



Centre de recherche et d'expertise
en gérontologie sociale

équipe
VIES | vieillissements
exclusions sociales
solidarités

VIEILLIR ET VIVRE ENSEMBLE

MÉMOIRE

Dans le cadre de la consultation sur les
travaux d'élaboration du Plan d'action
Vieillir et Vivre Ensemble 2018-2023

Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS)

Direction des affaires académiques (D.A.A.)

du Centre intégré universitaire du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-CODIM)

<https://www.creges.ca/>

L'Équipe de recherche Vieillissements, Exclusions et Solidarités (VIES)

<http://www.vies.ucs.inrs.ca/>

Sous la direction scientifique de:

Patrik Marier, Ph.D., Directeur scientifique du CREGÉS, Professeur, Département de Science politique, Université Concordia

Anne-Marie Séguin, Ph.D., Chercheure responsable, Équipe VIES, Professeure, Institut national de recherche scientifique - Urbanisation, Culture et société

Auteurs (par ordre alphabétique)

Ginette Aubin, Ph.D., Professeure, Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières

Julie Beausoleil, M.Sc., Coordonnatrice de la recherche CREGÉS

Shari Brotman, Ph.D., Professeure, École de travail social, Université McGill

Mélanie Couture, Ph.D., Chercheure d'établissement, CREGÉS

Norma Gilbert, M.Sc., Praticienne-chercheure, CREGÉS

Patrik Marier, Ph.D., Directeur scientifique du CREGÉS, Professeur, Département de Science politique, Université Concordia

Paula Negron-Poblete, Ph.D., Professeure, École d'urbanisme et d'architecture de paysage, Université de Montréal

Pam Orzeck, Ph.D., Professeure, École de travail social, Université McGill

Anne-Marie Séguin, Ph.D., Chercheure responsable, Équipe VIES, Professeure, Institut national de recherche scientifique - Urbanisation, Culture et société

Isabelle Van Pevenage, Ph.D., Chercheure d'établissement, CREGÉS

Isabelle Wallach, Ph.D., Professeure, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal

Coordination

Julie Beausoleil, M.Sc., Coordonnatrice de la recherche, CREGÉS

Collaborations

Zeilda Freitas, Alexandra Guay-Charrette, Shannon Hebblethwaite, Gabrielle Legendre, Apostolia Petropoulos, Virginie Tuboeuf, Laurel Young.

Révision bibliographique

Nicole Campeau, M.Sc., E.M.S.I, CREGÉS

Note: Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

6.10.2017

Table des matières

Introduction.....	1
Le Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS).....	1
L'Équipe Vieillissements, exclusions sociales et solidarités (VIES)	2
2. Remarques générales.....	2
2.1. Les complexités du vieillissement	2
2.2 Le « vieillissement actif »	4
2.3. La diversité du vieillissement et l'âgisme	5
Thème 1. <i>Mettre en valeur et soutenir l'engagement citoyen et social des personnes âgées</i>	6
Thème 4. <i>Reconnaître, accompagner et soutenir les proches aidants d'ânés</i>	7
Thème 5. <i>Soutenir les communautés dans leur adaptation au vieillissement de la population</i>	10
Thème 6. <i>Rendre les habitations adaptables, adaptées, abordables et sécuritaires pour les personnes âgées</i>	12
Thème 7. <i>Assurer la mobilité des personnes âgées</i>	14
La recherche et l'avancement des connaissances	16
Références.....	18

Introduction

En 2012, le Québec se dotait d'une politique sur le vieillissement, *Vieillir et vivre ensemble, chez soi dans sa communauté (VVE)* (Ministère de la Famille et des Aînés et Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012). Cinq ans plus tard, le ministère de la Famille et le ministère de la Santé et des Services sociaux lancent une consultation pour orienter le plan d'action 2018-2023 (Ministère de la Famille et Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017a). Nous tenons à saluer l'opportunité qui est donnée de se prononcer sur cette politique et le futur plan d'action. Le bilan des cinq premières années de la mise en œuvre du premier plan d'action fait état de nombreuses initiatives à travers la province (Ministère de la Famille et Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017b).

Fruit de la collaboration entre le Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS) et l'équipe de recherche en partenariat Vieillissements, exclusions et solidarités (VIES), ce mémoire s'appuie sur les avancées des connaissances scientifiques des dernières années dans les sciences sociales au Québec, au Canada et à l'international. Il contribue aux débats entourant la politique *Vieillir et vivre ensemble* et l'élaboration de son plan d'action 2013-2018.

En raison des courts délais impartis à cette consultation, un nombre restreint de thèmes a été choisi par des membres. Il s'agit des thèmes suivants : la participation sociale des personnes âgées à risque d'exclusion (thème 1), la reconnaissance et le soutien aux proches aidants (thème 4), le soutien aux communautés (thème 5), l'habitation (thème 6) et enfin, la mobilité (thème 7).

Le Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS)

Le Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS) porte la désignation de centre affilié universitaire (CAU) en gérontologie sociale du Centre intégré universitaire en santé et services sociaux (CIUSSS) du Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal. La mission universitaire en gérontologie sociale vise l'amélioration des services et des pratiques professionnelles auprès des personnes âgées par le développement de la recherche sociale, l'expérimentation et la validation de pratiques novatrices, l'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé et services sociaux, et par des activités d'enseignement et de transfert de connaissances.

La mission universitaire est soutenue financièrement par le Fonds de recherche du Québec - Société et culture (FRQSC) et le ministère de la Santé et des Services sociaux. L'Université McGill, l'Université de Montréal et l'Université du Québec à Montréal sont liées par entente d'affiliation au CREGÉS (une entente avec l'Université Concordia est en discussion). Le CREGÉS collabore avec deux équipes de recherche en partenariat : l'équipe ACT – Ageing + Communication + Technologies, et l'équipe VIES – Vieillissement, exclusions sociales et sociétés. Le CREGÉS compte sur la participation et l'appui de chercheurs de diverses disciplines académiques, de praticiens-chercheurs, de collaborateurs des milieux de pratique et de professionnels du réseau de la santé et des services sociaux, des universités et de la communauté.

Les activités du CREGÉS s'articulent autour d'axes de recherche et de domaines d'expertise en gérontologie sociale. Ces thématiques sont élaborées en fonction des besoins de connaissances et d'expertises des intervenants, gestionnaires, partenaires, usagers, etc. Elles s'inscrivent dans une volonté de développer un carrefour d'expertise et de référence, visant l'intégration des connaissances issues de la recherche et de la

pratique. Les domaines d'expertise du CREGÉS concernent les initiatives pour : 1) contrer la maltraitance envers les aînés, 2) le soutien aux proches aidants, 3) la promotion, prévention, santé et vieillissement et 4) les soins palliatifs communautaires pour les aînés. Les axes de recherche sont les suivants : 1) les aînés comme acteurs sociaux; 2) les multiples vieillissements : corps, identités et société; 3) les interventions auprès et avec des personnes âgées et leurs proches; 4) les milieux de vie; et 5) les politiques publiques en gérontologie sociale, ce dernier étant transversal.

L'Équipe Vieillissements, exclusions sociales et solidarités (VIES)

L'équipe de recherche en partenariat *Vieillissements, exclusions sociales et solidarités* (VIES), financée par le FRQSC depuis 2005, regroupe des chercheurs de plusieurs disciplines et des partenaires de différents milieux. Cette équipe et leur programmation de recherche s'inscrivent dans le champ de la gérontologie sociale critique. Dans une perspective multidisciplinaire (par ordre alphabétique : aménagement, géographie sociale, psychologie, science politique, sociologie, sexologie, travail social, etc.), les travaux de ses chercheurs s'intéressent aux enjeux sociaux du vieillissement, notamment aux situations et processus d'inclusion et d'exclusion sociales vécus par les personnes âgées. Nos membres proviennent de cinq universités québécoises - l'Institut national de la recherche scientifique, l'Université Concordia, l'Université de Montréal, l'Université Laval, l'Université McGill - et de quatre organisations partenaires : le CREGÉS, la Maison Cross Roads, le Réseau FADOQ et la Table de concertation des aînés de l'Île de Montréal (TCAÎM).

La programmation de recherche de l'équipe VIES s'organise autour de trois axes de recherche : 1) le rapport à l'autre et à soi : identité, représentation sociale, rôles sociaux, proches aidants, minorités ethnoculturelles, LGBTQ+, expérience du deuil, sexualité, etc.; 2) les milieux de vie : hébergement, chez soi, transport, mobilité, aménagement, vieillir en prison, itinérance, etc.; 3) les politiques : revenus, retraite, pensions, offres des soins et services, orientations et politiques sociales, politiques municipales, etc.

2. Remarques générales

Dans cette section, des membres du CREGÉS et de l'équipe VIES soulèvent des enjeux et questions concernant la mise en œuvre d'une politique du vieillissement ainsi que quelques éléments qui méritent une attention particulière dans le cadre du renouvellement de la politique VVE.

2.1. Les complexités du vieillissement

La conceptualisation du vieillissement comme étant une problématique de santé a un long historique et un ancrage sociétal très prononcé (Estes et Binney, 1989) qui affecte même la façon dont nous organisons nos services sociaux (Binney, Estes et Ingman, 1990). Avant la création et l'expansion des secrétariats aux aînés au Canada, dont le Québec, les questions concernant les personnes âgées relevaient principalement des ministères de la Santé. Ce fut une situation qui a longuement fait objet de critique de la part de nombreuses associations représentant les aînés puisque « vieillir n'est pas une maladie ». Au début des années quatre-vingts, des provinces comme la Nouvelle-Écosse (1980), l'Ontario (1982) et le Manitoba (1988) ont créé des secrétariats aux aînés pour répondre aux multiples besoins des personnes âgées et pour dissocier le vieillissement de la santé. Le Québec a emboîté le pas à la fin des années 1990.

Essentiellement, aujourd'hui, les secrétariats : (1) visent à informer les personnes âgées des programmes et politiques qui les concernent; (2) s'interposent comme interlocuteurs privilégiés pour sensibiliser les décideurs publics et les employés de la fonction publique aux problèmes affectant les personnes âgées tout en proposant des pistes de solution; (3) agissent comme la porte d'entrée pour les personnes âgées afin d'identifier divers enjeux, défis et changements nécessaires pour favoriser et améliorer leur bien-être; et (4) sensibilisent la population aux réalités quotidiennes des personnes âgées.

Les personnes âgées représentent une population très hétérogène du point de vue des statuts socio-économiques et de santé. Cela s'explique, en grande partie, par les effets cumulatifs des trajectoires de santé et des inégalités sociales (Dannefer, 2003). Cette diversité de parcours est souvent absente dans plusieurs analyses et de nombreux discours sur le vieillissement qui compare la cohorte des 65+ à d'autres catégories d'âge avec peu de considérations (ou aucune) pour les différences intragénérationnelles. Des études récentes signalent d'ailleurs la nécessité de faciliter une plus grande reconnaissance des parcours différenciés dans les politiques publiques (McDaniel et Bernard, 2011). Ces dernières peuvent notamment aggraver (ou réduire) ces inégalités comme c'est le cas pour les soins de longue durée puisque la majeure partie des soins pour vieillir à domicile requiert des bons moyens financiers (Quesnel-Vallée, Willson et Reiter-Campeau, 2015).

Les difficultés d'arrimage avec les parcours de vie s'expliquent en grande partie par le fait que les politiques publiques et programmes existants n'ont pas vraiment été conçus et développés en fonction des changements démographiques actuels. Or, en dépit des besoins émergents pour composer avec le vieillissement de la population, les changements de politiques sont très difficiles à mettre en œuvre et l'introduction de nouvelles mesures peut avoir des effets notables sur d'autres politiques déjà en place (Hogwood et Peters, 1982). Conséquemment, il y a des enjeux importants et constants de coordination en ce qui concerne les effets de l'application des politiques et des programmes publics sur les personnes âgées. Il n'est pas surprenant de constater que l'ensemble des secrétariats aux aînés au Canada ont tous débuté leur existence en publiant des bottins pour aider les personnes âgées à naviguer à travers l'univers des politiques publiques.

Les secrétariats aux aînés consistent en de petites équipes ayant peu de moyens (en ressources humaines et financières); au Québec il s'agit d'une équipe d'une trentaine de personnes.¹ Donc, pour être efficaces, les professionnels du secrétariat doivent être d'excellents bâtisseurs de réseaux puisque le secrétariat dépend des ministères et agences pour la mise en œuvre de nombreuses mesures. La politique VVE compte sur la participation active de 11 ministères et organismes gouvernementaux. En dépit de ces importantes contraintes, des mandats horizontaux ont été bien portés par les secrétariats dont la sensibilisation à l'âgeisme et la lutte contre la maltraitance des personnes âgées. Ces deux dossiers demeurent des préoccupations importantes, mais ils font l'objet d'une attention particulière et soutenue.

La politique VVE s'inscrit dans un contexte global où les changements démographiques produisent une multitude d'enjeux de politiques qui sont particulièrement difficiles à résoudre et à réconcilier (Marier, 2017). C'est le cas au sein même des administrations publiques. Par exemple, la question des proches-aidants est prioritaire pour plusieurs organismes gouvernementaux, mais elle l'est aussi de façon contradictoire. Encourager la participation au marché du travail et maximiser le taux d'emploi sont deux objectifs importants pour un ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Pour le ministère de la Santé et des Services sociaux

¹ Tiré du rapport de gestion de 2014-2015 du ministère de la Famille qui mentionne explicitement une hausse du personnel de 30 personnes équivalents temps complet en raison du « rapatriement » du Secrétariat du ministère de la Santé (Ministère de la Famille, 2015) (p. 14). Le personnel du secrétariat représente 7,5 % des employés du ministère ayant un statut régulier.

(MSSS), les proches aidants représentent une source inestimable – et gratuite - pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées en lien avec les soins et services offerts (voir thème 4). Or, une flexibilité et une disponibilité accrues pour être proche-aidant se concilient difficilement avec une pleine participation au marché du travail (Marier et Van Pevenage, 2017).

Pour faciliter la mise en œuvre d'une politique horizontale comme VVE et entretenir les liens entre les professionnels du secrétariat et ceux des autres organismes gouvernementaux, une stabilité organisationnelle est nécessaire. C'est d'autant plus important que la politique VVE représente un énorme défi pour un petit secrétariat qui a besoin de la collaboration des autres instances publiques pour mettre en œuvre les 74 mesures de VVE et superviser sa politique. C'est un enjeu qui touche tous les secrétariats, ou autre organismes du genre d'autant plus que tous secrétariats à travers le Canada ont vécu des bouleversements organisationnels depuis leur création que ce soit sur le plan des changements de mandats ou de restructurations organisationnelles, ou tout simplement leur démantèlement. Au Québec, par exemple, le Secrétariat aux aînés a brièvement changé de ministère, passant du ministère de la Famille au ministère de la Santé et des Services Sociaux, avant de retourner au ministère de la Famille. Quelques provinces canadiennes (l'Ontario et la Nouvelle-Écosse) ont même remplacé leur secrétariat en créant un ministère dédié aux aînés. Il est trop tôt pour évaluer les conséquences de ces changements.

2.2 *Le « vieillissement actif »*

Avec sa politique *Vieillir et vivre ensemble*, les instances gouvernementales ont adopté la définition du « vieillissement actif » proposée par l'Organisation mondiale de la santé (Organisation mondiale de la santé, 2002) : « 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 » (p. 14). Au bilan des cinq dernières années du plan d'action québécois, les ministères précisent que : « *Le vieillissement actif ne se réduit pas simplement au fait d'être actif physiquement ou à la productivité, mais il s'oriente plutôt vers la possibilité de favoriser l'atteinte et le maintien d'une qualité de vie adéquate, et ce, le plus longtemps possible. Il s'agit d'un concept de prévention qui englobe tous les aînés, quelles que soient leurs conditions, et qui favorise l'émergence d'environnements qui incitent à leur inclusion sociale* » (2017, p. 15).

Le CREGÉS et l'équipe VIES questionnent l'adoption du concept du « vieillissement actif » de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) comme ligne directrice ou concept pivot de la politique VVE. Nous aimerions souligner les enjeux relatifs à cette prise de position de la politique VVE.

1) Tout simplement, l'ajout de l'adjectif *actif* n'est pas neutre. Il indique une orientation claire sur un élément privilégié du vieillissement. Dans une perspective plus sociale, la politique aurait pu favoriser comme concept central un vieillissement « inclusif » pour mettre en évidence les diversités des personnes âgées ou un vieillissement « solidaire » pour souligner l'importance de l'équité intra et intergénérationnelle. Par exemple, la Nouvelle-Écosse a adopté celle du « vieillissement positif » (Seniors' Secretariat, 2005).

Dans le cas du « vieillissement actif », c'est un concept développé et conçu par un organisme sanitaire avec la santé au cœur des préoccupations. Le débat au sein même de l'OMS sur le « vieillir en santé » ou le « vieillissement actif » ne change rien au fait que c'est une approche santé qui sous-entend la démarche. Dans le « vieillissement actif », les aspects sociaux sont instrumentalisés puisqu'ils sont pertinents de par leurs répercussions sur la santé et non de par leur propre existence. En d'autres mots, les dimensions sociales et

culturelles du vieillissement servent avant tout à améliorer l'état de santé de la population âgée. À titre illustratif, lors d'une discussion après une pièce de théâtre à laquelle assistait un de nos chercheurs, un directeur de musée soulignait qu'il était difficile de mettre en œuvre des programmes pour attirer les personnes âgées – et obtenir du financement - sans avoir à justifier que l'activité proposée représente une mesure de prévention (ou d'amélioration) sur le plan de la santé et du bien-être des personnes. Or, faciliter l'accès aux activités culturelles doit demeurer un objectif en soi, et ce peu importe l'âge.

Dans le document sur la politique VVE, la définition du « vieillissement actif » s'accompagne d'une représentation visuelle qui ne laisse aucun doute sur la place prédominante de la santé : il s'agit d'une personne faisant de l'activité physique (p. 41). Ce glissement vers la conception de l'OMS pour encadrer le vieillissement a été diffusé largement au Canada, et dans quelques cas, les secrétariats se sont retrouvés de nouveau dans les ministères de la santé et/ou ont marginalisé les autres aspects du vieillissement.

2) De plus, loin d'être anodins ou transparents, le concept même de « vieillissement actif » et ses variantes suscitent nombre de questionnements tout comme les politiques construites en les posant comme fondement. Des auteurs ont mis en évidence les effets potentiellement négatifs du modèle du « vieillissement actif », tout comme d'autres notions telles que le « bien vieillir » ou le « vieillissement réussi ». Bien que partant de l'intention louable de défaire les perceptions âgistes qui associent la vieillesse au déclin, aux pertes ou à la décrépitude, ces notions contribuent à diffuser de nouvelles normes tout aussi contraignantes et discriminantes envers les personnes âgées qui ne parviendraient pas ou ne souhaiteraient pas se conformer à ces modèles (Holstein et Minkler, 2003; Hummel, 2002; Katz, 1996; Mendes, 2013). Le discours sur le vieillissement actif porte entre autres, tout comme celui du vieillissement réussi, sur le maintien de la santé et l'évitement du déclin, ce qui peut nuire à la prise en compte des changements et des pertes qui accompagnent le processus de vieillissement (Stephens, 2016). Au lieu du « vieillissement actif », il serait préférable et fort pertinent de mieux reconnaître la diversité des perspectives et des représentations que peuvent avoir les aînés sur le vieillissement.

Recommandation :

- Le Secrétariat aux aînés devrait se pencher sur la pertinence de maintenir le « vieillissement actif » comme concept central dans le développement de sa démarche afin de mettre en valeur d'autres dimensions du vieillissement.

2.3. *La diversité du vieillissement et l'âgisme*

Il est mentionné dans le document de consultation qu'une prise en compte de la diversité des personnes âgées est importante et que celle-ci doit être mieux documentée (Ministère de la Famille et Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017a). Nous sommes d'accord avec cette orientation et souhaitons réitérer fortement cette dimension. Une approche du vieillissement basée sur la diversité paraît en effet essentielle pour mieux répondre aux besoins des multiples populations âgées. De nombreuses études documentent la multiplicité des expériences du vieillissement et de la vieillesse des personnes âgées malgré une tendance à les dépeindre comme formant un groupe homogène (Charpentier et al., 2010; Wallach, 2012). Une des manifestations de l'âgisme consiste en la négation de cette variété et de ce continuum de situations et de conditions d'existence. Une des études récentes du CREGÉS démontre d'ailleurs la présence d'un âgisme de compassion dans les quotidiens canadiens (Marier et Revelli, 2016). Les constructions sociales du vieillissement et de la vieillesse sont encore trop souvent marquées par des visions stéréotypées ou des modèles d'analyse réducteurs et polarisés qui, en occultant la

pluralité des expériences des personnes âgées, tendent à nier la multiplicité de leurs défis, de leurs besoins et des oppressions qu'elles peuvent vivre.

Il importe aussi de rappeler que l'âgisme peut se combiner à d'autres formes d'oppressions envers les personnes âgées marginalisées ou appartenant à des minorités (Burns, 2015, 2016; Burns, Grenier, Lavoie, Rothwell et Sussman, 2012; Ferrer, Brotman et Grenier, 2017; Hébert, Chamberland et Chacha Enriquez, 2015; Nour, Dallaire, Regenstreif, Hébert et Moscovitz, 2010; Raymond et Grenier, 2013; Raymond, Grenier et Hanley, 2014). Ne pas reconnaître l'intersection de l'âge avec d'autres dimensions identitaires (genre, origine ethnique, orientation sexuelle, statut socio-économique, incapacités physiques ou mentales, etc.) contribue à nier les multiples besoins et difficultés qui peuvent être vécus par des populations âgées se situant à diverses intersections sociales et nuit à leur accès à des services répondant à leurs besoins spécifiques.

Une des meilleures façons de contrer l'âgisme serait de ne plus considérer les personnes âgées comme un groupe ou une catégorie à part mais de considérer le vieillissement et la vieillesse comme s'inscrivant dans la continuité d'un parcours de vie, à une intersection spécifique de positionnements sociaux, impliquant un cumul d'avantages ou de désavantages, ainsi qu'un entrecroisement spécifique d'oppressions à un âge avancé (Ferrer, Grenier, Brotman et Koehn, 2017), nécessitant des politiques, interventions et services adaptés à cette diversité de situations et d'expériences.

Un des domaines où il apparaît fondamental de changer les mentalités relativement au vieillissement et de contrer l'âgisme concerne la sexualité des personnes âgées. Ce fut la thématique principale du colloque annuel du CREGÉS en 2013 (Pluriâges, 2013). L'âgisme joue un rôle dans la construction du mythe de l'asexualité des personnes âgées (Allen et Roberto, 2009; Doll, 2012; Gott et Hinchliff, 2005; Hébert et al., 2015) et il importe enfin de déconstruire ce stéréotype âgiste afin de réduire la stigmatisation et les discriminations vécues par certaines catégories de personnes âgées dans les services sociaux et de santé en lien avec leur identité sexuelle (personnes vivant avec le VIH, ex-travailleuses du sexe; LGBTQ+) (Brotman et al., 2007; Hébert et al., 2015; Wallach et Brotman, 2013). En dépit des multiples bénéfices du maintien de la sexualité et des relations intimes à un âge avancé, que ce soit au niveau physique, cognitif, social, psychologique, etc. (Doll, 2012; Ribes, 2009), les milieux où résident les personnes âgées en perte d'autonomie (CHSLD) ou en fin de vie (services de soins palliatifs) tardent à reconnaître l'importance de la sexualité pour la population âgée (Bauer et al., 2013; Doll, 2012; Gleeson et Hazell, 2017; Leung, Goldfarb et Dizon, 2016). Il semble donc important de réfléchir aux obstacles à l'expression sexuelle des personnes âgées vivant dans des milieux de soins, mais aussi aux meilleures façons de la favoriser en tenant compte des contraintes institutionnelles.

Thème 1. Mettre en valeur et soutenir l'engagement citoyen et social des personnes aînées

La participation sociale des aînés retient l'attention de nombres de chercheurs, tant au Québec qu'à l'échelle internationale. Il importe d'examiner le cadre dans lequel les efforts vers la participation s'inscrivent, car ce ne sont pas tous les aînés qui souhaitent s'engager. Au-delà des individus, il est essentiel de mettre en évidence le caractère collectif de la participation sociale des aînés. Pour l'exercice de la consultation, nous souhaitons mettre en lumière les enjeux spécifiques de la participation sociale des personnes âgées à risque d'exclusion. À ce sujet, le bilan des cinq dernières années de la mise en œuvre de la politique VVE mentionne : « Encore beaucoup d'aînés demeurent à l'écart. Briser l'isolement des personnes aînées et favoriser leur autonomie et leur maintien

dans leur communauté est essentiel pour favoriser leur participation sociale et leur présence active dans la société » (p. 27).

Cet enjeu est au cœur des travaux de chercheurs du CREGÉS (Carbonneau et al., 2013; Éthier et Carbonneau, 2016; Levasseur et al., 2013; Levasseur et al., 2016; Raymond, 2013; Raymond et Grenier, 2013; Raymond et al., 2014; Raymond, Grenier et Lacroix, 2016; Raymond, Lacroix et Beaudry; Raymond et al., 2015; Roult et al., 2017; Turcotte et al., 2015). La question des personnes âgées ayant souffert ou souffrant de problèmes de santé mentale retient notre attention. Au Québec, entre 13 % et 20 % des personnes âgées ont un problème de santé mentale (Nour et al., 2010; Préville et al., 2008). Ces statistiques n'incluent pas les personnes aux prises avec des difficultés psychosociales qui ne consultent pas et qui n'ont pas reçu de diagnostic de problème de santé mentale. Plusieurs de ces personnes vivent de l'exclusion, de la marginalisation et se retrouvent en situation d'isolement social. Par ailleurs, ces aînés reçoivent peu de services du réseau de la santé et des services sociaux et du réseau des ressources communautaires (Trépanier, 2011).

Parmi les besoins les plus cités par les aînés vivant avec des problèmes de santé mentale, tant en milieux urbains que ruraux, se trouvent ceux d'avoir des activités significatives, des contacts sociaux et du soutien pour les membres de leur famille (Futera et Draper, 2011). Par ailleurs, les personnes vieillissantes et vivant avec un problème de santé mentale ne connaissent pas nécessairement des pertes fonctionnelles ni ne vivent dans des institutions psychiatriques ou gériatriques (Bartels, 2011). Il s'avère donc crucial d'instaurer des stratégies pour mieux répondre aux besoins d'engagement et d'inclusion sociale de ces aînés dans la mesure où ils le désirent (Aubin et Dallaire, sous presse).

Les bénéfices de la participation sociale sur la santé et le bien-être des personnes âgées qui vivent ou ont vécu un problème de santé mentale sont nombreux. En effet, la participation sociale serait associée à une réduction du risque de mortalité (Wilkins, 2003) et de dépression (Carvalho et al., 2008), une meilleure auto-évaluation de l'état de santé (Bennett, 2005) et une diminution du recours aux services sociaux et de la santé (Bath et Gardiner, 2005).

Afin de soutenir une démarche d'inclusion dans la communauté, des interventions innovantes, dont certaines actuellement en développement au Québec, s'appuient par exemple sur l'accompagnement individuel et personnalisé par des citoyens de la communauté, ainsi que sur la participation à des ateliers de groupe offerts par le réseau des organismes communautaires et le réseau de la santé et des services sociaux (Aubin, Parisien et Therriault, 2015; Parisien et al., 2017). Par contre, il est fréquent que ces programmes dépendent de subventions de recherche et de développement et leur pérennité n'est pas assurée.

Recommandations :

- La participation sociale des personnes âgées se doit de continuer de mériter de l'attention, en particulier ces personnes à risque d'exclusion, dont celles aux prises avec des problèmes de santé mentale.
- Les organisations communautaires et les initiatives spécifiques développées à l'intention de cette population se devraient d'être soutenues.

Thème 4. Reconnaître, accompagner et soutenir les proches aidants d'aînés

Les proches aidants occupent une place importante dans les orientations définies par la politique *Vieillir et vivre ensemble* et dans le plan d'action 2013-2018. Cette thématique de recherche est forte d'un long historique au CREGÉS (Carpentier, Bernard, Grenier et Guberman, 2010; Guberman et Lavoie, 2010; Guberman, Lavoie,

Blein et Olazabal, 2012; Guberman, Lavoie et Olazabal, 2011; Guberman et Olazabal, 2010; Lavoie, Guberman, Bickerstaff, Blein et Olazabal; Lavoie, Guberman et Marier, 2014; Lavoie et Membrado, 2014; Lavoie et Van Pevenage, 2013; Leibing, Guberman et Wiles, 2016; Wiles, Leibing, Guberman, Reeve et Allen, 2012). La complexité et la variabilité des besoins des proches aidants sont mentionnées dans le document au sujet de la présente la consultation. Tant les constats que l'établissement des priorités peuvent être éclairés par les recherches scientifiques, notamment celles menées au Québec et au Canada.

Le caractère irremplaçable de la contribution des proches aidants à la qualité de vie et au maintien à domicile des personnes âgées est indéniable. Ils fournissent 80 % des heures nécessaires pour l'entretien ménager, les courses, la préparation des repas et les soins personnels. Quant aux centres locaux de services communautaires (CLSC), ils ne répondent qu'à 8 % des besoins de soins globaux (Lavoie et al., 2014). Une recherche a montré que si l'État québécois devait remplacer les aides fournies par les proches aidants de 45 à 64 ans qui s'occupent d'une personne âgée, il lui en coûterait entre 4 et 10 milliards de dollars par an (Kempeneers, Battigliani et Van Pevenage, 2015).

Le rôle d'aidant a de nombreux impacts sur les proches. En effet, cette population vit davantage de problèmes de santé, tant physique que mentale (Pinquart et Sørensen, 2003), et est plus à risque de devenir frêle que les personnes qui ne s'occupent pas d'un proche âgé (Dassel et Carr, 2016). De plus, l'offre intensive de soins mène souvent à une sortie précoce du marché du travail (Jacobs, Laporte, Van Houtven et Coyte, 2014; Longacre, Valdmanis, Handorf et Fang, 2017), ce qui peut avoir des conséquences négatives à long terme sur les prestations de retraite (Fast et Dosmas, 2014; Jacobs et al., 2014). En dépit de ces multiples impacts, la plupart des proches aidants souhaitent pouvoir assister leur proche (Chappell, 2011) (mais pas à n'importe quel prix) puisque ce rôle fait souvent partie intégrante de l'identité des proches aidants et peut en devenir une dimension prédominante (Orzeck, 2016). Nous voulons mettre en évidence cinq enjeux.

1) *Statut du proche aidant.* La politique du MSSS (2003) « Chez soi : Le premier choix » attribue un double statut aux proches aidants puisqu'il est considéré à la fois comme un « partenaire » et un « client » du système de santé et de services sociaux. Ce constat ne se reflète toutefois pas dans les services offerts, notamment parce que le statut légal des proches aidants est encore ambigu (Couture et Marier, 2015). En effet, il n'existe aucune formulation légale qui reconnaîtrait une participation officielle du proche dans l'élaboration du plan d'intervention ou encore qui lui permettrait un accès à l'information consignée au dossier de la personne en perte d'autonomie. La personne âgée en perte d'autonomie étant le seul client du système de santé et de service, les proches demeurent à l'arrière-plan, consigné tout au plus au rôle d' « accompagnateur » lors de rendez-vous ou de « représentant » lorsque mandaté officiellement. À moins d'être malade, les proches aidants sont des « sans dossiers ».

2) *Des programmes et services spécifiques pour les proches aidants :* Lorsque de l'assistance est offerte aux proches aidants, elle reste en quelque sorte invisible. La reconnaissance des proches aidants pourrait notamment s'exprimer par l'attribution d'un dossier personnel, consignait les informations à leur sujet, leurs besoins psychosociaux ainsi que leur état de santé. De plus, l'ouverture d'un dossier proche aidant permettrait que tout acte de soutien offert devienne quantifiable et reconnu dans le cadre normatif de la dispensation des services de santé et de services sociaux.

Les recherches ont identifié plusieurs approches pour soutenir les proches aidants (Couture, Ducharme et Lamontagne, 2012). La mise en œuvre de programmes éprouvés et l'utilisation d'outils validés doivent être priorisées. Les proches aidants souhaitent principalement obtenir du soutien informationnel et émotionnel de la

part des professionnels de la santé lors de l'évaluation de la situation, dans la navigation à travers le système de santé ainsi que dans la gestion des relations familiales. Ils désirent recevoir un meilleur soutien lors d'une transition importante comme le choix d'un nouveau milieu de vie pour la personne âgée (Couture et al., 2012), de situations complexes comme la fin de vie (Van Pevenage et Couture, 2015) ou du décès de la personne âgée (Orzeck, 2016).

3) *La nécessité de créer un réel partenariat* : Afin d'établir un partenariat valable avec les proches aidants, leur expertise se doit d'être valorisée, entre autres par le partage des opinions, des besoins et du pouvoir ainsi que par le déploiement d'interventions tant cliniques que sociales (Lavoie et al.; Magnusson, Nolan, Hanson, Berthold et Andersson, 2001; Nolan, Hanson, Magnusson et Andersson, 2003). L'objectif principal de ce partenariat est de maximiser l'efficacité des soins en s'assurant qu'ils répondent aux besoins et soient disponibles au moment opportun (Nolan et al., 2003). Par ailleurs, une réelle prise en compte du point de vue des proches quant aux soins et services impliquerait de prendre leur opinion en considération dès le début du développement des soins et services à domicile, ainsi que dans l'évaluation des programmes. Actuellement, les politiques publiques et institutionnelles spécifient que la présence d'un proche aidant ne devrait en rien influencer l'attribution des services. Or, cette influence est bien réelle (Brotman, 2003; Protecteur du Citoyen, 2017); Protecteur du citoyen, 2017). De plus, l'octroi de services à domicile ne réduit toutefois pas nécessairement le fardeau des proches aidants (Sussman et Regehr, 2009).

4) *Se reconnaître comme proche aidant* : Les activités effectuées à titre d'aidant peuvent être considérées par les proches aidants comme une simple extension de leur rôle de conjoint(e), d'enfant ou de membre d'une communauté rendant la reconnaissance plus difficile (Brotman et al., 2007; Van Pevenage et Couture, 2015). Il est à noter que ces problèmes d'identification aux rôles d'aidant sont aggravés par le peu de diversité lors des campagnes de sensibilisation. En effet, des chercheurs ont montré que les communautés ethnoculturelles ainsi que les personnes LGBT+ sont particulièrement sous-représentées lors des missions de sensibilisation et de formation sur la réalité des proches aidants. Ces situations peuvent dès lors susciter des doutes quant à la légitimité de leurs besoins, voire de la discrimination. (Brotman, Ferrer, Sussman, Ryan et Richard, 2015).

5) *Engagement des employeurs* : Le rôle des employeurs dans les efforts de soutien aux proches aidants ne saurait être négligé. Tel que mentionné plus haut, de nombreux proches aidants, plus particulièrement les femmes, diminuent leur temps de travail, voire même quittent leur emploi pour se consacrer à l'aide. Le Comité sénatorial sur le vieillissement a noté que le recours aux prestations de soins de compassion de l'assurance-emploi représente une exception plutôt que la règle en ce qui concerne le soutien aux proches aidants d'aînés (Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, 2009).

En résumé, afin de continuer à jouer leur rôle d'aidant, les proches des personnes âgées doivent être adéquatement soutenues.

Recommandations :

Les efforts à venir pour s'assurer de la reconnaissance et du soutien aux proches aidants devraient viser les éléments suivants :

- 1a) l'exploration des modalités de clarification sur le plan légal du partenariat et des obligations entre les proches aidants et le système de santé et des services sociaux;
- 1b) l'attribution d'un dossier propre au proche aidant pour s'assurer que ses besoins soient adéquatement considérés;

- 2) l'implantation de services de soutien spécifiques à l'intention des proches aidants, services dont la dispensation est fondée sur les connaissances scientifiques et les données probantes et incluant des efforts particuliers au chapitre de la prévention de problèmes psychosociaux et de santé;
- 3) la participation active des proches aidants dans le développement et l'évaluation des soins et services destinés tant aux aînés qu'à eux-mêmes;
- 4) une représentativité de la diversité des proches aidants dans les campagnes de sensibilisation et la formation des différents intervenants;
- 5) des stratégies pour améliorer l'engagement des employeurs.

Thème 5. *Soutenir les communautés dans leur adaptation au vieillissement de la population*

Dans le bilan de la politique VVE, les organismes communautaires sont évoqués à de très nombreuses reprises comme partenaires essentiels. Les acteurs du secteur privé sont toutefois beaucoup moins interpellés, alors qu'ils ont aussi un rôle fondamental à jouer, comme propriétaires immobiliers, de commerces, de services, etc. Devant l'ampleur des défis, il pourrait être pertinent, à ce stade, de revisiter le modèle de « Ville amies des aînés » afin de mieux coordonner les interventions, d'éviter les dédoublements improductifs et d'amener un plus grand éventail d'acteurs à travailler ensemble : les personnes âgées en tant que citoyens, les groupes représentant les personnes âgées ainsi que les acteurs municipaux, du secteur communautaire et du secteur privé. Il s'agirait de développer une approche plus intégrée, ce qui se fait sans doute de manière relativement spontanée dans les plus petites municipalités. Des villes comme New York ont opté pour un modèle (New York City, 2009) où de nombreux acteurs sont étroitement associés à la démarche Ville amie des aînés². Des démarches Villes amies des aînés intégrant des acteurs privés et communautaires ont aussi été développées au Canada, par exemple à Pinawa au Manitoba et à Saanich en Colombie-Britannique (Plouffe et al., 2013).

Pourquoi cet appel à une démarche plus inclusive et active des différents acteurs? Pour faire des villes et des villages québécois des milieux accueillants et sécuritaires, la cohérence des actions est primordiale. Par exemple, si des sommes considérables sont consacrées à rendre les stations de métro ou les autobus de plus en plus accessibles aux personnes utilisant un déambulateur ou un fauteuil motorisé, mais que la plupart des destinations vers lesquelles ils permettent de se déplacer (ex. commerces, lieux de services privés ou communautaires), ne sont pas accessibles universellement, les résultats de ces investissements sont limités. Des choix faits au niveau de l'architecture à l'intérieur des bâtiments comme des commerces peuvent aussi être en cause : par exemple, des toilettes de restaurant situées au sous-sol qui empêchent les personnes à mobilité réduite de fréquenter ce restaurant; des portes de commerces trop lourdes, impossibles à ouvrir si on utilise un déambulateur, etc. De légères améliorations peuvent parfois faire toute la différence pour certaines catégories d'aînés (Séguin, Billette et Guay-Charrette, 2015; Séguin et al., sous presse; Wiebe, 2017). Il faut donc sensibiliser non seulement les professionnels municipaux aux réalités du vieillissement, mais aussi les acteurs privés, aussi « producteurs » de la ville. Cela est d'autant plus important que l'environnement construit se modifie lentement et à grands frais.

² En 3^e page du document intitulé *Age Friendly NYC. Enhancing our city's livability for older New Yorkers*, le maire de New York écrit : «Age-friendly NYC brings together older New Yorkers, government agencies, non profit leaders, members of the business community, and a variety of other stakeholders to assess New York's "age-friendliness"»

Il pourrait aussi être judicieux de développer une approche *Municipalité amie des âges* en respectant le nom en anglais (Age friendly cities), en **ayant à l'esprit les besoins de différentes générations qui cohabitent** sur un même territoire. Cela éviterait de nourrir les clivages intergénérationnels d'ailleurs identifiés dans le document de consultation et la perception fautive que de nombreuses et coûteuses dépenses sont faites quasi exclusivement pour les personnes âgées³. En l'occurrence, de nombreuses transformations qui répondent aux besoins des personnes âgées sont aussi utiles à d'autres groupes d'âge (personnes plus jeunes ayant un handicap, parents avec jeunes enfants, etc.). À ce sujet, l'exemple du métro est très éloquent : les ascenseurs intégrés récemment aux stations servent autant aux parents avec poussette, aux adultes de tous âges portant de gros paquets qu'aux personnes âgées à mobilité réduite.

Le bilan de la politique VVE souligne à maintes reprises le rôle des organismes communautaires locaux avec justesse. Il est toutefois impératif de s'assurer que les acteurs communautaires aient les ressources pour répondre aux besoins des personnes âgées de leur territoire, ce qui n'est pas toujours le cas. Dans une recherche récente, plusieurs représentants de groupes communautaires nous ont affirmé ne pas pouvoir répondre à toutes les demandes justifiées de soutien qui leur sont faites (Séguin et col., à paraître). Par ailleurs, certaines demandes formulées à ces organismes résultent du fait que les services réguliers offerts par les municipalités ou l'État ne répondent pas aux besoins des aînés. La mise en place de services d'accompagnement pour motif médical constitue un bon exemple. Si l'on veut que les communautés soutiennent adéquatement les aînés encore faut-il qu'elles en aient les moyens en termes de personnel, de locaux, etc. Il faut donc **mieux financer le secteur communautaire**.

De nombreux travaux s'intéressant à **l'accès différencié aux services publics en fonction des territoires** d'un même pays ou d'une même région ont montré dans différents pays que cet accès est inégal, et plus particulièrement dans les territoires plus pauvres (Golant, 2003; Rosenberg, 1999; Trydegård et Thorslund, 2001). Comme les municipalités ont des niveaux inégaux de richesse foncière qui constitue une part très importante de leurs revenus, il est fort possible qu'elles n'aient pas une capacité équivalente de s'adapter au vieillissement de leur population. La mise en place d'une politique nationale comme VVE, devrait prévoir des mécanismes de péréquation afin de mieux doter les collectivités plus pauvres et ayant moins de ressources municipales, pour que leurs habitants pauvres ne soient pas doublement pénalisés par une offre plus faible de soutien que dans d'autres municipalités (Séguin, 2011). D'ailleurs, Mark Rosenberg (1999: 18), un spécialiste canadien du vieillissement, écrivait dès la fin des années 1990 : « Si les tendances se poursuivent, et si l'on continue de refiler les services sociaux aux collectivités locales, les défis en matière de politiques et de programmes seront énormes. Il faudra non seulement aborder la question du soutien aux personnes âgées, mais aussi le soutien aux collectivités ». D'ailleurs, historiquement au Québec, les services sociaux importants comme l'éducation et la santé ont été de juridiction provinciale, ce qui a permis une redistribution de la richesse sociale (bien qu'une partie des revenus des commissions scolaires provienne de la taxe foncière scolaire). Des mécanismes provinciaux ou régionaux de redistribution pourraient être pensés afin de donner des moyens relativement similaires à chaque collectivité. Comme exemple de redistribution au niveau régional, on peut citer, dans le secteur de l'éducation publique, le Comité de gestion de la taxe scolaire de l'île de Montréal, qui permet

³ Dans les minutes de la réunion de l'exécutif de la Chambre de Commerce de Pinawa sur le projet de collaboration avec l'initiative VADA, on peut lire : « They found the rationale of the program was valid and the focus of the age-friendly business certification program should be general, age-friendly issues across all age groups rather than a limited emphasis on seniors' issues ».

non seulement de mettre en commun la taxe scolaire afin d'atténuer les différences locales de richesse foncière, mais aussi de réaliser des achats coopératifs (Séguin, 2011; Séguin et Germain, 2000).

Un autre élément contribue à une iniquité en fonction des territoires. Des travaux aux États-Unis ont révélé que les communautés très pauvres ont souvent des **ressources inégales sur le plan du capital social collectif** (Putman, 1996) : nombre et dynamisme des organismes communautaires, des groupes d'entraide, du bénévolat local, sentiment de confiance envers les autres habitants, etc. Ces communautés ayant un faible capital social collectif sont beaucoup moins aptes à profiter des programmes gouvernementaux, car cela exige souvent de mobiliser toute la communauté pour obtenir les fonds. Il est donc important de mieux soutenir économiquement les communautés moins bien dotées sur ce plan. Par exemple, dans certaines régions rurales en dévitalisation, la grande majorité des personnes disponibles pour soutenir les aînés sont elles-mêmes âgées, ce qui rend le soutien plus précaire, car les aidants sont plus susceptibles d'avoir à leur tour besoin d'être aidés dans un avenir rapproché (Séguin et col., à paraître). Cela fait aussi peser un lourd fardeau sur les aidants. Pour appuyer les communautés plus faibles sur le plan du capital social collectif, des initiatives destinées aux aînés s'inspirant du programme de revitalisation urbaine intégrée de la Ville de Montréal ou celles de Centraide Montréal pourraient être envisagées.

Recommandations :

- S'interroger sur la pertinence de revoir le modèle MADA en y associant étroitement un plus grand éventail d'acteurs et en ayant à l'esprit les besoins différents d'une population âgée diversifiée.
- Penser à des formes de péréquation ou de soutien de l'État aux collectivités plus pauvres (fiscalement et en capital social collectif) pour mieux répondre aux besoins de leur population vieillissante.
- Augmenter et assurer un financement stable aux organismes communautaires.

Thème 6. *Rendre les habitations adaptables, adaptées, abordables et sécuritaires pour les personnes âgées*

La plupart des personnes âgées souhaitent demeurer dans leur logement le plus longtemps possible, mais ce n'est pas vrai pour toutes ces personnes. Demeurer dans son logement résulte parfois d'une contrainte plus que d'un choix : une contrainte économique, car on ne peut pas payer le loyer (ou les réparations) d'un logement confortable ou situé dans un quartier adapté à ses besoins, ou encore d'un appartement dans une résidence avec services; une contrainte de choix, car il n'y a pas d'autre alternative au sein de notre communauté. Dans ces situations, vieillir dans son propre logement ne devrait pas constituer une option privilégiée par les pouvoirs publics (Golant, 2008).

Les interventions dans le domaine de l'habitation peuvent emprunter de nombreuses avenues et plusieurs ont été identifiées dans le bilan de la politique *Vieillir et vieillir ensemble*, mais pour observer un impact réel sur l'habitat des aînés, elles devront être appuyées par d'importants moyens financiers. Nous nous pencherons plus particulièrement sur certaines avenues qui nous semblent plus importantes.

Une recherche québécoise récente auprès de 43 personnes de 75 ans et plus vivant seules (une forte majorité de femmes) a révélé que les coûts associés au logement et au maintien à domicile (coûts des réparations et de l'entretien extérieur, coûts d'entretien ménager) constituent une préoccupation importante pour plusieurs d'entre elles. De nombreuses personnes âgées se sont aussi dites inquiètes quant à l'avenir, car elles entrevoient le moment où elles ne pourront plus rester dans leur logement actuel. Elles souhaitent pouvoir trouver alors un

logement qui répondra à leurs besoins et à leur capacité de payer. Certaines même souhaiteraient aller vivre dans une résidence avec services, car elles ont le sentiment qu'elles ne pourront pas trouver un soutien adéquat pour rester chez elles (soins de santé, soutien aux activités quotidiennes et domestiques) quand leur niveau d'autonomie diminuera ou leur état de santé se détériorera sensiblement (Séguin et al., sous presse). Elles sont toutefois nombreuses à se demander si elles pourront s'offrir une résidence confortable avec services. La question de l'offre de logements adaptés aux besoins de personnes en perte d'autonomie et abordables pour les aînés les moins nantis est donc cruciale. Dans cette voie, le gouvernement du Québec **devrait intensifier la construction de logements sociaux et communautaires destinés aux aînés dans le cadre du programme Accès-Logis**. Cette même recherche (Séguin et al., sous presse) qui a permis d'interviewer des personnes âgées vivant dans des logements gérés par des OSBL offrant un minimum de services, tels un repas chaque jour de semaine, une salle communautaire et du personnel présent le jour, a d'ailleurs montré que ce type d'habitat est très apprécié non seulement pour le confort du logement, le sentiment de sécurité et les services qu'il procure, mais aussi pour les formes d'entraide entre voisins.

En outre, dans un marché du logement où les loyers et les coûts de réparations augmentent rapidement, du moins dans les grands centres urbains québécois, **l'allocation au logement devrait être bonifiée** afin de permettre aux aînés de vivre dans des logements offrant un minimum de confort, dans un environnement convenable.

En termes d'interventions sur les environnements résidentiels existants, la mise en place de milieux permettant aux aînés de vivre de manière autonome dans leur communauté, à l'image de ce que permettent les NORCS (Naturally Occurring Retirement communities, en anglais) constitue une option à explorer. Ceci est notamment le cas des cœurs de village dans certaines communautés rurales ou encore des anciens noyaux villageois de certaines banlieues, puisqu'ils comportent de nombreux attributs favorables au vieillissement sur place. Ces lieux peuvent ainsi constituer des NORCs, offrant aux aînés des milieux où il est possible d'y demeurer de manière autonome (Lord, Negron-Poblete et Després, accepté). **Appuyer les collectivités à renforcer de tels milieux** pourrait constituer une stratégie à retenir pour permettre aux aînés de vieillir au sein de la communauté.

Au Québec, les résidences pour personnes âgées attirent une proportion importante de personnes de 75 ans et plus (SCHL - Société canadienne d'hypothèques et de logements, 2017). Or, la localisation de nombreuses résidences privées de grande taille n'est pas optimale, car elles s'implantent en périphérie des villes, souvent loin des services. Les aînés qui y habitent peuvent certes compter sur des services au sein de la résidence, mais ils seront alors isolés du reste de la ville (Bigonnesse, Garon, Beaulieu et Veil, 2011). Si on souhaite aménager des milieux de vie favorisant une plus grande intégration à la communauté, il faut permettre aux municipalités de mieux contrôler l'emplacement de tels bâtiments (Haselwandter et al., 2015) et les sensibiliser à certains problèmes reliés aux règles de zonage qui excluent les résidences de plus grande taille de zones qui pourraient être mieux adaptées à une population âgée (Carrier, Séguin, Apparicio et Crouse, 2013). À ce niveau, La Loi sur l'aménagement et l'urbanisme (2017) comporte divers articles qui permettraient de mieux réguler l'implantation de ces immeubles. Par ailleurs, la certification auprès des résidences pour personnes âgées dépend en grande partie des caractéristiques de construction du bâtiment et des services offerts (Marois, Lord et Negron-Poblete, accepté; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013). Or, la certification devrait aussi **prendre en compte des critères en lien avec l'emplacement de la résidence** (proximité à un arrêt de transport collectif, à des espaces publics, aux commerces et services, entre autres). Dans le même ordre d'idées, les municipalités pourraient être plus actives dans l'identification des secteurs permettant aux aînés de mener un vieillissement autonome et intégré au reste de la communauté, en faisant mieux connaître les possibilités résidentielles qui s'offrent aux aînés quand ils décident de déménager (Marois, Lord et Negron-Poblete, à paraître). Inviter les

municipalités à identifier ces secteurs constitue une étape importante dans une stratégie visant à favoriser le vieillissement dans la communauté.

Le développement de résidences pour personnes âgées n'est pas non plus toujours synonyme de grands ensembles résidentiels. Les résidences de grande taille sont répandues dans les grands centres urbains, cela a d'ailleurs été mentionné dans l'appel à mémoires. Toutefois, dans le cadre du projet de recherche *Vieillir au Québec*, nous avons observé que dans les villes moyennes, les aînés apprécient particulièrement les résidences de plus petites tailles (Negron-Poblete et Séguin, sous presse). Ces formes résidentielles sont davantage à l'image du milieu auquel sont attachés les individus, et leur morphologie s'intègre mieux dans le tissu urbain existant, contribuant ainsi au sentiment d'appartenance des aînés et diminuant le risque de stigmatisation. Si l'on souhaite permettre aux aînés de demeurer au sein des communautés de plus petite taille, il faudrait **favoriser davantage l'implantation de ce type de résidences**.

Recommandations :

- Augmenter l'offre de logements subventionnés et gérés par des OSBL avec un éventail minimal de services.
- Mieux supporter les aînés pauvres en augmentant l'allocation au logement, dans un contexte d'augmentation rapide des coûts de logements, surtout dans les grands centres urbains.
- Favoriser l'intégration à la communauté en ajoutant à la certification des résidences pour aînés des critères en lien avec leur localisation et la proximité aux services.
- Appuyer les collectivités pour l'aménagement de milieux ressemblant aux NORCs.
- Favoriser le développement de résidences pour aînés de plus petite taille, mais tout en prévoyant l'offre d'un minimum de services sur place.

Thème 7. Assurer la mobilité des personnes âgées

Pouvoir **se déplacer facilement sur une base régulière au sein de sa communauté** constitue un des facteurs clés contribuant à une expérience positive du vieillissement. Avec le déclin de l'état de santé, la mobilité devient de plus en plus difficile, ce qui n'est pas étranger à la forte utilisation de la voiture chez les personnes âgées (Turcotte, 2012). Lorsque les aînés ne sont plus en mesure de conduire, ils se tourneront vers le réseau familial ou les organismes d'aide afin de garder leur mobilité et un certain niveau d'autonomie; le fait que l'accompagnement en transport constitue le principal motif d'aide par les proches témoigne de ce phénomène, tel qu'identifié dans l'appel à mémoires. Dans les milieux denses, l'utilisation du transport collectif peut être une alternative à l'automobile, mais ceci n'est pas le cas en milieu de faible densité, même au sein des régions métropolitaines (Negron-Poblete et Séguin, sous presse; Vandersmissen, 2015). Dans sa formule habituelle, le transport collectif répond mal aux besoins de mobilité des aînés (faible fréquence, correspondances, destinations mal desservies), notamment dans les milieux périurbains. Les circuits communautaires constituent une option intéressante, mais sont plus efficaces dans des environnements denses, autrement les parcours peuvent être longs et les tracés favorisent souvent les personnes qui habitent en résidence. Des villes ont donc mis en place diverses stratégies pour augmenter la part modale du transport collectif chez les aînés. Ainsi, le programme TanGo dans la grande région de Québec et de Lévis permet d'initier les aînés à ce mode de transport et les inciter à un transfert modal dans un contexte où l'offre est déjà intéressante. Dans les villes où l'achalandage est concentré surtout aux heures de pointe, il est possible d'envisager la mise en place d'une gratuité pour les aînés (cas des

villes de Laval et de Longueuil). D'autres villes ont misé sur le transport sur demande destiné aux aînés, c'est le cas de la ville de Saint-Jérôme, avec le service Alfred, ou de la ville de Lorraine, avec le service de TAXIbus. Les conditions de mobilité chez les aînés peuvent être améliorées par la mise en place de services de transport collectif innovants, qui donnent aux aînés le choix (d'horaires, de destinations) en matière de mobilité locale.

D'un autre côté, dans les milieux de faible densité (ruraux, mais aussi périurbains) il est difficile de mettre en place un service régulier de transport collectif, notamment en raison des coûts d'exploitation élevés (Ryser et Halseth, 2012). De plus, dans plusieurs municipalités du Québec aux prises avec une dévitalisation économique, les gens doivent souvent se déplacer vers les grandes villes environnantes pour accéder à certains commerces et services, adoptant ainsi **une mobilité à l'échelle régionale** (Gucher, 2013). Ceci est par exemple le cas des aînés qui habitent Shawinigan, Louiseville et les MRC de Charlevoix Est et Ouest, qui doivent se rendre jusqu'à Trois-Rivières ou Québec pour accéder à de nombreux services ou avoir un minimum de choix lors de certains achats (Lord et al., accepté; Séguin et al., sous presse). Pour les aînés vivant dans ces territoires, un service local de transport collectif, aussi efficace soit-il, ne leur permet pas de combler leurs besoins d'accessibilité, la dépendance de ces aînés à l'automobile est alors encore plus forte. Il est essentiel de leur donner accès à un service de transport collectif abordable et flexible qui permette des déplacements vers les villes voisines d'importance. Un tel service permettra de tenir compte des diverses réalités des communautés et des régions du Québec, tel que souhaité dans la politique VVE (p. 39-40).

La marche chez les aînés constitue un moyen simple et accessible pour atteindre de nombreuses destinations nécessaires au maintien de leur autonomie ou encore pour accéder à un autre moyen de transport (autobus, métro, navette). Elle constitue aussi pour plusieurs une activité de loisir et un moyen de rester en santé. Que ce soit pour des motifs de loisir ou en tant que partie intégrale d'un déplacement, la marche améliore la qualité de vie des aînés, ainsi que leur bien-être physique et mental (Negron-Poblete, 2015; Sugiyama et Thompson, 2007). Plusieurs actions ponctuelles réalisées dans le cadre de la politique VVE ont permis de rendre les déplacements à pied des aînés plus sécuritaires (aménagement de terrepleins, élargissement des trottoirs, reconfiguration des intersections, etc.), souvent financés à travers le Programme d'infrastructures Québec-Municipalités amies des aînés (PIQM-MADA). Mais inciter les aînés à marcher passe surtout par la **création de parcours attrayants, sécuritaires et agréables** (Cerin, Nathan, van Cauwenberg, Barnett et Barnett, 2017; Mahmood et al., 2012). Aménager des environnements facilitant la marche, notamment aux alentours des destinations clés pour les personnes âgées (rues commerciales, hôpitaux, centres commerciaux, parcs et espaces publics), devrait constituer une partie importante de la mise en place d'environnements favorables au vieillissement (ministère de la famille, 2017, p. 8). Par ailleurs, on sait que les activités sociales jouent un rôle majeur dans la qualité de vie des personnes âgées, particulièrement en milieu rural (Walker, Orpin et al., 2012). L'aménagement de nouveaux espaces publics qui contribuent à améliorer la sociabilité et la participation des aînés dans leur communauté devrait aussi constituer une cible dans le nouveau plan d'action. L'aménagement de tels espaces est d'autant plus important qu'ils bénéficient à l'ensemble de la population. Or, il est souvent difficile pour les municipalités (notamment celles de petite taille) de mettre en place de tels aménagements, les dépenses associées n'étant pas toujours admissibles aux programmes d'aide présentement offerts et étant bien souvent au-delà des montants offerts (par exemple, dans le programme d'infrastructures Québec Municipalités amies des aînés (PIQM-MADA). Le ministère des Affaires municipales et de l'Occupation du Territoire (MAMOT) pourrait certainement jouer un rôle très actif à cet égard.

Dans le cadre de la politique VVE 2012-2017, de nombreuses actions au niveau des infrastructures ont été mises en place pour favoriser les déplacements à pied des aînés (Ministère de la Famille et des Aînés et Ministère de la

Santé et des Services sociaux, 2012). Toutefois, ces actions s'inscrivent souvent dans une logique de réaction, visant à modifier des aménagements qui donnaient peu ou pas de place aux piétons : construire des trottoirs là où ils sont absents, augmentation du temps octroyé pour traverser les rues, etc. Il est pourtant essentiel de mieux réfléchir aux besoins d'accessibilité et de mobilité des aînés en amont du processus d'aménagement du territoire. Si les organismes locaux et régionaux jouent un rôle important dans la mise en place de services d'aide destinés aux aînés, notamment au niveau de l'aide au transport pour motif médical, le ministère reconnaît que d'autres acteurs doivent aussi être mis à contribution afin d'agir à plus long terme sur la mobilité des aînés dans les divers milieux (2017, p. 39). Ceci est notamment le cas des responsables de l'aménagement urbain et régional. Parce qu'ils décident de l'emplacement des activités commerciales, des équipements et lieux publics, ainsi que des formes que prennent ces activités (emprise au sol, volumétrie, hauteur, etc.) à travers les plans et règlements en matière d'aménagement et d'urbanisme, ces acteurs affectent les expériences liées au vieillissement et par conséquent les options de mobilité qui s'offrent aux aînés (Ball, 2004). Il est donc essentiel que **les responsables de l'aménagement et de l'urbanisme au sein des communautés** jouent un rôle plus actif dans la politique VVE. Faciliter la mise en place d'approches plus participatives dans les démarches d'aménagement permettrait aux aînés de s'exprimer sur leurs besoins et sur les solutions possibles pour y répondre et les municipalités pourraient ensuite s'en inspirer pour mieux tenir compte de leurs besoins dans l'aménagement. Ceci est particulièrement important au moment de mettre en place des programmes de revitalisation dans des milieux où habitent déjà de nombreuses personnes âgées, car cela constitue une forme de participation à la communauté.

En conclusion, assurer la mobilité des personnes âgées passera par :

- Créer une offre de transport locale diversifiée qui réponde aux besoins et capacités de mobilité des aînés.
- Tenir compte de la logique régionale qui organise la mobilité des aînés vivant en contexte rural ou dans des zones plus défavorisées.
- Favoriser l'aménagement de parcours utilitaires et de loisirs agréables pour la marche, qui facilitent la mobilité active, ainsi que d'espaces publics qui contribuent à améliorer la sociabilité et la participation des aînés.
- Faire en sorte que les acteurs de l'aménagement urbain et régional jouent un rôle plus actif dans la mise en œuvre de la politique VVE.

La recherche et l'avancement des connaissances

L'attention que porte le gouvernement à l'avancement des connaissances scientifiques au sujet du vieillissement apparaît dans la politique *Vieillir et vivre ensemble* et dans le plan d'action 2013-2018; les réalisations mentionnées au bilan de ces dernières cinq années en font foi. Au vu de la complexité des enjeux en matière de vieillissement pour la société québécoise, il paraît fondamental que les efforts de recherche et d'utilisation des connaissances issues de la recherche se poursuivent. Les chercheurs québécois possèdent toute l'expertise, la vitalité et les compétences pour relever les défis liés à la production de connaissances pertinentes. Le gouvernement pourrait tirer profit de la présence de chercheurs engagés et intéressés par les thématiques concernées par la politique et le prochain plan d'action. Il s'agit d'une communauté vaste et diversifiée, appartenant à une variété de champs disciplinaires, d'expertise et de méthodes de recherche aptes à cerner les réalités complexes, multiples et changeantes du vieillissement.

Il reste important que les initiatives de recherche continuent d'être menées avec des objectifs clairs de dissémination et de mobilisation des connaissances. Les expériences, expertises, savoirs et points de vue des aînés et de ceux engagés à leurs côtés doivent être reconnus dans la recherche par des approches collaboratives. En ce qui a trait au développement et à l'évaluation des services et des programmes, des modalités réalistes de participation active, véritable, et non symbolique de la part des aînés, de leurs familles et de leurs communautés doivent être développées. Dans le réseau de la santé et des services sociaux, les chercheurs deviennent partenaires de praticiens de diverses disciplines et de gestionnaires afin de viser l'amélioration des pratiques et des services. Il demeure important d'engager et de soutenir de manière durable la relève en recherche, tant par des apports financiers ou par la participation significative et soutenue d'étudiants des cycles supérieurs et de jeunes chercheurs à des projets de recherche. La recherche partenariale doit demeurer une priorité notamment celle engageant les organisations communautaires qui ont un rôle prépondérant, en particulier dans les services pour les aînés. Les partenaires communautaires des initiatives de recherche devraient être reconnus à leur juste valeur, par des compensations pour leur participation à la recherche, car ce secteur joue non seulement un rôle central dans la dispensation de nombre de services aux aînés, mais aussi en raison de leur expertise et connaissances de terrain incontournables.

Références

- Allen, K. R. et Roberto, K. A. (2009). From sexism to sexy: Challenging young adults' ageism about older women's sexuality. *Sexuality Research and Social Policy Journal of NSRC*, 6(4), 13-24. <https://doi.org/10.1525/srsp.2009.6.4.13>
- Aubin, G. et Dallaire, B. (sous presse). Les personnes âgées qui vivent avec un problème de santé mentale : "il n'y a plus rien à faire avec elles". Dans V. Billette, P. Marier et A.-M. Séguin (dir.), *Le vieillissement sous la loupe : entre mythes et réalités*. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Aubin, G., Parisien, M. et Therriault, P.-Y. (2015). Développement de programmes visant à soutenir l'autonomie de l'intégration dans la communauté d'âinés ayant une problématique de santé mentale. *Vie et vieillissement*, 13(1), 11-16.
- Ball, M. S. (2004). *Aging in place – A toolkit for local governments*. Atlanta, GA: Atlanta Regional Commission.
- Bartels, S. J. (2011). Commentary: The forgotten older adult with serious mental illness: The final challenge in achieving the promise of Olmstead? *Journal of Aging and Social Policy*, 23(3), 244-257. <https://doi.org/10.1080/08959420.2011.579497>
- Bath, P. A. et Gardiner, A. (2005). Social engagement and health and social care use and medication use among older people. *European Journal of Ageing*, 2(1), 56-63. <https://doi.org/10.1007/s10433-005-0022-9>
- Bauer, M., Fetherstonhaugh, D., Tarzia, L., Nay, R., Wellman, D. et Beattie, E. (2013). 'I always look under the bed for a man'. Needs and barriers to the expression of sexuality in residential aged care: The views of residents with and without dementia. *Psychology & Sexuality*, 4(3), 296-309. <https://dx.doi.org/10.1080/19419899.2012.713869>
- Bennett, K. M. (2005). Social engagement as a longitudinal predictor of objective and subjective health. *European Journal of Ageing*, 2(1), 48-55. <https://doi.org/10.1007/s10433-005-0501-z>
- Bigonnesse, C., Garon, S., Beaulieu, M. et Veil, A. (2011). L'émergence de nouvelles formules d'habitation : mise en perspective des enjeux associés aux besoins des aînés. *Économie et Solidarité*, 41(1-2), 88-103. <https://doi.org/10.7202/1008823ar>
- Binney, E. A., Estes, C. L. et Ingman. (1990). Medicalization, public policy and the elderly: Social services in jeopardy? *Social Science & Medicine*, 30(7), 761-771. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(90\)90199-3](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90199-3)
- Brotman, S. (2003). The primacy of family in elder care discourse. *Journal of Gerontological Social Work*, 38(3), 19-52. https://dx.doi.org/10.1300/J083v38n03_03
- Brotman, S., Ferrer, I., Sussman, T., Ryan, B. et Richard, B. (dir.). (2015). *Access and equity in the design and delivery of health and social care to LGBTQ older adults: A Canadian perspective*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Brotman, S., Ryan, B., Collins, S., Chamberland, L., Cormier, R., Julien, D., . . . Richard, B. (2007). Coming out to care: Caregivers of gay and lesbian seniors in Canada. *The Gerontologist*, 47(4), 490-503. <https://doi.org/10.1093/geront/47.4.490>
- Burns, V. (2015). *Oscillating in and out of place across housed-homeless trajectories: Experiences of newly homeless older adults in Montreal, Quebec*. (Thèse de doctorat inédite), McGill University, Montréal. Repéré à https://digitool.Library.McGill.CA:80/R/-?func=dbin-jump-full&object_id=135386&silolibrary=GEN01
- Burns, V. (2016). Oscillating in and out of place: Experiences of older adults residing in homeless shelters in Montreal, Quebec. *Journal of Aging Studies*, 39, 11-20. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2016.08.001>
- Burns, V., Grenier, A., Lavoie, J.-P., Rothwell, D. et Sussman, T. (2012). Les personnes âgées itinérantes — invisibles et exclues. Une analyse de trois stratégies pour contrer l'itinérance. *Frontières*, 25(1), 31-56. <https://doi.org/10.7202/1018230ar>
- Carbonneau, H., Sévigny, A., Lavoie, M., Raymond, É., Beaulieu, M., Éthier, S. et Beauchamp, J. (2013). La participation sociale, pour ajouter de la vie aux années : contributions de l'axe Interaction et soutien social du RQRV / Social participation, adding life to years : RQRV Interaction and social support group's contributions. *Médecine, Sciences, Amérique*, 2(3), 37-51.

- Carpentier, N., Bernard, P., Grenier, A. et Guberman, N. (2010). Using the life course perspective to study the entry into the illness trajectory: The perspective of caregivers of people with Alzheimer's disease. *Social Science & Medicine*, 70(10), 1501-1508.
- Carrier, M., Séguin, A.-M., Apparicio, P. et Crouse, D. (2013). Les résidences pour personnes âgées de l'île de Montréal appartenant aux parcs social et privé : une exposition inéquitable à la pollution de l'air ? *Cahiers de géographie du Québec*, 57(161), 239-256. <https://doi.org/10.7202/1024903ar>
- Carvalhais, S. M. M., Lima-Costa, M. F., Peixoto, S. V., Firmo, J. O. A., Castro-Costa, E. et Uchoa, E. (2008). The influence of socio-economic conditions on the prevalence of depressive symptoms and its covariates in an elderly population with slight income differences: The Bambuí Health and Aging Study (BHAS). *International Journal of Social Psychiatry*, 54(5), 447-456. <https://doi.org/10.1177/0020764008090792>
- Cerin, E., Nathan, A., van Cauwenberg, J., Barnett, D. W. et Barnett, A. (2017). The neighbourhood physical environment and active travel in older adults: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14, 15. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0471-5>
- Chappell, N. L. (2011). *Population aging and the evolving care needs of older Canadians. An overview of the policy challenges*. Montréal: Institute for Research on Public Policy.
- Charpentier, M., Guberman, N., Billette, V., Lavoie, J.-P., Grenier, A. et Olazabal, I. (dir.). (2010). *Vieillir au pluriel : perspectives sociales*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. (2009). *Le vieillissement de la population, un phénomène à valoriser : rapport final*. Ottawa: Comité sénatorial spécial sur le vieillissement.
- Couture, M., Ducharme, F. et Lamontagne, J. (2012). The role of health care professionals in the decision-making process of family caregivers regarding placement of a cognitively impaired elderly relative. *Home Health Care Management & Practice*, 24(6), 283-291. <https://doi.org/10.1177/1084822312442675>
- Couture, M. et Marier, P. (2015). Soutien aux proches-aidants : composer avec la réalité québécoise. *Vie et vieillissement*, 13(2), 5-12.
- Dannefer, D. (2003). Cumulative advantage/disadvantage and the life course: Cross-fertilizing age and social science theory. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(6), S327-S337. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.6.S327>
- Dassel, K. B. et Carr, D. C. (2016). Does dementia caregiving accelerate frailty? Findings from the Health and Retirement Study. *The Gerontologist*, 56(3), 444-450. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu078>
- Doll, G. A. (2012). *Sexuality and long-term care: Understanding and supporting the needs of older adults*. Baltimore, MD: Health Professions Press.
- Estes, C. L. et Binney, E. A. (1989). The biomedicalization of aging: Dangers and dilemmas. *The Gerontologist*, 29(5), 587-596. <https://doi.org/10.1093/geront/29.5.587>
- Éthier, S. et Carbonneau, H. (2016). Soutenir la participation en loisir des personnes avec des troubles de la mémoire. *Bulletin de l'Observatoire québécois du loisir*, 13(5), 1-4.
- Fast, J. et Dosmas, D. (2014). *Monitizing the costs of eldercare-related employment consequences*. Edmonton: University of Alberta.
- Ferrer, I., Brotman, S. et Grenier, A. (2017). The experiences of reciprocity among Filipino older adults in Canada: Intergenerational, transnational and community considerations. *Journal of Gerontological Social Work*, 60(4), 313-327. <https://doi.org/10.1080/01634372.2017.1327916>
- Ferrer, I., Grenier, A., Brotman, S. et Koehn, S. (2017). Understanding the experiences of racialized older people through an intersectional life course perspective. *Journal of Aging Studies*, 41, 10-17. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2017.02.001>
- Futran, S. et Draper, B. M. (2011). An examination of the needs of older patients with chronic mental illness in public mental health services. *Aging and Mental Health*, 16(3), 327-334. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.628978>
- Gleeson, A. et Hazell, E. (2017). Sexual well-being in cancer and palliative care: An assessment of healthcare professionals' current practice and training needs. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 7(3), 251-254. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2016-001305>

- Golant, S. (2003). Government-assisted rental accommodations: Should they accommodate homeowners with unmet needs? *Maine Policy Review*, 12(2), 36-57.
- Golant, S. M. (2008). Commentary: Irrational exuberance for the aging in place of vulnerable low-income older homeowners. *Journal of Aging & Social Policy*, 20(4), 379-397. <https://doi.org/10.1080/08959420802131437>
- Gott, M. et Hinchliff, S. (2005). Does age affect the perceived importance of sex to quality of life? Dans M. Gott (dir.), *Sexuality, Sexual Health and Ageing*. Maidenhead, England: Open University Press.
- Guberman, N. et Lavoie, J.-P. (2010). Pas des superhéros : des réalités et expériences des proches aidants. Dans M. Charpentier, N. Guberman, V. Billette, J.-P. Lavoie, A. Grenier et I. Olazabal (dir.), *Vieillir au pluriel: perspectives sociales* (p. 281-302). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Guberman, N., Lavoie, J.-P., Blein, L. et Olazabal, I. (2012). Baby boom caregivers: Care in the age of individualization. *The Gerontologist*, 52(2), 210-218. <https://doi.org/10.1093/geront/gnr140>
- Guberman, N., Lavoie, J.-P. et Olazabal, I. (2011). Baby-boomers and the 'denaturalisation' of care-giving in Quebec. *Ageing & Society*, 31(7), 1141-1158. <https://doi.org/10.1017/S0144686X11000419>
- Guberman, N. et Olazabal, I. (2010). Vieillir où et avec qui? Les environnements. Dans M. Charpentier, N. Guberman, V. Billette, J.-P. Lavoie, A. Grenier et I. Olazabal (dir.), *Vieillir au pluriel: perspectives sociales* (p. 265-251). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Gucher, C. (2013). Le vieillissement des populations et des territoires au prisme d'une ruralité transformée. *Gérontologie et société*, 36(146-3), 11-20.
- Haselwandter, E. M., Corcoran, M. P., Folta, S. C., Hyatt, R., Fenton, M. et Nelson, M. E. (2015). The built environment, physical activity, and aging in the United States: A state of the science review. *Journal of Aging and Physical Activity*, 23(2), 323-329. <https://doi.org/10.1123/japa.2013-0151>
- Hébert, B., Chamberland, L. et Chacha Enriquez, M. (2015). *Mieux intervenir auprès des aîné.e.s trans : rapport de recherche*. Montréal: Chaire de recherche sur l'homophobie, Université du Québec à Montréal.
- Hogwood, B. W. et Peters, B. G. (1982). The dynamics of policy change: Policy succession. *Policy Sciences*, 14(3), 225-245. <https://doi.org/10.1007/BF00136398>
- Holstein, M. B. et Minkler, M. (2003). Self, society, and the "New Gerontology". *The Gerontologist*, 43(6), 787-796. <https://doi.org/10.1093/geront/43.6.787>
- Hummel, C. (2002). Les paradigmes de recherche aux prises avec leurs effets secondaires. *Gérontologie et société*, 25(102-3), 41-52. <https://doi.org/10.3917/gs.102.0041>
- Jacobs, J. C., Laporte, A., Van Houtven, C. H. et Coyte, P. C. (2014). Caregiving intensity and retirement status in Canada. *Social Science & Medicine*, 102, 74-82. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.11.051>
- Katz, S. (1996). *Disciplining old age. The formation of gerontological knowledge*. Charlottesville, VA: University Press of Virginia.
- Kempeneers, M., Battigliani, A. et Van Pevenage, I. (2015). *Chiffrer les solidarités familiales* (vol. 4). Montréal: Centre InterActions, CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent-CAU.
- Lavoie, J.-P., Guberman, N., Bickerstaff, J., Blein, L. et Olazabal, I. Les aidantes baby-boomers revendicatrices et des professionnels coincés. Les enjeux d'une reconnaissance. Dans I. Olazabal (dir.), *Que sont les baby-boomers devenus ? Aspects sociaux d'une génération vieillissante*. Québec: Nota Bene.
- Lavoie, J.-P., Guberman, N. et Marier, P. (2014). *La responsabilité des soins aux aînés au Québec : du secteur public au privé*. Montréal: Institut de recherche en politiques publiques.
- Lavoie, J.-P. et Membrado, M. (2014). Prendre soin d'un parent âgé. La part du lien familial, *Vieillesse et vieillissements. Regards sociologiques* (p. 341-352). Rennes: Presses Universitaires de Rennes.
- Lavoie, J.-P. et Van Pevenage, I. (2013). Prendre soin d'un parent âgé vulnérable dans un contexte de modernité, identités et solidarités électives. Dans Barreau du Québec (dir.), *La protection des personnes vulnérables* (p. 117-137). Montréal: Yvon Blais.
- Leibing, A., Guberman, N. et Wiles, J. (2016). Liminal homes: Older people, loss of capacities, and the present future of living spaces. *Journal of Aging Studies*, 37, 10-19. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2015.12.002>
- Leung, M. W., Goldfarb, S. et Dizon, D. S. (2016). Communication about sexuality in advanced illness aligns with a palliative care approach to patient-centered care. *Current Oncology Reports*, 18(2), 11. <https://doi.org/10.1007/s11912-015-0497-2>

- Levasseur, M., Larivière, N., Royer, N., Desrosiers, J., Landreville, P., Voyer, P., . . . Sévigny, A. (2013). Concordance entre besoins et interventions de participation des aînés recevant des services d'aide à domicile : constats et défis d'une étude de cas au Québec. *Gérontologie et société*, 35(143-4), 111-131.
- Levasseur, M., Lefebvre, H., Levert, M.-J., Lacasse-Bédard, J., Desrosiers, J., Therriault, P.-Y., . . . Carbonneau, H. (2016). Personalized citizen assistance for social participation (APIC): A promising intervention for increasing mobility, accomplishment of social activities and frequency of leisure activities in older adults having disabilities. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 64, 96-102. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.01.001>
- Longacre, M. L., Valdmanis, V. G., Handorf, E. A. et Fang, C. Y. (2017). Work impact and emotional stress among informal caregivers for older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 72(3), 522-531. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw027>
- Lord, S., Negron-Poblete, P. et Després, M. (accepté). Vieillir chez soi dans la diversité des formes urbaines et rurales du Québec, Canada. Une exploration des enjeux d'aménagement de territoires vus par leurs habitants. *Retraite et Société*
- Magnusson, L., Nolan, M., Hanson, L., Berthold, H. et Andersson, B. (2001). Developing partnerships with older people and their family carers: The ÄldreVäst Sjuhärads model. *Quality in Ageing and Older Adults*, 2(2), 32-38. <https://doi.org/10.1108/14717794200100015>
- Mahmood, A., Chaudhury, H., Michael, Y. L., Campo, M., Hay, K. et Sarte, A. (2012). A photovoice documentation of the role of neighborhood physical and social environments in older adults' physical activity in two metropolitan areas in North America. *Social Science & Medicine*, 74, 1180-1192.
- Marier, P. (2017). Policy problems, *Oxford Research Encyclopedia of Political Science*. Oxford: Oxford University Press.
- Marier, P. et Revelli, M. (2016). Compassionate Canadians and conflictual Americans? Portrayals of ageism in liberal and conservative media. *Ageing & Society*, 1-22. <https://doi.org/10.1017/S0144686X16000544>
- Marier, P. et Van Pevenage, I. (2017). Three competing interpretations of policy problems: Tame and wicked problems through the lenses of population aging. *Policy and Society*, 36(3), 430-445.
- Marois, G., Lord, S. et Negron-Poblete, P. (accepté). Analyzing the residential mobility of seniors among different residential forms in urban and rural regions: A case study in Québec, Canada. *Journal of Housing for the Elderly*
- McDaniel, S. et Bernard, P. (2011). Life course as a policy lens: Challenges and opportunities. *Canadian Public Policy*, 37, S1-S13. <https://doi.org/10.1353/cpp.2011.0005>
- Mendes, F. R. (2013). Active ageing: A right or a duty? *Health Sociology Review*, 22(2), 174-185.
- Ministère de la Famille. (2015). *La famille en valeur : Rapport annuel 2014-2015*. Québec: Ministère de la Famille.
- Ministère de la Famille et Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017a). *Politique Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec. Élaboration du plan d'action 2018-2023. Appel de mémoires. Document de consultation*. Québec: Ministère de la Famille.
- Ministère de la Famille et Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017b). *Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec. Bilan du plan d'action 2012-2017* Québec: Ministère de la Famille
- Ministère de la Famille et des Aînés et Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). *Vieillir et vivre ensemble : chez soi, dans sa communauté, au Québec*. Québec: Ministère de la Famille et des Aînés.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2013). *Manuel d'application. Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés. Document maître*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003). *Chez soi : le premier choix : la politique de soutien à domicile*. Québec: Santé et services sociaux.
- Negron-Poblete, P. (2015). Se déplacer en banlieue lorsqu'on est une femme âgée : une mobilité sous contraintes. Dans S. Lord, P. Negron-Poblete et J. Torres (dir.), *Mobilité et exclusion, quelles relations?* (p. 193-224). Québec: Presse de l'Université Laval.

- Negron-Poblete, P. et Séguin, A.-M. (sous presse). L'usage généralisé de l'automobile chez les personnes âgées : choix ou contrainte ? Dans V. Billette, P. Marier et A.-M. Séguin (dir.), *Le vieillissement sous la loupe : entre mythes et réalités*. Québec: Presses de l'Université Laval.
- New York City. (2009). *Age Friendly NYC. Enhancing our city's livability for older New Yorkers*. New York: Council of the City of New York.
- Nolan, M., Hanson, E., Magnusson, L. et Andersson, B.-A. (2003). Gauging quality in constructivist research: The Äldre Väst Sjuhärad model revisited. *Quality in Ageing and Older Adults*, 4(2), 22-27. <https://doi.org/10.1108/14717794200300010>
- Nour, K., Dallaire, B., Regenstreif, A., Hébert, M. et Moscovitz, N. (2010). Santé mentale et vieillissement. Dans M. Charpentier, N. Guberman, V. Billette, J.-P. Lavoie, A. Grenier et I. Olazabal (dir.), *Vieillir au Pluriel : perspective sociales* (p. 135-160). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Organisation mondiale de la santé. (2002). *Vieillir en restant actif. Cadre d'orientation*. Genève: OMS.
- Orzeck, P. (2016). Identities in transition: Women caregivers in bereavement. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 12(1-2), 145-161. <https://doi.org/10.1080/15524256.2016.1165162>
- Parisien, M., Nour, K., Belley, A.-M., Billette, V., Aubin, G. et Regenstreif, A. (2017). *Participe-présent. Promouvoir la participation communautaire et la santé mentale des aînés*. Montréal: CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- Pinquart, M. et Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18(2), 250-267. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.250>
- Plouffe, L., Garon, S., Brownoff, J., Eve, D., Foucault, M.-L., Lawrence, R., . . . Toews, V. (2013). Advancing Age-Friendly Communities in Canada. *Canadian Review of Social Policy*, 68-69, 24-38.
- Pluriâges. (2013). Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur la sexualité... des aînés. *Pluriâges*, 4(1 numéro spécial)
- Préville, M., Boyer, R., Grenier, S., Dubé, M., Voyer, P., Puntì, R., . . . Brassard, J. (2008). The epidemiology of psychiatric disorders in Québec's older adult population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(12), 822-832. <https://doi.org/10.1177/070674370805301208>
- Protecteur du Citoyen. (2017). *Rapport annuel d'activités 2016-2017*. Québec: Assemblée nationale.
- Putman, R. D. (1996). The strange disappearance of civic America. *American Prospect*, Hiver, 34-48.
- Québec. (2017). *Loi sur l'aménagement et l'urbanisme*. Québec: Éditeur officiel du Québec Repéré à <https://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/A-19.1>.
- Quesnel-Vallée, A., Willson, A. et Reiter-Campeau, S. (2015). Health inequalities among older adults in developed countries: Reconciling theories and policy approaches. Dans L. K. George, K. F. Ferraro, D. S. Carr, J. M. Wilmoth et D. Wolf (dir.), *Handbook of Aging and the Social Sciences* (8th éd., p. 483-502). Amsterdam, Netherlands: Elsevier/Academic Press.
- Raymond, É. (2013). *Les discours et les pratiques de participation sociale d'aînés handicapés : exploration critique d'un carrefour peu fréquenté*. McGill University, Montréal. Repéré à <https://digitool.library.mcgill.ca/thesisfile123144.pdf>
- Raymond, É. et Grenier, A. (2013). Participation in policy discourse: New form of exclusion for seniors with disabilities? *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 32(2), 117-129. <https://doi.org/10.1017/S0714980813000135>
- Raymond, É., Grenier, A. et Hanley, J. (2014). Community participation of older adults with disabilities. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 24(1), 50-62. <https://doi.org/10.1002/casp.2173>
- Raymond, É., Grenier, A. et Lacroix, N. (2016). La participation dans les politiques du vieillissement au Québec : discours de mise à l'écart pour les aînés ayant des incapacités ? *Développement humain, handicap et changement social*, 22(1), 5-21. <https://doi.org/10.7202/1038581ar>
- Raymond, É., Lacroix, N. et Beaudry, D. Pour des milieux participatifs plus inclusifs envers les aînés : Parce que la participation sociale est favorable à la santé mentale. *Vie et vieillissement*, 12(4), 5-13.
- Raymond, É., Sévigny, A., Lavoie, M., Coimbra, M., de Almeida, F. et Cabral, M. V. (2015). Participation sociale des aînés entre définitions, actions et pouvoirs. Dans J.-P. V. Durandal, É. Raymond, T. Moulart

- et M. Charpentier (dir.), *Droits de vieillir et citoyenneté des aînés: Pour une perspective internationale* (vol. 76). Québec, Québec: Les Presses de l'Université du Québec.
- Ribes, G. (2009). *Sexualité et vieillissement : comprendre et anticiper les évolutions*. Lyon: Chronique sociale.
- Rosenberg, M. W. (1999). Vieillir au Canada : les collectivités riches et les collectivités pauvres en services. *Horizons*, 2, 18.
- Roult, R., Carbonneau, H., St-Onge, M., Brunet, I., Belley-Ranger, É. et Adjizian, J.-M. (2017). Leisure for People with Disabilities in Rural Quebec. *Societies*, 7(22)
- Ryser, L. et Halseth, G. (2012). Resolving mobility constraints impeding rural seniors' access to regionalized services. *Journal of Aging & Social Policy*, 24(3), 328-344. <https://doi.org/10.1080/08959420.2012.683329>
- SCHL - Société canadienne d'hypothèques et de logements (dir.) (2017). *Rapport sur les résidences pour personnes âgées, Québec*. Ottawa: Société canadienne d'hypothèques et de logement.
- Séguin, A.-M. (2011). Le rôle des municipalités dans le soutien à une population vieillissante: vers une reconfiguration du système de soutien aux aînés. *Diversité urbaine*, 11(1), 39-58. <https://doi.org/10.7202/1007743ar>
- Séguin, A.-M., Billette, V. et Guay-Charrette, A. (2015). Avoir sa place. Les aînés prennent la parole. *Exposition itinérante. Équipe VIES*
- Séguin, A.-M., Gagnon, E., Dallaire, B., Van Pevenage, I., Tourigny, A., Sévigny, A., . . . Guilmain, A. (dir.). (sous presse). *Des besoins aux ressources. Diversité des milieux et des stratégies déployées par les personnes âgées. Rapport de recherche. Programme Actions concertées, Vieillesse de la population du Québec et ses enjeux socio-économiques et de santé. FRQSC*.
- Séguin, A.-M. et Germain, A. (2000). The social sustainability of Montreal: A local or state matter?, *The Social Sustainability of Cities: Diversity and the Management of Change* (p. 39-67). Toronto: University of Toronto Press.
- Seniors' Secretariat. (2005). *Strategy for Positive Aging in Nova Scotia*. Halifax: Province of Nova Scotia.
- Stephens, C. (2016). From success to capability for healthy ageing: Shifting the lens to include all older people. *Critical Public Health*, 27(4), 490-498. <https://doi.org/10.1080/09581596.2016.1192583>
- Sugiyama, T. et Thompson, C. W. (2007). Outdoor environments, activity and the well-being of older people: Conceptualising environmental support. *Environment and Planning A*, 39(8), 1943-1960. <https://doi.org/10.1068/a38226>
- Sussman, T. et Regehr, C. (2009). The influence of community-based services on the burden of spouses caring for their partners with dementia. *Health and Social Work*, 34(1), 29-39. <https://doi.org/10.1093/hsw/34.1.29>
- Trépanier, J. (2011). *Santé mentale et vieillissement. Recueil de réflexions et de pratiques observées en matière de services à offrir aux personnes âgées présentant une problématique de santé mentale. Document d'information, Plan de mise en oeuvre à Montréal - Phase III*.
- Trydegård, B. et Thorslund, M. (2001). Inequality in the welfare state ? Local variation in care of elderly – The case of Sweden *International Journal of Social Welfare*, 10, 174-184. <https://doi.org/10.1111/1468-2397.00170>
- Turcotte, M. (2012). *Profil des habitudes liées au transport chez les aînés*. (n° 93 produit 11-008-X au catalogue de Statistique Canada).
- Turcotte, P.-L., Larivière, N., Desrosiers, J., Voyer, P., Champoux, N., Carbonneau, H., . . . Levasseur, M. (2015). Participation needs of older adults having disabilities and receiving home care: met needs mainly concern daily activities, while unmet needs mostly involve social activities. *BMC Geriatrics*, 15, 95. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0077-1>
- Van Pevenage, I. et Couture, M. (2015). Des ateliers psychoéducatifs pour des aidants qui accompagnent un proche en soins palliatifs à domicile. *Vie et vieillissement*, 13(2), 29-34.
- Vandersmissen, M.-H. (2015). Mobilité et espaces d'activité des 65 ans et plus dans la région de Québec, *Mobilité et exclusion, quelles relations?* (p. 193-224). Québec: Presse de l'Université Laval.
- Wallach, I. (2012). Le vieillissement et sa diversité (numéro édité par I Wallach). *Frontières*, 25(1)

- Wallach, I. et Brotman, S. (2013). Ageing with HIV/AIDS: A scoping study among people aged 50 and over living in Quebec. *Ageing and Society*, 33(7), 1212-1242. <https://doi.org/10.1017/S0144686X12000529>
- Wiebe, I. (2017). *Perceptions et pratiques d'utilisation des services et équipements des aînés à Montréal. Thèse de doctorat sous évaluation*. Institut national de recherche scientifique - Urbanisation, culture et société, Montréal.
- Wiles, J. L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J. et Allen, R. E. S. (2012). The meaning of “Aging in Place” to older people. *The Gerontologist*, 52(3), 357-366. <https://doi.org/10.1093/geront/gnr098>
- Wilkins, K. (2003). Social support and mortality in seniors. *Health Reports*, 14(3), 21-34.