

# Promotion de l'intégration et de la qualité de vie des aînés canadiens : un point de vue infirmier sur le vieillissement en santé

Mémoire présenté au  
COMITÉ PERMANENT DES RESSOURCES HUMAINES, DU DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES, DU  
DÉVELOPPEMENT SOCIAL ET DE LA CONDITION DES PERSONNES HANDICAPÉES (HUMA)

Le 20 octobre 2017

par des infirmières et infirmiers inscrits au programme de maîtrise en sciences infirmières de  
l'Université Trinity Western (Cours NURS 550 sur les politiques publiques en matière de santé)

Professeure : D<sup>re</sup> Sheryl Reimer-Kirkham, Langley (C.-B.)

Ashley da Costa, B. Sc. Inf., Kelowna (C.-B.)

Melissa De Boer, B. Sc. Inf., Lethbridge (Alberta)

Andrea Dresselhuus, B. Sc. Inf., New Westminster (C.-B.)

Barbara Hall, B. Sc. Inf., Vancouver (C.-B.)

Paula Optland, B. Sc. Inf., Calgary (Alberta)

Melody Pan, inf. aut., B. Sc. Inf., Richmond (C.-B.)

Gwendolyn Williams, inf. aut., B. Sc. Inf., Brampton (Ontario)

PRIORITÉS	RECOMMANDATIONS
<b>Bien vieillir chez soi</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Soutenir le vieillissement chez soi au moyen d'un programme national de soins à domicile.</li><li>2. Soutenir le vieillissement chez soi au moyen d'un soutien accru aux aidants.</li><li>3. Promouvoir les soins communautaires par les infirmières et les équipes de santé multidisciplinaires.</li></ol>
<b>Collectivités-amies des aînés</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>4. Assurer des logements sûrs et abordables pour les aînés canadiens.</li><li>5. Veiller à ce que les personnes âgées aient accès à un moyen de transport abordable.</li><li>6. Éliminer les obstacles à la communication grâce à l'utilisation créative des technologies de l'information.</li></ol>
<b>Bien mourir</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>7. Lier une stratégie pancanadienne de soins palliatifs à une stratégie nationale pour les aînés.</li></ol>

Des différences considérables existent entre les aînés canadiens en ce qui concerne leur qualité de vie, en raison de facteurs tels que l'isolement social, le logement inadéquat et le soutien inadéquat aux soins à domicile. Les déterminants sociaux de la santé (DSS) sont les conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent, vieillissent et meurent<sup>1</sup>, tels que le logement, l'éducation, le revenu et le statut social. L'intégration sociale et les DSS sont la clé du vieillissement en santé; ne pas aborder adéquatement ces influences peut entraîner des conséquences négatives sur la santé, comme le développement et l'aggravation des maladies chroniques<sup>2, 3, 4</sup>. Par exemple, les

personnes âgées vivant dans la pauvreté sont plus susceptibles d'être exposées à un logement inadéquat et à une mauvaise alimentation, ce qui peut entraîner des maladies telles que le diabète ou la dépression. Quand **bien vieillir chez soi** est considéré comme un objectif global, des contre-mesures pour aborder les DSS peuvent réduire les inégalités en matière de santé et les dépenses excessives. En tant qu'infirmières, nous savons qu'une approche fondée sur les initiatives en amont qui s'attaque aux déterminants sociaux de la santé améliore non seulement les résultats en matière de santé, mais est aussi beaucoup plus rentable que de payer « en aval » pour les conséquences.

### **Qu'est-ce que la voix des infirmières ajoute au vieillissement en santé?**

Les infirmières sont les yeux et les oreilles des soins de santé, pratiquent dans divers milieux et interagissent avec un vaste ensemble de personnes âgées, observant ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas. Ce travail de première ligne permet aux infirmières de prendre le pouls des systèmes de santé et des systèmes sociaux du Canada et d'observer de première main les défis que vivent les aînés vulnérables. Les infirmières sont régulièrement témoins des conséquences négatives de l'isolement social et des DSS dans l'ensemble des milieux de soins. Au Canada, nous comptons près de 300 000 infirmières autorisées ayant des résultats positifs pour les patients, les fournisseurs et les organisations<sup>5</sup>. Nous contribuons aux politiques, programmes et partenariats visant à favoriser l'intégration sociale et la qualité de vie des aînés au Canada<sup>6</sup>.

### **Pourquoi l'intégration sociale a-t-elle de l'importance?**

L'intégration sociale des aînés est un indicateur important du vieillissement en santé, mais les recherches démontrent qu'environ 30 % des aînés canadiens risquent de devenir socialement isolés<sup>7</sup>. Les facteurs de risque d'isolement social sont les suivants : avoir 80 ans ou plus; les maladies chroniques, la vie en milieu rural, les origines autochtones, le manque de moyens de transport, le manque de mobilité, le fait de vivre seul, le contact limité avec les enfants et la famille; le revenu réduit; et les transitions de vie critiques<sup>8</sup>. McLaughlin et coll.<sup>9</sup> signale que les hommes âgés, en particulier, entretiennent des réseaux moins étendus que les femmes âgées, ce qui les rend plus vulnérables à l'isolement social en vieillissant.

Les conséquences de l'isolement social comprennent l'augmentation des problèmes de santé et le déclin fonctionnel, l'augmentation des admissions dans les hôpitaux et même l'augmentation des taux de mortalité<sup>10</sup>. La solitude et le manque de réseaux sociaux contribuent à l'augmentation de la dépression chez les personnes âgées<sup>11</sup>. Anticiper ces facteurs de risque et y répondre permettra non seulement de réduire la prévalence de l'isolement social, mais aussi de réduire considérablement les coûts des soins de santé.

## Récit personnel comparant la situation en Écosse et au Canada – Barbara Hall, inf. aut.

*J'ai raté ce premier signe révélateur de la démence. En 2007, lors d'une visite au Canada de son Écosse natale, ma mère, Mary, une femme de 77 ans autonome et active, n'était pas capable de retenir mes explications sur la manière de prendre l'autobus local. Cet événement étrange annonçait une trajectoire que je n'aurais pas pu prévoir. Au cours des deux années suivantes, cette trajectoire s'est déroulée de manière insidieuse. Les conversations téléphoniques régulières sont devenues plus courtes et plus répétitives, et j'ai commencé à compter sur mes sœurs pour me tenir au courant de ce qui se passait dans mon pays d'origine. Les tests ont bientôt confirmé que l'Alzheimer enlevait à ma mère sa mémoire et sa capacité à prendre soin d'elle-même. J'étais déchirée. Je voulais désespérément rentrer à la maison en Écosse pour aider à prendre soin de ma mère, mais j'avais un mari et un fils, un travail et des responsabilités que je ne pouvais pas abandonner. Les choses se sont compliquées lorsque mon beau-père, John, a reçu un diagnostic de démence ici au Canada.*

*John vivait de façon autonome avec une légère démence vasculaire depuis un certain temps avant que son existence tranquille ne s'arrête brutalement. Passé maître dans l'art de dissimuler ses problèmes de mémoire, il transportait un carnet dans la poche supérieure de sa chemise... « son cerveau », plaisantait-il. John vivait seul dans un petit appartement, mais il prenait plaisir à venir chez nous tous les mois pour un dîner en famille après quoi il restait à coucher. En 2009, John est arrivé chez nous pour le souper de l'Action de grâce et il devait passer la nuit chez nous. Robuste pour ses 86 ans, il a subi une légère crise cardiaque, et il n'est malheureusement jamais rentré chez lui.*

*C'est à ce moment-là que, je suis désolée de le dire, **les expériences de notre famille avec les systèmes de santé du Canada et de l'Écosse ont divergé.** Alors que ma mère en Écosse a bénéficié de soins complets et englobants qui lui ont permis de rester en sécurité chez elle, pendant de nombreuses années, John, ici au Canada, a été admis dans un hôpital local pour passer les quatre dernières années de sa vie dans une maison de soins infirmiers. Alors que le système de santé de l'Écosse anticipait l'évolution des besoins de ma mère, le système canadien ne pouvait pas le faire. Les soins en établissement nous ont été présentés comme la seule option, et le simple désir de John de rester dans sa propre maison était considéré comme une impossibilité.*

*Pour ma mère en Écosse, les transitions avec sa démence ont été plus douces pour elle et pour notre famille, en raison du soutien phénoménal des fournisseurs de soins appropriés en cours de route. Pourtant, comme c'est souvent le cas, la maladie d'Alzheimer n'existe pas de façon isolée, et on a diagnostiqué chez ma mère un cancer de l'endomètre. Son séjour à l'hôpital comprenait un congé soigneusement planifié à la maison et six semaines de soins à domicile jusqu'à trois fois par jour financés par l'État. Ces ressources de soutien à domicile ont évalué ses besoins en matière de soins et de sécurité pour qu'elle puisse rester chez elle. À mesure que la démence et le cancer de ma mère progressaient, ses soins devenaient de plus en plus complexes. Nous nous inquiétions du risque d'errance. Bien que sa résidence soit sécurisée et que le gardien soit en service pendant la journée, la nuit nous inquiétait. Comment pouvons-nous être sûrs qu'elle ne quitterait pas le bâtiment pour se perdre? Je n'avais pas à m'inquiéter parce que la technologie fournissait une solution à ce problème. Son appartement était équipé de détecteurs électroniques dans chaque pièce – chaque mouvement était capté et enregistré sur un site Web. Si la porte d'entrée était ouverte la nuit et qu'aucun mouvement n'était détecté pendant une période donnée, une équipe serait déployée pour vérifier qu'elle allait bien. Je pouvais me connecter au site Web du Canada et vérifier si elle avait eu une bonne nuit de sommeil. Je ne peux pas insister sur le niveau de réconfort que cela m'a procuré, à moi et à ma famille, alors que nous faisons face à l'évolution du cancer qui s'ajoutait à la maladie d'Alzheimer. Plus important encore, cela nous a permis de respecter son désir de rester chez elle le plus longtemps possible.*

*C'était une expérience dévastatrice que de dire lentement au revoir à deux parents et, pour notre fils, déconcertant d'interagir avec deux personnes qui avaient joué un rôle si important dans sa vie, mais qui ne le reconnaissaient plus. Cependant, c'est le contraste entre les deux systèmes de santé que nous avons eu du mal à concilier. Le système de santé écossais anticipait l'évolution des besoins de ma mère et y répondait, lui offrant de la dignité et lui permettant de rester chez elle pendant longtemps. En revanche, le système de santé du Canada semblait incapable d'offrir le soutien nécessaire à domicile et aux proches aidants dont mon beau-père avait besoin.*

## **Quelles leçons pouvons-nous apprendre des parents de Barb?**

Les expériences de la mère de Barbara en Écosse et de son beau-père au Canada sont radicalement différentes, même si les deux trajectoires de vieillissement comportaient de la démence. Une différence essentielle résidait dans l'organisation des services de soutien à domicile, y compris l'entretien ménager, avec un impact direct sur la qualité de vie. Spécifiquement, pour John, l'abandon de sa maison et de la communauté environnante a entraîné de l'isolement social. Sans soins communautaires complets, vieillir à domicile n'était pas possible.

**Bien vieillir chez soi** comprend *l'accès universel à un programme national de soins à domicile*. Les **collectivités-amies des aînés** sont liées au vieillissement actif, un élément clé du vieillissement en bonne santé. Comme nous le lisons dans l'histoire de Barb, la valeur de la communication et de la technologie de l'information ne doit pas être négligée en ce qui concerne les aînés et le vieillissement. Enfin, les aînés méritent rien de moins que de **bien mourir**, avec *une approche palliative holistique des soins de fin de vie*. Nos recommandations portent sur ces trois composantes : bien vieillir chez soi, les communautés-amies des aînés et bien mourir.

## 1.0 Bien vieillir chez soi

### 1.1 Introduction

Les infirmières et les infirmiers sont des partisans enthousiastes d'un vieillissement positif qui fait en sorte que les aînés adoptent une attitude positive, se tiennent en forme et en bonne santé et sont engagés sur le plan social en vieillissant. Les aînés apportent une contribution importante à la richesse de la vie et de l'économie canadiennes. Le personnel infirmier est d'avis que le soutien au vieillissement positif est une responsabilité sociale<sup>6</sup>. La plupart des aînés préfèrent vivre à la maison – autonomes, actifs et indépendants, entourés de leur famille et de leurs amis – le plus longtemps possible. Vieillir chez soi est défini comme demeurer « dans la communauté, soit dans leur maison familiale, soit dans un foyer où ils ont déménagé à un âge moyen ou avancé, soit dans un logement comportant du soutien plutôt que dans un établissement de soins<sup>12, p. 2</sup> ». Le fait de vieillir chez soi permet à l'aîné de rester en contact avec sa communauté par l'entremise de membres de sa famille, d'amis, de voisins, de congrégations religieuses ou d'organismes de services<sup>13</sup>.

### 1.2 Soins en milieu communautaire

Selon le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique<sup>14, p. 18</sup>, le déclin progressif de la santé avec le vieillissement n'est pas « inévitable », mais plutôt « ponctué par des événements médicaux à mesure que la personne avance en âge ». La réalité surprenante est que chacun de ces événements épisodiques comporte des risques d'hospitalisation<sup>1</sup>. Pour les personnes âgées, cela peut entraîner une détérioration rapide de l'état fonctionnel et/ou de la confusion, survenant dès le deuxième jour d'hospitalisation.

En tant qu'infirmières et infirmiers, nous sommes des témoins privilégiés de la souffrance, de l'isolement et de la détérioration associés à l'hospitalisation. Nous appuyons fortement les soins communautaires élargis avec des équipes multidisciplinaires intégrées pour prévenir les hospitalisations. Les soins communautaires ramènent les personnes âgées à leur domicile en temps opportun après l'hospitalisation, ce qui permet un congé plus précoce et la continuité des soins entre l'hôpital et la maison. En abordant les DSS grâce à l'investissement dans les services de soins à domicile, nous pouvons atténuer les « soins hospitaliers coûteux et les besoins intensifiés en matière de soins à domicile<sup>15, p. 50</sup> ». Nous appuyons l'affirmation de l'Association médicale canadienne<sup>16</sup> selon laquelle une stratégie pour les aînés devrait inclure des normes nationales en matière de soins communautaires.

---

<sup>i</sup> Nous approuvons des hospitalisations à court terme appropriées et judicieuses pour traiter les symptômes aigus/soudains d'une maladie chronique évolutive. On estime que 15 % des lits d'hôpitaux canadiens sont remplis de patients (85 % d'aînés) qui sont prêts à recevoir leur congé, mais pour qui il n'y a pas d'endroit approprié où aller. Ce modèle d'utilisation des lits se traduit par des urgences engorgées et des temps d'attente pour des chirurgies, et coûte cher au contribuable<sup>18</sup>.

## **RECOMMANDATION 1 – Soutenir le vieillissement à domicile grâce à un programme complet et étendu de soins à domicile.**

- ❑ Une approche pancanadienne en matière de soins à domicile universellement accessibles et financés par les fonds publics soutiendra le vieillissement à domicile.
- ❑ L'élargissement de l'assurance-maladie de manière à inclure les soins à domicile exige du leadership et du financement au niveau gouvernemental fédéral.
- ❑ L'inclusion des soins à domicile dans l'assurance-maladie communique un message clé au sujet de la transition longuement attendue d'un modèle hospitalier axé sur la maladie à un modèle communautaire axé sur le bien-être.

### **1.3 Le soutien aux proches aidants**

Le succès des soins communautaires dépend fortement du soutien des proches aidants (famille et amis non rémunérés). On estime que les proches aidants fournissent de 75 à 80 % des soins dont les personnes âgées ont besoin à domicile, ce qui représente environ 3,5 milliards de dollars en aide non rémunérée<sup>17</sup>. Isabel Mackenzie, défenseure des services aux personnes âgées de la C.-B., note une augmentation de la détresse chez les proches aidants (définie comme un sentiment de détresse, de colère ou de dépression) puisque les soutiens offerts aux aidants non rémunérés ne suivent plus le rythme du vieillissement de la population<sup>17</sup>. Nous sommes tout à fait d'accord avec les conclusions de l'AMC<sup>18</sup>, p. 13 : « [L]es politiques sociales n'appuient pas suffisamment les aidants non rémunérés. En effet, ceux-ci ont une flexibilité d'horaire limitée, et les crédits d'impôt ne suffisent pas à couvrir leurs dépenses; les aidants souffrent même parfois d'épuisement en raison d'un manque de ressources et de soutien. »

Le budget fédéral de 2017 a étendu les prestations de compassion de l'assurance-emploi et le financement des soins à domicile, ce qui allégera sans aucun doute une partie du fardeau des proches aidants. Cependant, ceux qui ne paient pas d'impôt (les citoyens les plus pauvres du Canada) ne bénéficieront pas du crédit d'impôt pour proches aidants autant qu'ils le feraient d'un remboursement d'impôt. De plus, une compensation directe par le biais d'une allocation de soins proportionnelle aux moyens, versée directement aux soignants prodiguant des soins étendus offrirait un répit à ces derniers et permettrait aux personnes âgées de rester chez elles plutôt que dans un hôpital ou un établissement de soins de longue durée<sup>19</sup>.

## **RECOMMANDATION 2 – Soutenir le vieillissement chez soi au moyen d'un soutien accru aux aidants.**

- ❑ Les prestations de compassion de l'assurance-emploi devraient être modifiées pour faire de ces prestations un remboursement d'impôt plutôt qu'un crédit d'impôt pour aidants naturels. Une compensation directe additionnelle en tant qu'allocation de prestation de soins versée directement aux soignants prodiguant des soins complets apporterait un soulagement aux soignants et permettrait aux aînés de rester chez eux.

## 1.4 Maximiser la participation des infirmières et des équipes multidisciplinaires.

Un système de soins intégrés permet à la plupart des personnes âgées de demeurer chez elles, même celles qui présentent de graves incapacités<sup>13</sup>. Les soins primaires, les soins à domicile, les soins palliatifs, les soutiens communautaires et les soins spécialisés doivent être regroupés dans les milieux communautaires et hospitaliers sous la forme d'une équipe intégrée prodiguant des soins aux aînés à la maison. Lorsque l'hospitalisation est inévitable, une collaboration similaire doit avoir lieu afin d'offrir des transitions sans heurt aux aînés afin qu'ils puissent rentrer rapidement chez eux.

À la suite de récentes recherches sur des interventions menées dans deux centres de la Colombie-Britannique, nous voyons que les infirmières peuvent apporter une contribution aux équipes multidisciplinaires afin de bien soutenir le vieillissement à la maison :

- ❑ **Initiative du réseau intégré de soins de Langley.** L'une des innovations de l'initiative est l'équipe d'intervention en gériatrie qui fournit des soins en équipe aux aînés qui bénéficieraient le plus des services englobants, prodiguant des soins longitudinaux dispensés par un médecin, un gériatre, une infirmière praticienne, une infirmière autorisée, une infirmière auxiliaire autorisée, un ergothérapeute, un physiothérapeute, un pharmacien, un travailleur social et un professionnel de la santé spirituelle. Les services comprennent des évaluations gériatriques complètes et le dépistage précoce et la prise en charge des personnes âgées et fragiles.

**Bravo à l'équipe d'intervention gériatrique (EIG) de Langley et à Naomi Agbebaku, inf. aut.**  
*Naomi Agbebaku, infirmière de l'EIG et étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université Trinity Western, a récemment fait l'objet des félicitations de Fraser Health pour sa visite à domicile d'un patient âgé souffrant de symptômes gastro-intestinaux et de confusion. Elle a déterminé que le patient présentait des symptômes de surmédication et, avec le médecin de famille et le pharmacien, les symptômes de l'aîné ont été résolus sans hospitalisation.*

- ❑ **Initiative de l'infirmière Debbie.** Dans la région de Tri-Cities de Vancouver, un modèle multidisciplinaire de soins intégrés avec des infirmières (rattaché aux cabinets de médecins généralistes) offre des visites aux personnes âgées ayant des besoins médicaux complexes à domicile. Les objectifs de l'Initiative comprennent l'amélioration de l'accès aux soins primaires pour cette population vulnérable et leur permettent de vivre à la maison plus longtemps. Au cours d'une période de 12 mois, on a estimé que le salaire d'une infirmière autorisée avait évité 37,1 jours d'hospitalisation et 1,1 visite aux urgences par patient. L'étude complète a permis d'éviter 260 visites à l'urgence et plus de 8 000 jours-lits en un an<sup>20</sup>. Les importantes économies réalisées grâce à l'initiative de l'infirmière Debbie sont attribuées aux besoins complexes des grands utilisateurs du système de santé.

Ces deux études démontrent l'immense valeur de l'exercice par les professionnels de la santé de leur plein champ de pratique ainsi que leur intégration dans des équipes multidisciplinaires. L'élargissement des équipes de santé intégrées multidisciplinaire appuiera le vieillissement à domicile, en santé.

### **RECOMMANDATION 3 – Promouvoir des soins en milieu communautaire qui maximisent les contributions du personnel infirmier et d’équipes de professionnels de la santé intégrées et multidisciplinaires.**

- ❑ Les professionnels de la santé doivent être encouragés à exercer leur plein champ de pratique dans des équipes de santé intégrées. Le personnel infirmier, en particulier, apporte d’énormes contributions à ces équipes de santé intégrées et forme souvent le point de service au domicile des aînés.
- ❑ Une stratégie nationale pour les aînés devrait permettre aux aînés d’avoir accès à des fournisseurs de soins de santé compétents et ayant reçu une formation spécialisée en soins primaires, en soins à domicile, en soins palliatifs, en soutien communautaire et sur la transition sans heurts entre les soins actifs et les soins de convalescence.
- ❑ Une collaboration systématique et une reddition de comptes partagée entre plusieurs ministères seront nécessaires pour éduquer les fournisseurs de soins multidisciplinaires.

## **2.0 Collectivités-amies des aînés**

### **2.1 Introduction**

De plus en plus, les villes et les communautés du monde s’engagent à adapter leurs structures et leurs services aux besoins de leurs populations vieillissantes<sup>1</sup>. L’intégration de collectivités-amies des aînés dans une stratégie nationale pour les aînés permettra aux aînés du Canada de vivre en toute sécurité, de jouir d’une bonne santé et de demeurer actifs le plus longtemps possible. La création de collectivités-amies des aînés est une approche en amont pour relever les défis liés au vieillissement. Selon l’Organisation mondiale de la Santé (OMS)<sup>21</sup>, *vieillir en restant actif* est le processus consistant à optimiser les possibilités de bonne santé, de participation et de sécurité afin d’accroître la qualité de la vie pendant la vieillesse. Un plan national pour les aînés qui encourage le vieillissement actif devrait inclure la promotion et le développement de communautés accessibles et inclusives.

L’accès à des logements abordables, aux soins de santé et à la communication technologique favorise l’autonomie des aînés et est essentiel à l’épanouissement des collectivités-amies des aînés. Répondre aux besoins complexes et changeants de notre population vieillissante exigera une coordination et des efforts concertés entre les municipalités, les provinces et les territoires, le gouvernement fédéral jouant un rôle de leadership clé<sup>22</sup>.

### **2.2 Le logement abordable**

Le logement et le quartier jouent un rôle essentiel pour accélérer ou réduire le déclin fonctionnel dû au vieillissement ou aux maladies chroniques. La conception d’immeubles et d’espaces extérieurs dans cette optique permettra à l’aîné de mieux s’adapter à ces changements et de conserver son autonomie.

Le manque d'accès à des logements abordables augmente la probabilité de problèmes de santé physique et mentale pour les Canadiens âgés, et pourtant, nous avons constaté une diminution constante de l'aide disponible pour les ménages à faible revenu et la fourniture de logements abordables<sup>22</sup>. Bien vieillir à domicile passe par un logement sûr et abordable.

#### **RECOMMANDATION 4 – Assurer des logements sûrs et abordables pour les aînés canadiens.**

- ❑ La création de normes et d'environnements communautaires adaptés aux aînés soutiendra la population vieillissante du Canada et empêchera l'apparition ou l'aggravation d'incapacités.
- ❑ Éduquer les aînés en matière de prévention des chutes favorise leur autonomie continue.
- ❑ Les subventions à la rénovation domiciliaire, le report de l'impôt foncier et les réparations domiciliaires aident les personnes âgées à demeurer chez elles en toute sécurité. Pour faciliter cela, tous les ordres de gouvernement doivent collaborer avec les organismes sans but lucratif locaux.

### **2.3 Transport accessible**

Les aînés doivent pouvoir voyager en toute sécurité et à un prix abordable partout où ils le veulent dans leur communauté<sup>23</sup>. Les trois quarts des Canadiens de 65 ans et plus sont titulaires d'un permis de conduire<sup>24</sup>. Les aînés sans permis de conduire ou sans accès à un transport en commun adéquat courent un risque accru d'isolement social; il existe un lien évident entre la participation sociale et l'accès au transport, qui peuvent tous deux avoir une incidence sur les résultats globaux en matière de santé<sup>23</sup>. La mobilité restreinte des transports est une préoccupation croissante en ce qui a trait à la qualité de vie des aînés<sup>25</sup>, inhibe le vieillissement actif et accroît la probabilité d'isolement social.

#### **RECOMMANDATION 5 – Veiller à ce que les personnes âgées aient accès à un moyen de transport abordable.**

- ❑ Des options de transport à faible coût, comme des bassins de conducteurs bénévoles, aident les aînés à se rendre à des activités récréatives et à des rendez-vous, ce qui leur permet de conserver leur autonomie et leur mobilité.
- ❑ Des sièges de transport en commun prioritaires, des tarifs de transport en commun réduits ou des taxis avec du personnel dûment formé aident à répondre aux besoins en matière de transport accessible des personnes âgées.
- ❑ L'accessibilité de l'information concernant les horaires et la réservation des transports en commun doit être améliorée par une technologie de l'information conviviale pour éviter que les personnes âgées n'attendent dehors par mauvais temps.

### **2.4 Technologie de l'information et communication**

L'un des plus grands obstacles auxquels font face les aînés est l'accès aux ressources existantes pour maintenir ou améliorer leur qualité de vie. L'Internet représente un moyen précieux d'accéder à du contenu et à des services qui améliorent la participation sociale des aînés. Même s'ils forment le plus petit groupe de consommateurs sur Internet, les aînés constituent le groupe d'utilisateurs dont la

croissance est la plus rapide<sup>26</sup>. L'utilisation de la technologie de l'information (TI) offre un énorme potentiel pour surmonter les obstacles à l'accès auxquels les personnes âgées sont confrontées. Surmonter ces obstacles mettra en contact les aînés canadiens avec de l'information sur le logement abordable, le transport, la santé, les finances et la justice.

### **RECOMMANDATION 6 – Éliminer les obstacles à la communication grâce à l'utilisation créative des technologies de l'information.**

- ❑ Des applications et une formation en informatique conviviales permettent aux aînés d'accéder plus facilement à de l'information à jour, comme des répertoires de services bénévoles, des inventaires de logements abordables et des renseignements sur le transport en commun.
- ❑ La formation à Internet pour les aînés améliore la familiarité et la facilité d'utilisation de la technologie de tous les jours et protège les personnes âgées vulnérables contre les escroqueries sur Internet, les pirates informatiques et les activités frauduleuses.
- ❑ L'offre d'ordinateurs subventionnés pour les aînés dans les bibliothèques peut réduire les obstacles à la communication.
- ❑ Les services de soutien en ligne ou par téléphone peuvent augmenter les services de soutien comme les services de santé mentale.

## **3.0 Bien mourir : soins de fin de vie**

### **3.1 Une stratégie pancanadienne de soins palliatifs**

Le sujet de la fin de vie préoccupe les aînés canadiens qui, même s'ils vivent plus longtemps, ne sont pas à l'abri des effets naturels du vieillissement. Ceci, combiné à une prévalence croissante des maladies chroniques, nécessite l'accès à des services de soins palliatifs de haute qualité pour faciliter le « bien mourir ». Les aînés canadiens qui vieillissent en étant malades et qui sont de plus en plus fragilisés vivent dans un état de vie et de mort concurrente, et cette mort doit être reconnue comme faisant partie de la vie. L'âge moyen du décès au Canada est de 74 ans, et le nombre de Canadiens qui meurent chaque année devrait passer à 65 % d'ici 2036<sup>27</sup>.

La manière dont un pays prend soin de ses personnes les plus vulnérables reflète ses valeurs et priorités nationales<sup>27</sup>. La majorité des Canadiens préféreraient mourir à la maison; à l'heure actuelle, cependant, près de trois quarts d'entre eux meurent dans des hôpitaux, des établissements conçus pour le traitement et le rétablissement<sup>27</sup>. À l'heure actuelle, les soins de fin de vie consomment une quantité disproportionnée de ressources de soins de santé, impliquant des procédures qui ne prolongent pas la vie ou ne profitent pas à la personne, mais augmentent plutôt ses souffrances<sup>8</sup>. On estime que 90 % des Canadiens auront besoin de soins et de soutien en fin de vie, mais qu'entre 16 et 30 % d'entre eux ont accès à des services de soins palliatifs de haute qualité<sup>27</sup>. Les aînés qui n'ont pas accès à de tels soins restent alors vulnérables et risquent plus d'avoir l'impression d'être un poids pour leur famille ou pour le système de soins de santé.

## RECOMMANDATION 7 – Relier une initiative pancanadienne en matière de soins palliatifs à la Stratégie nationale pour les aînés

- ❑ Établir un lien entre une stratégie nationale pour les aînés et une stratégie pancanadienne de soins palliatifs assurera le leadership nécessaire pour s’assurer qu’un modèle de soins partagés complet est coordonné et administré efficacement dans l’ensemble des secteurs gouvernementaux (p. ex. santé, santé publique, ressources humaines, affaires autochtones, développement international, transport).
- ❑ Une stratégie pancanadienne de soins palliatifs favorise l’intégration entre les écoles primaires, secondaires et tertiaires, et fournit des normes et des outils communs pour établir les attentes.

### Références

<sup>1</sup> Organisation mondiale de la Santé. *Towards an Age-friendly World*, 2017, <http://www.who.int/ageing/age-friendly-world/en/>.

<sup>2</sup> deJong Gierveld, J. T. G. van Tilburg, et P. A. Dykstra. « Loneliness and Social Isolation », dans Anita Vangelisti et Daniel Perlman (éditeurs), *The Cambridge Handbook of Personal Relationships*, second edition, Cambridge University Press (à paraître), 2016, p. 1 à 30.

<sup>3</sup> Grundy, E. « Ageing and vulnerable elderly people: European perspectives », *Ageing & Society*, vol. 26, n° 1, 2006, p. 105 à 134.

<sup>4</sup> Iliffe, S., K. Kharicha, D. Harari, C. Swift, G. Gillmann, et A. E. Stuck. « Health risk appraisal in older people 2: the implications for clinicians and commissioners of social isolation risk in older people », *British Journal of General Practice*, vol. 57, n° 537, 2007, p. 277 à 282.

<sup>5</sup> Association des infirmières et infirmiers du Canada. *Statistiques infirmières*, 2017, <https://cna-aiic.ca/fr/les-enjeux/meilleure-valeur/ressources-humaines-de-la-sante/statistiques-infirmieres>.

<sup>6</sup> College and Association of Registered Nurses of Alberta (CARNA). *Seniors and Healthy Aging: A position Statement*, 2011, [http://nurses.ab.ca/content/dam/carna/pdfs/DocumentList/PositionStatements/SeniorsHealthyAging\\_Jan2011.pdf](http://nurses.ab.ca/content/dam/carna/pdfs/DocumentList/PositionStatements/SeniorsHealthyAging_Jan2011.pdf).

<sup>7</sup> MacCourt, P. *Isolement social des aînés – Volume 1 : Comprendre l’enjeu et trouver solutions*, 5 septembre 2017, <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/ministere/partenaires/forum-aines/trousse-isolation-sociale-vol1.html>.

<sup>8</sup> Gouvernement du Canada. *Conseil national des aînés – Rapport sur l’isolement social des aînés 2013-2014*, 2014, <https://www.canada.ca/fr/conseil-national-aines/programmes/publications-rapports/2014/isolement-social-aines.html>.

<sup>9</sup> McLaughlin, D., D. Vagenas, N. A. Pachana, N. Begum, et A. Dobson. « Gender differences in social network size and satisfaction in adults in their 70s », *Journal of Health Psychology*, vol. 15, n° 5, 2010, p. 671 à 679.

<sup>10</sup> Cacioppo, J. T., L. C. Hawkley, L. E. Crawford, J. M. Ernst, M. H. Burleson, R. B. Kowalewski, et G. G. Berntson. « Loneliness and health: Potential mechanisms », *Psychosomatic Medicine*, vol. 64, n° 3, 2002, p. 407 à 417.

- <sup>11</sup> Golden, J., R. M. Conroy, I. Bruce, A. Denihan, E. Greene, M. Kirby, et B. A. Lawlor. « Loneliness, social support networks, mood and wellbeing in community-dwelling elderly », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 24, n° 7, 2009, p. 694 à 700.
- <sup>12</sup> Krul, N. E. *Intergenerational living in a participation society: The influence of the Dutch context*, Delft University of Technology, 2015 [TRADUCTION].
- <sup>13</sup> Iecovich, E. « Aging in place: From theory to practice », *Anthropological Notebooks*, vol. 20, n° 1, 2014, p. 21 à 33.
- <sup>14</sup> Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. *Best Practices in Home Care for Seniors – Synthesis Report from the 2014 International Forum*, 2014, [http://www.msfr.org/sites/default/files/Seniors\\_Home\\_Care\\_Best\\_Practices.pdf](http://www.msfr.org/sites/default/files/Seniors_Home_Care_Best_Practices.pdf) [TRADUCTION].
- <sup>15</sup> Armstrong, P. et H. Armstrong. *About Canada : Health care*, 2<sup>e</sup> éd., Blackwood, NS : Fernwood, 2016 [TRADUCTION].
- <sup>16</sup> Association médicale canadienne (AMC). *Portrait des soins de santé aux aînés au Canada*, 2016, <https://www.cma.ca/Fr/Lists/Medias/the-state-of-seniors-health-care-in-canada-september-2016-fr.pdf>.
- <sup>17</sup> Office of the Seniors Advocate BC. *Caregivers in Distress: A Growing Problem*, 2017, <https://www.seniorsadvocatebc.ca/app/uploads/sites/4/2017/08/Caregivers-in-Distress-A-Growing-Problem-Final.pdf>.
- <sup>18</sup> Association médicale canadienne (AMC). *Cadre d'action visant à orienter la stratégie nationale pour les aînés du Canada*, 2015, [http://www.caep.ca/sites/caep.ca/files/caep/files/final\\_policy\\_framework\\_fr\\_-24\\_aout.pdf](http://www.caep.ca/sites/caep.ca/files/caep/files/final_policy_framework_fr_-24_aout.pdf).
- <sup>19</sup> Association du Canada pour les personnes de 50 ans et plus (CARP). *Caring for Caregivers*, 4 septembre 2017, <http://www.carp.ca/campaign/support-for-caregivers/>.
- <sup>20</sup> Fraser Health. *Nurse Debbie Initiative evaluation report – December 2016 Update*, 2016. Rapport accessible sur demande.
- <sup>21</sup> Organisation mondiale de la Santé. *Viellir en restant actif: cadre d'orientation*, 2015, [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67758/1/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67758/1/WHO_NMH_NPH_02.8_fre.pdf).
- <sup>22</sup> Alliance for a National Seniors Strategy. *A National Seniors Strategy for Canada*, 2016, <http://nationalseniorsstrategy.ca/>.
- <sup>23</sup> National Seniors Strategy. *National Seniors' Strategy evidence informed policy brief*, 2017, <http://nationalseniorsstrategy.ca/the-four-pillars/pillar-1/housing-and-transportation/>.
- <sup>24</sup> Statistique Canada (2015). *Profil des habitudes liées au transport chez les aînés*. Récupéré de <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-008-x/2012001/article/11619-fra.htm>.
- <sup>25</sup> Adorno, G., N. Fields, R. Parekh, et K. Magruder. « Aging in low-density urban environments: Transit mobility as a social justice issue », *Innovation in Aging*, 1 (suppl\_1), 2017, p. 885 et 886.
- <sup>26</sup> Statistique Canada. *Les activités en ligne des baby-boomers et des aînés canadiens*, 2009, <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-008-x/2009002/article/10910-fra.htm>.
- <sup>27</sup> Association canadienne de soins palliatifs (ACSP). *Modèle de soins palliatifs : Fondé sur les normes de pratique et principes nationaux*, 2015, <http://acsp.net/media/319550/norms-of-practice-fr-web.pdf>.