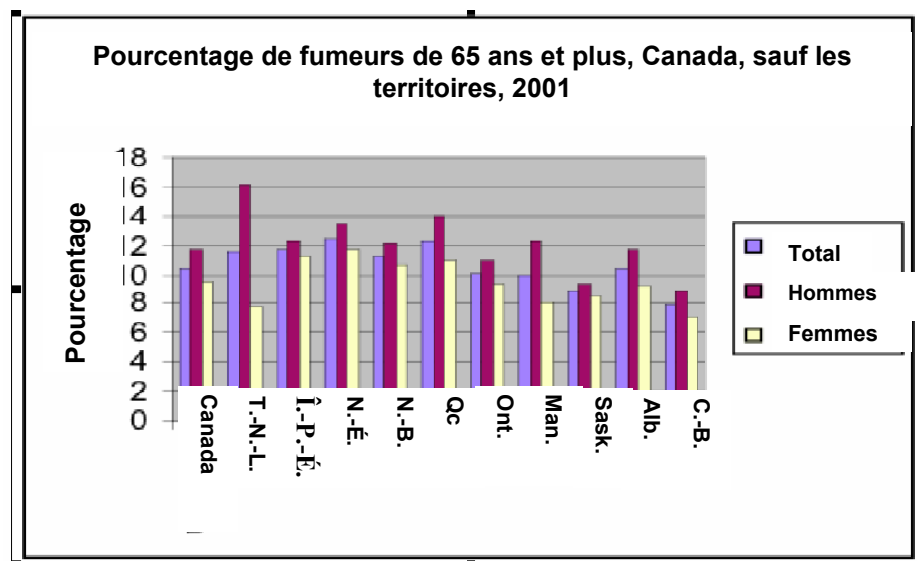
Comparativement aux non-fumeurs, les fumeurs utilisent davantage de services médicaux, ont plus souvent des réponses immunitaires altérées, affichent un risque accru de complications et de décès à la suite d'une chirurgie et sont plus susceptibles de souffrir de complications respiratoires et d'ulcères gastroduodénaux et de prendre plus de temps à se remettre d'une maladie (département de la Santé et des Services humanitaires, 2004).

Tabagisme chez les aînés au Canada

Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, un peu plus de 9 % des Canadiens de 65 ans et plus fument quotidiennement, comparativement à près de 18 % en moyenne pour tous les groupes d'âge (Statistique Canada, 2004). Dans toutes les provinces, les femmes âgées sont moins susceptibles de fumer que les hommes âgés (voir la figure 8.1). Le pourcentage de fumeurs chez les aînés, hommes et femmes, varie d'une province à l'autre. Chez les hommes, 9 % fument en

Colombie-Britannique, tandis que ce pourcentage est de 16 % à Terre-Neuve-et-Labrador. Près de 12 % des femmes âgées fument en Nouvelle-Écosse alors que 7 % d'entre elles sont des fumeuses en Colombie-Britannique. De façon générale, le tabagisme chez les aînés est beaucoup plus répandu dans les provinces de l'Atlantique, au Québec et au Manitoba. D'autres enquêtes révèlent que c'est dans le Nord que le tabagisme est le plus répandu. Ainsi, 33 % des aînés fument quotidiennement dans les Territoires du Nord-Ouest (Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA), 2004a).

Figure 8.1



Source : Statistique Canada, CANSIM, tableau 105-0027, n° 82-221-XIF au catalogue.
 Nota : Fumeurs qui ont déclaré fumer quotidiennement.

Environ 11 % des 65 à 74 ans et 6,5 % des 75 ans et plus étaient des fumeurs en 2004 (Statistique Canada, 2004). Le taux en apparence plus faible chez les 75 ans et plus pourrait fort bien être en réalité attribuable aux décès liés à la cigarette chez les fumeurs du groupe des 65 à 74 ans (ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, 2005).

C'est chez les aînés qu'on trouve le taux global le plus élevé (53,5 %) d'anciens fumeurs comparativement à tous les autres groupes d'âge (Statistique Canada, 2004). Cela révèle deux grandes tendances : d'abord, un grand nombre d'aînés au Canada

sont d'anciens fumeurs; ensuite, il y a eu une baisse marquée du tabagisme au cours des dernières années (Statistique Canada, 2004). Heureusement, les anciens fumeurs (surtout ceux qui ne fument plus depuis au moins 15 ans) et les personnes qui n'ont jamais fumé sont plus susceptibles de rester en santé et de se rétablir après une maladie (Shields et Martel, 2006). On a relevé ces mêmes tendances chez les personnes qui faisaient régulièrement de l'activité physique, avaient un poids normal et ne consommaient de l'alcool qu'à l'occasion ou une fois par semaine. On peut en déduire que les comportements sains ont un effet cumulatif pour ce qui est d'aider les aînés à rester en santé et à se remettre après une maladie (Shields et Martel, 2006).

Lacunes en matière de connaissances

Les effets négatifs du tabac et les avantages de l'abandon au troisième âge sont bien établis. Il existe toutefois peu de documentation résumant les pratiques exemplaires en matière d'abandon du tabac au troisième âge, probablement parce qu'il y a peu de programmes ciblant expressément les aînés ou parce que ces mesures ne sont pas évaluées. Il serait peut-être souhaitable d'élaborer diverses interventions ciblées pour aider les aînés à cesser de fumer et de répertorier les pratiques exemplaires, tout en tenant compte des facteurs économiques et environnementaux qui empêchent les aînés d'arrêter de fumer. Soulignons que nous n'avons trouvé aucune évaluation d'intervention visant les aînés relativement à la fumée secondaire, à l'exception de quelques politiques publiques limitant l'usage du tabac dans les établissements de soins de longue durée et les résidences pour personnes âgées.

Pratiques prometteuses

Il est rare qu'une seule intervention suffise à amener une personne à cesser de fumer. Le modèle des étapes du changement, selon lequel le comportement d'une personne change au fil du temps au fur et à mesure que la personne passe par différentes étapes (Zimmerman *et al.*, 2000; Prochaska *et al.*, 1992) est un modèle qui a permis d'approfondir nos connaissances sur les changements comportementaux et qui a été utilisé avec succès dans des programmes d'abandon de la cigarette. Une meilleure compréhension des diverses étapes du changement par lesquelles passent les aînés pourrait nous aider à utiliser des pratiques plus efficaces et des interventions ciblées en matière d'abandon du tabac (Zimmerman *et al.*, 2000; Clark *et al.*, 1997).

Ce modèle pourrait également nous aider à mieux comprendre le tabagisme chez les aînés et les raisons qui les amènent à fumer moins ou à abandonner complètement. L'apparition d'une nouvelle maladie chronique pourrait, par exemple, motiver davantage la personne à cesser de fumer. C'est ce qu'on a constaté chez les aînés qui avaient commencé à souffrir de problèmes vasculaires (p. ex., maladie du cœur,

hypertension artérielle, accident vasculaire cérébral ou diabète), mais non pas chez ceux qui étaient atteints de problèmes respiratoires (p. ex., bronchite chronique, emphysème, asthme). On n'a relevé aucun lien entre les affections préexistantes, vasculaires ou respiratoires, et l'abandon du tabac (Shields, 2004). Dans le cadre d'une autre étude récente, on a constaté que les femmes âgées étaient plus susceptibles de cesser de fumer que les hommes du même groupe d'âge et que les participants qui avaient abandonné la cigarette étaient plus susceptibles d'avoir appris peu de temps avant qu'ils étaient gravement malades (Whitson *et al.*, 2006).

Il semblerait que les programmes d'abandon du tabac adaptés aux aînés puissent être efficaces (Rimer et Orléans, 1994; Santé Canada, 2002c). De plus, d'après certains travaux préliminaires, la démarche axée sur la réduction des méfaits pourrait être une solution efficace pour lutter contre le tabagisme chez les aînés (Santé Canada, 2002e). Nous savons cependant que les aînés sont moins influencés par les messages sur les méfaits de la cigarette — ce qui est peut-être attribuable au fait que la plupart des campagnes antitabac ciblent presque exclusivement les adultes plus jeunes (Santé Canada, 2002c). Une solution possible serait de diffuser des messages qui portent sur l'incidence du tabac sur l'autonomie et la qualité de vie à mesure qu'on avance en âge (Lacroix et Omenn, 1992). Le défi qui se pose consiste à accroître les occasions de renforcer les initiatives de lutte contre le tabagisme et d'abandon du tabac destinées aux aînés afin d'équilibrer un programme de prévention de plus en plus axé sur les jeunes (Santé Canada, 2002c).

Orientations pour les politiques et les pratiques

Les aînés représentent un public cible important pour les initiatives d'abandon du tabac. Ils ont également besoin qu'on les protège contre la fumée secondaire. Selon les données disponibles, il faudrait que les politiques et les pratiques adoptées pour favoriser l'abandon du tabac chez les aînés et la création de lieux sans fumée à leur intention :

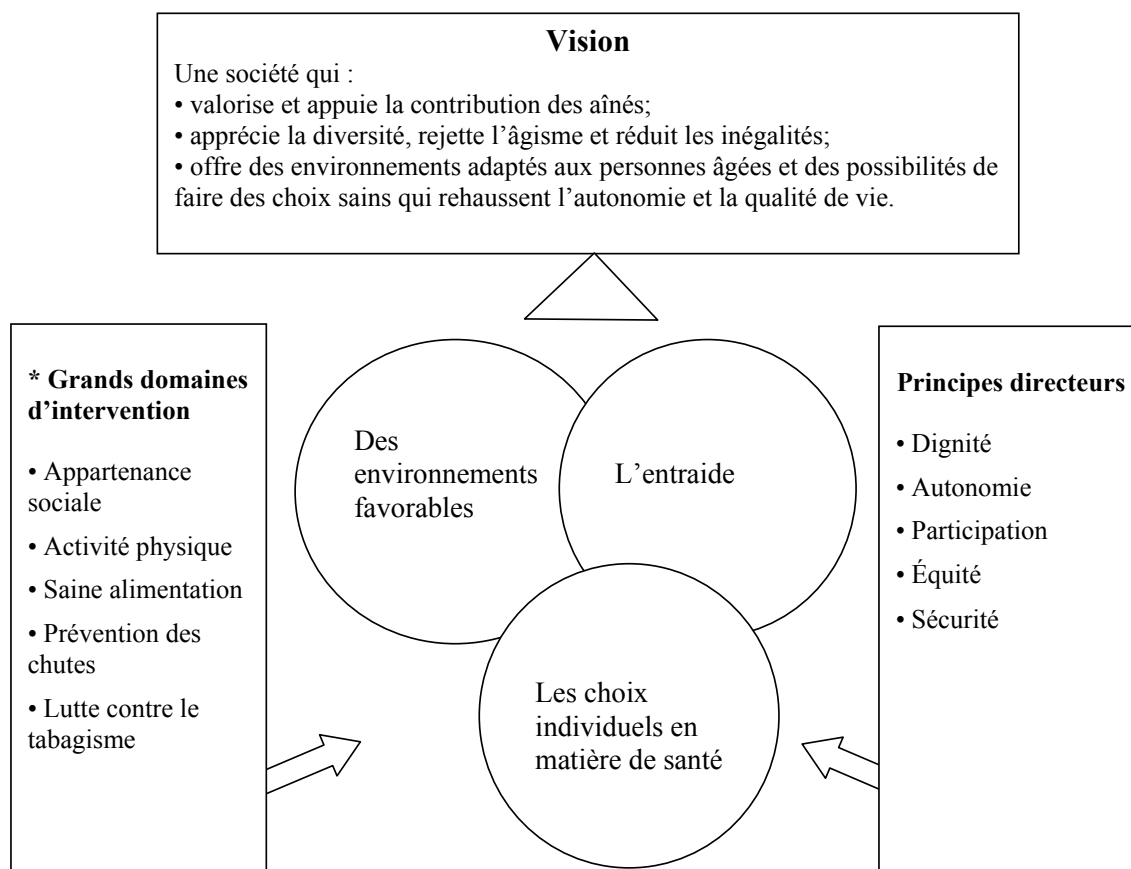
- Permettent des investissements dans des travaux de recherche qui remédieront à nos importantes lacunes en matière de connaissances sur les politiques et les pratiques exemplaires dans le domaine de l'abandon du tabac chez les aînés et de la création de lieux sans fumée à leur intention.
- Adaptent l'information et les interventions au sexe et à l'âge des aînés.
- Tiennent compte des grandes différences entre les régions en matière de tabagisme au Canada.

- Fassent connaître les bienfaits de l'abandon du tabac au troisième âge, surtout en ce qui concerne le maintien de la bonne santé et de l'autonomie, et le rétablissement après une maladie.
- Prévoient des incitatifs à l'intention des professionnels de la santé pour les aider à encourager les aînés à cesser de fumer, surtout lorsqu'un diagnostic de maladie chronique vient d'être posé chez ces derniers.
- Établissent des lieux sans fumée là où les aînés se réunissent afin de réduire l'exposition à la fumée secondaire.
- Renseignent les aînés et les membres de leur famille sur les dangers de la fumée secondaire à la maison.

L'abandon du tabac et les lieux sans fumée sont des éléments essentiels pour protéger la santé et favoriser un vieillissement en santé, même au troisième âge. Il n'est jamais trop tard pour cesser de fumer.

9. Le cadre d'action

Le cadre qui suit s'appuie sur plusieurs documents publiés au sujet de la promotion du vieillissement en santé, y compris le Cadre national sur le vieillissement (vision et principes) (Santé Canada, 1998; ministres FPT responsables des aînés, 2004; ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, 2005), ainsi que les documents nationaux et internationaux clés sur la promotion de la santé (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1986; Organisation mondiale de la santé (OMS), 1986)



** Ces cinq domaines d'intervention sont les premiers sur lesquels on se penchera dans le cadre de la stratégie pour le vieillissement en santé. Des mesures dans d'autres domaines (p. ex., la violence et la négligence à l'égard des aînés, l'inégalité du revenu, l'alphabétisation et l'apprentissage continu) pourront être prises plus tard ou dans le cadre d'autres stratégies concertées.*

Mécanismes d'intervention

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

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

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

2. *L'entraide*, c'est-à-dire les gestes que les gens posent pour se soutenir mutuellement sur les plans affectif et physique ainsi que le partage d'idées, d'information, de ressources et d'expériences. Encourager l'entraide, c'est reconnaître et appuyer les efforts des aînés en matière de bénévolat et de groupes d'entraide, les aidants naturels et le soutien informel des membres d'une famille les uns envers les autres. L'entraide est également un processus intergénérationnel réciproque. À mesure que changent les proportions de jeunes et d'aînés au sein de la population canadienne, il devient particulièrement important de soutenir les relations intergénérationnelles pour la santé de notre société en général.
3. *Les choix individuels en matière de santé*, soit les choix que fait une personne et les mesures qu'elle prend pour veiller à sa santé; par exemple, choisir d'être active, de devenir membre d'un organisme communautaire ou de rendre sa maison plus sécuritaire. La culture, le sexe, le statut socioéconomique, le niveau d'aptitudes, les contacts et l'accès à une information fiable et culturellement nuancée, tous ces éléments influencent les choix individuels en matière de santé.

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

Ces trois mécanismes reposent sur les mesures suivantes :

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

Acteurs et intervenants clés

Les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des aînés ont un rôle de premier plan à jouer pour ce qui est de faire connaître et de mettre en œuvre la stratégie pour le vieillissement en santé. La réussite d'une telle stratégie exige la collaboration des ministres d'autres secteurs, tels que le logement et les loisirs, de même que la participation concrète des représentants élus à l'échelon local. Les représentants du gouvernement dans ces secteurs sont chargés de concevoir et de favoriser des programmes et des politiques appuyant le cadre d'action sur le vieillissement en santé.

Les organisations non gouvernementales et la société civile sont bien placées pour travailler en collaboration avec d'autres intervenants afin de promouvoir et d'appuyer des pratiques, des politiques et des programmes visant à aider la population à vieillir en santé. Ces entités comprennent les groupes qui œuvrent sur des questions d'intérêt pour les aînés, de même que ceux qui s'occupent de questions telles que l'égalité entre les sexes, le multiculturalisme, le bénévolat et l'activité physique, l'alimentation, la sécurité, la lutte contre le tabagisme, la prévention des blessures et le bien-être mental et social de la population en général. Il est essentiel

d'encourager ces groupes à adopter une optique axée sur « la vie entière » et « les aînés » si l'on veut favoriser un vieillissement en santé pour tous.

Les fournisseurs de services des domaines de la santé, du développement social et de l'activité physique ont un rôle particulièrement important à jouer, en défendant les politiques et les programmes conçus pour soutenir un vieillissement en santé, et en y participant. Ils doivent également conseiller les aînés et leurs familles. Les universitaires et les chercheurs peuvent s'efforcer de combler les lacunes en matière de connaissances et communiquer l'information aux décideurs et aux groupes responsables des aînés.

Les employeurs et le secteur privé peuvent eux aussi avoir un rôle important à jouer. Comme la population du Canada vieillit, ils ont tout intérêt à appuyer un vieillissement en santé et à aider les aînés à continuer de travailler, de consommer et de contribuer à la société.

De leur côté, les aînés peuvent contribuer à la réussite d'une telle stratégie en prenant en main leurs propres santé et bien-être, en cherchant à obtenir l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions judicieuses en matière de santé et en participant à des activités qui les aideront à se tenir en bonne santé (les choix individuels en matière de santé). Les aînés peuvent s'appuyer mutuellement (entraide) et militer en faveur de politiques et de programmes qui favorisent un vieillissement en santé (environnements favorables). Enfin et par-dessus tout, les aînés et leur famille (y compris les petits-enfants et les jeunes) doivent être très engagés dans les efforts visant à promouvoir et à appuyer un vieillissement en santé, ce que pourrait favoriser un « dialogue » intergénérationnel sur la question.

10. Les prochaines étapes

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

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

5. **Réorienter les services de santé et sociaux afin de mieux promouvoir le vieillissement en santé par le biais de mesures améliorées visant à promouvoir la santé ainsi que la prévention et le contrôle des maladies.** Il pourrait s'agir notamment d'incitatifs à l'intention des médecins et du personnel infirmier des soins primaires qui conseillent les aînés vulnérables à l'isolement, à la réduction de l'activité physique, aux chutes, à une nutrition compromise, et à la consommation du tabac et à l'exposition au tabac; de subventions à l'intention des aînés qui souhaitent participer à un programme d'abandon du tabac ou faire réaliser un bilan de leur état physique ou nutritionnel; d'un rôle accru pour les travailleurs de l'hygiène publique et le personnel des centres d'aide à la vie autonome lorsqu'il s'agit de favoriser le vieillissement en santé des aînés qui ont des invalidités et des maladies chroniques. Il faudrait également augmenter le niveau de soutien offert aux services sociaux communautaires qui facilitent le vieillissement en santé.
6. **Documenter et partager les pratiques prometteuses.** Les initiatives visant à documenter et à partager les interventions, les études de cas, les projets, les politiques et les programmes en matière de vieillissement en santé ont été nombreuses mais éparées. Pour l'instant, il n'y a pas de librairie ou de portail pour documenter et faire connaître les pratiques exemplaires ou prometteuses au Canada. La mise sur pied d'un centre de ressources à cette fin pourrait se révéler une initiative utile et peu coûteuse.
7. **Créer des lignes directrices nationales sur le vieillissement en santé et les faire connaître.** Mieux faire connaître le *Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine pour les aînés* et en promouvoir l'utilisation. Créer un guide semblable pour une alimentation saine, en complément de la version révisée du *Guide canadien de la saine alimentation*. Explorer la possibilité d'élaborer des lignes directrices nationales concernant les aînés et la consommation de tabac, la prévention des chutes et l'inclusion sociale.
8. **Constituer une équipe d'ambassadeurs du vieillissement en santé.** Il y a beaucoup d'aînés du Canada qui participent activement à des initiatives de vieillissement en santé et qui sont considérés comme des leaders dans leurs collectivités. Reconnaître, officialiser et appuyer une équipe de tels « ambassadeurs » à l'échelle provinciale-territoriale pourrait être un moyen efficace d'accroître la sensibilisation au vieillissement en santé et le soutien en la matière.
9. **Renforcer les liens intergénérationnels** par le biais de « conversations » entre les générations ainsi que de politiques et de programmes qui soutiennent l'action des grands-parents et les activités intergénérationnelles dans la collectivité en général. À cette fin, il faudra forger des partenariats intersectoriels pour promouvoir le bien-être tout au long de la vie.

10. Appuyer un programme d'acquisition du savoir. Il faut amorcer des efforts intégrés visant l'acquisition, la synthèse, la traduction et l'échange d'information sur le vieillissement en santé dont s'inspireront les politiques et les pratiques. Un tel programme d'acquisition du savoir devra s'attaquer aux lacunes dans la recherche et appuyer une démarche concertée de recherche de solutions qui fera appel à des universitaires et des chercheurs dans la collectivité, des aînés et des instituts de recherche comme les Instituts de recherche en santé du Canada (Institut du vieillissement), l'Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, le *Canadian Centre for Active Aging*, etc.

Références

AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC), DIVISION DU VIEILLISSEMENT ET DES ÂÎNÉS (2005). *Rapport sur les chutes des aînés au Canada*, Ottawa, ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada.

ASPC (2005a). *Approche intégrée des maladies chroniques*, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc>.

ASPC, DIVISION DU VIEILLISSEMENT ET DES ÂÎNÉS (2005b). *Chez soi en toute sécurité : Guide de sécurité des aînés, 3^e édition (révisée)*, Ottawa, ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada.

ASPC, DIVISION DU VIEILLISSEMENT ET DES ÂÎNÉS (2005c). *Répertoire des initiatives canadiennes de prévention des chutes chez les aînés*.

ANCIENS COMBATTANTS CANADA (ACC) (2002). *Vous pouvez éviter les chutes, aller de l'avant en toute confiance*, Renseignements aux anciens combattants et aux aînés sur la prévention des chutes, http://www.vac-acc.gc.ca/clients_f/sub.cfm?source=health/fallsp/fallprevbroc.

ANDERSSON, L. (1998). « Loneliness research and interventions: a review of the literature », *Aging and Mental Health*, vol. 2, n° 4, p. 264-274.

ANGUS, D., E. CLOUTIER, T. ALBERT, D. CHENARD et A. SHARIATMADAR (1998). *The Economic Burden of Unintentional Injury in Canada*, Toronto, SmartRisk, <http://www.smartrisk.ca/ContentDirector.aspx?tp=75&dd=3>.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES NATIONS UNIES (1991). *Principes des Nations Unies pour les personnes âgées*, Haut commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, www.un.org/esa/socdev/iyop/friyoppo.htm.

BARTLEY, M., D. BLANE et S. MONTGOMERY (1997). « Health and the life course: why safety nets matter », *BMJ*, vol. 314, p. 1194-1196.

BÉNÉVOLES CANADA (2001). *Perspectives bénévoles : nouvelles stratégies pour favoriser la participation des adultes plus âgés*, <http://www.volunteer.ca/volunteer/francais/pdf/OlderAdults-Fre.pdf>.

BÉNÉVOLES CANADA et CENTRE CANADIEN DE PHILANTHROPIE (2003). *Les dons et le bénévolat chez les personnes âgées, ENDBP 2000*, Fiche-info, nouvelle version, 2004, Imagine Canada, <http://www.nsgvp.org/>.

BRITISH COLUMBIA INJURY RESEARCH AND PREVENTION UNIT (2005). <http://www.injuryresearch.bc.ca/intro.html>.

CALVARESI, E. et J. BRYAN (2001). « B Vitamins, Cognition, and Aging: a Review », *The Journals of Gerontology, Series B : Psychological Sciences and Social Sciences*, vol. 56, p. 327-339.

Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) (1996). « Les hommes et le vieillissement au Canada », *Bulletin du Conseil consultatif national sur le troisième âge*, vol. 9, n° 3, http://www.naca-ccnta.ca/expression/9-3/pdf/exp9-3_f.pdf.

CCNTA (2001). *Bulletin : Aînés au Canada*, Ottawa, CCNTA, http://www.naca-ccnta.ca/report_card.

CCNTA (2004). « Bien manger pour bien vieillir », *Bulletin du Conseil consultatif national sur le troisième âge*, vol. 17, n° 3, p. 1-8.

CCNTA (2004a). « Les aînés du Grand Nord canadien », *Bulletin du Conseil consultatif national sur le troisième âge*, vol. 17, n° 2.

CCNTA (2005). *Vieillir pauvre au Canada*, Série « Aînés en marge », Ottawa, gouvernement du Canada, <http://www.naca-ccnta.ca>.

CCNTA (2005a). *Les aînés des minorités ethnoculturelles*, Série « Aînés en marge », Ottawa, gouvernement du Canada, Ottawa, CCNTA, http://www.naca-ccnta.ca/margins/ethnocultural/ethno1_f.htm.

CCNTA (2005b). « Les soins de longue durée », *Expression*, vol. 18, n° 4, Ottawa, CCNTA.

CCNTA (2005c). « La santé au bout des dents », *Bulletin du Conseil consultatif national sur le troisième âge*, vol. 18, n° 2, p. 1-8.

CENTRE DE RESSOURCES EN NUTRITION. Multilingual Resources. *Healthy Eating for Healthy Aging Fact Sheets, (Une saine alimentation pour vieillir en santé)* <http://action.web.ca/home/nutritio/readingroom.shtml>.

CHAPPELL, N.L. (1999). *Bénévolat et santé des aînés : état de la question*, Ottawa, Bénévoles Canada.

CLARK, M., W. RAKOWSKI, F. KVIZ *et al.* (1997). « Age and stage of readiness for smoking cessation », *Journals of Gerontology : Psychological Sciences and Social Sciences*, vol. 52, p. S212–221.

Coalition d'une vie active pour les aîné(e)s (CVAA) (1999). *Une vie active au fil des ans : Projet de plan d'action sur la vie active des aînés*, Toronto, CVAA, <http://www.alcoa.ca/f/whatsnew/projet.pdf>.

COLMAN, R. et S. WALKER (2004). *The Cost of Physical Inactivity in British Columbia*, Victoria (C.-B.), ministère de la Planification des services de santé.

CONN, D. (2002). « Aperçu des troubles mentaux les plus fréquents chez les aînés », dans *Écrits en gérontologie* (18) : Santé mentale et vieillissement, Ottawa, Conseil consultatif national sur le troisième âge, http://www.naca-centa.ca/writings_gerontology.

CRAIG, C., S. RUSSELL, C. CAMERON et A. BAUMAN (2004). « Twenty-year trends in physical activity among Canadian adults », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 95, n° 1, p. 59–63.

DÉPARTEMENT DE L'AGRICULTURE DES ÉTATS-UNIS, ECONOMIC RESEARCH SERVICE, FOOD AND RURAL ECONOMICS DIVISION (1999). « America's Eating Habits: Changes and Consequences », *Agriculture Information Bulletin*, n° 750, sous la direction de E. Frazao.

DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ ET DES SERVICES HUMANITAIRES DES ÉTATS-UNIS, CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, NATIONAL CENTER FOR CHRONIC DISEASE PREVENTION AND HEALTH PROMOTION, OFFICE ON SMOKING AND HEALTH (2004). *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*.

DÉVELOPPEMENT SOCIAL CANADA (2004). *Le programme Nouveaux Horizons pour les aînés, Appuyer les communautés*, <http://www.rhdcc.gc.ca/fr/psr/pub/brochureh.shtml>.

DIÉTÉTISTES DU CANADA (1998). *Manger mieux, c'est meilleur... pour savourer les années!* guide pour les professionnels de la santé.

DOLL, R. et A. HILL. (2004). « The Mortality of Doctors in Relation to Their Smoking: 50 Years' Observations on Male British Doctors », *BMJ*, vol. 328, p. 1519.

DURST, D. (2005). *Aging Amongst Immigrant in Canada: Policy and Planning Implications*, Exposé présenté dans le cadre du 12^e Congrès bisannuel sur les politiques sociales canadiennes : Bâtir un avenir équitable.

FEINGLASS, J., J. THOMPSON, X. HE, W. WHITNEY WITT *et al.*, (2005). « Effect of Physical Activity on Functional Status Among Middle-Age Adults With Arthritis », *Arthritis Care & Research*, vol. 53, n° 6.

FRANKE, S. (2003). *L'engagement social au Canada — Le cycle 17 de l'Enquête sociale générale de Statistique Canada*, Ottawa, Projet de recherche sur les politiques et Statistique Canada, <http://policyresearch.gc.ca>.

GERONTOLOGICAL SOCIETY OF AMERICA (2005). *Civic Engagement in an Older America*, Washington (D.C.), The National Academy on an Aging Society, <http://www.agingsociety.org/agingsociety/Pages/percent20from/percent20Geron- NLSept05.pdf>.

GILMOUR, H. et J. PARK (2006). « Dépendance, problèmes chroniques et douleur chez les personnes âgées », *Rapports sur la santé*, Supplément au vol. 16, p. 23-32, Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue.

GOUVERNEMENT DU CANADA (2002). *Vieillir au Canada*, Ottawa, Rapport préparé par Santé Canada de concert avec le Comité interministériel sur les questions relatives au vieillissement et aux aînés, <http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines>.

GOUVERNEMENT DU CANADA (2005). *Vers l'intégration des personnes handicapées*, Avec une section spéciale au sujet des aînés.

GROUPE DE TRAVAIL DE L'ÉTUDE SUR LA SANTÉ ET LE VIEILLISSEMENT AU CANADA (1994). « Canadian Study of Health and Aging: Study methods and prevalence of dementia », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 150, n° 6, p. 899-913.

HALL, M. et B. HAVENS (1999). « The effect of social isolation and loneliness on the health of older women », *Étude Vieillir au Manitoba*, Département des sciences de la santé communautaire de l'Université du Manitoba, <http://www.pwhce.ca/EffectSocialIsolation.htm>

HARVEY, D., E. HOOK, J. KOZYNIAC et M. SEVANATHAN (2002). *Building the Case for the Prevention of Chronic Disease*, Winnipeg, Alliance for the Prevention of Chronic Disease, <http://www.apcd.mb.ca/apcd/research.asp>.

HEALTH ACTION THEATRE (HATS) BY SENIORS, ST. CHRISTOPHER HOUSE OLDER ADULT CENTRE. www.seniorstheatre.org/about_us.html, mentionné dans *Les aînés des minorités ethnoculturelles*, CCNTA, 2005.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS), STATISTIQUE CANADA (2005). *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2005*, Ottawa, ICIS, <http://www.cihi.ca>.

INSTITUT CANADIEN DE LA RECHERCHE SUR LA CONDITION PHYSIQUE ET LE MODE DE VIE (ICRCP) (1995). « Sondage indicateur de l'activité physique », *Progrès en prévention*, Bulletin n° 4, Ottawa, ICRCP.

ICRCP (2004). *Sondage indicateur de l'activité physique 2004*, Ottawa, ICRCP, <http://www.cflri.ca/pdf/f/2004pam.pdf>.

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE SHERBROOKE (2004). *NuAge, Communiqué : Il n'y a pas d'âge pour ressentir les bienfaits d'une saine alimentation!*, 24 février 2004, http://www.iugs.ca/File/400/com-NuAge_f.pdf.

KATZMARZYK, P., N. GLEDHILL et R. SHEPHARD (2000). « The economic burden of physical inactivity in Canada », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 163, n° 11, p. 1435-1440.

KEATING, N., J. SWINDLE et D. FOSTER (2005). « Le rôle du capital social pour bien vieillir », *Le capital social à l'œuvre — Études thématiques sur les politiques*, Projet du PRP, Le capital social comme instrument de politique publique.

KING, A., W. REJESKI et D. BUCHNER (1998). « Physical activity interventions targeting older adults. A critical review and recommendations », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 15, n° 4, p. 316-333.

KOBAYASHI, K. (2003). Cité dans GEE, E., K. KOBAYASHI et S. PRUS. « Examining the “Healthy Immigrant Effect” in Later Life: Findings from the Canadian Community Health Survey », *SEDAP Research Paper*, n° 98, Hamilton, Université McMaster, <http://socserv.socsci.mcmaster.ca/sedap/p/sedap98.pdf>.

LACROIX, A. et G. OMENN (1992). « Older Adults and Smoking », *Clinical Geriatric Medicine*, vol. 8, n° 1, p. 69-87, Seattle, Center for Health Studies, Group Health Cooperative of Puget Sound.

LACROIX, A.Z., J.M. GURALNIK et L.F. BERKMAN *et al.* (1993). « Maintaining mobility in late life. II. Smoking, alcohol consumption, physical activity, and body mass index », *American Journal of Epidemiology*, vol. 137, n° 8, p. 858-869.

LADITKA, J. (2001). « Providing behavioral incentives for improved health in aging and medicare cost control: A policy proposal for universal medical savings accounts », *Journal of Health and Social Policy*, vol. 13, n° 4, p. 75-90.

LARSON, E.B., L. WANG, J.D. BOWEN, W.C. MCCORMICK, L. TERI, P. CRANE et W. KUKULL (2006). « Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older », *Annals of Internal Medicine*, vol. 144, p. 73-81.

LEVEILLE, S.G., J.M. GURALNIK et L. FERRUCCI *et al.* (1999). « Aging Successfully until Death in Old Age: Opportunities for Increasing Active Life Expectancy », *American Journal of Epidemiology*, vol. 149, n° 7, p. 654-664.

MASSACHUSETTS INTERGENERATIONAL NETWORK (2005). *Social Engagement: A Multi Generational Vision*, www.whcoa.gov/about/des_events_reports.

MENDES DE LEON, C., T. SEEMAN, D. BAKER, E. RICHARDSON et M. TINETTI (1996). « Self-efficacy, physical decline, and change in functioning in community-living elders: a prospective study », *The Journals of Gerontology, Psychological Sciences and Social Sciences*, vol. 51, p. S183-190.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE (2005). *Healthy Aging through Healthy Living: Towards a Comprehensive Policy and Planning Framework for Seniors in B.C.: A Discussion Paper*, Victoria (C.-B.), ministère de la Santé, http://www.healthservices.gov.bc.ca/cpa/publications/healthy_aging.pdf.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL (1986). *La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, Ottawa, SBSC.

MINISTRES FÉDÉRAL, PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX RESPONSABLES DES AÎNÉS (2004). *Cadre de planification relatif au vieillissement de la population*.

NATIONS UNIES (2002). *Madrid International Plan of Action on Ageing*, 2002, Madrid, <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/waa/a-conf-197-9b.htm>.

O'BRIEN COUSINS, S. (2005). *L'âgisme dans le contexte d'une vie active et savoir discerner les obstacles à la participation des aîné(e)s*, Alberta Centre for Active Living, http://www.alcoa.ca/research_u_docs/2005_04apr_fr_update.pdf.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2002). *Vieillir en restant actif : un cadre de politique*.

OMS (2003). *Les déterminants sociaux de la santé : Les faits*, Deuxième édition.

OMS (2005). *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital*, Genève, OMS.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE (ACSP) ET MINISTÈRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL (SBSC) (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Genève, OMS.

ORGANISATION NATIONALE DES REPRÉSENTANTS INDIENS ET INUITS EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE (ONRIISC) (2004). <http://www.niichro.com/2004/>.

PAYETTE, H. et B. SHATENSTEIN (2005). « Les déterminants de la saine alimentation chez les personnes âgées vivant dans la collectivité », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 96 (Supplément n° 3), S30-S35.

PLOUFFE, L. (2003). « Addressing social and gender inequalities in health among seniors in Canada », *Cad. Saúde Pública*, vol. 19, n° 3, <http://www.scielo.br>.

POWELL, S. (2004). « Meeting the Mental Health Needs of Seniors », *Stride Magazine*, <http://www.stridemagazine.com/articles/2004/q1/mental.health/>.

PROCHASKA, J., C. DICLEMENTE et J. NORCROSS (1992). « In search of how people change », *American Psychologist*, vol. 47, p. 1102-1114.

PUSHKAR, D. et T. ARBUCKLE (2002). « Bien-être psychologique et vieillissement : Enjeux et ressources, dans *Écrits en gérontologie (18) : Santé mentale et vieillissement*, Ottawa, Conseil consultatif national sur le troisième âge, http://www.naca-canta.ca/writings_gerontology.

PYRA, K. (2003). *Promoting Healthy Aging and Seniors' Wellness: An Environmental Scan*, document rédigé à l'intention du Comité des hauts fonctionnaires (Aînés).

RAINA, P. et M. WONG (2002). *Understanding the Relationship Between Income Status and the Restrictions in Instrumental Activities of Daily Living Among Disabled Older Adults*, Research Paper 83, Hamilton, Program for Research on Social and Economic Dimensions of an Aging Population, cité dans Plouffe (2003).

RAINE, K. (2005). « Les déterminants de la saine alimentation au Canada : aperçu et synthèse », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 96 (Supplément n° 3), p. S8-S15.

RAMAGE-MORIN, P.L. (2006). « Bien vieillir en établissement de santé », *La santé de la population canadienne, Rapports sur la santé*, vol. 16, p. 51-61, Ottawa, ministère de l'Industrie.

RÉSEAU DES BASES FACTUELLES EN SANTÉ (2004). *Older People: Risk Factors for Injuries*, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe, www.euro.who.int/HEN/Syntheses/injuries/20041016_4.

RIMER, B. et C. ORLEANS (1994). « Tailoring Smoking Cessation for Older Adults », *Cancer*, vol. 74 (Supplément) 7, p. 2051-2054.

ROSE, G. (1992). *The Strategy of Preventive Medicine*, R.-U., Oxford Medical Publication, cité dans Harvey *et al.* (2002), *Building the Case for the Prevention of Chronic Disease*.

ROTERMANN, M. (2006). « Utilisation des services de santé par les personnes âgées », *Rapports sur la santé*, Supplément au vol. 16, p. 35-50, Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue.

SANTÉ CANADA (1997). *Prendre en main sa santé : la part des infirmières et des médecins* (annexe B), http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/care-soins/1997-self-auto-contribut/appendix-annexe-b_f.html.

SANTÉ CANADA (1999). *Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine pour les aînés*, <http://www.phac-aspc.gc.ca/pau-uap/guideap/aines/index.html>.

SANTÉ CANADA, DIVISION DU VIEILLISSEMENT ET DES AÎNÉS (2002). *Atelier sur le vieillissement en santé, Partie I : Le vieillissement et les pratiques de santé*, Ottawa, gouvernement du Canada.

SANTÉ CANADA, DIVISION DU VIEILLISSEMENT ET DES AÎNÉS (2002a). *L'activité physique chez les personnes âgées*, Ottawa, ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada, http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/pubs/workshop_healthyaging/pdf/physical_activity_f.pdf.

SANTÉ CANADA, DIVISION DU VIEILLISSEMENT ET DES AÎNÉS (2002b). *Vieillesse en santé : Alimentation saine et vieillissement en santé*, Ottawa, ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada.

SANTÉ CANADA, DIVISION DU VIEILLISSEMENT ET DES AÎNÉS (2002c). *Tabagisme et renoncement au tabac chez les aînés*, ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada.

SANTÉ CANADA (2002d). *La stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme : Un cadre d'action*, ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada, http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/tobac-tabac/ffa-ca/index_f.html.

SANTÉ CANADA, DIVISION DU VIEILLISSEMENT ET DES AÎNÉS (2002e). *Meilleures pratiques – Traitement et réadaptation des personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*, ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada, http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/drugs-drogues/treat_senior-trait_ainee/index_f.html.

SANTÉ CANADA, DIVISION DU VIEILLISSEMENT ET DES AÎNÉS (2002f). *Vieillesse en santé : Prévention des blessures non intentionnelles chez les aînés*, Ottawa, ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada.

SANTÉ CANADA (2003). Section des recherches économiques et de l'analyse, Division de la recherche stratégique, Direction de la politique stratégique, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada, tabulations sur mesure.

SANTÉ CANADA (2004). *Le Canada ratifie la Convention-cadre pour la lutte antitabac, le premier traité de santé publique*, Communiqué 2004-63, http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/2004/2004_63_f.html.

SANTÉ CANADA (2005). *Adjonction de vitamines et de minéraux aux aliments, 2005 : Politique et plans de mise en œuvre proposés par Santé Canada*, http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/vitamin/fortification_final_doc_1_f.html.

SANTÉ CANADA et ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ (OPS) (2002). *Guide d'élaboration d'un système de soutien complet pour la promotion de la « vieillesse active »*, Washington, OPS.

SANTÉ CANADA POUR LES MINISTRES FÉDÉRAL, PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX RESPONSABLES DES AÎNÉS (1998). *Cadre national sur le vieillissement*, http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines/nfa-cnv/nfaguide2_f.htm.

SANTROPOL ROULANT, LA POPOTE INTERGÉNÉRATIONNELLE. *La sécurité alimentaire au Santropol roulant*, <http://www.santropolroulant.org/fr/foodsecurity-f.html>.

SHELLENBERG, G. (2004). *Enquête sociale générale de 2003 sur l'engagement social, cycle 17 : un aperçu des résultats*, Ottawa, Statistique Canada, ministre de l'Industrie.

SCOTT, V., S. PECK et P. KENDALL (2004). *Prevention of falls and injuries among the elderly: A special report from the Office of the Provincial Health Officer*, Victoria, ministère de la Planification des services de santé de la Colombie-Britannique.

SECRÉTARIAT DES CONFÉRENCES INTERGOUVERNEMENTALES CANADIENNES (SCIC) (2003). *Les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables du sport, des loisirs et de la condition physique visent une augmentation du taux d'activité physique*, Communiqué, http://www.scics.gc.ca/cinfo03/830778004_f.html.

SENIORS PSYCHOSOCIAL INTEREST GROUP (SPIG) (2005). <http://www.seniorsmentalhealth.ca/aboutus.htm>.

SHEPHARD, R. (1998). « Aging and Exercise », dans *Encyclopedia of Sports Medicine and Science*, sous la direction de T.D. Fahey, Internet Society for Sport Science, <http://sportsoci.org>.

SHIELDS, M. (2004). « Un pas en avant, un pas en arrière : abandon du tabac et rechute », *En santé aujourd'hui, en santé demain? Résultats de l'Enquête nationale sur la santé de la population*, Ottawa, Statistique Canada, <http://www.statcan.ca/francais/research/82-618-MIF/2004001/pdf/82-618-MIF2004001.pdf>.

SHIELDS, M. et L. MARTEL (2006). « Des aînés en bonne santé », *Rapports sur la santé*, Supplément au volume 16, p. 7-21, Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue.

SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUES ET DE LOGEMENT (2006). *Logements adaptés : aînés autonomes*, http://www.cmhc-schl.gc.ca/fr/co/praiifi/praiifi_004.cfm.

SOCIÉTÉ D'ARTHRITE (Canada) (2005). www.arthritis.ca.

SPENCE, J., R. SHEPHARD, C. CRAIG et K. MCGANNON (2001). *Compilation of Evidence of Effective Active Living Interventions: A Case Study Approach*, Ottawa, Consortium for Health Promotion Research.

STATISTIQUE CANADA (1998). *Aperçu de l'emploi du temps des Canadiens en 1998*, n° 12F0080XIF au catalogue, www.statcan.ca/francais/freepub/12F0080XIF/12F0080XIF.pdf.

STATISTIQUE CANADA (2001). *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 2000-2026*, CD-ROM, n° 91-520-XPB au catalogue, Ottawa, Statistique Canada, dans Gouvernement du Canada (2002), *Vieillir au Canada*, Ottawa, Santé Canada, <http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines>.

STATISTIQUE CANADA (2001a). *Les grands-parents et les petits-enfants*, Résultats de l'Enquête sociale générale, www.statcan.ca.

STATISTIQUE CANADA (2004). *Indicateurs de la santé : Usage du tabac, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 12 ans et plus, 2003*, Ottawa, Statistique Canada, http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/00604/tables/html/2117_03_f.htm.

STATISTIQUE CANADA (2005). *Décès 2003* (84F0211XWF), www.statcan.ca.

STATISTIQUE CANADA (2005a), *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 2005 à 2031* (91-520-XIF), www.statcan.ca/Daily/Francais/051215/q051215b.htm.

STATISTIQUE CANADA (2005b). Données du cycle 3.1 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

SYSTÈME CANADIEN HOSPITALIER D'INFORMATION ET DE RECHERCHE EN PRÉVENTION DES TRAUMATISMES (SCHIRPT) (2001). « Le réseau canadien d'étude et de recherche en traumatisme, *Le Bulletin du SCHIRPT*, vol. 20.

TAYLOR, L., S. TAYLOR-HENLEY, P. NEWMAN, M. CHEUNG et L. SPEARMAN (2003). *Resiliency and Well-Being: Reflections of Older Adults on Immigration, Final Project Report*, présenté au Prairie Centre of Excellence for Research on Immigration and Integration, cité dans CCNTA (2005).

TJEPKEMA, M. (2005). « Obésité mesurée — Obésité chez les adultes au Canada : Poids et grandeur mesurés », *Nutrition : Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, Ottawa, Statistique Canada, http://www.statcan.ca/francais/Research/82-620-MIF/2005001/pdf/aobesity_f.pdf.

TROTTIER, H., L. MARTEL, C. HOULE, J.-M. BERTHOLET et J. LÉGARÉ (2000). « Vieillir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il? », *Rapports sur la santé*, vol. 11, p. 55-68, Ottawa, Statistique Canada, cité dans Plouffe (2003).

TUCKER, K., N. QIAO, T. SCOTT, I. ROSENBERG et A. SPIRO (2005). « High homocysteine and low B vitamins predict cognitive decline in aging men: the Veterans Affairs Normative Aging Study », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 82, n° 3, p. 627-635.

WANG, L., E.B. LARSON, J.D. BOWEN et G. VAN BELLE (2006). « Performance-Based Physical Function and Future Dementia in Older People », *Archives of Internal Medicine*, vol. 166, p. 1115-1120.

WHITSON, H., M. HEFLIN et M. BURCHETT (2006). « Patterns and Predictors of Smoking Cessation in an Elderly Cohort », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 54, n° 3.

WILKINS, K. (2003). « Soutien social et mortalité chez les personnes âgées », *Rapports sur la santé*, vol. 14, n° 3, p. 23-37.

WILKINS, K. (2006). « Prédicteurs du décès chez les personnes âgées », *Rapports sur la santé, La santé de la population canadienne*, vol. 16, p. 63-74, Ottawa, ministère de l'Industrie.

WILKINS, K. et M. DE GROH (2005). « Masse corporelle et dépendance », *Rapports sur la santé*, vol. 17, n° 1.

ZIMMERMAN, G., C. OLSEN et M. BOSWORTH (2000). « A 'Stages of Change' Approach to Helping Patients Change Behavior » », *American Family Physician*, vol. 61, n° 5, American Academy of Family Physicians.

Annexe A – Possibilités intéressantes

Stratégies intégrées

La **Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains** est un cadre conceptuel d'action soutenue fondé sur une approche favorisant une population en santé. Elle donne une vision d'une nation saine, où tous les Canadiens jouissent de conditions leur permettant d'être en bonne santé. La Stratégie vise à améliorer l'ensemble des résultats liés à la santé et à réduire les inégalités. Comme les tendances actuelles en matière d'alimentation et d'activité physique entraînent des hausses de l'embonpoint et de l'obésité, des mesures décisives doivent être prises par tous les partenaires et les secteurs soucieux d'améliorer la santé de la population canadienne. La Stratégie inclut des objectifs pancanadiens en matière de modes de vie sains qui visent à accroître de 20 % la proportion de Canadiens qui exercent une activité physique, qui ont une bonne alimentation et qui maintiennent un poids santé. Le *Réseau intersectoriel de promotion des modes de vie sains* appuie la vision de la Stratégie en matière de modes de vie sains et agit comme forum pancanadien pour faciliter une participation, une intégration et une orientation intersectorielles à grande échelle quant aux mesures en plus de permettre la mise en œuvre des principes du cadre de la Stratégie. Il conviendrait d'établir des liens avec les activités du Réseau et d'insister sur les trois possibilités d'action de la stratégie axée sur les aînés – en d'autres termes, Politiques et programmes, Recherche et surveillance et Renseignements publics.

La plupart des administrations provinciales et territoriales mènent des initiatives liées aux modes de vie sains ou au vieillissement en santé. Chacune des administrations provinciales, territoriales — ainsi que municipales — devra examiner ses activités actuelles sur le vieillissement en santé pour déterminer si elles concordent avec les orientations stratégiques présentées dans ce rapport. Comme le Canada est un pays d'une grande diversité, les mesures prioritaires vont varier d'une région à l'autre; les questions, les mécanismes, les stratégies et les objectifs fondamentaux peuvent toutefois constituer un fil conducteur commun.

Il existe des possibilités évidentes de collaboration nationale ou bilatérale entre diverses administrations. La Colombie-Britannique en offre un exemple. Selon un document de travail publié récemment par le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, intitulé *Healthy Aging through Healthy Living: Towards a Comprehensive Policy and Planning Framework for Seniors in B.C.*, un volet vieillir en santé s'inscrirait naturellement dans les objectifs d'*ActNowBC*, un programme interministériel de promotion de la santé, fondé sur un partenariat et axé sur les collectivités, qui vise à aider les habitants de la Colombie-Britannique à adopter un

mode de vie sain (ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, 2005). Hôtes des jeux Olympiques d'hiver 2010, *ActNowBC* et *2010 Legacies Now* se sont engagés à donner à la Colombie-Britannique le mode de vie le plus sain qui soit grâce à de nouvelles initiatives destinées à favoriser le sport, la musique, les arts, la culture et le bénévolat. Bien qu'il s'agisse d'initiatives provinciales, une collaboration aux échelons national et international serait possible afin de veiller à ce que les aînés et la santé des aînés aient leur place dans ces nouvelles mesures prometteuses.

Appartenance sociale

- Le programme **Nouveaux Horizons pour les aînés**, mené par Développement social Canada, finance, dans tout le Canada, des projets communautaires visant à inciter les aînés à continuer de jouer un rôle important dans leur collectivité en aidant les personnes dans le besoin, en faisant preuve de leadership et en partageant leur expérience et leurs compétences avec les autres (Développement social Canada, 2004). Il serait bon de permettre aux aînés de contribuer à tous les niveaux de la planification liée à l'engagement social et au vieillissement en santé et de mettre sur pied des mécanismes grâce auxquels tous les aînés canadiens pourraient participer concrètement à l'élaboration des politiques.
- En 2004, la **Gerontological Society of America** a obtenu une subvention sur cinq ans pour encourager des travaux de recherche sur l'engagement civique et social qui serviront à l'élaboration de programmes et de politiques permettant d'accroître les possibilités d'engagement social des aînés aux États-Unis (Gerontological Society of America, 2005). La *White House Conference on Aging*, tenue en décembre 2005, a été l'une des premières grandes activités menées dans le cadre de cette initiative. Un groupe d'intervenants divers ont participé aux travaux préliminaires, notamment des représentants gouvernementaux, des chercheurs, des dirigeants d'entreprises et des représentants communautaires. Les aînés ont pu participer activement à ce forum et ont échangé des opinions et des idées grâce à de nombreux groupes de discussion organisés d'un bout à l'autre des États-Unis (Gerontological Society of America, 2005).
- On pourrait mettre à profit les mécanismes qui existent déjà pour venir en aide aux aînés, tels que le **Partenariat canadien des aînés**, coprésidé par le ministère des Anciens combattants et le Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario, et la **Coalition canadienne des aidantes et aidants naturels** (Keating *et al.*, 2005).

Activité physique

- Le travail actuel des **ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables du sport, des loisirs et de la condition physique** est fort pertinent et important par rapport à la question du vieillissement en santé. Ainsi, en 2003, les ministres se sont engagés à réduire le taux d'inactivité physique de 10 % à l'échelle nationale et dans chaque province et territoire d'ici 2010 (SCIC, 2003). Ils ont également convenu d'accorder la priorité à des groupes à risque précis, y compris les aînés. En 2005, les ministres ont adopté une résolution incitant le gouvernement fédéral à s'engager à signer des ententes bilatérales pluriannuelles sur l'activité physique à compter de l'année 2006 (Agence de santé publique du Canada (ASPC), 2005a). Il sera crucial que ces négociations englobent aussi des plans pour investir dans la participation des aînés à l'activité physique.
- Les *Canada Senior Games*, un programme national visant à favoriser le bien-être spirituel, mental et physique chez les Canadiens de 55 ans et plus, n'est probablement pas une possibilité d'aider les citoyens à vieillir en santé dont on tire pleinement parti. Ces jeux nationaux et provinciaux/territoriaux ne sont pas limités à des manifestations sportives; ils englobent un vaste éventail de défis physiques et mentaux. Les quelque 700 personnes qui prennent part aux jeux nationaux représentent plus de 100 000 aînés au Canada qui participent activement aux événements locaux menant aux compétitions nationales.
- Le Canada s'est taillé une place de chef de file à l'échelle internationale avec l'élaboration du *Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine pour les aînés*. Cette ressource demeure sous-utilisée tant par les professionnels que par les aînés eux-mêmes.
- Hôtes des jeux Olympiques d'hiver 2010, *ActNowBC* et *2010 Legacies Now* se sont engagés à donner à la Colombie-Britannique le mode de vie le plus sain qui soit grâce à de nouvelles initiatives destinées à favoriser le sport, la musique, les arts, la culture et le bénévolat. Bien qu'il s'agisse d'initiatives provinciales, une collaboration aux échelons national et international serait possible afin de veiller à ce que les aînés aient leur place dans ces nouvelles mesures prometteuses.
- Il existe des programmes et des projets d'études de cas novateurs aux **niveaux provincial/territorial et local**, dont certains sont axés spécialement sur les aînés et d'autres, sur la collectivité en général (p. ex., le programme *In Motion* de Saskatoon). Il serait peut-être possible de mettre en œuvre des solutions novatrices axées sur les aînés ou des activités intergénérationnelles dans ces contextes, de les évaluer et d'en partager les résultats.

- Il existe une alliance efficace d'organisations non gouvernementales. Le *Projet de plan d'action sur la vie active des aînés* (Coalition d'une vie active pour les aînés (CVAA), 1999) adopté par la CVAA renferme les éléments de base d'un plan d'action.

Saine alimentation

- *La nutrition pour un virage santé : voies d'action* est le plan d'action que s'est donné le Canada en matière de nutrition. Ce guide peut être utilisé dans l'élaboration des politiques et des mesures visant à favoriser une saine alimentation chez les aînés du Canada.
- Le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* peut être adapté pour tenir compte des besoins particuliers des aînés. Le moment serait bien choisi puisque la nouvelle version du *Guide alimentaire* doit être publiée en 2006.
- Le **Groupe fédéral-provincial-territorial en nutrition (GFPTN)** prend des initiatives pour encourager et accélérer l'adoption de mesures visant à assurer le bien-être nutritionnel de tous les Canadiens. Ce groupe est un groupe clé qui peut aider à mobiliser les différents intervenants afin de favoriser une saine alimentation chez les personnes âgées.

Prévention des chutes

- La Division du vieillissement et des aînés de l'Agence de santé publique du Canada a publié de nombreux documents utiles sur la prévention des chutes chez les aînés, dont le *Rapport sur les chutes des aînés au Canada* (ASPC, 2005b). Il est possible d'utiliser ce rapport pour collaborer avec les provinces et territoires, et les organisations non gouvernementales à l'élaboration d'outils de collecte de données normalisées.
- Bien que les codes du bâtiment relèvent des provinces et territoires, le *Code national du bâtiment*, une responsabilité fédérale, établit bien souvent les normes. Il serait donc bon qu'il comprenne des caractéristiques de sécurité reconnues pour prévenir les blessures.
- Le *Répertoire des initiatives canadiennes de prévention des chutes chez les aînés* (ASPC, 2005c) offre un aperçu des activités de prévention des chutes menées d'un bout à l'autre du pays. Ces activités pourraient servir de point de départ à l'élaboration de stratégies locales de prévention des chutes aux paliers de gouvernement fédéral et provincial/territorial.

- Le **Centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé (OMS) du Québec pour la promotion de la sécurité et la prévention des traumatismes** travaille avec l'Organisation mondiale de la Santé pour mettre en œuvre des activités de promotion sur la sécurité et la prévention des blessures intentionnelles et non intentionnelles, ce qui comprend la prévention des chutes chez les aînés. Les **Centres collaborateurs canadiens pour la prévention des blessures** et le **Réseau canadien d'étude et de recherche en traumatisme** jouent un rôle catalyseur dans la mise sur pied de réseaux de collaboration pour la prévention des blessures, l'élaboration de stratégies sur des questions à étudier d'intérêt commun et la diffusion des résultats des recherches aux intervenants clés (Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT), 2001). La création de bons réseaux nationaux sur la prévention des chutes chez les aînés peut nous aider à repérer les pratiques prometteuses, à reproduire les programmes efficaces et à évaluer les initiatives et les modèles communautaires efficaces au Canada et ailleurs.

Lutte contre le tabagisme

- La *Convention-cadre pour la lutte antitabac* (CCLAT), un traité mondial de santé publique, est entrée en vigueur au début de 2005. Le Canada, un des signataires de cette convention-cadre, continuera de jouer un rôle de premier plan dans sa mise en œuvre afin de protéger les citoyens du monde entier contre les conséquences du tabagisme et de l'exposition à la fumée secondaire pour la santé, la société, l'environnement et l'économie (Santé Canada, 2004). De façon similaire, la **Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme** (SFLT) guide les activités du Canada en matière de lutte contre le tabagisme. Elle comporte quatre volets, soit la prévention, la protection, l'abandon et la réduction des méfaits (Santé Canada, 2002d). Il s'agit là de deux outils qui pourraient facilement être utilisés pour mettre davantage l'accent sur l'abandon du tabac chez les aînés, les avantages de l'abandon au troisième âge et ses répercussions sur la santé et la qualité de vie.
- Le **manuel des meilleures pratiques relatives aux personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues de Santé Canada** (Santé Canada, 2002e) montre que les interventions destinées spécialement aux personnes âgées présentent des avantages. On peut en déduire qu'il existe un besoin d'activités d'information et de sensibilisation du public visant expressément les aînés par opposition à la population adulte en général.

Annexe B – Autres pratiques prometteuses

1. Le Programme d'initiative personnelle contre l'arthrite (PIPA) a été conçu par le centre de recherche et d'enseignement aux patients de la Stanford University. Les personnes qui prennent part à ce programme arrivent à soulager leurs douleurs arthritiques, à diminuer leur recours aux services de santé, à limiter dans certains cas leur degré d'incapacité et à améliorer leur qualité de vie. Les principaux éléments de ce programme sont les renseignements sur l'alimentation et les médicaments, le soutien en groupe, le règlement de problèmes et l'aide pour l'établissement d'un programme d'exercice personnel (Santé Canada, 1997).

Site Web :

<http://www.arthrite.ca/programs%20and%20resources/arth%20self%20man/default.asp?s=1>

2. Le programme *Health Action Theatre by Seniors (HATS)* de la St. Christopher House à Toronto comprend des acteurs, des aînés, qui parlent le portugais et le vietnamien. La troupe a créé 27 courtes pièces non verbales différentes sur des sujets du domaine de la santé, tels que la prestation de soins, la santé cardiovasculaire, l'alimentation, l'abus d'alcool ou d'autres drogues et la communication avec les intervenants de la santé. Ce programme permet de communiquer avec les aînés des communautés d'immigrants desservies par la St. Christopher House (HATS, 2005).

Site Web :

<http://www.stchrishouse.org/older-adults/health-action-theatre>

3. Le projet *Best Practice in Seniors' Mental Health Program and Policy Design*, parrainé par la British Columbia Psychogeriatric Association, vise à influencer positivement sur les connaissances, les pratiques et les politiques en matière de santé mentale en donnant aux collectivités canadiennes la capacité de favoriser une bonne santé mentale chez les aînés grâce à l'adoption de l'outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés en tant que pratique exemplaire. L'outil d'évaluation est composé d'une série de questions visant à faire ressortir les facteurs qui ont un effet sur la santé mentale des aînés (Seniors Psychosocial Interest Group, 2005).

Site Web :

<http://www.seniorsmentalhealth.ca/summary%20of%20best%20practice%20in%20SMH%20program%20and%20policy%20design.pdf>

4. Le Centre de ressources en nutrition (CRN) est une initiative de l'Association pour la santé publique de l'Ontario financée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Son objectif est de renforcer la capacité des intervenants de la santé en Ontario d'offrir des programmes de qualité dans le domaine de l'alimentation dans un contexte de promotion de la santé. Il a à cette fin

rédigé des feuillets d'information sous le thème « Une saine alimentation pour vieillir en santé » dans plusieurs langues (en chinois simplifié et traditionnel, en portugais, en espagnol et en vietnamien) (CRN).

Site Web :

http://action.web.ca/home/nutritio/readingroom_details.shtml?cat_name=Multilingual+Resources

5. Le programme Logements adaptés : aînés autonomes (LAAA) est parrainé par la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL). Il offre une aide financière aux propriétaires-occupants et propriétaires-bailleurs pour leur permettre d'apporter des adaptations légères à un logement afin de prolonger l'autonomie des aînés à faible revenu ou invalides. Selon l'évaluation du programme, 80 % des clients de ce dernier se sentent grâce à lui plus confortables, plus sécuritaires et plus en mesure de vivre en autonomie (SCHL, 2006).

Site Web :

http://www.cmhc-schl.gc.ca/fr/co/prfinas/prfinas_004.cfm

6. La British Columbia Injury Prevention and Research Unit (BCIPRU) est une entité unique en son genre, un partenariat provincial entre le Centre for Community Child Health Research, le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et le British Columbia Children's Hospital. Elle montre bien combien il est important que les chercheurs et les décideurs travaillent ensemble, partagent l'information et coordonnent leurs efforts en matière de recherche et de mesures de prévention pour diminuer les risques de blessures. Les quatre grands piliers du travail de la BCIPRU sont la surveillance, la recherche, la diffusion de l'information et l'éducation. La prévention des chutes chez les aînés est l'un de ses grands domaines d'activités (BCIPRU, 2005).

Site Web :

<http://www.injuryresearch.bc.ca/>

7. L'Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire (ONRIISC) a réalisé une enquête dans les collectivités autochtones canadiennes sur les programmes qui viennent vraiment en aide aux aînés fragiles. Elle a conclu que, pour aider les aînés autochtones fragiles à participer à des activités physiques et sociales et à vieillir en santé, les programmes destinés à ce groupe devaient viser à réduire l'isolement, à favoriser l'estime de soi, à permettre aux aînés de garder leur culture, à encourager l'interaction et à appuyer les aidants naturels (ONRIISC, 2004).

Site Web :

<http://www.niichro.com/2004/index.php?lang=fr>

8. Le programme *Feeling Better* de Guelph et Wellington, en Ontario, vise à aider les aînés fragiles et confinés chez eux à se sentir moins isolés et à augmenter leur activité physique grâce à des services de bénévoles qui vont à domicile pour les aider à faire de l'exercice. Si la personne le souhaite, le bénévole peut également lui faire connaître les services et les programmes communautaires (Pyra, 2003).

Source :

Pyra K. (2003). *Promoting Healthy Aging and Seniors' Wellness: An Environmental Scan*. Prepared for the F/P/T Committee of Officials (Seniors).

9. Le *Evergreen Wilderness Tour* est une excursion en canot réservée aux personnes de 55 ans et plus. Accompagnés de deux guides, les participants parcourent quelques-uns des magnifiques lacs de l'Ontario et font du portage. Il peut s'agir de personnes qui ont l'habitude du camping ou n'en ont jamais fait. On s'efforce de ne pas refuser de participants en raison de leur âge et de ce qu'on suppose qu'ils peuvent ou ne peuvent faire à cause de leur âge (Pyra, 2003).

Source :

Pyra K. (2003). *Promoting Healthy Aging and Seniors' Wellness: An Environmental Scan*. Prepared for the F/P/T Committee of Officials (Seniors).

10. L'initiative *Aînés en marche / Go Ahead Seniors Inc.* est menée dans le cadre du programme Vie saine et active pour citoyens aînés. Il s'agit d'un programme bilingue novateur qui vise à aider les aînés du Nouveau-Brunswick à prendre des décisions plus éclairées au sujet de leur santé et de leur bien-être grâce à des activités axées sur l'éducation en matière de santé, l'enrichissement personnel et la prévention. Ces activités, qui permettent aux aînés de se renseigner et de discuter de points qui les préoccupent, s'articulent autour de cinq grands thèmes : l'utilisation judicieuse des médicaments, la diminution du stress, l'activité physique, une saine alimentation et des choix sains. La prévention des chutes vient d'être ajoutée à cette liste. Toutes les séances sont gratuites (Pyra, 2003).

Site Web :

<http://www.ainesnbseniors.com/fr/index.html>

11. Le taï chi, une gymnastique chinoise, est utilisé pour réduire le risque de chute et accroître la capacité fonctionnelle et le sentiment de bien-être chez les aînés. Un groupe de 200 aînés, de 70 ans et plus, se sont entraînés au taï chi deux fois par semaine pendant 15 semaines dans le cadre d'une étude randomisée contrôlée. Le taux de chutes de ces personnes a été réduit de 47,5 % comparativement à un groupe témoin participant seulement à des discussions. Les chercheurs soulignent que plus

de la moitié des participants ont décidé de continuer à faire du tai chi après l'étude (Scott, Peck et Kendall, 2004).

Source :

Scott V, Peck S, Kendall P. (2004). *Prevention of falls and injuries among the elderly: A special report from the Office of the Provincial Health Officer*. Victoria: BC Ministry of Health Planning.