



**Consultations sur les répercussions
sociales et économiques de l'âgisme
au Canada :
Rapport « Ce que nous avons entendu »**

Décembre 2023



**Consultations sur les répercussions sociales et économiques de l'âgisme au Canada :
Rapport « Ce que nous avons entendu »**

Les formats en gros caractères, braille, MP3 (audio), texte électronique, et DAISY sont disponibles sur demande en commandant en ligne ou en composant le 1 800 O-Canada (1-800-622-6232). Si vous utilisez un télécriteur (ATS), composez le 1-800-926-9105.

© Sa Majesté le Roi du chef du Canada, 2023

Pour des renseignements sur les droits de reproduction :

droitdauteur.copyright@HRSDC-RHDCC.gc.ca.

PDF

N° de cat. : Em12-102/2023F-PDF

ISBN: 978-0-660-49717-4



Gouvernements participants :

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

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

Remerciements :

Rapport préparé par Laura Kadowaki, Barbara McMillan et Kahir Lalji de United Way British Columbia pour le Forum fédéral, provincial et territorial (FPT) des ministres responsables des aînés. Les opinions exprimées dans le présent rapport peuvent ne pas refléter la position officielle d'une administration en particulier.

Table des matières

Sommaire	3
1. Introduction et avis de non-responsabilité.....	7
2. Contexte de l'âgisme	8
3. Modes de consultation.....	9
4. Expériences générales d'âgisme	14
5. Âgisme et emploi	19
6. Âgisme, santé et soins de santé	27
7. Âgisme et inclusion sociale	36
8. Âgisme, protection et sécurité.....	43
9. Âgisme, médias et médias sociaux	49
10. Stratégies de lutte contre l'âgisme.....	53
11. Références.....	61
Annexe 1. Résumé de la participation aux consultations	63
Annexe 2. Réponses par sous-groupe de population	64
Annexe 3. Programmes, initiatives et stratégies de lutte contre l'âgisme mentionnés dans le questionnaire sur l'âgisme	67
Annexe 4. Programmes, initiatives et stratégies de lutte contre l'âgisme mentionnés dans les tables rondes et les consultations menées par un intervenant	74

Sommaire

Introduction

Le Forum fédéral, provincial et territorial (FPT) des ministres responsables des aînés (le Forum) s'emploie à examiner les répercussions sociales et économiques de l'âgisme sur les personnes âgées au Canada. L'Organisation mondiale de la Santé définit l'âgisme comme suit : « L'âgisme regroupe les stéréotypes (la façon d'envisager l'âge), les préjugés (ce qu'inspire l'âge) et la discrimination (la façon de se comporter), envers soi ou envers autrui en raison de l'âge. » Dans le cadre de ses travaux, le Forum, a mené des consultations auprès des Canadiens afin d'obtenir une meilleure compréhension des répercussions de l'âgisme au niveau individuel et communautaire. Les participants ont présenté leurs commentaires de deux façons : 1) en participant à une consultation lors des tables rondes dirigées par le Forum ou à une consultation dirigée par un intervenant, ou 2) en remplissant un questionnaire sur l'âgisme. Bien que les personnes de tout âge puissent faire l'objet d'âgisme, l'objectif des consultations et du questionnaire était d'en apprendre davantage sur l'âgisme dont les personnes âgées sont victimes. Une personne âgée est définie comme une personne âgée de 55 ans et plus. L'âgisme étant un sujet complexe, cinq thèmes ont été sélectionnés pour faciliter la discussion : 1) l'emploi, 2) la santé et les soins de santé, 3) l'inclusion sociale, 4) la protection et la sécurité et 5) les médias et les médias sociaux.

Entre septembre et novembre 2022, huit tables rondes menées par le Forum et 17 consultations menées par un intervenant ont été organisées partout au Canada, fournissant aux participants l'occasion de discuter de l'âgisme en relation avec les cinq thèmes. Les participants ont eu accès au questionnaire sur l'âgisme du 15 août au 31 octobre 2022. Au total, 2920 questionnaires remplis ont été reçus. Le questionnaire comportait une série de questions fermées, ainsi que des occasions de présenter des histoires personnelles sur les répercussions de l'âgisme.

Le rapport « Ce que nous avons entendu » résume les commentaires recueillis durant les tables rondes menées par le Forum et les consultations menées par un intervenant, ainsi que par le biais du questionnaire sur l'âgisme. Ces commentaires éclaireront un rapport ultérieur sur les options stratégiques, qui sera soumis à l'examen des ministres FPT et qui proposera des approches, des initiatives et des stratégies de lutte contre l'âgisme au Canada.

Expériences générales d'âgisme

Dans le questionnaire sur l'âgisme, les répondants devaient répondre à une question leur demandant s'ils avaient vécu eux-mêmes l'âgisme, et environ la moitié (48,4 %) ont répondu oui. Les contextes les plus courants dans lesquels les répondants ont déclaré avoir été confrontés à l'âgisme sont les milieux publics, les milieux de travail et les milieux de soins de santé. En outre, plus des deux tiers des répondants aux questionnaires (69,9 %) croyaient que l'âgisme avait augmenté au Canada depuis la pandémie de COVID-19.

Âgisme et emploi

Dans les discussions à propos de l'âgisme et de l'emploi, lors des tables rondes et des consultations menées par un intervenant, on a souligné que les stéréotypes à propos des travailleurs âgés causent d'importants torts aux travailleurs âgés. Les stéréotypes à propos des travailleurs âgés peuvent rendre les lieux de travail hostiles, contribuer au refus d'un employeur d'embaucher des travailleurs âgés et pousser les travailleurs âgés à douter de leurs capacités. De plus, les attentes sociétales relatives à la retraite à 65 ans entraînent, chez les travailleurs âgés, un sentiment de pression à prendre leur retraite. Les participants ont également exprimé des préoccupations à propos des politiques et pratiques discriminatoires au travail (p. ex., absence d'accommodements pour les travailleurs âgés, exclusion du régime d'assurance-maladie complémentaire). Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, les participants ont observé les difficultés qu'ont éprouvées certains travailleurs âgés lors de la transition vers le mode de télétravail, alors que ces travailleurs âgés connaissaient moins bien l'environnement numérique et que les employeurs n'offraient pas le soutien adéquat leur permettant de s'adapter à ces changements.

Dans le questionnaire sur l'âgisme, les répondants ont exprimé des préoccupations très importantes à propos : 1) de la discrimination subie par les chercheurs d'emploi âgés au cours des processus d'embauche et 2) du congédiement, de la mise à pied ou de la retraite forcée des travailleurs âgés. Ces préoccupations ont été exprimées dans nombre d'histoires personnelles racontées par les répondants, à propos de travailleurs âgés ayant de la difficulté à se trouver un emploi, ressentant la pression de prendre leur retraite, ayant été victime d'âgisme au travail ou qui ont été congédiés, mis à pied ou forcés à prendre leur retraite.

Âgisme, santé et soins de santé

Les participants aux tables rondes et aux discussions menées par un intervenant étaient particulièrement préoccupés par les attitudes âgistes et les comportements des fournisseurs de soins de santé, ainsi que leurs répercussions négatives sur les personnes âgées. Parmi les préoccupations courantes soulignées, on retrouvait le fait que les personnes âgées étaient ignorées ou traitées avec paternalisme, les fournisseurs de soins de santé présumant que les symptômes étaient uniquement attribuables à l'âge, et les personnes âgées qui ne recevaient pas de soins ou qui avaient eu des traitements différents en raison de leur âge. Les participants ont également évoqué plusieurs obstacles à l'accès aux services de santé qu'ils considéraient comme des exemples d'âgisme systémique dans le domaine des soins de santé : 1) obstacles liés au transport, 2) télémédecine et fossé numérique et 3) obstacles liés à la langue et à la communication. Finalement, les participants ont également discuté de la contribution de l'âgisme à la négligence systémique de longue date des établissements de soins de longue durée et des services de soins à domicile au Canada.

Dans le questionnaire sur l'âgisme, les enjeux qui ont clairement émergé comme étant les préoccupations les plus importantes des répondants sont les suivants : 1) les personnes âgées vues comme un fardeau pour le système de soins de santé, 2) l'absence de mesures prises pour régler les problèmes touchant les établissements de soins de longue durée ou les autres milieux de vie en groupe et 3) l'absence de mesures prises pour régler le problème des services généraux de soins de santé destinés aux personnes âgées. Les répondants ont aussi transmis de nombreuses histoires personnelles qui illustraient les incidences négatives sur la santé attribuables aux attitudes et aux comportements âgistes des fournisseurs de soins de santé. Des exemples fournis décrivaient des personnes âgées qui ont eu un mauvais diagnostic, ont été négligées ou n'ont pas été traitées. Bon nombre de répondants qui ont transmis une histoire croyaient qu'eux ou qu'une personne chère avait reçu des soins différents ou de mauvaises qualités en raison de leur âge et que les patients âgés étaient vus comme étant rejetables ou indignes de recevoir des soins.

Âgisme et inclusion sociale

Les participants aux tables rondes et aux consultations menées par un intervenant ont souligné que les attitudes âgistes au sein de la société nuisaient à l'inclusion sociale des personnes âgées. Les participants ont indiqué que les croyances stéréotypées, l'ignorance et l'exclusion des personnes âgées, ainsi que les gestes discriminatoires peuvent amener les personnes âgées à se sentir non respectées ou malvenues dans la société. Les participants ont également fait remarquer la façon dont l'âgisme entrecroise d'autres formes de préjugés comme le sexisme, le racisme, le capacitisme et l'homophobie. Les participants étaient préoccupés par deux enjeux d'inclusion sociale qui se sont intensifiés de manière importante pendant la pandémie de COVID-19 : 1) l'isolement social et la solitude, et 2) le fossé numérique. En général, il en ressort que des ressources et des soutiens plus importants doivent être fournis pour renforcer les réseaux de soutien social et offrir des activités inclusives afin de prévenir l'isolement social et la solitude. Les participants ont également insisté sur le fait que l'idée préconçue de la société, du gouvernement et des organismes selon laquelle tout le monde peut fonctionner sans difficulté dans un environnement numérique est âgiste et exclut des segments de la population des aînés.

Les principales préoccupations soulevées dans le questionnaire sur l'âgisme concernaient : 1) les programmes, les politiques et les services gouvernementaux qui ne tiennent pas adéquatement compte des besoins des personnes âgées et 2) l'absence de reconnaissance des contributions que les personnes âgées apportent à la société. Dans les histoires personnelles transmises par les répondants, l'absence d'espaces communautaires et d'activités accessibles et inclusives pour les personnes âgées était le thème le plus courant. Les répondants ont également partagé des histoires sur les répercussions négatives que l'insécurité financière et l'absence de soutien pour le vieillissement à domicile ont sur l'inclusion sociale des personnes âgées.

Âgisme, protection et sécurité

Le sujet de protection et de sécurité le plus souvent abordé lors des consultations était la maltraitance des personnes âgées. Les participants ont souligné que l'âgisme contribue aux croyances sociétales selon laquelle la maltraitance des aînés est un sujet de moindre importance par rapport à d'autres types d'abus. Les participants ont également fait remarquer que les ressources pour réagir à ce type de crimes et soutenir les victimes sont très limitées. Une autre préoccupation soulevée par les participants concerne les maisons et les collectivités qui sont souvent mal conçues pour répondre aux besoins des personnes âgées, et le peu d'intérêt accordé à l'accessibilité et la sécurité.

Les principales préoccupations en matière de protection et de sécurité extraites des réponses des répondants au questionnaire étaient 1) l'absence d'accès à un logement abordable, convenable et adéquat pour les personnes âgées, 2) les environnements physiques qui ne sont pas bien conçus pour répondre aux besoins des personnes âgées et 3) les opinions négatives à propos des personnes âgées qui peuvent contribuer à l'abus et la négligence. Dans les histoires personnelles, l'importance de l'accès à un logement abordable et de qualité pour les aînés était un thème majeur. Des liens clairs ont été faits par les répondants entre l'insécurité du logement et l'insécurité financière. Les histoires personnelles illustraient également la nécessité de collectivités accueillantes pour les aînés, dans leur conception, et de la mise en place de mécanismes efficaces de signalement des cas d'abus envers les aînés et d'imputabilité.

Âgisme, médias et médias sociaux

Lors des discussions menées en table ronde et celles menées par un intervenant, le sujet arrivant au premier plan était la façon dont les médias et les médias sociaux perpétuent l'âgisme dans la société. Les personnes âgées sont souvent absentes des médias et des médias sociaux, et lorsqu'elles sont incluses, elles sont habituellement décrites de manière stéréotypée ou négative. Une autre préoccupation soulevée par les participants concernait l'exclusion involontaire des personnes âgées lorsque les informations, les nouvelles et les interactions sociales sont partagées en ligne.

Voici les principales préoccupations liées aux médias et aux médias sociaux relevées par les répondants au questionnaire : 1) le manque de représentation des personnes âgées et de leurs opinions dans les médias et 2) les discussions ou les descriptions dans les médias/médias sociaux qui définissent les personnes âgées comme un fardeau pour la société. Les histoires transmises par les répondants insistaient sur la sous-représentation et les descriptions stéréotypées des personnes âgées dans les médias et les médias sociaux.

Stratégies de lutte contre l'âgisme

Selon les répondants au questionnaire sur l'âgisme, voici les deux thèmes les plus importants que devrait cibler les stratégies, les initiatives ou les programmes de lutte contre l'âgisme : 1) la santé et les soins de santé, et 2) l'inclusion sociale. Dans les

réponses ouvertes du questionnaire et les avis émis lors des tables rondes et des consultations menées par un intervenant, de nombreuses stratégies recommandées pour lutter contre l'âgisme recourent les thèmes de la santé et des soins de santé et de l'inclusion sociale. Voici les principales stratégies décrites par les participants aux consultations et les répondants au questionnaire :

- La mise en œuvre de campagnes de sensibilisation à l'âgisme ou la célébration du vieillissement et des contributions des personnes âgées;
- L'établissement de connexions intergénérationnelles par le biais de programmes intergénérationnels et de modèles d'hébergement;
- L'offre de formation sur les technologies numériques aux personnes âgées;
- L'augmentation du financement des organismes sans but lucratif et des organismes communautaires, reconnus comme fournissant de nombreux programmes sociaux, éducatifs, intergénérationnels et de soutien au vieillissement qui favorisent l'inclusion sociale des personnes âgées;
- La mise en œuvre de stratégies visant à prévenir l'isolement des personnes âgées (p. ex., sensibilisation, fourniture d'informations dans des formats adaptés aux personnes âgées, accès aux transports publics);
- La conception de collectivités-amies des aînés;
- L'élaboration de modèles de soutien au vieillissement à domicile et de logements innovateurs comme solutions de remplacement aux établissements de soins de longue durée;
- Les réformes visant à moderniser les systèmes de soins de santé afin de mieux répondre aux besoins complexes des personnes âgées en matière de soins de santé (p. ex., améliorer la formation sur les soins aux personnes âgées, mettre en œuvre des modèles de soins plus multidisciplinaires, augmenter la durée des rendez-vous);
- La mise en œuvre de stratégies pour encourager l'embauche et la rétention des travailleurs âgés;
- La promotion de représentations positives des personnes âgées dans les médias et les médias sociaux;
- La mise en œuvre d'initiatives de prévention de la maltraitance des personnes âgées.

1. Introduction et avis de non-responsabilité

Le Forum fédéral, provincial et territorial (FPT) des ministres responsables des aînés (le Forum) s'emploie à examiner les répercussions sociales et économiques de l'âgisme

sur les personnes âgées au Canada. Dans le cadre de la priorité relative à l'âgisme, le Forum a déterminé une série de produits livrables à publier au cours de son cycle de travail 2018-2021, notamment le rapport « Ce que nous avons entendu ». Dans le cadre des travaux, des tables rondes menées par le Forum et des consultations menées par un intervenant, ainsi qu'un questionnaire, ont été entrepris pour mieux comprendre les répercussions de l'âgisme au plan individuel et au plan collectif. Un [Guide de discussion](#) a été préparé pour fournir un contexte aux participants aux consultations et aux répondants au questionnaire sur le sujet de l'âgisme. Bien que les personnes de tout âge puissent faire l'expérience de l'âgisme, l'objectif des consultations et du questionnaire était d'en apprendre davantage sur l'âgisme dont les personnes âgées sont victimes. Une personne âgée est définie comme une personne âgée de 55 ans et plus. L'âgisme étant un sujet complexe, cinq thèmes ont été sélectionnés pour faciliter la discussion :

- Emploi;
- Santé et soins de santé;
- Inclusion sociale;
- Protection et sécurité;
- Médias et médias sociaux.

Le rapport « Ce que nous avons entendu » résume les commentaires recueillis durant les tables rondes menées par le Forum et les consultations menées par un intervenant, ainsi que par le biais du questionnaire sur l'âgisme. Ces commentaires, avec ce rapport, vont contribuer à l'élaboration d'un rapport ultérieur sur les options de politiques stratégiques, qui sera soumis à l'examen des ministres FPT et qui proposera des approches, des initiatives et des stratégies de lutte contre l'âgisme au Canada.

Le contenu du présent document ne représente pas nécessairement le point de vue du gouvernement du Canada, des gouvernements provinciaux et territoriaux, du forum des ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux (FPT), des ministères et organismes participants ou des employés du gouvernement.

2. Contexte de l'âgisme

L'Organisation mondiale de la Santé définit l'âgisme comme « les stéréotypes (la façon d'envisager l'âge), les préjugés (ce qu'inspire l'âge) et la discrimination (la façon de se comporter) envers soi ou envers autrui en raison de l'âge¹ ». Les stéréotypes sont des croyances généralisées à l'égard d'un groupe de personnes. L'autoâgisme peut survenir si les personnes âgées acceptent les stéréotypes et les opinions négatives qui les visent. L'âge n'est qu'un aspect de l'identité d'une personne et les expériences d'âgisme peuvent être influencées par d'autres caractéristiques comme le sexe et l'ethnicité.

L'âgisme peut prendre plusieurs formes. Parmi les exemples d'âgisme, mentionnons :

- Les blagues à propos de l'âge d'une personne et les plaisanteries à propos des personnes âgées en général;

- La représentation stéréotypée ou négative des personnes âgées dans les médias;
- Les politiques des milieux de travail ou des soins de santé qui sont discriminatoires à l'égard des personnes âgées;
- Les personnes âgées qui sont traitées avec condescendance, ignorées ou insultées;
- La présomption qu'une personne âgée est incapable de prendre ses propres décisions.

L'âgisme est un vaste domaine d'étude puisque la recherche démontre qu'il est associé à plusieurs effets négatifs pour les personnes âgées, comme la réduction de la longévité, la pauvreté et l'insécurité financière, les conséquences néfastes pour la santé et la perte de l'estime de soi et de la confiance^{1, 2}.

3. Modes de consultation

3.1 Tables rondes et consultations menées par un intervenant

3.1.1 Tables rondes et consultations menées par un intervenant : Modes et analyse

Entre septembre et novembre 2022, des tables rondes menées par le Forum et des consultations menées par un intervenant sur l'âgisme ont été tenues dans l'ensemble du pays. Ces consultations ont eu lieu en mode virtuel ou en personne. Toutes les consultations portaient sur l'âgisme et étaient articulées autour des cinq thèmes. Les questions suivantes ont guidé les discussions pour chaque thème :

- 1) Quels sont les problèmes d'âgisme les plus importants liés à chacun des thèmes?
- 2) Quelles répercussions la pandémie de COVID-19 a-t-elle eues sur l'âgisme selon chacun des thèmes?
- 3) Quels sont les efforts qui fonctionnent actuellement pour lutter contre l'âgisme selon chacun des thèmes?
- 4) Que pourrait-on faire de plus (p. ex., nouvelles stratégies, initiatives ou programmes) pour mieux lutter contre l'âgisme dans le cadre de chacun des thèmes, et qui devrait y participer?

Les tables rondes organisées par le Forum étaient dirigées par un animateur contractuel. Les organismes d'intervenants ont également été invités à tenir leurs propres consultations. Une [Trousse de consultation](#) a été élaborée et mise à la disposition des organismes d'intervenants qui souhaitaient tenir leurs propres consultations. Les preneurs de notes affectés aux consultations lors des tables rondes et des consultations menées par un intervenant ont enregistré les points clés des discussions, et les notes ont été soumises au Forum. L'analyse des notes provenant des tables rondes et des consultations menées par les intervenants a été réalisée à l'aide du programme d'analyse de données qualitatives NVivo. Pour chaque sujet, les principaux thèmes ont été relevés dans les notes.

3.1.2 Tables rondes et consultations menées par un intervenant : Échantillon

Au total, huit tables rondes menées par le Forum ont été organisées : 1) Terre-Neuve-et-Labrador; 2) Alberta; 3) Colombie-Britannique; 4) Saskatchewan; 5) Ontario; 6) Manitoba; 7) Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick et Île-du-Prince-Édouard; et 8) Yukon, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut (voir l'annexe 1, tableau 1A, pour plus de détails). Sept tables rondes ont eu lieu virtuellement et une, en personne. Au total, 108 personnes ont participé aux tables rondes et le nombre de participants à chaque consultation allait de 8 à 20.

Au total, 17 consultations menées par un intervenant ont été organisées à l'échelle nationale par des organisations en Colombie-Britannique (n = 6), en Alberta (n = 4), en Ontario (n = 2), au Québec (n = 2), au Manitoba (n = 1), en Nouvelle-Écosse (n = 1) et à l'Île-du-Prince-Édouard (n = 1) (voir l'annexe 1, tableau 1B, pour plus de détails). Au total, 457 personnes ont participé aux consultations menées par les intervenants et le nombre de participants à chacune allait de 6 à 90. Deux des consultations menées par les intervenants ciblaient des populations spécifiques de personnes intéressées (aînés autochtones et personnes âgées immigrantes). Le Forum a mené une campagne de sensibilisation ciblée auprès de huit organisations autochtones afin d'encourager leur participation; le Secrétariat FTP a rencontré deux de ces organisations pour aborder les consultations et un groupe a fourni des témoignages anecdotiques, bien qu'il n'y ait pas eu d'engagement formel.

3.1.3 Tables rondes et consultations menées par un intervenant : Limites

Certaines limites de l'approche de consultation doivent être mentionnées. La majorité des tables rondes menées par le Forum se sont déroulées virtuellement, ce qui a pu limiter la capacité des participants à communiquer les uns avec les autres dans les discussions. Puisque les consultations menées par les intervenants dépendaient de l'intérêt des groupes d'intervenants, certaines provinces et certains territoires, ainsi que des groupes de population, ont été sous-représentés. Dans les commentaires des organisateurs des consultations menées par les intervenants, il a été également souligné que le temps accordé à la discussion de tous les thèmes et aux questions soulevées pendant certaines consultations était inadéquat.

3.2 **Questionnaire sur l'âgisme**

3.2.1 Questionnaire : Modes et analyse

Les répondants ont eu accès au questionnaire sur l'âgisme du 15 août au 31 octobre 2022. Le questionnaire était ouvert à toute personne ayant un intérêt pour le sujet de l'âgisme et les participants pouvaient y répondre en anglais ou en français. Le questionnaire était accessible en ligne ou une version papier pouvait être téléchargée, imprimée, remplie et postée. Au total, 2 920 questionnaires remplis ont été reçus : 1 387 réponses en anglais (47,5 %) et 1 533 réponses en français (52,5 %). De plus, 73 histoires et présentations sur l'âgisme ont été transmises par courriel et par la plateforme de partage d'histoire (53 en anglais [72,6 %], 20 en français [27,4 %]).

Des statistiques descriptives (p. ex., nombres, pourcentages) ont été calculées pour les questions fermées à l'aide du programme de statistique SPSS. Des corrélations ont

également été calculées pour présenter les réponses des sous-populations spécifiques. Tous les pourcentages ont été arrondis à une décimale près. Les réponses aux questions ouvertes ont été analysées à l'aide du programme d'analyse de données qualitative NVivo. Les principaux thèmes ont été relevés dans les histoires et les commentaires. En raison du grand nombre d'histoires reçues, bien qu'elles aient toutes été lues, il était seulement possible d'en inclure un petit nombre dans le présent rapport. Pour protéger la confidentialité des répondants, le nom des personnes, des organismes ou des lieux a été retiré des histoires qui sont incluses dans le présent rapport.

3.2.2 Questionnaire : Caractéristiques d'échantillon

Les réponses au questionnaire provenaient de toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception du Nunavut. La majorité des participants résidaient au Québec, en Ontario ou en Colombie-Britannique. Le tableau 1 présente une ventilation des répondants par province ou territoire de résidence (la population totale des provinces et territoires est également indiquée aux fins de comparaison). D'après les commentaires des répondants, la forte réponse du Québec (n = 1 625, 55,7 %) était probablement attribuable aux efforts de la FADOQ (autrefois la Fédération de l'Âge d'Or du Québec), un organisme de défense des intérêts, qui a fait la promotion du sondage auprès de ses membres. Trois quarts des répondants vivaient dans une collectivité urbaine (n = 2 187, 74,9 %), un quart vivait dans une collectivité rurale (n = 714, 24,5 %) et un petit nombre (n = 19, 0,7 %) a préféré ne pas répondre.

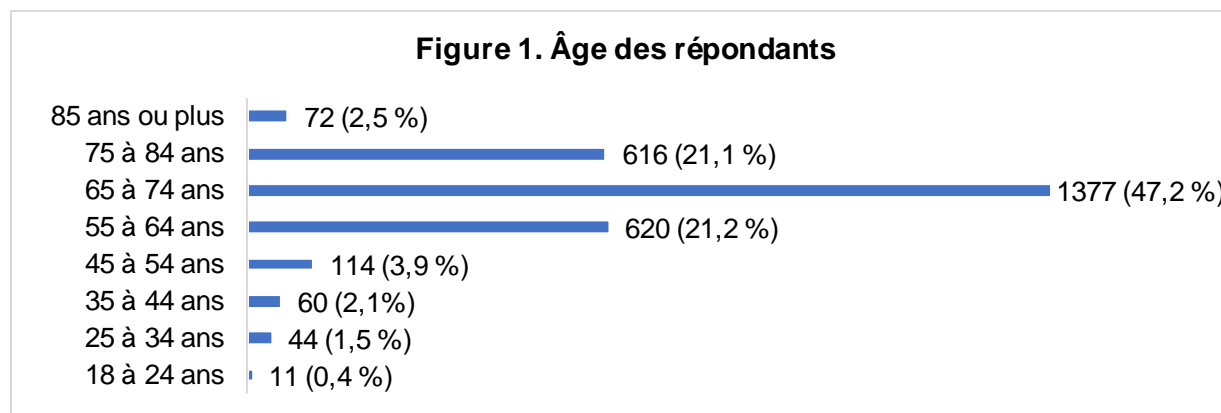
Tableau 1. Province ou territoire de résidence des répondants

Province ou territoire	Population (2021)	% de la population canadienne (2021)	Nombre de répondants	% de répondants
Québec	8 501 833	23,0 %	1 625	55,7 %
Ontario	14 223 942	38,5 %	615	21,1 %
Colombie-Britannique	5 000 879	13,5 %	295	10,1 %
Alberta	4 262 635	11,5 %	134	4,6 %
Manitoba	1 342 153	3,6 %	74	2,5 %
Nouvelle-Écosse	969 383	2,6 %	48	1,6 %
Saskatchewan	1 132 505	3,1 %	39	1,3 %
Terre-Neuve-et-Labrador	510 550	1,4 %	21	0,7 %
Nouveau-Brunswick	775 610	2,1 %	16	0,5 %
Île-du-Prince-Édouard	154 331	0,4 %	15	0,5 %
Yukon	40 232	0,1 %	7	0,2 %
Territoires du Nord-Ouest	41 070	0,1 %	4	0,1 %
Nunavut	36 858	0,1 %	0	0,0 %

Remarque : Puisque les chiffres ont été arrondis, il est possible que le total ne donne pas 100 %.

Le questionnaire était ouvert aux répondants de tous âges. La majorité des répondants étaient âgés de 55 ans et plus (n = 2 685, 92,0 %), le plus grand nombre appartenant au groupe des 65 à 74 ans (voir la figure 1). À la question sur leur identification au terme « aîné » (*senior*) ou « personne âgée » (*older adult*), les participants n'ont pas exprimé une préférence claire (voir le tableau 2). Toutefois, parmi les répondants anglophones, un plus grand nombre préférait le terme *older adult* (personne âgée) alors

que chez les répondants francophones, un plus grand nombre préférait le terme aîné (*senior*) plutôt que personne âgée (*older adult*). Le plus souvent, les répondants indiquaient qu'ils répondaient au questionnaire parce qu'ils avaient été touchés par l'âgisme en tant qu'aînés (n = 1 280, 43,8 %), témoin d'âgisme envers une personne âgée (n = 1 125, 38,5 %) ou aidant naturel non rémunéré ou bénévole (n = 769, 26,3 %) (voir le tableau 3).



Remarques : Puisque les chiffres ont été arrondis, il est possible que le total ne donne pas 100 %. Six répondants (0,2%) ont préféré ne pas répondre.

Tableau 2. Terminologie privilégiée

Terminologie	Nbre total de réponses	% des réponses totales	Nbre de réponses en anglais	% de réponses en anglais	Nbre de réponses en français	% de réponses en français
Older adult / personne âgée	571	19,6 %	434	31,3 %	137	8,9 %
Senior / aîné	741	25,4 %	218	15,7 %	523	34,1 %
Aîné ou personne âgée	812	27,8 %	457	32,9 %	355	23,2 %
Autre	129	4,4 %	77	5,6 %	52	3,4 %
Ne s'applique pas.	633	21,7 %	187	13,5 %	446	29,1 %
Je préfère ne pas répondre.	34	1,2 %	14	1,0 %	20	1,3 %

Remarques : L'échantillon comptait 2 920 réponses (1 387 réponses en anglais et 1 533 réponses en français). Les termes les plus fréquents correspondant à « Autre » étaient « adulte », « personne » et « elder » en anglais. Puisque les chiffres ont été arrondis, il est possible que le total ne donne pas 100 %.

Tableau 3. Rôle des répondants

Rôle	Nombre	Pourcentage
Personne qui a été touchée par l'âgisme en tant que personne âgée.	1 280	43,8 %
Personne qui a été témoin d'âgisme contre des personnes âgées.	1 125	38,5 %
Aidant naturel ou bénévole (non rémunéré pour le service fourni).	769	26,3 %
Employé ou représentant d'un organisme qui représente et soutient les personnes âgées (p. ex., organisme de défense des intérêts, centre pour personnes âgées, services communautaires).	345	11,8 %

Personne payée pour fournir des soins directs aux personnes âgées à domicile, dans un milieu de vie de groupe (p. ex., un foyer de soins de longue durée, une résidence avec services) ou dans d'autres milieux de soins.	133	4,6 %
Intervenant ou partenaire de secteurs comme le milieu universitaire, l'administration de la santé, les finances, le droit ou tout autre ordre de gouvernement (fédéral, provincial/territorial, municipal et autochtone).	135	4,6 %
Autre	211	7,2 %
N'est pas applicable ou je préfère ne pas répondre.	435	14,9 %

Remarques : Le total des pourcentages ne donne pas 100 % puisqu'il était possible de choisir plusieurs réponses. La réponse la plus courante de la catégorie « Autre » était une « personne âgée qui n'avait pas été victime d'âgisme » (n = 178).

Un plus grand nombre de femmes (n = 2 064, 70,7 %) que d'hommes (n = 828, 28,4 %) ont répondu au questionnaire. Un petit nombre de répondants se sont désignés comme non binaires (n = 11, 0,4 %), bispirituels (n = 2, 0,1 %), ont préféré se déclarer autrement (n = 2, 0,01 %) ou ont préféré ne pas répondre (n = 13, 0,4 %). Les renseignements sur le pourcentage de répondants autochtones ou appartenant à un groupe minoritaire sont résumés au tableau 4.

Tableau 4. Répondants autochtones et répondants appartenant à un groupe minoritaire

Groupe de répondants	Nombre	Pourcentage
Personne avec incapacité	294	10,1 %
Membre d'un groupe ethnoculturel ou d'une minorité visible.	181	6,2 %
Membre d'une communauté de langue officielle en situation minoritaire.	131	4,5 %
Membre de la communauté 2SLGBTQ+.	117	4,0 %
Personnes autochtones.	51	1,7 %

Remarques : Parmi les répondants autochtones, 30 se sont identifiés comme des citoyens métis, 19 comme des membres des Premières Nations et deux comme Inuits/Inuk. Un membre d'une communauté de langue officielle en situation minoritaire est considéré comme étant d'une communauté francophone à l'extérieur du Québec et/ou d'une communauté anglophone au Québec.

En général, les répondants avaient tendance à avoir des niveaux élevés d'études, soit environ six sur dix (n = 1713, 58,7 %) ayant un diplôme de premier cycle ou de deuxième cycle (voir le tableau 5).

Tableau 5. Le plus haut niveau d'études complété par les répondants

Le plus haut niveau d'études complété	Nombre	Pourcentage
Pas de diplôme d'études secondaires.	33	1,1 %
Diplôme d'études secondaires ou l'équivalent.	275	9,4 %
Certificat ou diplôme d'apprenti ou d'une école de métiers.	104	3,6 %
Études collégiales, cégep ou universitaires partielles.	389	13,3 %
Certificat d'un collège, d'un cégep ou d'une université.	385	13,2 %

Diplôme collégial ou de premier cycle universitaire.	826	28,3 %
Diplôme d'études supérieures.	887	30,4 %
Je préfère ne pas répondre.	21	0,7 %

Remarques : Puisque les chiffres ont été arrondis, il est possible que le total ne donne pas 100 %.

Plus des deux tiers des répondants étaient à la retraite (n = 1 970, 67,5 %) (voir le tableau 6).

Tableau 6. Situation professionnelle des répondants

Situation professionnelle	Nombre	Pourcentage
À la retraite	1 970	67,5 %
Travailleur à temps plein	470	16,1 %
Travailleur à temps partiel	232	7,9 %
Travailleur indépendant	116	4,0 %
Sans emploi	58	2,0 %
Étudiant	10	0,3 %
Autre	52	1,8 %
Je préfère ne pas répondre.	12	0,4 %

Remarques : Puisque les chiffres ont été arrondis, il est possible que le total ne donne pas 100 %. Les réponses les plus courantes de la catégorie « Autre » étaient en congé d'invalidité ou en congé de maladie (n = 26) ou aidant naturel non rémunéré, personne au foyer ou bénévole (n = 20).

3.2.3 Questionnaire : Limites

Certaines limites du questionnaire sur l'âgisme doivent être soulignées. Premièrement, certains groupes de personnes âgées étaient sous-représentés dans l'échantillon du questionnaire, notamment les hommes, les personnes ayant un niveau de scolarité moins élevé, les personnes les plus âgées (soit les personnes âgées de 85 ans et plus), les membres des groupes ethnoculturels ou des minorités visibles, les personnes autochtones et les personnes âgées de certaines provinces et de certains territoires. En outre, les résidents du Québec étaient nettement surreprésentés. Deuxièmement, en raison de l'accessibilité du questionnaire, soit principalement en ligne, les personnes âgées qui n'ont pas accès à Internet ou qui préfèrent ne pas utiliser Internet sont probablement sous-représentées.

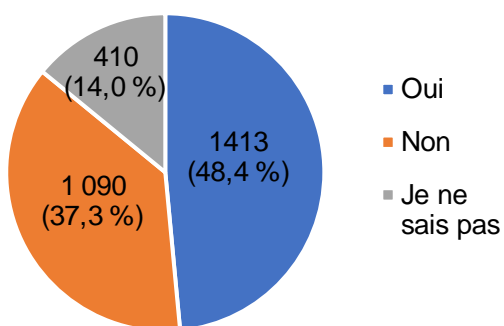
4. Expériences générales d'âgisme

4.1 Commentaires du questionnaire : Expériences générales d'âgisme

Dans le questionnaire sur l'âgisme, les répondants devaient répondre à une question leur demandant s'ils avaient subi eux-mêmes l'âgisme. Au total, 1 413 répondants (48,4 %) ont répondu « oui » (voir la figure 2). Parmi les répondants âgés, on observe une corrélation avec l'âge : une proportion plus élevée de la tranche d'âge 55-64 ans (52,6 %) déclare avoir été victime d'âgisme par rapport aux tranches d'âge 65-74 ans (48,4 %), 75-84 ans (43,0 %), et 85 ans et plus (37,5 %). Une proportion plus élevée de répondantes (femmes) a rapporté avoir subi l'âgisme par rapport aux répondants

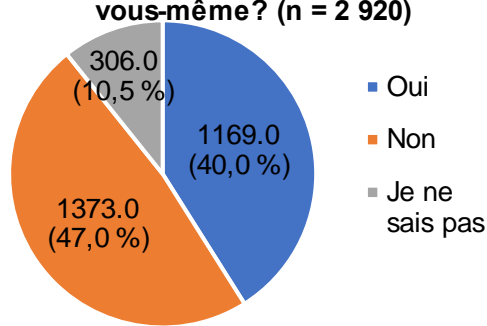
(hommes), soit 51,9 % comparativement à 39,1 %. Par rapport à l'ensemble de l'échantillon, une plus grande proportion d'Autochtones (64,7 %), de personnes appartenant à un groupe ethnoculturel ou une minorité visible (60,8 %), de personnes 2SLGBTQ+ (62,4 %) et de personnes en situation de handicap (68,0 %) ont également indiqué avoir été victime d'âgisme. On observe une corrélation selon le niveau d'études : les personnes ayant un niveau d'études élevé sont plus nombreuses à déclarer avoir subi de l'âgisme (voir l'annexe 2 pour les résultats complets par sous-population). Les répondants ont également été invités à répondre à une question sur la possibilité que les stéréotypes ou les opinions négatives à propos du vieillissement aient pu avoir une influence négative sur leur perception d'eux-mêmes. Au total, 1 169 répondants (40,0 %) ont répondu « oui » (voir la figure 3). Pour les sous-groupes de population, des réponses similaires à cette question ont été observées, comme à la question précédente (voir l'annexe 2).

Figure 2. Avez-vous déjà subi l'âgisme vous-même? (n = 2 920)



Remarques : Sept répondants (0,2%) ont préféré ne pas répondre. Puisque les chiffres ont été arrondis, il est possible que le total ne donne pas 100 %.

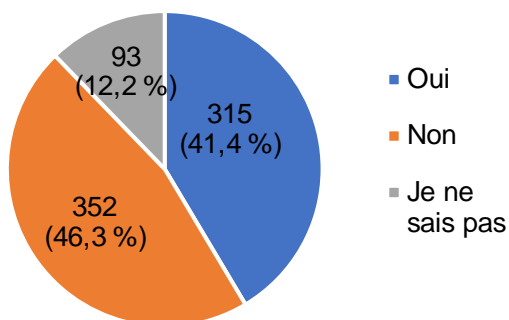
Figure 3. Les stéréotypes ou les opinions négatives sur le vieillissement ont-ils déjà influencé négativement votre perception de vous-même? (n = 2 920)



Remarques : 72 répondants (2,5%) ont choisi « sans objet » ou ont préféré ne pas répondre. Puisque les chiffres ont été arrondis, il est possible que le total ne donne pas 100 %.

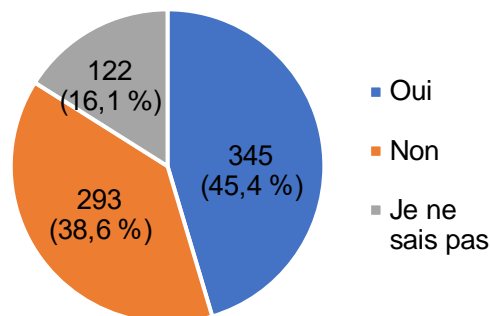
Parmi les répondants qui ont rempli le questionnaire au nom d'une personne âgée (n = 760), 41,4 % (n = 315) ont signalé que cette personne âgée avait été victime d'âgisme et 45,4 % (n = 345) ont rapporté qu'ils pensaient que les stéréotypes ou les opinions négatives avaient influencé les perceptions de cette personne âgée (voir les figures 4 et 5).

Figure 4. Si vous remplissez ce questionnaire au nom d'une personne âgée (55 ans et plus), a-t-elle été victime d'âgisme envers les personnes âgées? (n = 760)



Remarque : Puisque les chiffres ont été arrondis, il est possible que le total ne donne pas 100 %.

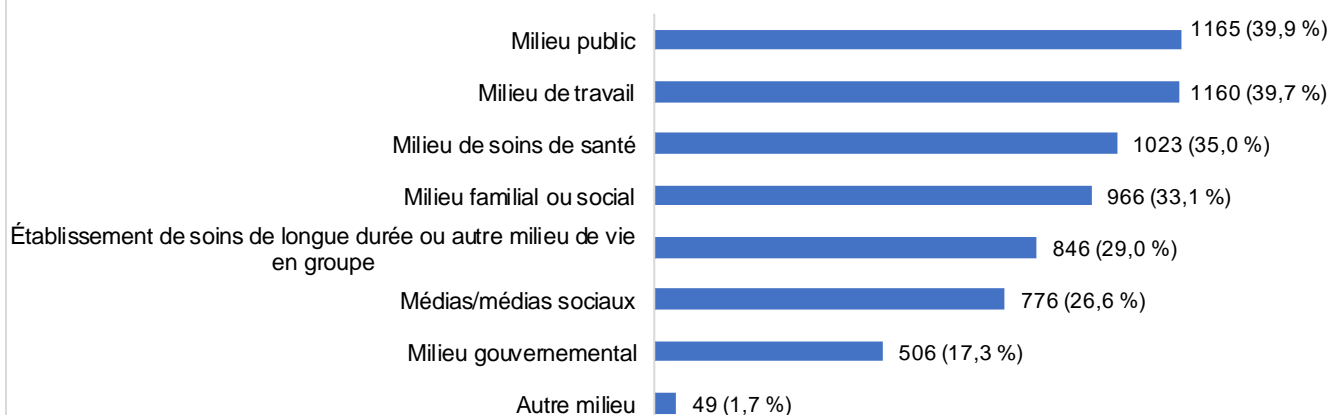
Figure 5. Si vous remplissez ce questionnaire au nom d'une personne âgée (55 ans et plus), pensez-vous que les stéréotypes ou les opinions négatives sur le vieillissement ont déjà influencé négativement sa perception d'elle-même? (n = 760)



Remarque : Puisque les chiffres ont été arrondis, il est possible que le total ne donne pas 100 %.

Lorsqu'on a demandé aux répondants s'ils avaient déjà été témoins ou conscients d'une situation d'âgisme envers une personne plus âgée, 46,4 % (n = 1 355) ont répondu qu'ils avaient vu l'âgisme se produire directement, 33,1 % (n = 966) ont répondu qu'ils ne l'avaient pas vu, mais qu'ils étaient au courant de situations vécues par d'autres personnes qu'ils connaissaient, et 20,5 % (n = 599) ont répondu qu'ils n'avaient pas constaté l'âgisme ni été conscients qu'une personne de leur connaissance l'avait vécu. Les répondants ont le plus souvent rapporté avoir vu ou subi l'âgisme dans un milieu public (39,9 %), un milieu de travail (39,7 %) et un milieu de soins de santé (35,5 %) (voir la figure 6).

Figure 6. Avez-vous déjà vu ou vécu de l'âgisme dans l'un des contextes suivants? (n = 2 920)

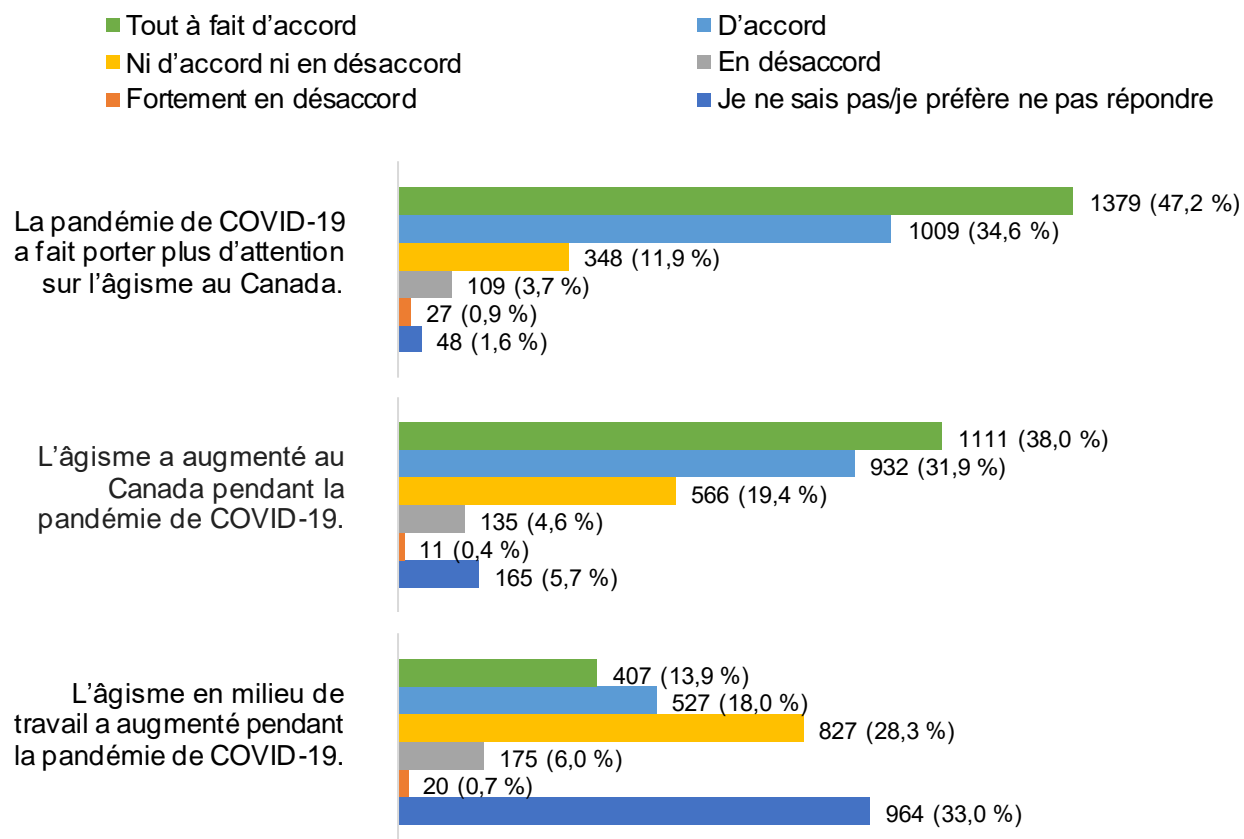


Remarque : Le total des pourcentages ne donne pas 100 % puisqu'il était possible de choisir plusieurs réponses.

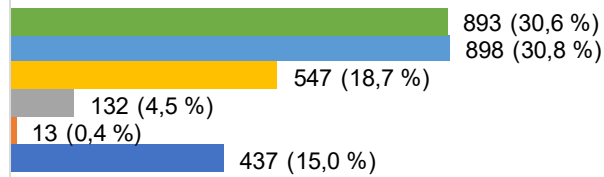
4.2 Commentaires du questionnaire : Âgisme et la pandémie de COVID-19

La figure 7 résume les réponses des répondants à propos des répercussions de la pandémie de COVID-19 sur l'âgisme au Canada. La majorité des répondants (81,8 %) étaient d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que la pandémie de COVID-19 a amplifié l'attention portée sur l'âgisme. Plus de la moitié des répondants était d'accord ou tout à fait d'accord avec l'énoncé indiquant que, pendant la pandémie, l'âgisme a augmenté dans les milieux de soins de santé (61,4 %), les établissements de soins de longue durée ou les milieux de vie de groupe (61,2 %), les médias et les médias sociaux (70,2 %) et les lieux publics (55,2 %). Les répondants étaient plus ambivalents à propos des effets de la pandémie sur l'âgisme dans le milieu de travail, le milieu gouvernemental et le milieu familial ou social. La majorité des répondants étaient d'accord ou tout à fait d'accord avec l'énoncé indiquant que la pandémie avait fait diminuer l'inclusion sociale des personnes âgées (78,2 %) et avait réduit la protection et la sécurité des personnes âgées (75,9 %). La majorité des répondants étaient également en accord ou tout à fait d'accord avec l'énoncé indiquant que la pandémie avait entraîné une augmentation des tensions intergénérationnelles (62,8 %).

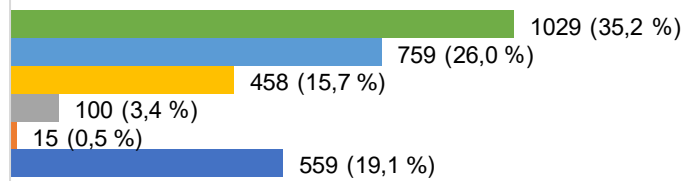
Figure 7. Incidences de la pandémie de COVID-19 sur l'âgisme au Canada



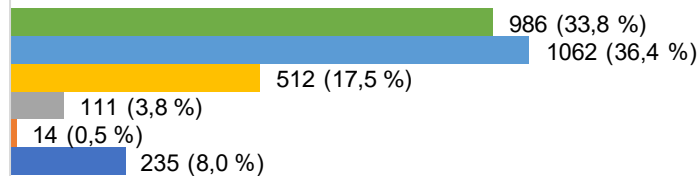
L'âgisme dans les milieux de soins de santé a augmenté pendant la pandémie de COVID-19.



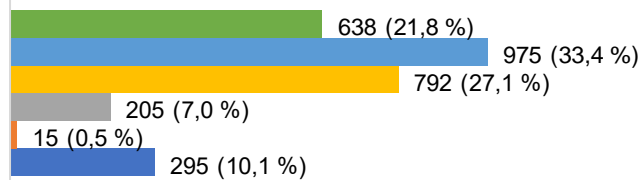
L'âgisme dans les établissements de soins de longue durée ou les milieux de vie de groupe a augmenté pendant la pandémie de COVID-19.



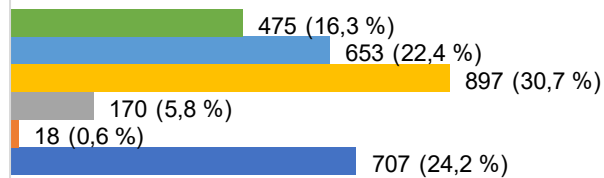
L'âgisme dans les médias et les médias sociaux a occupé plus de place pendant la pandémie de COVID-19.



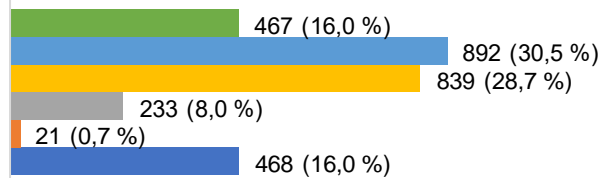
L'âgisme dans les lieux publics (p. ex., les écoles, les épiceries, les services en général) a augmenté pendant la pandémie de COVID-19.



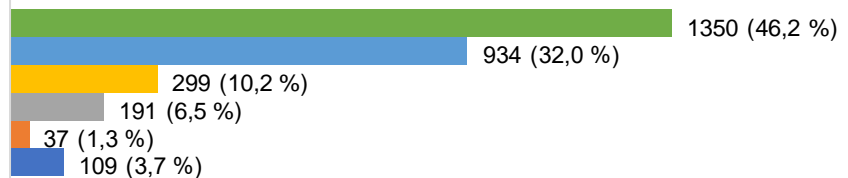
L'âgisme dans les milieux gouvernementaux (p. ex., en centre de services gouvernementaux et en centre municipal et dans le cadre des programmes gouvernementaux) a augmenté pendant la pandémie de COVID-19.

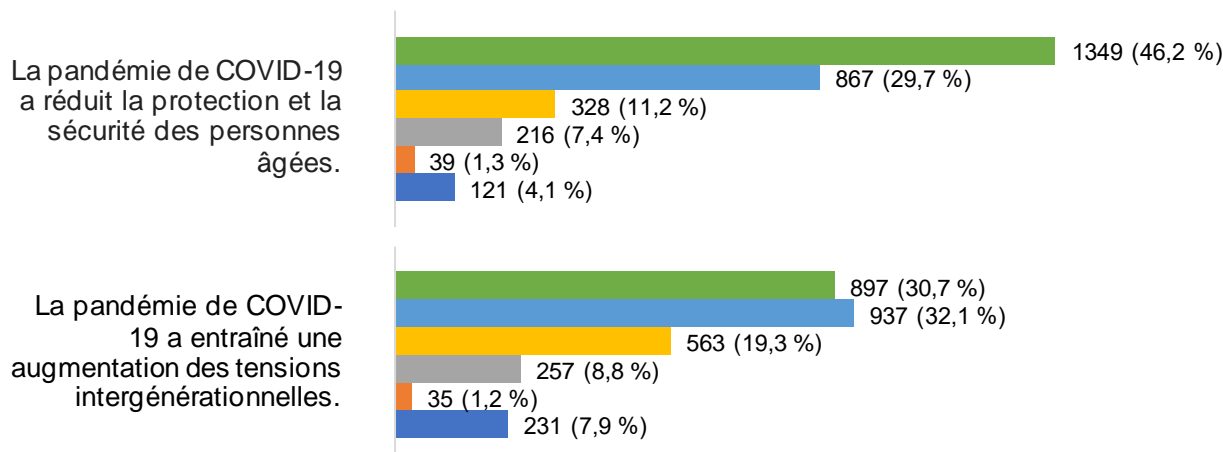


L'âgisme à domicile ou en milieu social a augmenté pendant la pandémie de COVID-19.



La pandémie de COVID-19 a fait diminuer l'inclusion sociale des personnes âgées dans la société.





Remarque : Puisque les chiffres ont été arrondis, il est possible que le total ne donne pas 100 %.

5. Âgisme et emploi

5.1 Introduction

Un nombre croissant de personnes âgées travaillent plus longtemps. L'âgisme peut empêcher les travailleurs âgés de trouver un emploi ou de rester dans la population active et pourrait mener à un traitement inéquitable des travailleurs âgés sur le marché du travail. La recherche a démontré que les employeurs croyaient souvent les stéréotypes sur les travailleurs âgés (p. ex., les travailleurs âgés sont moins productifs, ils ont plus de difficulté à apprendre de nouvelles compétences), ce qui pouvait mener à de la discrimination fondée sur l'âge³. L'inclusion des personnes âgées dans la population active est bonne pour les individus, les entreprises et la société. Les chercheurs estiment qu'en augmentant le nombre de travailleurs âgés au Canada, notre rendement économique pourrait augmenter de 56 milliards de dollars⁴.

5.2 Commentaires des tables rondes et des consultations menées par un intervenant

5.2.1 Croyances sociétales à propos des travailleurs âgés

Les croyances sociétales communes à propos des travailleurs âgés et de la retraite ont été reconnues comme empêchant les personnes âgées de participer au marché du travail. Dans le milieu de travail, les participants ont rapporté qu'il était courant que les employeurs, les gestionnaires et les collègues croient les stéréotypes à propos des travailleurs âgés (p. ex., les travailleurs âgés ont moins de capacité, sont moins productifs, sont incapables d'utiliser la technologie, sont en mauvaise santé). Ces croyances peuvent rendre le milieu de travail hostile et contribuer au refus des employeurs d'embaucher des travailleurs âgés. L'autoâgisme peut se produire lorsque les travailleurs âgés commencent à accepter des stéréotypes négatifs à propos d'eux-mêmes, ce qui a également été signalé par les participants comme un obstacle

important à la participation au marché du travail. Les participants ont cité la façon dont les stéréotypes à propos des travailleurs âgés ou les expériences de mise à pied ou de période de chômage prolongée peuvent amener les personnes âgées à perdre confiance en elles-mêmes et à douter de leur capacité à apporter leur contribution en tant qu'employés.

Le refus des employeurs d'embaucher des travailleurs âgés était le point de discussion le plus fréquemment soulevé par les participants, notamment le refus d'un employeur d'embaucher des travailleurs âgés en raison des croyances stéréotypées à propos de leurs capacités, la présomption que les travailleurs âgés ne resteront pas longtemps en poste ou des préoccupations quant aux coûts supplémentaires que peuvent entraîner les travailleurs âgés. Toutefois, la situation doit être nuancée puisque plusieurs participants ont mentionné que l'accueil que leur employeur leur réserve dépend des exigences physiques de la tâche, de la disponibilité de la main-d'œuvre et de la culture organisationnelle et professionnelle. Certains participants croyaient qu'en raison de la situation économique et de la pénurie de main-d'œuvre, les marchés de l'emploi s'amélioreraient pour les travailleurs âgés. Toutefois, d'autres participants étaient en désaccord, et il a été souligné que certains des emplois qui étaient désormais offerts (p. ex., emplois à moindre salaire, secteur du détail) ne correspondaient pas au type d'emploi recherché par la majorité des travailleurs âgés.

Les participants ont également discuté des attentes sociétales à propos de la retraite (c.-à-d., la retraite à 65 ans) et l'incidence négative de ces attentes sur la participation des personnes âgées au marché du travail. Malgré l'augmentation de l'espérance de vie et les changements apportés aux environnements de travail, les participants ont souligné qu'il y a encore une forte attente sociétale quant à la retraite à 65 ans. Les travailleurs âgés doivent constamment endurer les commentaires et les questions des employeurs, des gestionnaires et des collègues à propos de la retraite, ce qui peut les amener à douter de leurs capacités ou exercer une pression pour qu'ils prennent leur retraite. Les participants ont signalé que les employeurs et les collègues peuvent aussi faire pression sur les travailleurs âgés pour qu'ils prennent leur retraite en les accusant de priver d'emplois les jeunes travailleurs. De plus, l'idée que les personnes âgées à la retraite devraient travailler sans être payées (c.-à-d., garde d'enfants, bénévolat, proche aidant) au lieu de participer au marché du travail est une notion courante qui est valorisée dans la société. Les participants ont reconnu que bon nombre d'aînés se sentent valorisés par ces activités; toutefois, de telles attentes peuvent nuire aux personnes âgées qui souhaitent s'en éloigner ou doivent travailler pour des raisons économiques.

5.2.2 Politiques et pratiques discriminatoires à l'égard des travailleurs âgés

Les participants ont relevé diverses politiques et pratiques d'emploi qui semblent discriminatoires à l'égard des travailleurs âgés. Premièrement, les participants ont souligné que les employeurs ne tiennent souvent pas compte des besoins des travailleurs âgés et, par conséquent, n'offrent pas les accommodements qui aideraient les travailleurs âgés à rester dans la population active. Il y a un manque d'options de travail flexible offertes aux personnes âgées qui, pour des raisons de santé, d'incapacité ou de rôle de proche aidant, peuvent avoir besoin de ces

accommodements. Certains participants ont aussi fait remarquer que plus de mesures peuvent être prises pour adapter l'environnement de travail afin de répondre aux besoins des travailleurs âgés (p. ex., claviers plus grands, appareils d'adaptation, chaises ergonomiques, volume plus élevé des ordinateurs ou des haut-parleurs pour les travailleurs ayant une perte auditive). Deuxièmement, des préoccupations ont été exprimées par les participants à propos des politiques relatives à la pension et à l'assurance-maladie qui sont discriminatoires à l'égard des travailleurs âgés. Par exemple, ils ont souligné qu'il n'est plus possible, après 70 ans, de contribuer au RPC et que les employeurs n'offrent habituellement plus des régimes d'assurance-maladie complémentaires. Troisièmement, ils ont fait remarquer que, pour certains métiers, les travailleurs âgés sont généralement forcés à prendre leur retraite ou sont mis à pied par les employeurs lorsqu'ils atteignent un certain âge. Quatrièmement, les employeurs peuvent exclure les personnes âgées des occasions de formation et de perfectionnement. Cinquièmement, ils ont observé qu'il y a moins de programmes de formation axée sur les compétences et de recherche d'emploi pour les chercheurs d'emploi âgés que pour les travailleurs des autres groupes d'âge.

5.2.3 Emploi dans le contexte de la pandémie de COVID-19

Le point de discussion le plus marquant, touchant la pandémie de COVID-19 et l'emploi, était la transition vers le télétravail, qui est survenue dans plusieurs milieux de travail. Bien que les participants aient insisté sur le fait que bon nombre de travailleurs âgés maîtrisent la technologie et aient été en mesure d'effectuer la transition vers le télétravail, il est apparu que certains travailleurs ont eu énormément de difficulté à faire cette transition parce qu'ils connaissaient moins bien l'informatique et l'environnement numérique. Le fossé numérique était un défi pour les travailleurs âgés, même avant la pandémie; toutefois, la pandémie a grandement augmenté la dépendance aux technologies numériques dans le milieu de travail. Les participants ont souligné l'âgisme institutionnel qui en a découlé, le peu d'attention qui a été accordée aux besoins des travailleurs âgés et les employeurs qui n'ont pas offert le soutien et les possibilités de formation aux travailleurs âgés. Plusieurs participants ont souligné que ces changements au milieu de travail ont amené les personnes âgées à devancer leur retraite. De plus, certains participants ont ajouté que les défis du télétravail rencontrés par les travailleurs âgés et les opinions stéréotypées à propos de leur capacité à utiliser la technologie ont mené à une pression exercée sur les travailleurs âgés pour qu'ils prennent leur retraite ou au choix des travailleurs âgés lors des congédiements.

Un deuxième point de la discussion chez les participants a été la manière dont l'âgisme influençait la façon dont étaient perçus les risques liés à la COVID-19 en milieu de travail et les politiques visant à atténuer ces risques. Bien que la COVID-19 ait été une préoccupation de santé et de sécurité en milieu de travail, la catégorisation généralisée de tous les travailleurs âgés comme étant à « haut risque » par certains employeurs était préoccupante. Les participants ont fait remarquer que certains employeurs ont adopté des approches paternalistes envers les travailleurs âgés, leur demandant, par exemple, de travailler à domicile ou les congédiant pour les « protéger ». En revanche, les participants ont également fait remarquer que le défaut des employeurs de créer un environnement de travail sécuritaire et d'atténuer les risques liés à la COVID-19 a empêché certains travailleurs âgés de retourner en milieu de travail.

Un dernier point de discussion concernait certaines incidences positives de la pandémie sur les occasions d'emploi pour les travailleurs âgés. La possibilité de télétravail a ouvert de nouvelles occasions d'emploi pour les travailleurs âgés qui souhaitent des arrangements de travail flexible. Plusieurs participants ont en outre cité une augmentation de la demande de personnel dans certains secteurs, ce qui a amené certains employeurs à être plus ouverts à embaucher des travailleurs âgés.

5.3 Commentaires du questionnaire

Le questionnaire sur l'âgisme a également permis de recueillir des commentaires supplémentaires sur l'âgisme et l'emploi. Dans le questionnaire, les répondants étaient invités à répondre à la question « Selon vous, quels sont les problèmes d'âgisme les plus importants liés à l'emploi? » et pouvaient choisir jusqu'à trois réponses dans la liste. Les problèmes qui ont été soulignés comme les plus importantes préoccupations étaient les suivants : 1) la discrimination contre les chercheurs d'emploi âgés dans le processus d'embauche et 2) les travailleurs âgés licenciés, mis à pied ou forcés de prendre leur retraite. Voir le tableau 7 pour obtenir les résultats complets.

Tableau 7. Préoccupations liées à l'âgisme et l'emploi

Préoccupations liées à l'âgisme et l'emploi	Nombre	Pourcentage
La discrimination contre les chercheurs d'emploi âgés dans les processus d'embauche.	1 446	49,5 %
Les travailleurs âgés licenciés, mis à pied ou forcés de prendre leur retraite.	1 116	38,2 %
Les attitudes ou croyances âgistes des employeurs ou gestionnaires au sujet des travailleurs âgés.	836	28,6 %
Les travailleurs âgés qui ne sont pas respectés ou qui sont exclus en milieu de travail.	804	27,5 %
Les croyances sociétales selon lesquelles les travailleurs âgés retirent des emplois ou des possibilités de promotion aux jeunes travailleurs.	724	24,8 %
Les croyances sociétales selon lesquelles les travailleurs âgés devraient prendre leur retraite à 65 ans.	664	22,7 %
Les attitudes ou croyances âgistes des collègues au sujet des travailleurs âgés.	594	20,3 %
Les politiques ou pratiques de l'entreprise qui exercent de la discrimination à l'endroit des travailleurs âgés.	464	15,9 %
Les attitudes ou croyances âgistes des travailleurs âgés envers eux-mêmes.	145	5,0 %
Autre	29	1,0 %
Je ne crois pas qu'il existe des problèmes d'âgisme liés à l'emploi.	154	5,3 %
Je préfère ne pas répondre/incertain	188	6,4 %

Remarques : Les chiffres en pourcentage indiquent la proportion des 2 920 répondants qui ont sélectionné la réponse. Les répondants pouvaient sélectionner jusqu'à trois réponses, par conséquent le total en pourcentage ne correspond pas à 100 %.

Au total, 769 commentaires et histoires ont également été transmis à propos de l'âgisme et l'emploi, par le biais du questionnaire (n = 755), et de la plateforme de

partage d'histoires et du courriel (n = 14). Les thèmes les plus dominants relevés dans les commentaires et les histoires étaient les suivants :

1. Les employeurs ne voulant pas embaucher les travailleurs âgés (n = 182)
2. Les comportements et les attitudes âgistes en milieu de travail (n = 158)
3. Les travailleurs âgés licenciés, mis à pied ou forcés de prendre leur retraite (n = 148)
4. La pression exercée pour que les travailleurs âgés prennent leur retraite (n = 108)

Ces quatre thèmes ont également été soulevés de manière importante lors des discussions en table ronde ou des discussions menées par un intervenant, comme décrit à la section 5.2. Vous trouverez ci-dessous un bref résumé de chaque thème et un échantillon de commentaires et d'histoires sur ce thème. Une observation générale ressortant des thèmes est liée aux entrecroisements de l'âgisme et du sexisme, notamment envers les femmes âgées qui sont plus susceptibles d'être victimes de discrimination en milieu de travail. Parmi les autres thèmes qui ont émergé des commentaires et des histoires, il y a eu l'absence d'occasions de formation et de perfectionnement offertes aux travailleurs âgés (n = 42); les politiques et pratiques discriminatoires qui empêchent les travailleurs âgés de faire partie de la population active (p. ex., politiques sur la pension, politiques de l'employeur en matière d'assurance-maladie) (n = 40); l'absence d'accommodements et d'occasions de travail flexible (n = 35); et les perceptions sociétales selon lesquelles les travailleurs âgés enlèvent des emplois aux plus jeunes (n = 34).

5.3.1 Employeurs ne voulant pas embaucher les travailleurs âgés

Le thème le plus courant dans les histoires et les commentaires est que les employeurs ne veulent pas embaucher de travailleurs âgés. Plusieurs exemples témoignaient de la discrimination fondée sur l'âge perçue dans les processus d'embauche (p. ex., les employeurs perdant l'intérêt pour un candidat après l'avoir rencontré en personne, le chercheur d'emploi qui se fait dire, en aparté, que l'employeur voulait embaucher une personne plus jeune). Certains répondants ont rapporté avoir modifié leur curriculum vitæ (p. ex., enlever des dates, réduire l'expérience professionnelle) ou leur apparence (p. ex., teindre leurs cheveux) pour tenter d'éviter la discrimination fondée sur l'âge pendant les processus d'embauche.

À un certain moment, j'ai cessé de mettre des dates dans mon curriculum vitæ, autrement je n'aurais tout simplement pas été contacté pour une entrevue. Après avoir arrêté de mettre des dates, l'intérêt pour ma candidature a augmenté. Le lien a été facile à faire, cette attitude était de l'âgisme.

Pendant la pandémie, j'étais entre deux emplois et j'ai postulé une douzaine de fois, sans succès. Dans la plupart des réponses, j'étais surqualifié ou on se demandait pourquoi je voulais encore travailler. Les chasseurs de têtes m'ont dit que j'étais exactement le type d'employé que le client cherchait pour la réorganisation de l'entreprise, mais quand je suis allé à la première entrevue, je me rendais bien compte que je ne serais pas convoqué pour une deuxième.

Malgré ma vaste expérience et les références exceptionnelles ET l'important nombre de postes vacants, j'avais de la difficulté à obtenir un emploi à temps plein et j'ai dû éventuellement me résoudre à prendre un poste qui était rémunéré à la moitié du salaire de mes emplois antérieurs. On a invoqué ma courte durée de conservation (je paraphrase, mais c'était l'intention du message).

Je cherchais un emploi et j'ai envoyé ma candidature par courriel à une entreprise. J'avais toutes les qualifications requises; j'ai été invitée à une entrevue dans les heures qui ont suivi et j'ai eu de nombreuses remarques positives sur mon curriculum vitæ. Je suis arrivée à l'entrevue et la personne a semblé surprise quand elle m'a vue. Après une courte entrevue, on m'a dit que je n'étais pas la candidate recherchée. Tout allait bien jusqu'à ce qu'elle me voie, une femme âgée, assise en face d'elle.

J'ai vu l'employeur regarder les curriculum vitæ, calculer l'âge approximatif du candidat et classer le curriculum vitæ dans la pile de candidatures rejetées.

5.3.2 Travailleurs âgés licenciés, mis à pied ou forcés de prendre leur retraite

Les répondants ont fourni de nombreux exemples de travailleurs âgés licenciés, mis à pied ou forcés de prendre une retraite anticipée. En plus des exemples d'expériences personnelles et d'expériences d'amis, de membres de leur famille et de collègues, nombre de répondants ont mentionné le cas particulier de CTV News qui a mis fin au contrat de Lisa LaFlammeⁱ. Les raisons courantes données aux personnes âgées forcées de quitter leur emploi par les employeurs étaient liées à l'embauche de travailleurs plus jeunes à des salaires moindres, aux opinions stéréotypées à propos des capacités des travailleurs âgés et au sentiment que les travailleurs âgés ne « correspondaient » plus à la culture ou l'image de l'entreprise. Plusieurs répondants ont observé que lors des mises à pied, la majorité des employés mis à pied étaient des travailleurs âgés.

Mon collègue et moi avons été mis à pied parce que nous étions « trop vieux » pour représenter l'entreprise. On ne nous l'a pas dit, mais nous l'avons su d'une autre personne qui a assisté à une réunion du conseil.

J'ai été mis à pied en juillet 2021, après la fermeture du magasin où je travaillais. Tous les autres ont eu une offre pour aller travailler dans un autre magasin, sauf moi. J'étais le gérant du magasin et l'entreprise annonçait plusieurs postes de gérants de magasin et d'autres emplois dans la région. J'ai demandé au directeur de rester comme assistant gérant ou simple membre de l'équipe au lieu d'être mis à pied, mais elle a refusé. Je devais présenter ma candidature de nouveau. Après avoir eu l'indemnité de départ d'un mois, je savais que je n'avais aucune chance de retravailler pour cette entreprise.

ⁱ La résiliation du contrat de Lisa LaFlamme par CTV News a été un sujet d'actualité important pendant la période où le questionnaire a été réalisé. Bell Media a déclaré que la résiliation du contrat de Lisa Laflamme était due à des raisons commerciales.

Notre entreprise a créé une fausse crise financière, en disant que notre division perdait de l'argent, alors qu'en fait nous maintenions certaines des autres divisions à flot financièrement. Cinq d'entre nous avaient plus de 55 ans; nous avons été congédiés sans motif en un seul avant-midi. Aucun jeune n'a perdu son emploi, à ce moment ou plus tard.

Ma mère a été congédiée au début de la pandémie de COVID-19. Le personnel plus jeune, plus nouveau (moins d'un mois d'expérience) a été maintenu en poste en raison de leur « longévité dans l'entreprise », comme déclaré, après le fait, à un autre employé.

5.3.3 Comportements et attitudes âgistes en milieu de travail

Les répondants ont fourni de nombreux exemples de comportements et attitudes âgistes des collègues et des gestionnaires qui donnent aux travailleurs âgés le sentiment d'être malvenus dans le milieu de travail. Les répondants ont rapporté que les travailleurs âgés sont souvent victimes d'attitudes âgistes et de manque de respect de la part des collègues et des gestionnaires (p. ex., insultes, plaisanteries à propos des travailleurs âgés, doutes à propos des capacités et des compétences). Les répondants ont également rapporté s'être sentis ignorés ou exclus par leurs collègues, tant en milieu de travail pendant les projets et les réunions que socialement en dehors du lieu de travail. Certains répondants ont mentionné que les connaissances et l'expérience des travailleurs âgés sont ignorées ou considérées comme désuètes.

En tant que femme de 63 ans aux cheveux blancs, j'ai constaté que les gestionnaires me traitent souvent comme si j'étais incompetente quand il est question de technologie. Ils semblent avoir cette idée préconçue que les personnes âgées ne comprennent pas la technologie.

J'ai constaté, dans les milieux de travail où j'étais, un manque de respect pour les employés âgés (particulièrement ceux qui ne sont pas en position d'autorité). Ces gens sont souvent traités comme s'ils étaient jetables; on leur donne moins de temps pour s'exprimer pendant les réunions, ils ont moins de responsabilités et les collègues font moins d'efforts pour les inclure.

J'ai entendu des collègues dans la trentaine faire des commentaires sur le personnel « âgé » comme étant résistant au changement ou « ne comprenant pas » qu'un enjeu est simple, alors que les collègues dont ils parlent ont souvent plus d'expérience et peuvent voir des aspects d'un enjeu ou des facteurs supplémentaires qui devraient être évalués avant de mettre en place un changement. Ils ne résistent pas au changement, ils apportent simplement leur expérience à la discussion pour contribuer à la réussite de ce changement.

J'ai obtenu un nouvel emploi à soixante ans et j'y suis resté jusqu'à soixante-dix ans. J'ai dû travailler très fort pour m'assurer que les travailleurs plus jeunes ne m'excluent pas des discussions en groupe ou des interactions sociales et qu'ils reconnaissent que j'avais des atouts (compétences, expérience) qui apportaient une contribution positive au travail. Il y avait une attitude générale selon laquelle en tant que personne âgée, je

ne pouvais pas rester au courant des pratiques actuelles et que je ne serai pas ouverte à des points de vue différents.

Mes collègues font des blagues à propos des femmes âgées, puis me disent que je suis extraordinaire parce que je suis encore capable de travailler. J'ai un collègue qui me dit que je devrais être chez moi parce que c'est ce que sa grand-mère fait.

5.3.4 Être poussé à prendre sa retraite

Plus d'une centaine de commentaires et d'histoires portaient spécifiquement sur le thème de la pression exercée pour le départ à la retraite. Les répondants ont rapporté que des collègues, des gestionnaires ou des professionnels des ressources humaines leur demandaient constamment s'ils souhaiteraient prendre leur retraite ou leur suggéraient de prendre leur retraite. Dans certains exemples, les répondants ont rapporté être la cible de commentaires mesquins ou de sous-entendus selon lesquels ils enlevaient des occasions à leurs jeunes collègues. Les répondants ont également donné des exemples de réduction du nombre d'heures de travail, d'assignation de tâches désagréables ou difficiles ou d'intimidation ou de harcèlement dans le but de les forcer à prendre leur retraite. Dans certains cas, les répondants ont rapporté avoir décidé de prendre une retraite anticipée en raison des pressions qu'ils ont subies.

On me demande pourquoi je ne prends pas ma retraite (à toutes les semaines). J'ai 56 ans, mais je travaille depuis 30 ans. Je suis admissible à la retraite, mais je ne suis pas prêt. Je pense avoir encore beaucoup à offrir.

Le service des RH vient vous voir dès que vous avez 60 ans et vous demande si vous prévoyez prendre votre retraite au lieu de vous demander si vous aimez votre travail et prévoyez continuer de travailler parce qu'ils sont heureux de votre travail!

Il y a quelques années, mon employeur m'a offert une retraite anticipée. Certains employés ne pouvaient se le permettre (pour des raisons financières, sociales ou autres); un membre de la haute direction leur a reproché, devant tout le monde, de ne pas partir.

Les gestionnaires de [mon entreprise] exerçaient des pressions supplémentaires ou imposaient une surcharge de travail pour forcer les travailleurs âgés à partir ou à se mettre en congé de maladie pour qu'ils s'absentent et soient ensuite forcés de quitter. Souvent les gestionnaires avaient une prime pour avoir encouragé des travailleurs âgés à prendre une retraite anticipée, au point où un travailleur âgé a cédé à la pression et est parti, se retrouvant souvent à occuper des emplois beaucoup moins bien payés.

Le superviseur qui pose la question presque toutes les semaines et parfois même tous les jours : « Quand prévoyez-vous prendre votre retraite? Vous devriez y penser! »

Quand un travailleur est jeune, son salaire est inférieur et il a moins de vacances.

L'expérience acquise dans l'entreprise et la qualité du travail sont souvent ignorées. C'est le volume de travail qui compte, même si vous devez reprendre le travail qui a été fait.

6. Âgisme, santé et soins de santé

6.1 Introduction

Il y a une preuve solide de l'incidence de l'âgisme sur la santé des aînés. L'âgisme peut contribuer au déclin des fonctions de la mémoire, à l'augmentation du risque de démence et à la diminution de l'espérance de vie^{5, 6, 7}. Les recherches laissent entendre que l'âgisme peut affecter directement la santé des personnes âgées par trois voies principales : 1) psychologique (c'est-à-dire que les attitudes et les croyances âgistes deviennent une « prophétie auto-réalisatrice »); 2) comportementale (c'est-à-dire que les stéréotypes négatifs peuvent amener les personnes âgées à croire qu'il est inutile d'adopter des comportements sains); et 3) physiologique (c'est-à-dire que l'exposition à des stéréotypes négatifs cause du stress et déclenche des réactions de stress cardiovasculaire telles que l'augmentation de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque⁸). L'âgisme au sein du système de soins de santé peut également entraîner des soins de santé de mauvaise qualité. Par exemple, les fournisseurs de soins de santé peuvent supposer que les symptômes d'une personne âgée sont une partie normale du vieillissement plutôt que le signe d'un problème de santé⁹. Aux États-Unis, des chercheurs ont estimé que l'âgisme coûtait 63 milliards de dollars par an au système de soins de santé¹⁰.

6.2 Commentaires des tables rondes et des consultations menées par un intervenant

6.2.1 Attitudes et pratiques âgistes en soins de santé

La préoccupation la plus fréquemment évoquée au sujet des soins de santé est la façon dont les attitudes âgistes peuvent influencer les pratiques médicales et la façon dont les fournisseurs de soins de santé traitent les personnes âgées. Les patients âgés dont on ne tient pas compte, qui ne sont pas écoutés, à qui on parle comme si elles étaient des enfants (en « langage des aînés »), qui sont traités avec condescendance ou de manière paternaliste sont des préoccupations courantes soulevées. Plusieurs participants ont fourni des exemples de personnes âgées en rendez-vous médical et auxquels le fournisseur de soins de santé ne s'adressait pas directement à eux, mais se tournait plutôt à vers leurs enfants, en les ignorant. Les participants ont également exprimé des préoccupations à propos de l'attitude paternaliste envers les résidents des établissements de soins de longue durée. Par exemple, les restrictions strictes de visite qui ont été mises en place pour protéger les résidents des établissements de soins de longue durée pendant la pandémie de COVID-19 ont été soulignées comme ayant été instaurées sans demander l'avis des résidents.

Une autre préoccupation importante est liée aux fournisseurs de soins de santé qui continuent d'avoir des stéréotypes à propos des aînés (p. ex., toutes les personnes âgées sont fragiles et dépendantes) et de présumer que les changements sur le plan de la santé physique et cognitive font partie du processus naturel de vieillissement. De nombreux participants ont fait remarquer que les fournisseurs de soins de santé ne prennent pas au sérieux les préoccupations des personnes âgées en matière de santé

et les rejettent comme étant simplement « dues à l'âge ». Plusieurs participants ont fait remarquer que la formation limitée donnée aux fournisseurs de soins de santé sur les besoins des patients âgés contribue à ces problèmes. Par exemple, la formation en gériatrie, offerte aux médecins, dure souvent seulement 1 à 2 semaines et se donne dans un établissement de soins de longue durée. Certains participants ont également souligné que les médecins de famille peuvent être réticents à prendre des patients âgés en raison des présomptions selon lesquelles ils seraient en mauvaise santé et leur demanderont trop de temps.

Les participants ont également fourni des exemples de personnes âgées auxquelles des soins ont été refusés ou qui ont eu des traitements ou des recommandations différents en raison de leur âge. Les personnes âgées étaient souvent vues comme étant des cas de priorité inférieure pour le système de soins de santé, particulièrement lorsqu'elles tentent d'obtenir des soins hospitaliers. Des exemples ont été fournis de personnes âgées qui ont obtenu une chirurgie ou un traitement seulement après avoir convaincu leur médecin qu'elles étaient des membres aptes et productifs de la société. Pendant la pandémie de COVID-19, plusieurs participants ont rapporté que la discrimination envers les personnes âgées s'était intensifiée avec les politiques de triage discriminatoires fondées sur leur âge et que les établissements de soins de longue durée avaient été traités comme des lieux de soins de priorité inférieure pour la gestion des ressources et de l'équipement de protection individuelle.

Dans leurs commentaires, les participants ont également souligné l'entrecroisement des attitudes âgistes et du racisme, du sexisme, de l'homophobie, du capacitisme et d'autres formes de préjugés et de discrimination et l'incidence sur la façon dont les aînés sont traités par les fournisseurs de soins de santé. Les expériences antérieures de discrimination ou les traumatismes peuvent également dissuader les personnes âgées d'obtenir les soins médicaux nécessaires. Dans leurs commentaires, les participants des Premières Nations et des Métis soulignaient que les établissements de soins de santé peuvent être des lieux traumatisants pour les aînés qui sont des survivants des pensionnats autochtones ou de la rafle des années 1960.

6.2.2 Obstacles systémiques à l'accès aux soins de santé

Lors des tables rondes et des consultations menées par un intervenant, les participants ont abordé divers obstacles systémiques qui peuvent empêcher les personnes âgées d'accéder aux services de soins de santé. Voici ceux qui sont les plus souvent cités : 1) les transports, 2) la télésanté et 3) les obstacles liés à la langue et aux communications. Les participants ont considéré ces obstacles comme des exemples d'âgisme systémique, car les systèmes de soins de santé n'ont pas réussi à prendre en compte les besoins des personnes âgées et à concevoir leurs services pour les satisfaire.

Pour les participants, les transports constituent un obstacle majeur à l'accès aux soins de santé. Bien que la majorité des personnes âgées conduisent, leur condition de santé et les changements de leurs capacités physiques et cognitives peuvent mener les personnes âgées à restreindre leurs habitudes de conduite. Les participants ont fait remarquer que les personnes âgées, et en particulier celles dont l'âge est plus avancé, peuvent être mal à l'aise à conduire le soir ou dans des endroits inconnus. Certaines personnes âgées peuvent avoir décidé ou avoir été obligées d'arrêter de conduire. Par

conséquent, les personnes âgées peuvent dépendre des transports publics ou accessibles, des programmes de conducteurs bénévoles ou des amis et de la famille pour aller à leurs rendez-vous. Les transports sont particulièrement préoccupants pour les communautés rurales, éloignées ou autochtones, où les possibilités de transport public et accessible sont souvent limitées, voire inexistantes, et où les personnes âgées doivent parcourir de longues distances pour accéder aux services de soins de santé.

Encadré 1. Déplacements pour obtenir des soins médicaux — Commentaires d'une consultation menée par un intervenant

Les aînés ont fait remarquer qu'à l'intérieur des villes et des villages, particulièrement dans [le nord de la province], il est difficile d'avoir un médecin de famille de longue date. Même lorsqu'on trouve un médecin, les rendez-vous sont rares et espacés entre chacun. Le transport aller-retour aux rendez-vous est un autre obstacle à l'accès aux soins de santé. Plus précisément, dans le Nord ou dans les petites collectivités, les aînés doivent parcourir une grande distance pour obtenir des soins de santé réguliers et routiniers, avec de longues attentes, et tout test ou traitement supplémentaire étant programmé ultérieurement et nécessitant le plus souvent un hébergement pour la nuit. Cela est particulièrement difficile à obtenir pour les aînés qui n'ont peut-être jamais accès au transport. Un faible revenu crée un écart encore plus grand, laissant les aînés à la merci des programmes communautaires ou des membres de leur famille pour prendre soin d'eux, en prenant des jours de congé de leur travail et en investissant de l'argent dans l'essence et l'hébergement plutôt que d'obtenir un logement, de la nourriture et les autres nécessités.

Les participants ont souligné que depuis la pandémie de COVID-19, il y a eu une importante augmentation du recours à des rendez-vous téléphoniques et virtuels. Bien que les rendez-vous téléphoniques ou virtuels puissent régler les inconvénients des déplacements, ils peuvent aussi s'avérer un obstacle à l'accès pour les personnes âgées qui ne sont pas familières avec les technologies numériques ou n'y ont pas accès ou qui vivent dans des collectivités qui ne disposent pas de l'infrastructure d'Internet ou d'une bonne réception cellulaire.

Enfin, certains participants ont estimé que les attentes selon lesquelles les personnes âgées qui accèdent aux services de soins de santé auront un niveau élevé de maîtrise de l'anglais ou du français, auquel s'ajoute le manque de services de traduction et d'interprétation disponibles pour surmonter les barrières linguistiques et de communication, constituent des exemples d'âgisme systémique. Les participants aux consultations ont noté deux façons principales dont l'âge amplifie les barrières linguistiques et de communication : 1) en raison des changements cognitifs qui peuvent survenir plus tard dans la vie, il peut être plus difficile d'apprendre une nouvelle langue et la maîtrise des langues secondaires peut diminuer ou être perdue avec l'âge; et 2) les personnes âgées peuvent avoir eu moins de possibilités éducatives que les générations plus jeunes, et par conséquent peuvent ne pas avoir eu l'occasion ou peuvent trouver plus difficile d'apprendre l'anglais ou le français. Les participants ont cité les immigrants, les aînés autochtones, les personnes âgées qui sont sourdes ou malentendantes et les membres des communautés de minorité linguistique francophone ou anglophone comme des populations particulièrement susceptibles

d'être touchées par les obstacles de langue ou de communication. Les barrières linguistiques étaient particulièrement mentionnées comme problématiques pour les personnes âgées résidant dans un établissement de soins de longue durée qui peuvent être incapables de communiquer avec les personnes qui leur fournissent des soins quotidiens.

6.2.3 Négligence systémique des soins de longue durée et des soins à domicile

Les participants ont exprimé des préoccupations à propos de l'ensemble des secteurs du système de soins de santé (soins actifs, soins primaires, soins de longue durée et soins à domicile) qui sont soumis à une pression intense depuis les dernières années (p. ex., problèmes de capacité, longs délais, défis d'accès aux services nécessaires). Lors des discussions, les participants ont particulièrement souligné la contribution de l'âgisme à la négligence systémique de longue date des établissements de soins de longue durée et des services de soins à domicile au Canada. Ces services, qui sont principalement utilisés par les personnes âgées, ont été constamment sous-financés, et le personnel de soins de santé dans ces établissements est mal payé. Les participants ont fait remarquer que la pandémie de COVID-19 a intensifié et exposé les problèmes des soins de longue durée et des soins à domicile. Les établissements de soins de longue durée ont attiré une grande attention pendant la pandémie en raison du nombre élevé de décès qui sont survenus dans ces établissements. Le manque de personnel et la mauvaise qualité des soins étaient les préoccupations les plus importantes mentionnées par les participants. La principale préoccupation exprimée à propos des soins à domicile était liée au fait qu'actuellement, les services sont soit non disponibles dans les collectivités ou inadéquats pour soutenir efficacement le vieillissement à domicile. L'absence de soins à domicile et d'autres types de soutiens communautaires (p. ex., soutien aux proches aidants, transport, logement) empêche les personnes âgées de vieillir dans leur collectivité et les pousse vers les établissements de soins de longue durée.

6.3 Commentaires du questionnaire

Les répondants étaient invités à répondre à la question « Selon vous, quels sont les problèmes d'âgisme les plus importants liés à la santé et aux soins de santé? » et pouvaient choisir jusqu'à trois réponses dans la liste. Les enjeux qui ont clairement émergé comme étant les préoccupations les plus importantes des répondants sont les suivants : 1) les personnes âgées sont considérées comme un fardeau pour le système de soins de santé, 2) l'absence de mesures pour régler les problèmes liés aux établissements de soins de longue durée ou d'autres milieux de vie de groupe et 3) l'absence de mesures pour régler les problèmes liés aux services de soins de santé généraux pour les aînés (voir le tableau 8).

Tableau 8. Préoccupations liées à l'âgisme, à la santé et aux soins de santé

Préoccupations liées à l'âgisme, à la santé et aux soins de santé	Nombre	Pourcentage
Les personnes âgées sont considérées comme un fardeau pour le système de soins de santé.	1 928	66,0 %

L'absence de mesures pour régler les problèmes (p. ex., la dotation en personnel, la qualité des soins, le sous-financement) touchant les établissements de soins de longue durée ou d'autres milieux de vie de groupe.	1 685	57,7 %
L'absence de mesures visant à résoudre les problèmes liés aux services de soins de santé généraux pour les personnes âgées (p. ex., le manque de spécialistes, la qualité des services de soins de santé pour les personnes âgées, l'accès à un médecin généraliste).	1 667	57,1 %
Les fournisseurs de soins de santé supposent que les problèmes médicaux font partie intégrante du vieillissement.	836	28,6 %
Divers traitements recommandés ou différés en fonction de l'âge de la personne.	687	23,5 %
Les fournisseurs de soins de santé ne tiennent pas compte des personnes âgées, sont impatientes envers elles ou ne veulent pas les prendre en charge.	612	21,0 %
Autre	33	1,1 %
Je ne crois pas qu'il existe des problèmes d'âgisme liés à la santé et aux soins de santé.	75	2,6 %
Je préfère ne pas répondre.	48	1,6 %

Remarques : Les chiffres en pourcentage indiquent la proportion des 2 920 répondants qui ont sélectionné la réponse. Les répondants pouvaient sélectionner jusqu'à trois réponses, par conséquent le total en pourcentage ne correspond pas à 100 %.

Au total, 861 commentaires et histoires ont également été transmis à propos de l'âgisme, de la santé et des soins de santé, par le biais du questionnaire (n = 830), et de la plateforme de partage d'histoires et du courriel (n = 31). Les thèmes dominants relevés dans les commentaires et les histoires étaient les suivants :

- 1) Aînés n'obtenant pas les soins ou obtenant des soins de mauvaise qualité en raison de leur âge (n = 229)
- 2) Négligence et mauvaise qualité des soins dans les établissements de soins de longue durée (n = 131)
- 3) Fournisseurs de soins de santé présumant que les problèmes médicaux sont simplement dus à l'âge (n = 110)
- 4) L'âgisme comme facteur contribuant aux difficultés à trouver un médecin de famille (n = 73).

Ces quatre thèmes chevauchaient les conclusions de la consultation et sont décrits de manière plus détaillée dans les prochaines sections. D'autres thèmes ont émergé des histoires et des commentaires, notamment les patients âgés sont ignorés ou traités de manière condescendante ou infantilisante par les fournisseurs de soins de santé (n = 69); le manque de services de soins à domicile financés publiquement pour fournir une alternative à l'institutionnalisation (n = 49); les écarts d'accès aux services de soins de santé, particulièrement dans les régions rurales (n = 39); et les perceptions du public et des fournisseurs de soins de santé selon lesquelles les personnes âgées sont un fardeau pour le système de soins de santé (n = 37).

6.3.1 Personnes âgées privées de soins ou obtenant des soins de mauvaise qualité en raison de leur âge

Le thème le plus marquant qui ressort des histoires et des commentaires est que les personnes âgées se voient refuser des soins ou reçoivent des soins de mauvaise qualité en raison de leur âge. Les répondants ont fourni de multiples exemples de situations où des dépistages, des traitements ou des interventions chirurgicales avaient été refusés, retardés ou non recommandés pour des patients âgés. S'il est important de reconnaître que ces décisions relatives aux soins peuvent avoir été prises pour des raisons médicales légitimes dans certains cas, les répondants les ont perçues comme étant dues à l'âgisme. Certains exemples révélaient des actions âgistes de fournisseurs individuels, alors que d'autres étaient liés à des politiques et des processus de soins de santé qui sont discriminatoires en raison de l'âge (p. ex., plusieurs répondants ont fait remarquer que les mammographies ne sont plus offertes aux femmes après un certain âge). Bon nombre de répondants croyaient qu'eux ou qu'une personne chère avait reçu des soins différents ou de mauvaises qualités en raison de leur âge et que les patients âgés étaient vus comme étant jetables ou indignes de recevoir des soins.

On m'a dit, à ma dernière mammographie (72 ans), que je ne recevrais plus d'avis. J'ai répondu : « Oh! Les femmes âgées n'ont pas le cancer du sein aussi souvent? » La réponse, « Oh! Oui, elles peuvent, mais elles meurent souvent de tellement d'autres causes aussi. » C'est dégoûtant, puisque notre mémoire diminue, nous recevons moins d'avis. Nous sommes jetables.

Une infirmière m'a dit que ma belle-mère était une patiente mourante et que son travail consistait à passer son temps à soigner des personnes qui allaient guérir! J'ai eu un choc quand j'ai vu les trois flaques d'urine séchées sous sa chaise sur laquelle elle était manifestement assise depuis des heures!

J'ai été une personne très active dans ma vie. J'ai rompu mon LCA. Le chirurgien de l'époque ne voulait vraiment pas me proposer une intervention chirurgicale pour soigner ma blessure, car il pensait que j'étais trop vieux. Il pensait, en gros, que je serais assis dans un fauteuil pour le reste de ma vie et que je n'avais donc plus besoin de ma jambe pour bouger. J'ai insisté pour que ma jambe soit soignée, chirurgicalement, et j'ai continué à mener une vie très active. Pouvez-vous imaginer si je n'avais pas pu être actif, l'incidence que cela aurait eue sur ma santé, etc. Les médecins, ils proposent aux patients des choses différentes en fonction de leur âge.

Lorsque mon mari a subi une hémorragie cérébrale, l'un de ses médecins m'a dit qu'il ne guérirait jamais parce qu'il avait 85 ans. Cet homme avait été actif et en forme. Il faisait à pied notre parcours habituel de 3 km quelques jours avant son attaque. Il a subi très peu de dommages physiques à la suite de l'attaque. Pourtant, l'hôpital n'a jamais mis en place un programme de réadaptation et la physiothérapie a été interrompue après quelques semaines. Il pouvait marcher avec une marchette, mais n'y était pas autorisé au foyer de soins personnels. La personne responsable de la réadaptation ne voulait pas discuter d'un programme pour lui. Le système l'a traité comme un produit jetable.

J'ai emmené ma belle-mère aux urgences de l'hôpital quand elle avait 90 ans. Par une erreur d'écriture, les papiers d'attente indiquaient qu'elle avait 80 ans. Lorsque j'ai signalé l'erreur à une infirmière qui est entrée dans la chambre pour vérifier son état pendant que nous attendions, elle m'a conseillé à voix basse de ne rien dire, car elle recevrait de meilleurs soins si on pensait qu'elle avait 80 ans plutôt que 90 ans.

6.3.2 Négligence et mauvaise qualité des soins dans les établissements de soins de longue durée

La négligence et la mauvaise qualité des soins dans les établissements de soins de longue durée et les autres milieux de vie en groupe ont été un thème dominant dans les commentaires et les histoires. Les répondants ont donné des exemples de résidents qui n'ont pas eu l'aide opportune pour répondre à leurs besoins de base (p. ex., aide pour aller aux toilettes) ou qui n'ont pas eu les équipements de base pour assurer leur confort (p. ex., pas de climatiseur). Bien que certains exemples étaient liés spécifiquement à la négligence et la mauvaise qualité des soins fournis pendant la période de confinement liée à la pandémie de COVID-19 (p. ex., manque d'équipement de protection individuelle, taux de mortalité élevés, pas de visites de la famille), bon nombre d'autres exemples illustraient cette mauvaise qualité des soins dans les établissements de soins de longue durée comme un problème de longue date et continu. Plusieurs répondants ont souligné le manque de personnel adéquat comme la cause racine des problèmes de qualité. Les causes supplémentaires mentionnées dans les commentaires étaient liées à l'absence de réglementation et de surveillance gouvernementales, les salaires peu élevés et les conditions de travail du personnel, ainsi que les motivations de rentabilité des fournisseurs à but lucratif. Les répondants ont fait remarquer que l'âgisme a contribué au manque d'attention et de volonté politique pour régler les problèmes dans les établissements de soins de longue durée.

Un membre aîné d'une famille dans un établissement privé de soins de longue durée n'a pas eu à boire ou à manger pendant 3 jours. Aucun professionnel des soins de santé ou membre de la famille n'a été contacté ou avisé. Un membre de la famille qui le visitait s'est inquiété de la détérioration de sa santé et a été informé qu'il s'agissait d'un manque de nourriture et de liquides. Cette personne âgée a passé plusieurs semaines à l'hôpital en raison de cette négligence. Il n'y a eu aucun changement de politique dans le foyer de soins.

Je travaille dans différentes maisons de soins de longue durée et j'ai vu des résidents qui n'ont pas été aidés adéquatement lors des repas en raison du manque de personnel. Les résidents devaient attendre plus de 30 minutes pour aller aux toilettes en raison du manque de personnel, etc.

Ma belle-mère était dans un établissement de soins pendant les trois dernières années de sa vie — avant la COVID. Elle était malentendante. Elle a eu un appareil auditif, mais les aides-soignantes ne croyaient pas qu'elle en avait besoin et pensaient aussi qu'elle pouvait le perdre dans les draps... elles ne voulaient pas être tenues responsables; nous les avons assurées qu'elles ne le seraient pas. Une infirmière nous a dit qu'il était important qu'elle le porte parce que, sans son appareil, certaines aides-soignantes la traitaient comme « un légume ». On la laissait seule pendant des heures, parfois dans une chambre où il faisait très chaud, sans liquides à proximité pour boire,

et sans fenêtre ouverte ou ventilateur. Quand nous allions la visiter et que nous demandions si elle avait mangé, personne ne pouvait nous répondre. Elle était incapable de se lever ou de bouger seule dans son lit, ce qui a entraîné des plaies de lit. Bien qu'elle ait été dans un lit financé par le public dans un établissement privé, il a fallu plus de six mois et plusieurs plaies de lit pour que l'établissement propose un matelas pneumatique comme solution. Elle n'était pas la seule dans la résidence à recevoir de mauvais soins.

Pendant la pandémie, des dizaines de milliers de personnes âgées sont mortes dans des conditions horribles. Cela a mis en lumière le fait que nous nous fichons de leur mort. Ils reçoivent de la nourriture dégoûtante; les soins ne sont pas adéquats; il n'y a pas de règles claires quant au nombre de patients/soignant; les établissements privés de soins de longue durée ne cherchent qu'à faire de l'argent. Si un jour je suis très malade, je vais demander l'aide à mourir pour éviter d'aller dans un établissement de soins de longue durée. Mourir dans la dignité devrait être un droit! Pas un souhait.

Les problèmes de personnel, la proportion personnel/patient et la qualité des soins en soins de longue durée sont connus depuis des décennies, et rien n'est fait pour les régler. Et la surveillance gouvernementale de ces agences est désolante — il y a une réaction seulement en cas de plainte. Des inspections régulières et non annoncées doivent être faites. Et un financement gouvernemental supplémentaire doit être réaffecté au vieillissement à domicile. La majorité des personnes âgées ont peur des centres de soins, plus que de la mort elle-même.

6.3.3 Fournisseurs de soins de santé présumant que les problèmes médicaux sont simplement dus à l'âge

Dans bon nombre de commentaires et d'histoires, les répondants ont décrit des situations où les fournisseurs de soins de santé présumaient que les symptômes ou les problèmes médicaux des personnes âgées étaient simplement dus à la vieillesse, et qu'il n'était donc pas nécessaire de faire d'autres examens ou traitements. Les répondants ont donné des exemples de problèmes médicaux qui ont été mal diagnostiqués ou dont le diagnostic a été reporté en raison de ces présomptions — dans certains cas, les conséquences ont été fatales. Plusieurs répondants ont souligné qu'ils avaient insisté pour que les problèmes de santé de leur être cher soient pris en charge et au sérieux.

La fameuse expression « vous savez, à votre âge... » Je ne suis pas une statistique.

J'ai plusieurs clients âgés qui m'ont dit que leurs problèmes de santé sont ignorés et ne font pas l'objet d'un suivi. Ils se font dire, par leur médecin de famille, qu'ils ont une maladie appelée « TDA ». Quand on leur demande ce que ça signifie, ils répondent « trop d'anniversaires ». C'est très triste et désolant d'entendre que les médecins ont une telle expression.

Le mari d'une amie s'est fait dire, par un médecin, qu'il n'y avait rien qu'il pouvait faire pour son mal de dos, que ça venait avec la vieillesse. Il avait 56 ans!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!

Plus tôt cette année, j'ai eu une urgence médicale qui m'a menée aux urgences. J'étais en douleur, pliée en deux, à peine capable de bouger. Le médecin traitant a rejeté, sans examen, mes symptômes et a tenté de me retourner chez moi. Son commentaire était que « à mon âge » la cause de la douleur était probablement le cancer. J'ai été renvoyée chez moi, mais j'y suis retournée deux jours plus tard avec un appendice perforé qui a nécessité une semaine d'hospitalisation pour éliminer l'infection massive. Mon mari avait des douleurs dans une jambe qui étaient, à ce moment-là, invalidantes. Le médecin qui l'a vu a rejeté la douleur qui, pour lui, faisait partie du vieillissement et n'a rien fait pour l'aider.

La perte auditive [n'est] pas prise au sérieux, puisqu'elle est considérée comme faisant partie du vieillissement, alors qu'en fait c'est un problème de santé et de société.

6.3.4 L'âgisme comme facteur contribuant aux difficultés à trouver un médecin de famille

La pénurie de médecins de famille au Canada était une préoccupation majeure pour les répondants au questionnaire. Certains répondants ont déclaré qu'ils attendent depuis plusieurs années d'avoir un nouveau médecin de famille. Même si tous les répondants ne croyaient pas que leurs difficultés à trouver un médecin de famille étaient dues à l'âgisme, d'autres ont déclaré que les médecins de famille ne voulaient pas prendre en charge des patients âgés en raison de la complexité présumée de leurs problèmes de santé. Dans certains cas, les répondants se sont fait dire explicitement qu'un médecin de famille ne prenait pas les patients d'un certain âge. Plusieurs participants qui avaient récemment perdu leur médecin de famille ont exprimé combien il était stressant et décourageant de devoir chercher un médecin de famille à leur âge.

Le plus grand problème est la grave pénurie d'omnipraticiens et de tous les professionnels des soins de santé. À 83 ans, je dois composer avec le départ à la retraite de mon omnipraticien et l'incapacité de trouver un remplaçant. Comment puis-je obtenir les soins de base et renouveler mes ordonnances sans engorger les salles d'urgence de l'hôpital?

J'ai 70 ans et mon mari a 83 ans. Nous n'avons pas de médecin depuis 3 ans. C'est incroyable et aberrant.

Mes parents ont eu de la difficulté à trouver un médecin de famille. Les cliniques qu'ils ont contactées demandaient l'âge de mes parents et les informaient qu'elles ne prenaient pas de nouveaux patients au-delà d'un certain âge.

Mon mari et moi avons été retirés de la liste des patients de notre médecin. On nous a dit qu'il devait réduire sa pratique, et qu'un « tirage au sort » avait été fait. Nous avons gagné le privilège de tenter de trouver un autre médecin pour nos dernières années. Pas une tâche facile.

7. Âgisme et inclusion sociale

7.1 Introduction

L'inclusion sociale est la manière dont une société valorise tous ses citoyens, respecte leurs différences, veille à ce que les besoins fondamentaux de chacun soient satisfaits, et accueille et permet la pleine participation à cette société¹¹. L'âgisme contribue à l'isolement social et au sentiment de solitude des personnes âgées¹². L'isolement social et la solitude ont été liés à des résultats négatifs en matière de santé pour les personnes âgées et à une augmentation des coûts des soins de santé¹³.

7.2 Commentaires des tables rondes et des consultations menées par un intervenant

7.2.1 Âgisme et autres formes de préjudices qui s'entrecroisent et empêchent l'inclusion sociale

Pendant les tables rondes et les consultations menées par un intervenant, les participants ont souligné que les attitudes âgistes au sein de la société pouvaient nuire à l'inclusion sociale des aînés. Les stéréotypes, les comportements condescendants, l'ignorance et l'exclusion des personnes âgées, et les gestes discriminatoires peuvent amener les aînés à se sentir non respectés ou malvenus dans la société. La pandémie de COVID-19 a été vue par certains comme un élément d'intensification des attitudes âgistes et de la nature divisée de la société. Les participants ont également remarqué la façon dont l'âgisme peut entrecroiser d'autres formes de préjudices comme le sexisme, le racisme, le capacitisme et l'homophobie. L'encadré 2 donne un exemple, tiré des notes d'une consultation menée par un intervenant, d'une discussion des participants qui illustre la nature intersectionnelle de l'âgisme. Les femmes, les membres des communautés autochtones et ethnicisées, les personnes vivant en situation de handicap ou de démence, et les personnes âgées 2SLGBTQ+ étaient signalés par les participants comme pouvant vivre des formes d'entrecroisement des préjudices et de la discrimination à un âge avancé. Plusieurs participants ont également souligné la façon dont la discrimination et les traumatismes vécus au début de la vie pouvaient avoir un impact sur les individus plus tard dans leur vie. Par exemple, la discrimination des employés peut avoir un impact sur le revenu et la pension des personnes âgées.

Encadré 2. La nature intersectionnelle de l'âgisme — Commentaire d'une consultation menée par un intervenant

L'âge entrecroise toutes les identités. Ce constat est une évidence dans certaines des expériences racontées par les participants âgés. Une participante âgée, octogénaire, de petite stature et Chinoise, a été tassée par une jeune personne au moment d'entrer dans l'ascenseur. Même un témoin a fait remarquer que l'acte était intentionnel et mesquin. Elle a demandé au groupe s'il s'agissait d'âgisme, de racisme ou de sexisme. Nous n'avons pas pu arriver à une réponse définitive parce que cet exemple intègre toutes ces identités. Les participants ont fait remarquer que dans leur jeunesse, ils étaient plus résilients, surmontaient ces « ismes » et poursuivaient leur chemin. À l'âge avancé, ils sont plus susceptibles de se renfermer et de réduire leur participation à la société.

7.2.2 Lutter contre l'isolement social et la solitude

L'isolement social et la solitude ont été le sujet d'inclusion sociale le plus souvent abordé lors des tables rondes et des consultations menées par un intervenant. Certains participants ont fait remarquer que les changements dans les structures familiales et communautaires auraient augmenté l'isolement social des aînés (p. ex., les familles vivent plus loin les unes des autres, le manque de contact intergénérationnel). La pandémie de COVID-19 a été vue comme ayant grandement augmenté l'isolement social et la solitude dans la population âgée. Bien que la nécessité des mesures sanitaires prises pour prévenir la propagation de la COVID-19 ne soit pas remise en question par les participants, certains ont fait remarquer que l'âgisme et le désir de « protéger » les personnes âgées a contribué à l'élaboration de politiques indûment restrictives qui ciblaient les personnes âgées (p. ex., restriction des visites dans les établissements de soins de longue durée).

En général, il en ressort que des ressources et des soutiens plus importants doivent être fournis pour renforcer les réseaux de soutien social, améliorer les liens intergénérationnels et offrir des activités inclusives afin de prévenir l'isolement social et la solitude. Les participants ont souligné le besoin de lutter contre les barrières systémiques à la participation sociale des aînés, notamment le manque de transport, les revenus inadéquats pour répondre aux besoins de base (encore moins participer socialement) et les barrières linguistiques. En outre, plusieurs participants ont souligné le manque de soutien pour faire face aux préoccupations de santé mentale (p. ex., anxiété, dépression) et la douleur causée par la pandémie de COVID-19.

7.2.3 Exclusion des personnes âgées attribuable au fossé numérique

Le fossé numérique est défini comme l'écart entre les individus qui ont la capacité et les ressources pour accéder à Internet et utiliser les technologies numériques (p. ex., ordinateur, téléphone intelligent, tablette) et ceux qui ne les ont pas. Le fossé numérique a été abordé abondamment dans les conversations sur l'inclusion sociale, et les médias et les médias sociaux pendant les tables rondes et les consultations menées par un intervenant. Puisque la majorité des commentaires faits par les participants portaient sur l'inclusion sociale, les discussions sur le fossé numérique sont résumées

dans la présente section. Les participants aux consultations ont souligné que si de nombreuses personnes âgées savent utiliser les technologies numériques, elles sont plus touchées par la fracture numérique que les groupes d'âge plus jeunes. Les personnes âgées n'ont pas grandi en utilisant les technologies numériques et n'ont peut-être pas eu l'occasion, dans leur vie personnelle ou professionnelle, d'acquérir les compétences nécessaires pour utiliser ces technologies. Les participants ont souligné que les coûts de la connexion Internet et des technologies numériques peuvent également être un obstacle pour les personnes âgées à faible revenu. Les collectivités rurales et éloignées, dont les populations comprennent souvent une proportion élevée de personnes âgées, peuvent aussi ne pas avoir l'infrastructure nécessaire pour un accès à Internet.

Les participants ont également affirmé que la présomption de la société, du gouvernement et des organismes que tout le monde peut participer en mode numérique, est âgiste et exclut des essentiellement des segments de la population des personnes âgées. Les aînés qui n'utilisent pas les technologies numériques sont exclus de la participation aux activités sociales (p. ex., participer à des activités des médias sociaux ou des activités en ligne), ne reçoivent pas les communications et les informations importantes (p. ex., informations à propos d'événements communautaires qui sont uniquement affichées en ligne) et n'ont pas accès à certains services (p. ex., formulaires gouvernementaux qui doivent être remplis en ligne, systèmes de transactions bancaires et de paiements en ligne, télémédecine). Les participants ont fait remarquer que la pandémie de COVID-19 a creusé davantage le fossé numérique en raison du passage rapide à l'environnement numérique, alors que bon nombre d'activités sociales, de milieux de travail et de services ont été transférés en ligne (et bon nombre peuvent encore rester en ligne, même après les dernières périodes de la pandémie). Les participants ont fait remarquer qu'il y a eu peu de soutien offert aux gens qui ont accusé du retard face à ces changements. Certains participants ont observé, toutefois, que la pandémie a eu un effet positif puisqu'un plus grand nombre d'adultes ont appris à utiliser les technologies numériques, ce qui a mené à une nouvelle participation sociale, un effet bénéfique pour la santé et des options de travail.

7.3 Commentaires du questionnaire

Dans le questionnaire, les répondants étaient invités à répondre à la question « Selon vous, quels sont les problèmes d'âgisme les plus importants liés à l'inclusion sociale des personnes âgées? » et pouvaient choisir jusqu'à trois réponses dans la liste. Les problèmes qui ont été soulignés comme les plus importantes préoccupations étaient les suivants : 1) les programmes, les politiques et la prestation de services gouvernementaux qui ne tiennent pas correctement compte des besoins des personnes âgées, 2) le manque de reconnaissance des contributions des personnes âgées à la société, 3) le manque de soutien (financier ou de programmes/éducation) pour aider les personnes âgées à participer à la société, et 4) les personnes âgées sont ignorées ou traitées comme si elles étaient invisibles (voir le tableau 9).

Tableau 9. Préoccupations liées à l'âgisme et l'inclusion sociale

Préoccupations liées à l'âgisme et l'inclusion sociale	Nombre	Pourcentage
Les programmes, les politiques et la prestation de services gouvernementaux qui ne tiennent pas correctement compte des besoins des personnes âgées.	1 464	50,1 %
Le manque de reconnaissance des contributions des personnes âgées à la société.	1 446	49,5 %
Le manque de soutien (financier ou de programmes/éducation) pour aider les personnes âgées à participer à la société.	1 228	42,1 %
Les personnes âgées sont ignorées ou traitées comme si elles étaient invisibles.	1 212	41,5 %
Les attitudes âgistes au sein de la société qui font en sorte que les personnes âgées se sentent importunes ou rejetées.	1 057	36,2 %
Le manque de possibilités de participation sociale ou l'inclusion sociale des personnes âgées dans la société.	813	27,8 %
Autre	43	1,5 %
Je ne crois pas qu'il existe des problèmes d'âgisme liés à l'inclusion sociale des personnes âgées.	84	2,9 %
Je préfère ne pas répondre.	43	1,5 %

Remarques : Les chiffres en pourcentage indiquent la proportion des 2 920 répondants qui ont sélectionné la réponse. Les répondants pouvaient sélectionner jusqu'à trois réponses par conséquent le total en pourcentage ne correspond pas à 100 %.

Au total, 619 commentaires et histoires ont également été transmis à propos de l'âgisme et l'inclusion sociale, par le biais du questionnaire (n = 596), et de la plateforme de partage d'histoires et du courriel (n = 23). Voici les thèmes les plus importants recensés dans les commentaires et les histoires :

- 1) Manque d'espaces communautaires accessibles et inclusifs et d'activités pour les aînés (n = 105)
- 2) Manque de sécurité financière des Canadiens âgés (n = 99)
- 3) Les personnes âgées sentent que la société et le gouvernement ne tiennent pas compte d'elles (n = 88)
- 4) Besoin de mesures d'aide pour vieillir chez soi (n = 64)

Ces quatre facteurs sont décrits en détail dans les prochaines sections. Bien que toutes ces questions aient également été abordées lors des consultations, les problèmes de sécurité financière et le besoin de mesures d'aide pour vieillir chez soi étaient plus présents dans le questionnaire. D'autres thèmes ont émergé des commentaires et des histoires, notamment les attitudes âgistes du public et des fournisseurs de service qui font que les personnes âgées se sentent importunes (n = 59); le fossé numérique (n = 49); les impacts négatifs de la pandémie de COVID-19 sur l'inclusion sociale des aînés (n = 35); le manque d'inclusion des personnes âgées dans les milieux de travail (n = 33) et la nécessité d'un plus grand nombre d'activités intergénérationnelles et d'occasions d'interaction (n = 32).

7.3.1 Manque d'espaces et d'activités communautaires accessibles et inclusifs pour les personnes âgées

Les commentaires et les histoires des répondants illustraient le manque d'espaces communautaires inclusifs et d'activités sociales et récréatives pour les aînés. Les répondants ont exprimé des préoccupations à propos du manque de variété de l'offre de programmes (c.-à-d., programmes visant une gamme d'intérêts et de capacités) et un manque de soutien pour faire en sorte que les activités sont accessibles et inclusives pour une diversité d'aînés (p. ex., coûts faibles, bâtiments accessibles, soutien au transport, communication des informations en formats accessibles). Le manque d'options de transports publics (y compris le transport accessible) était fréquemment souligné comme un obstacle à la participation sociale, notamment dans les régions rurales. Les répondants ont mentionné le besoin d'espaces et d'activités destinés aux aînés, ainsi que des espaces communautaires et des activités qui sont ouverts à tous les âges.

Au centre communautaire local, aucun programme n'a été annoncé/offert aux aînés jusqu'à ce que nous (aînés) prenions les choses en main. Le personnel des activités récréatives n'avait même pas évalué le besoin ou la possibilité.

Il est très difficile pour tout groupe d'aînés de trouver l'espace adéquat (y compris l'espace de bureau) pour les activités destinées aux personnes âgées. Les centres communautaires sont généralement construits en pensant aux plus jeunes et, dans leur fonctionnement, ils sont réticents à partager l'espace avec les aînés. Il y a de grands centres, ici et là, mais ils ne sont pas suffisamment accessibles aux aînés, qui ne conduisent pas ou ne veulent pas conduire sur des routes très achalandées, parfois lorsque les conditions météorologiques sont difficiles. Tout dépend de l'automobile et de la capacité de mobilité suffisante.

Je vis dans une région rurale où l'accès aux programmes ou aux activités récréatives se fait à pied ou en automobile personnelle. Les personnes âgées vivant dans les régions rurales n'ont souvent pas les moyens d'acheter une automobile. Le gouvernement choisit de se fier aux collectivités rurales pour fournir le transport nécessaire aux personnes âgées. Par conséquent, si une personne âgée n'est pas bien connectée aux groupes communautaires, elle se retrouve en situation d'isolement extrême. Les collectivités rurales ne sont pas bien desservies par chaque offre de programmes gouvernementaux. Parallèlement, ces collectivités subissent une pression énorme pour répondre aux besoins d'une population vieillissante. Nous avons besoin d'aide organisée!

Et si on faisait des programmes pour les aînés une priorité dans la collectivité, dans les centres communautaires locaux? Et si le gouvernement municipal local postait des copies papier des programmes offerts aux aînés dans la collectivité au lieu de les rendre accessibles en ligne ou de penser qu'un aîné ira les chercher facilement sans l'aide d'une personne qui connaît bien l'informatique? 90 % des informations destinées aux aînés sont disponibles SEULEMENT en ligne. La majorité des aînés que je connais ont grandi avec du papier et un crayon, et il est très difficile d'entraîner le cerveau à naviguer en ligne pour obtenir les informations.

7.3.2 Manque de sécurité financière des Canadiens âgés

Un autre thème important qui ressort des commentaires est le manque de sécurité financière des Canadiens âgés. Les répondants ont fait remarquer que bon nombre de personnes âgées à faible revenu qui comptent essentiellement sur les pensions et les prestations gouvernementales (c.-à-d., RPC/RRQ, SV, SRG) n'ont pas les ressources financières pour avoir une bonne qualité de vie et participer socialement (p. ex., payer le transport, les frais des activités, etc.). Plusieurs répondants ont fait remarquer que les femmes âgées sont particulièrement susceptibles d'être confrontées à la pauvreté en vieillissant parce qu'elles ont été défavorisées sur le marché du travail (p. ex., salaire inférieur, travail non rémunéré comme personne au foyer ou proche aidant). On a également mentionné des préoccupations quant à l'adéquation des soutiens du revenu pour les personnes en situation de handicap. De nombreux répondants ont aussi exprimé leurs préoccupations à l'égard des décisions du gouvernement de n'offrir les augmentations des prestations de revenu qu'à certains segments d'âge des personnes âgées (p. ex., les augmentations de la SV pour les personnes âgées de 75 ans et plus).

J'ai un revenu très limité (en raison d'un divorce) et je ne peux pas me permettre d'adhérer à plusieurs groupes d'aînés en raison des frais et aussi du coût du transport. Cette situation nuit aussi à ma capacité à suivre des programmes de conditionnement physique qui pourraient améliorer ma santé à long terme.

Mes deux parents ont plus de 65 ans. Ma mère avait déjà une incapacité. Mon père a été congédié en raison de son âge (le magasin qu'il gérait était surnommé la place des vieux — une entreprise d'accessoires pour les camions). Mes deux parents n'ont pas les moyens de vivre. Ils existent et rognent sur tout. J'aimerais les aider, mais je ne peux pas. Quand on regarde un couple d'aînés, qui doivent seulement compter sur le RPC et la SV jusqu'à leur mort, c'est IMPOSSIBLE d'y arriver. À eux deux, pour manger 3 fois par jour, chaque jour, jusqu'à 85 ans en consacrant 5 \$ par repas, on arrive à environ 219 000 \$. Et puis, il y a le logement, les taxes, les services publics et, si Dieu le veut, une journée un peu divertissante? Ces gens ont bâti notre pays et ils sont traités comme ça... C'est vraiment triste. Tout le monde devrait pouvoir VIVRE et pas seulement EXISTER.

L'analyse comparative entre les sexes est nécessaire lorsqu'il est question des politiques, des programmes, des services et des prestations puisque les femmes n'ont pas eu un salaire égal pour un travail égal. Elles vivent aussi plus longtemps et portent le fardeau de la vaste majorité de la garde des enfants et des soins aux aînés non rémunérés. Les femmes âgées seules sont les personnes les plus pauvres au Canada. La majorité d'entre elles préfèrent vieillir à domicile, mais ne peuvent souvent pas se le permettre financièrement.

La SV et le RPC du Canada ne suffisent pas pour assumer le coût de la vie et l'inflation. Plus particulièrement pour les aînés retraités de 65 à 74 ans qui n'obtiendront pas l'augmentation de la SV pour les 75 ans et plus qui doit entrer en vigueur en 2023.

J'ai une dette de 40 000 \$, je suis sans emploi depuis plus d'un an et je n'arrive même pas à trouver un emploi à temps partiel. J'ai eu plusieurs entrevues, mais dès que je me présente je vois « le regard », et je sais que je perds mon temps. Je reste pour l'entrevue, malgré tout, et je continue à me dire que j'aurai peut-être de la chance, mais le résultat est toujours le même. J'ai fait une demande de RPC cette année pour m'aider à combler le manque parce que je n'ai pratiquement plus d'épargne. Si je ne trouve pas bientôt un emploi, je devrai faire faillite pour éviter un paiement d'environ 600 \$/mois pour rembourser mon emprunt et retarder le moment où je serai sans abri.

7.3.3 Les personnes âgées sentent que la société et le gouvernement ne tiennent pas compte d'elles

De nombreuses histoires et commentaires portaient sur le thème des personnes âgées qui se sentent invisibles ou qui sentent qu'on ne tient pas compte d'elles. Les répondants ont donné des exemples de personnes âgées dans des contextes sociaux, des commerces ou d'autres milieux publics. Plusieurs répondants ont explicitement décrit le sentiment d'être « invisibles » et d'être négligés en public ou en compagnie d'autres personnes. Les répondants ont également exprimé leur inquiétude quant au fait que le gouvernement ne tient pas compte des besoins des personnes âgées et qu'il est nécessaire de consulter davantage les personnes âgées et de prêter attention à leurs besoins. Certains répondants ont souligné les entrecroisements de l'âgisme et du sexisme, plus particulièrement les femmes âgées qui rapportent qu'elles se sentent ignorées ou invisibles.

J'ai vraiment l'impression que personne ne se soucie de ce que je ressens, de ce que je pense ou de mon état de santé physique ou mental. Mes enfants me racontent leurs problèmes, me demandent de garder leurs enfants ou font des achats pour eux-mêmes, mais ne me demandent jamais si je vais bien ou n'expriment pas le désir de passer du temps avec moi.

Les femmes deviennent invisibles en public. Dans les endroits où je vais régulièrement, je ne suis pas reconnue à moins d'être accompagnée par mon mari, qui est systématiquement reconnu.

Quand je vais magasiner avec ma fille qui a 50 ans, la plupart du temps, les commis s'adressent à elle en premier pour offrir un service et elle doit insister pour qu'on s'adresse à moi. Cette situation est particulièrement vraie quand on veut acheter une nouvelle voiture parce que le personnel de vente m'a ignoré sciemment jusqu'à ce qu'il s'aperçoive que c'est moi qui avait l'argent!

Le gouvernement ignore complètement l'opinion des aînés à propos des services et des soutiens dont nous avons besoin. Il est condescendant et nous rejette ou nous ignore complètement.

7.3.4 Besoin de mesures d'aide pour vieillir chez soi

Le besoin d'un plus grand nombre de mesures d'aide pour vieillir chez soi était un thème récurrent. La majorité des commentaires et des histoires mentionnaient spécifiquement la nécessité d'augmenter les soins à domicile; toutefois, des mesures

d'aide nécessaires supplémentaires ont été recommandées pour soutenir les proches aidants et subvenir aux besoins d'entretien ménager. De nombreux répondants ont aussi fait remarquer que le maintien à domicile des personnes âgées devrait être une priorité. Cette option était la préférée de la majorité des personnes âgées et leur permet de continuer à faire partie intégrante de leur collectivité. Plusieurs répondants ont observé que, dès qu'une personne âgée est admise dans un établissement, il devient très difficile pour elle de participer à la société élargie.

Il n'y a pas suffisamment de soutiens pour que les personnes âgées et leurs proches aidants puissent adéquatement et efficacement assurer le maintien à domicile. Aucune autre option n'est offerte et les dépenses personnelles sont très élevées. Plusieurs familles, plus particulièrement celles qui prennent soin des personnes atteintes de démence, n'ont d'autre choix que de se tourner vers les établissements de soins de longue durée pour obtenir du soutien. Elles n'ont pas besoin, ou ne souhaitent pas, bénéficier de soutien 24/7, mais n'ont pas d'autres options. C'est un moment vraiment stressant pour la personne âgée et les familles, qui mène souvent à des comportements exacerbés, à de l'isolement et à la dégradation de l'état de santé.

Le vieillissement à domicile devrait être une PRIORITÉ de tous les partis politiques! La majorité des aînés veulent rester chez eux aussi longtemps que possible... mais avec des SOINS, si nécessaire.

Nous voulons rester chez nous, mais on nous offre les maisons de retraite.

Quand les personnes âgées doivent sortir de leur maison par manque de services, elles sont également sorties de la société.

8. Âgisme, protection et sécurité

8.1 Introduction

Les deux normes les plus élémentaires de protection et de sécurité des personnes âgées sont l'absence de préjudices et l'accès au logement. Considéré comme un facteur de risque et une conséquence de la maltraitance des aînés, l'âgisme peut conduire à ce que les rapports de maltraitance ne soient pas crus ou pris au sérieux¹⁴. Les politiques et pratiques âgistes peuvent également entraver l'accès des personnes âgées à la sécurité, comme à un logement sûr. Les maisons et les quartiers sont souvent mal conçus pour répondre aux besoins des personnes âgées¹⁵. La discrimination sur le marché locatif peut compromettre la capacité des personnes âgées à accéder au logement.

8.2 Commentaires des tables rondes et des consultations menées par un intervenant

8.2.1 Maltraitance des personnes âgées

Les sujets de protection et de sécurité les plus souvent abordés lors des consultations sont la maltraitance des personnes âgéesⁱⁱ et les escroqueries et fraudes visant les personnes âgéesⁱⁱⁱ. Les participants ont souligné qu'en cas de maltraitance des personnes âgées, ce sont souvent les membres de la famille qui sont les auteurs et que les personnes âgées peuvent alors être réticentes à signaler les mauvais traitements. Le signalement de la maltraitance envers les aînés peut être particulièrement difficile pour les immigrants récents qui peuvent être dépendants de leurs familles ou ne pas avoir les compétences linguistiques nécessaires pour faire le signalement. Les aînés autochtones peuvent aussi hésiter à signaler la maltraitance envers les aînés en raison des expériences antérieures de traumatisme, de discrimination et d'abus qui les a amenées à craindre les représailles des fournisseurs de soins de santé ou les répercussions sur les membres de leur famille. Plusieurs participants ont également fait remarquer l'absence de mesures de protection qui empêcheraient des personnes détenant une procuration de profiter des personnes âgées. Les participants croient que la pandémie de COVID-19 a rendu les personnes âgées plus vulnérables aux mauvais traitements envers les aînés, aux fraudes et aux escroqueries en raison de l'isolement et de la dépendance accrue aux technologies numériques.

Les participants pensent que l'âgisme contribue aux croyances sociétales que la maltraitance des aînés est un sujet de moindre importance par rapport à d'autres types de crimes. Dans les cas d'abus financier, l'âgisme peut mener les membres de la famille à penser qu'ils ont droit à l'argent d'une personne âgée. L'âgisme peut également amener les escrocs à considérer les personnes âgées comme des cibles faciles. Les participants ont fait remarquer l'absence de ressources policières dédiées à ces types de crimes, l'absence de collecte de données sur les cas de maltraitance

ⁱⁱ Bien que l'enjeu soit communément connu sous le nom de « maltraitance envers les aînés », le terme « aîné » comporte une signification culturelle distincte pour les collectivités autochtones au Canada. Conscients de cette réalité, nous allons utiliser le terme « maltraitance des personnes âgées » tout au long de cette consultation. Comme il n'existe pas de définition nationale de la maltraitance des personnes âgées, la définition de « maltraitance des personnes âgées » de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sera utilisée et est comprise comme suit : un acte unique ou répété, ou en l'absence d'intervention appropriée, dans le cadre d'une relation censée être une relation de confiance, qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne âgée qui en est victime. Ce type de violence constitue une violation des droits humains et englobe les violences physiques, sexuelles, psychologiques ou morales ; les abus matériels et financiers ; l'abandon ; le défaut de soins ; et l'atteinte grave à la dignité ainsi que le manque de respect.¹⁶ Bien que toutes les formes de maltraitance des personnes âgées soient répréhensibles, seules certaines d'entre elles sont considérées comme criminelles (p. ex., des actions telles que les cris et l'intimidation ou l'isolement d'une personne âgée sont des exemples de maltraitance des personnes âgées généralement considérées comme non criminelles). La « maltraitance des personnes âgées » est l'un des nombreux termes pour décrire cette problématique, y compris la maltraitance des aînés, l'abus de personnes âgées et l'abus des aînés. Il est à noter que le Forum pour les aînés utilise la « maltraitance des personnes âgées » de façon synonyme aux autres termes.

ⁱⁱⁱ Bien que les escroqueries et les fraudes ne soient pas toujours considérées comme un type de maltraitance des personnes âgées, car les auteurs sont principalement des étrangers, elles sont abordées dans cette section en raison de leur chevauchement.

envers les aînés, le manque d'espaces de logement pour les aînés victimes de maltraitance et le manque de services de défense des aînés et de soutien aux victimes. Pour les personnes âgées victimes de maltraitance et les membres de la famille ou les amis concernés, il peut être difficile de déterminer à qui s'adresser pour signaler l'abus (c.-à-d., police, système de soins de santé, banque, services sociaux, etc.). De plus, il a été souligné que les lacunes de la législation en matière de violence domestique, de délégation de pouvoir et de prise en charge peuvent empêcher les policiers d'intervenir efficacement dans les cas de maltraitance envers les aînés pouvant être de nature criminelle. Les participants ont indiqué que des règlements plus stricts dans le secteur bancaire sont aussi nécessaires pour traiter les cas d'abus financier et de fraude. Les participants ont souligné que les policiers, les fournisseurs de soins de santé, les banquiers et les fournisseurs de services de première ligne devaient être mieux formés sur la façon de traiter les cas de maltraitance des aînés, de fraude et d'escroquerie.

8.2.2 Collectivités et maisons sûres et accessibles

La nécessité de disposer de logements et de communautés sûrs et accessibles a également été abordée par les participants dans les tables rondes et dans les consultations menées par un intervenant. Les participants ont souligné que les logements et les communautés sont souvent conçus sans tenir compte de l'accessibilité et des besoins des personnes âgées. Les collectivités doivent être repensées pour être adaptées aux aînés et accessibles aux personnes ayant des problèmes de mobilité, d'audition, de vision et d'autres formes d'handicaps. La sécurité des piétons, en particulier, a été mentionnée comme une préoccupation (p. ex., les rampes et les bordures de trottoir pour accueillir les fauteuils roulants, un éclairage adéquat la nuit, les trottoirs, le déneigement). Les participants ont également souligné que les bâtiments et les maisons devaient être adaptés aux personnes âgées dès leur conception. Un accès amélioré à des logements de qualité et abordables pour les aînés est également, pour les participants, un besoin dans la majorité des collectivités. Certains participants ont également fait des commentaires sur le besoin d'options de transport public sûr et accessible aux personnes âgées. Enfin, la préparation aux situations d'urgence a été citée lors de l'une des consultations comme une priorité importante pour assurer la sécurité des personnes âgées en cas d'urgence.

8.3 Commentaires du questionnaire

Les répondants étaient invités à répondre à la question « Selon vous, quels sont les problèmes d'âgisme les plus importants liés à la protection et la sécurité des personnes âgées? » et pouvaient choisir jusqu'à trois réponses dans la liste. Les répondants se sont montrés plus préoccupés par les questions de protection et de sécurité suivantes : 1) le manque d'accès à des logements abordables, convenables et adéquats pour les personnes âgées, 2) les environnements physiques qui ne sont pas bien conçus pour répondre aux besoins des personnes âgées et 3) les opinions négatives à propos des personnes âgées qui peuvent contribuer à l'abus et la négligence (voir le tableau 10).

Tableau 10. Préoccupations liées à l'âgisme, la protection et la sécurité

Préoccupations liées à l'âgisme, la protection et la sécurité	Nombre	Pourcentage
Manque d'accès à des logements abordables, convenables et adéquats pour les personnes âgées.	1 810	62,0 %
Environnements physiques (p. ex., maisons, quartiers, collectivités) qui ne sont pas bien conçus pour répondre aux besoins des personnes âgées.	1 230	42,1 %
Comment les opinions négatives au sujet des personnes âgées contribuent-elles aux mauvais traitements et à la négligence (p. ex., des hypothèses sur la capacité mentale des personnes âgées)?	1 132	38,8 %
Politiques et pratiques âgistes qui ont une incidence négative sur la sécurité financière des personnes âgées (p. ex., politiques d'emploi, politiques de pension).	1 080	37,0 %
Problèmes liés aux systèmes conçus pour recevoir des signalements, mener des enquêtes ou protéger les personnes âgées contre les mauvais traitements (p. ex., approches paternalistes, mauvaise coordination, manque de clarté concernant les rôles de la police, des travailleurs sociaux et d'autres professionnels).	1 028	35,2 %
Les signalements de mauvais traitements envers les aînés ne sont pas suffisamment crus ou pris au sérieux.	948	32,5 %
Autre	28	1,0 %
Je ne crois pas qu'il existe des problèmes d'âgisme liés à la sécurité des personnes âgées.	42	1,4 %
Je préfère ne pas répondre.	74	2,5 %

Remarques : Les chiffres en pourcentage indiquent la proportion des 2 920 répondants qui ont sélectionné la réponse. Les répondants pouvaient sélectionner jusqu'à trois réponses, par conséquent le total en pourcentage ne correspond pas à 100 %.

Au total, 512 commentaires et histoires ont également été transmis à propos de l'âgisme, la protection et la sécurité, par le biais du questionnaire (n = 501), et de la plateforme de partage d'histoires et du courriel (n = 11). Les thèmes les plus importants qui ont émergé sont les suivants :

- 1) Accès à un logement de qualité et abordable (n = 74)
- 2) Conception de collectivités adaptées aux aînés (n = 68)
- 3) Mécanismes inefficaces de signalement et d'imputabilité de la maltraitance des personnes âgées (n = 66)

Ces trois thèmes sont décrits en détail dans les prochaines sections. Les thèmes supplémentaires qui ont émergé des histoires reçues concernaient le manque de sécurité financière des Canadiens âgés (n = 62); le besoin d'un continuum d'options de logement pour les personnes âgées dans la collectivité (n = 53); le manque de soins à domicile, de soutiens d'entretien ménager et autres types de soutiens nécessaires pour aider les aînés à vieillir à domicile (n = 44); les situations de maltraitance et de négligence dans les établissements de soins de longue durée (n = 35) et les répercussions négatives des présomptions à propos de la compétence des personnes âgées et le retrait des pouvoirs décisionnels (n = 34).

8.3.1 Accès à un logement de qualité et abordable

Dans les histoires personnelles et les commentaires, l'importance de l'accès à un logement de qualité et abordable pour les aînés était un thème majeur. Certains répondants ont suggéré que l'âge a contribué à l'insécurité du logement vécue par les personnes âgées en raison de l'incapacité à garantir des revenus de retraite adéquats et du manque d'options de logements abordables adaptées aux personnes âgées. Les répondants étaient préoccupés par le manque de logements abordables pour les aînés, et par la qualité et la sécurité des logements qui sont disponibles (p. ex., locataires violents, problèmes d'entretien, insectes). Des liens clairs ont été faits par les répondants entre l'insécurité du logement et l'insécurité financière. Pour les personnes âgées qui dépendent principalement des retraites et des prestations gouvernementales (c.-à-d., le RPC/RRQ, la SV, le SRG), les répondants ont noté que ces sources de revenus sont généralement insuffisantes pour permettre de s'offrir un logement de qualité et un niveau de vie adéquat. Dans les commentaires, on a désigné les femmes âgées et les personnes âgées vivant seules comme étant particulièrement susceptibles de connaître l'insécurité financière. Plusieurs histoires et exemples ont été fournis d'aînés forcés de vivre dans un environnement non sûr en raison du manque de logement abordable. Plusieurs répondants ont également relevé le lien entre le logement abordable et la capacité des personnes âgées à vieillir chez elles.

L'accès à un logement abordable, convenable et adéquat pour les adultes est un problème immensément critique. En termes de qualité de vie, dans notre collectivité en particulier, toutes les offres de logements subventionnés relèvent de propriétaires non sûrs de tout âge. Nos clients sont forcés soit de vivre dans la peur dans le seul logement qu'ils peuvent se permettre de louer, soit de vivre au-dessus de leurs moyens et n'ont pas le revenu nécessaire pour l'alimentation, les médicaments, le transport, et les loisirs.

Ma sœur aînée, qui a plus de 70 ans, a vendu sa maison qui est dans un petit centre proche des soins de santé et de sa famille. Elle a tenté d'obtenir une place dans une maison pour aînés dans [une grande ville] depuis juin 2022, sans succès. On lui avait dit, au début, qu'elle aurait une place après le 11 juillet 2022. Mais quand elle a téléphoné pour demander si la date était encore bonne, on lui a dit qu'elle n'aurait plus la place. Elle a de graves problèmes cardiaques. Elle a eu 5 pontages coronariens en 2018. Elle a des problèmes de mobilité et se déplace en scooter. Tenter de trouver un autre appartement au rez-de-chaussée d'un immeuble où elle peut s'offrir un logement a été pratiquement impossible.

Ma mère ne peut pas se permettre de vivre seule, alors elle est allée vivre chez un enfant, puis éventuellement chez un autre enfant. Ses enfants sont heureux de partager leur maison... Mais elle a perdu son sens de l'autonomie et du choix.

J'ai fait une demande auprès de [fournisseur de logement] et on m'a dit que j'étais au 496^e rang sur la liste d'attente. Après avoir fait une vérification pour savoir si mon rang avait changé, j'ai su, à ma grande surprise, que j'ai remonté de 3 rangs en un an. Donc, à ce rythme, j'aurai un logement dans 165 ans. Est-ce acceptable?

Mon loyer représente 63 % de mon revenu de retraite, alors comment pensez-vous que je pourrai vivre décemment?

8.3.2 Concevoir des collectivités-amies des aînés

Dans leurs histoires et commentaires, les répondants ont souligné la nécessité de concevoir les collectivités de manière à être amies des aînés. Une attention doit être accordée aux besoins des aînés au moment de la conception des environnements physiques, comme les rues, les parcs, les magasins, les centres communautaires, etc. Les répondants ont souligné le besoin d'espaces extérieurs et de bâtiments qui comporteraient des éléments comme des bancs, des allées piétonnières pavées, des toilettes publiques et des bateaux de trottoir. Les répondants ont souligné que des options de transport public de qualité devraient également être offertes pour faciliter la mobilité. Certains répondants ont souligné que les collectivités-amies des aînés sont particulièrement importantes pour les personnes âgées qui utilisent des dispositifs de mobilité, comme des fauteuils roulants ou des marchettes. Les répondants ont noté que les collectivités-amies des aînés peuvent améliorer la sécurité et la qualité de vie des personnes âgées et promouvoir leur participation sociale.

Dans les petites communautés, comme [ma communauté], des améliorations ont été apportées aux sentiers pédestres, mais il y a encore des zones qui ne sont pas sûres, non seulement pour les personnes âgées, mais aussi pour les autres. L'accès aux fauteuils roulants est quasi inexistant, alors toute personne en fauteuil roulant peut avoir de la difficulté à circuler sur les trottoirs ou à entrer dans certaines entreprises locales.

Le manque de lieux pour s'asseoir et de toilettes publiques est une préoccupation pour les personnes âgées. De plus, les infrastructures étant vieillissantes, peu d'attention a été accordée aux personnes ayant des problèmes de mobilité – peu de commerces d'entrée de plain-pied, de bordures, le gravier de l'hiver est laissé dans les rues.

Là où nous vivons, il y a deux maisons de retraite et, malgré ça, nos trottoirs ne sont pas entretenus ou encore déneigés ou déglacés en hiver. Les aînés restent à l'intérieur parce qu'ils ne se sentent pas en sécurité s'ils sortent en hiver.

Dans la région rurale où je vis, il n'y a pas de transport public accessible aux personnes âgées qui souhaitent participer à des activités sociales. Les aînés dans ma région subissent un isolement extrême.

8.3.3 Mécanismes inefficaces de signalement et d'imputabilité de la maltraitance des personnes âgées

Un thème dominant qui a émergé des commentaires et des histoires concernait les mécanismes inefficaces de signalement et d'imputabilité en place pour traiter les situations de maltraitance des aînés. Les répondants ont noté que les signalements de maltraitance des aînés peuvent ne pas être crus ou être traités moins sérieusement que d'autres formes de maltraitance; les personnes âgées peuvent hésiter à faire des signalements parce qu'elles ne veulent pas dénoncer un membre de leur famille ou parce qu'elles craignent des représailles de la part des aidants naturels (amis, membres

de la famille), du personnel ou de la direction; et il n'existe souvent pas de mécanismes et de structures clairs pour assurer l'imputabilité en cas de mauvais traitements et de négligence graves. Même lorsque la maltraitance ou la négligence est possiblement de nature criminelle, les répondants ont fait remarquer que les policiers ne sont pas souvent impliqués. Environ la moitié des commentaires et des histoires portaient spécifiquement sur les établissements de soins de longue durée et les milieux de vie en groupe, et les répondants ont fait remarquer que malgré les processus mis en place pour déposer des plaintes, les signalements ne sont souvent pas traités adéquatement, et que les personnes maltraitantes ou l'établissement sont peu tenus responsables ou punis.

Il est très difficile de déposer une plainte contre les soins reçus dans un établissement de soins de longue durée. Si, un samedi soir, il n'y a pas de personnel présent ou pas d'infirmière pendant 2 heures, qui devons-nous appeler? La police?

Mon père a eu une fracture du bras dans un établissement de soins de longue durée. J'ai entrepris une enquête sur la qualité et il était impossible d'établir la façon dont c'était survenu. Il est paralysé de ce côté; il fallait donc qu'il ait été pris dans son fauteuil roulant ou qu'il ait été déplacé sans que la personne se rende compte que son bras ne pouvait pas bouger.

Il n'y a pas de politiques précises en place pour protéger les personnes âgées contre la maltraitance, à moins que cette personne soit dans un établissement. Si je pense qu'un enfant est victime de maltraitance, je peux communiquer avec [organisme] qui a le mandat de faire une enquête pour vérifier que l'enfant est en sécurité. Si une personne âgée est victime de maltraitance dans la collectivité, à moins que ce soit de la maltraitance physique/sexuelle grave, il est difficile d'impliquer la police.

Nous avons téléphoné pour signaler la maltraitance d'un aîné dans notre collectivité et on nous a dit que seule la personne victime de maltraitance pouvait faire le signalement. Cette personne âgée était émotionnellement incapable de faire quoi que ce soit à propos de son agresseur, qui était son beau-fils, et ses amis avaient peur pour sa sécurité physique et mentale.

9. Âgisme, médias et médias sociaux

9.1 Introduction

Les médias jouent un rôle important dans la formation des opinions d'une société. La recherche suggère que les personnes âgées sont souvent sous-représentées dans les médias et les médias sociaux qui diffusent des stéréotypes, tant négatifs que positifs, à propos des aînés². Les médias influencent particulièrement les points de vue des jeunes. Ce constat est marquant pour ceux qui peuvent avoir un contact limité avec des personnes âgées dans leur vie personnelle.

9.2 Commentaires des tables rondes et des consultations menées par un intervenant

9.2.1 Perpétuation de l'âgisme par les médias et les médias sociaux

Lors des discussions menées en table ronde et par un intervenant, le sujet arrivant au premier plan était la façon dont les médias et les médias sociaux perpétuent l'âgisme dans la société. Les participants ont observé que les personnes âgées étaient souvent décrites comme un groupe homogène et que les médias ne reconnaissent pas la diversité des expériences des aînés. Les stéréotypes négatifs (p. ex., personnes âgées fragiles, utilisant une canne, incapables d'utiliser la technologie) ainsi que les stéréotypes positifs (p. ex., retraités vivant dans le luxe, personnes âgées en super forme qui courent des marathons) sont répandus dans les médias et les médias sociaux. Les participants ont également commenté la sous-représentation des personnes âgées dans les médias et les médias sociaux et le manque d'attention portée à leurs voix et leurs intérêts. L'absence de femmes âgées, en particulier, a été remarquée. Plusieurs participants ont également souligné que les aînés sont rarement dépeints à la télévision et dans la publicité comme ayant des activités quotidiennes normales (p. ex., prenant l'autobus).

Les participants ont également fait des commentaires sur la tendance, dans les médias d'information, à mettre l'accent sur des histoires négatives à propos des personnes âgées. Les participants ont reconnu le rôle positif que les médias d'information ont eu pour attirer l'attention sur les problèmes qui touchaient les personnes âgées pendant la pandémie de COVID-19, l'exemple de la négligence dont les personnes âgées ont été victimes dans les établissements de soins de longue durée étant un exemple probant. Toutefois, certains participants ont également exprimé une préoccupation quant à la fixation faites par les médias d'information sur les problèmes en soins de longue durée et sur les personnes âgées vulnérables, qui contribue aux perceptions sociétales selon lesquelles les aînés sont fragiles et vulnérables. Les participants souhaitaient voir des descriptions plus équilibrées de personnes âgées et de leurs intérêts dans les médias d'information.

9.2.2 Passage au numérique des communications et du partage d'informations

Un point clé de la discussion en table ronde et des consultations menées par un intervenant avait trait aux changements sociétaux qui surviennent dans la façon dont les gens communiquent et partagent les informations. Le numérique a pris rapidement une place importante dans plusieurs domaines de la société et cette tendance a été accélérée par la pandémie de COVID-19. Tel que décrit précédemment dans la section sur l'inclusion sociale, en raison du fossé numérique, certains segments de la population des personnes âgées sont de plus en plus exclus de la société. Les participants ont fait remarquer qu'alors que les médias d'information et l'information sont de plus en plus diffusés en ligne, d'autres formes qui peuvent être préférées par les personnes âgées, comme les journaux imprimés et la radio, disparaissent. Plusieurs participants ont souligné qu'il est nécessaire de produire plus d'informations en langues autres que l'anglais et le français. Les participants ont reconnu qu'il y avait des aspects positifs aux plateformes des médias sociaux, comme les occasions de rassembler les gens qui sont séparés par la distance ou qui ont des intérêts communs. On peut

également utiliser les médias sociaux pour créer des liens entre les générations. Cependant, les participants ont également déclaré qu'il n'y a pas eu de mesures pour lutter contre la désinformation, les escroqueries et les blagues et attaques âgistes auxquelles les personnes âgées peuvent être exposées sur les plateformes des médias sociaux.

9.3 Commentaires du questionnaire

Les répondants étaient invités à répondre à la question « Selon vous, quels sont les problèmes d'âgisme les plus importants liés aux médias et aux médias sociaux? » et pouvaient choisir jusqu'à trois réponses dans la liste. Voici les deux principales préoccupations soulevées par les répondants : 1) le manque de représentation des personnes âgées et de leurs opinions dans les médias et 2) les discussions ou les descriptions dans les médias/médias sociaux qui définissent les personnes âgées comme un fardeau pour la société (voir le tableau 11).

Tableau 11. Préoccupations liées à l'âgisme, aux médias et aux médias sociaux

Préoccupations liées à l'âgisme, aux médias et aux médias sociaux	Nombre	Pourcentage
Manque de représentation des personnes âgées et de leurs opinions dans les médias.	1 400	47,9 %
Discussions ou descriptions dans les médias/médias sociaux qui définissent les personnes âgées comme un fardeau pour la société.	1 003	34,3 %
Discussions dans les médias/médias sociaux qui définissent les personnes âgées et les jeunes générations comme étant en concurrence les uns avec les autres pour obtenir des ressources (p. ex., l'idée que les générations âgées reçoivent plus que leur juste part des ressources).	881	30,2 %
Les personnes âgées sont montrées de façon négative ou stéréotypée dans les médias sociaux.	837	28,7 %
Les personnes âgées sont montrées de façon négative ou stéréotypée dans les médias.	743	25,4 %
Manque de représentation des personnes âgées et de leurs opinions dans les médias sociaux.	669	22,9 %
Influence de l'âgisme dans les médias et les médias sociaux sur l'attitude des enfants et des jeunes adultes envers les personnes âgées.	515	17,6 %
Influence de l'âgisme dans les médias et les médias sociaux sur les attitudes des personnes âgées envers les autres personnes âgées ou elles-mêmes.	261	8,9 %
Autre	23	0,8 %
Je ne crois pas qu'il existe des problèmes d'âgisme liés aux médias et aux médias sociaux.	167	5,7 %
Je préfère ne pas répondre.	166	5,7 %

Remarques : Les chiffres en pourcentage indiquent la proportion des 2 920 répondants qui ont sélectionné la réponse. Les répondants pouvaient sélectionner jusqu'à trois réponses, par conséquent le total en pourcentage ne correspond pas à 100 %.

Au total, 348 commentaires et histoires ont également été transmis à propos de l'âgisme, les médias et les médias sociaux par le biais du questionnaire (n = 343), et de la plateforme de partage d'histoires et du courriel (n = 5). En général, les histoires et les

commentaires ont eu tendance à porter davantage sur les médias que sur les médias sociaux. Voici les thèmes les plus importants recensés dans les commentaires et les histoires :

- 1) Sous-représentation des personnes âgées dans les médias (n = 82)
- 2) Descriptions stéréotypées ou négatives des personnes âgées dans les médias (n = 79)

Ces thèmes, décrits plus en détail ci-dessous, recourent largement les discussions menées lors des tables rondes et celles menées par un intervenant. Dans leurs commentaires et leurs histoires, les répondants ont également souligné l'entrecroisement de l'âgisme et du sexisme; les femmes âgées étaient perçues comme représentées plus négativement ou moins souvent dans les médias et les médias sociaux. Les autres thèmes qui ont émergé des histoires et des commentaires concernaient les discours âgistes à propos des personnes âgées dans les médias et les médias sociaux (n = 43); l'utilisation d'un langage âgiste (et particulièrement l'emploi des termes « boomer » et d'expression telle que « comme tu veux, p'tit vieux » de manière méprisante) (n = 25), et les blagues âgistes et le harcèlement dans les médias sociaux (n = 22).

9.3.1 Sous-représentation des personnes âgées dans les médias

La sous-représentation des personnes âgées dans les informations, les émissions de télévision, les films, les journaux et d'autres formes de médias était une préoccupation exprimée par les répondants. Le cas particulier de la résiliation du contrat de Lisa LaFlamme, présentatrice de CTV, a été mentionné par 45 répondants comme un exemple d'âgisme perçu. Certains répondants ont également souligné que les médias d'information avaient tendance à accorder moins d'attention aux événements, réalisations et enjeux d'importance pour les aînés. Plusieurs répondants ont aussi exprimé leur préoccupation à propos de la tendance des médias d'information à se fier à des « experts » plutôt qu'à se tourner vers les personnes âgées pour obtenir leur opinion et leur voix.

La sous-représentation des personnes de 55 ans et plus dans les médias sociaux ou à la télévision est frappante.

Les discussions dans les médias sont souvent « à propos » des aînés, comme s'ils étaient incapables ou trop faibles pour s'exprimer.

Si une personne qui a réussi comme Lisa LaFlamme peut être congédiée, le problème de la discrimination envers les femmes âgées dans les médias est très grave.

9.3.2 Descriptions stéréotypées ou négatives des personnes âgées dans les médias

Dans leurs commentaires et leurs histoires, les répondants ont attiré l'attention tant sur les stéréotypes positifs (p. ex., riche, super actif) que les stéréotypes négatifs (p. ex., fragiles, démunis, diminués cognitivement) à propos des personnes âgées, qui sont courants dans les médias. Généralement, les descriptions étaient perçues comme ne représentant pas adéquatement la diversité des aînés et de leurs expériences. En

particulier, les répondants ont exprimé leurs préoccupations à propos de la tendance à décrire les aînés comme ayant une mauvaise santé physique ou mentale. Certains répondants ont également noté que les reportages des médias reconnaissent rarement les aspects positifs du vieillissement et les réalisations des personnes âgées et ont tendance à se concentrer davantage sur la vulnérabilité et les aspects négatifs de l'expérience du vieillissement.

Les images choisies pour décrire les personnes âgées dans les médias sont souvent stigmatisantes. La catégorie des « personnes âgées » est très diversifiée — en matière d'âge, de culture, d'ethnicité — et les personnes âgées sont souvent ramenées à un groupe homogène par les médias.

Je vois beaucoup de couverture médiatique présentant des personnes âgées assises regardant par une fenêtre, faisant du bricolage comme des napperons ou assises en groupe. En réalité, beaucoup de personnes âgées font beaucoup plus. Mon père avait 40 ruches après sa retraite et, à 84 ans, il vendait du miel et de la gelée royale. À 65 ans, je suis physiquement actif, je pratique le yoga quotidiennement (mieux que beaucoup de trentenaires), j'aime l'haltérophilie et le cyclisme, et je prépare un doctorat!

Je suis affectée par ce que je vois à l'écran et lorsque les femmes âgées sont représentées comme ayant des difficultés à se déplacer rapidement ou comme étant lentes à comprendre ce qui se passe, je me demande si c'est ce que je suis. Ou si je ne suis pas comme ça maintenant, le serai-je dans un avenir proche? Il est difficile de conserver son estime de soi lorsque les femmes âgées sont dépeintes comme déconnectées de la réalité ou immobiles.

Les reportages sur les personnes âgées dans les médias ont tendance à parler de surpopulation, de manque de soins, de ressources... Les établissements de longue durée sont toujours montrés sous un jour négatif. Les soignants et les travailleurs de la santé ne sont pas aimés.

Trop souvent, la publicité présente les personnes âgées comme étant soit privilégiées (avec des photos retouchées qui ne sont pas réalistes), soit dépendantes financièrement ou physiquement. Bien que certaines personnes âgées appartiennent à l'un ou l'autre de ces deux types, cela n'est pas représentatif de la majorité des personnes âgées dans notre société.

10. Stratégies de lutte contre l'âgisme

10.1 Commentaires du questionnaire : Priorités de lutte contre l'âgisme

Dans le questionnaire sur l'âgisme, les répondants étaient invités à choisir un thème qui leur semblait le plus prioritaire pour la mise en œuvre de nouvelles stratégies ou initiatives ou de nouveaux programmes de lutte contre l'âgisme au Canada. Les répondants ont classé les thèmes proposés dans l'ordre de priorité suivant :

- 1) Santé et soins de santé (n = 1 582, 54,2 %)
- 2) Inclusion sociale (n = 551, 18,9 %)
- 3) Protection et sécurité (n = 450, 15,4 %)
- 4) Emploi (n = 179, 6,1 %)
- 5) Médias et médias sociaux (n = 132, 4,5 %)

Dans la même lignée que l'importance prioritaire qu'ils accordaient à la santé et aux soins de santé, ainsi qu'à l'inclusion sociale, les répondants ont retenu les deux stratégies suivantes comme les priorités essentielles pour lutter contre l'âgisme au Canada : 1) investissements dans les services de santé et de soins de longue durée pour les personnes âgées et 2) programmes conçus pour plusieurs générations qui permettent d'établir des liens entre les générations plus âgées et plus jeunes (voir le tableau 12).

Tableau 12. Stratégies, initiatives ou programmes de lutte contre l'âgisme

Stratégies, initiatives ou programmes de lutte contre l'âgisme	Nombre	Pourcentage
Investissements dans les services de santé et de soins de longue durée pour les personnes âgées.	1 321	45,2 %
Programme conçu pour plusieurs générations (c.-à-d., programmes intergénérationnels) qui permet d'établir des liens entre les générations plus âgées et plus jeunes.	1 254	42,9 %
Initiatives visant à inciter les employeurs à embaucher ou à maintenir en poste des travailleurs âgés (p. ex., subventions salariales, crédits d'impôt, subventions ou programmes d'embauche).	870	29,8 %
Meilleure éducation des fournisseurs de soins de santé, de soins de longue durée et de soins à domicile sur les soins à prodiguer aux personnes âgées.	851	29,1 %
Meilleure reconnaissance des contributions des personnes âgées à la société.	680	23,3 %
Réforme des lois, des règlements ou des codes de pratiques volontaires pour prévenir la discrimination fondée sur l'âge ou promouvoir l'inclusion des personnes âgées en milieu de travail.	673	23,0 %
Collectivités-amies des aînés.	664	22,7 %
Campagnes d'éducation et de sensibilisation sur l'âgisme.	610	20,9 %
Campagnes d'éducation et de sensibilisation qui font la promotion de la valeur des travailleurs âgés.	547	18,7 %
Programme de prévention des mauvais traitements envers les aînés.	434	14,9 %
Autre	45	1,5 %
Je préfère ne pas répondre.	12	0,4 %

Remarques : Les chiffres en pourcentage indiquent la proportion des 2 920 répondants qui ont sélectionné la réponse. Les répondants pouvaient sélectionner jusqu'à trois réponses, par conséquent le total en pourcentage ne correspond pas à 100 %.

10.2 Commentaires des tables rondes et des consultations menées par un intervenant et du questionnaire : Stratégies de lutte contre l'âgisme au Canada

Dans le questionnaire sur l'âgisme, 482 réponses supplémentaires ont été reçues à propos de stratégies, de programmes ou d'initiatives pour lutter contre l'âgisme au Canada. Les types de stratégies, de programmes ou d'initiatives les plus souvent mentionnés sont : 1) des organismes de défense, d'éducation et gouvernementaux, 2) des modèles innovateurs de vieillissement à domicile et de logement, 3) des organismes et des programmes communautaires et sans but lucratif, 4) des collectivités adaptées aux aînés, 5) des initiatives intergénérationnelles, 6) des stratégies de prévention de la maltraitance envers les aînés, 7) des campagnes de sensibilisation sur le vieillissement et l'âgisme, et 8) des stratégies de soutien aux travailleurs âgés. L'annexe 3 présente une liste des stratégies, des programmes et des initiatives qui ont été mentionnés dans le questionnaire sur l'âgisme.

Les participants aux tables rondes et aux consultations menées par un intervenant ont également présenté des commentaires sur les stratégies, programmes ou initiatives de lutte contre l'âgisme. Ces discussions ont permis d'explorer les stratégies, les programmes et les initiatives de manière plus approfondie que dans le questionnaire, et ont eu tendance à se concentrer davantage sur la manière dont les stratégies pourraient être mises en œuvre et sur les personnes qui devraient y participer. L'annexe 4 énumère certaines des stratégies, programmes et initiatives qui ont été mentionnés lors des tables rondes et consultations menées par un intervenant, bien qu'elle ne rende pas compte de toute la complexité des conversations. En raison des chevauchements importants de certaines des réponses reçues, les prochaines sections présentent un sommaire combiné des stratégies, des programmes et des initiatives relevés dans le questionnaire et les consultations.

10.2.1 Campagnes de sensibilisation sur le vieillissement et l'âgisme

Lors des consultations et dans les commentaires du questionnaire, la promotion des opinions positives du vieillissement et l'augmentation de la sensibilisation à l'âgisme ont été identifiées comme des priorités importantes (voir les tableaux 3A, 3B et 4A aux annexes 3 et 4). Plusieurs organismes de défense et organismes communautaires à but non lucratif ont été mentionnés comme promoteurs des aspects positifs du vieillissement ou d'offres d'activités d'éducation et de sensibilisation à l'âgisme. Des organismes de défense comme la FADOQ (autrefois la Fédération de l'Âge d'Or du Québec) et l'ACIIR (Association canadienne des individus retraités) ont été identifiés comme faisant la promotion des droits et des intérêts des aînés. On a également mentionné la création d'une coalition canadienne contre l'âgisme, qui mettra en œuvre un programme pancanadien complet pour lutter contre l'âgisme à l'égard des personnes âgées, tout en renforçant, protégeant et promouvant leurs droits fondamentaux. Plusieurs participants aux consultations ont soulevé le besoin de mobiliser une vaste gamme de partenaires dans les campagnes (p. ex., aînés, écoles, chercheurs, système de soins de santé, organismes de défense, etc.) et de nommer des champions dans différents domaines pour aider à célébrer les aînés et promouvoir

la sensibilisation à l'âgisme. Les communautés autochtones ont été citées comme des exemples de collectivités qui peuvent respecter et valoriser les contributions des aînés. Les participants aux consultations ont aussi souligné la nécessité d'aller au-delà de la sensibilisation et de faire valoir les préoccupations relatives à l'âgisme, l'adaptation aux aînés et l'accessibilité qui doivent être prises en compte lors de l'élaboration de politiques et de programmes. Pour ce faire, on a souligné qu'il sera important que le gouvernement et les organismes continuent d'entreprendre des discussions et des consultations avec les personnes âgées à propos de leurs besoins. Le dicton « Rien sur nous sans nous » a été mentionné par plusieurs participants.

10.2.2 Établir des liens intergénérationnels

L'établissement de liens intergénérationnels a été la stratégie la plus fréquemment mentionnée pour lutter contre l'âgisme lors des tables rondes et des consultations menées par un intervenant, et il a également figuré en bonne place dans les réponses au questionnaire sur l'âgisme (voir les tableaux 3C et 4B aux annexes 3 et 4). Les participants aux consultations et les répondants au questionnaire ont fourni une variété d'exemples d'initiatives pour établir des connexions entre les aînés et les jeunes générations (habituellement des étudiants ou des enfants) par le biais d'activités sociales et récréatives (p. ex., clubs de marche, jardinage, cours de cuisine sur les médias sociaux). Les occasions de bénévolat intergénérationnel tant pour les personnes âgées (p. ex., compagnons de lecture, mentors, bibliothèque vivante) que pour les plus jeunes (p. ex., éducation à la technologie, aide pratique, visite dans les établissements de soins de longue durée) ont également été mentionnées. Certains participants aux consultations ont émis une mise en garde et souligné que les activités bénévoles devaient reconnaître les forces des participants, jeunes et âgés, et offrir des bénéfices mutuels pour ne pas perpétuer les stéréotypes à propos des aînés comme étant frêles ou dépendants. Des exemples de logement intergénérationnel ont également été fournis par les participants aux consultations et par les répondants au questionnaire (p. ex., partage de maison, logement multigénérationnel, garderies installées dans les établissements de soins de longue durée).

10.2.3 Stratégies pour encourager l'embauche et la rétention des travailleurs âgés

Lors des tables rondes et des consultations menées par un intervenant, une variété de stratégies ont été énumérées pour encourager l'embauche et la rétention des travailleurs âgés dans la population active, bien que le thème des travailleurs âgés ait été moins souligné dans les réponses au questionnaire. Les participants aux consultations et les répondants au questionnaire ont relevé sept grands types de stratégies qui pourraient être utilisées pour encourager l'embauche et la rétention des travailleurs âgés (voir les tableaux 3D et 4C aux annexes 3 et 4) :

- 1) Campagnes d'éducation et de sensibilisation pour promouvoir la valeur des travailleurs âgés auprès des employeurs;
- 2) Occasions pour les travailleurs âgés d'agir comme mentor ou formateur de jeunes travailleurs;
- 3) Offre d'options de travail flexible aux travailleurs âgés, comme des heures réduites, des possibilités de travail à temps partiel ou un horaire de travail flexible;

- 4) Proposition d'incitatifs financiers pour encourager les employeurs à embaucher des travailleurs âgés (p. ex., subvention salariale, placements financés par le gouvernement, etc.);
- 5) Programmes de formation axée sur les compétences et de jumelage-emploi pour soutenir les travailleurs âgés qui retournent sur le marché du travail;
- 6) Création de politiques visant à adapter les lieux de travail aux aînés;
- 7) Révision des politiques fiscales et de retraite afin de cerner les changements susceptibles d'encourager le travail à un âge avancé.

10.2.4 Stratégies de prévention des mauvais traitements envers les aînés

Bien que les programmes de prévention de la maltraitance envers les aînés ont été classés comme une priorité moins élevée dans le questionnaire sur l'âgisme, les stratégies de prévention des abus envers les aînés étaient fréquemment mentionnées comme nécessaires pour lutter contre l'âgisme lors des tables rondes et des consultations menées par un intervenant et dans les réponses aux questions ouvertes du questionnaire. Les stratégies les plus fréquemment mentionnées étaient des présentations, des séances d'information et des campagnes de sensibilisation et d'éducation du public sur la maltraitance des personnes âgées (voir les tableaux 3E et 4D des annexes 3 et 4). Plusieurs participants aux consultations ont souligné que l'éducation et l'information sur la maltraitance des aînés devaient être adaptées aux besoins du public cible. Des exemples de matériel éducatif, spécialement élaboré pour les communautés nordiques et autochtones, ont été fournis. Les participants ont également mentionné le besoin d'élaborer des approches intégrées tout en énumérant une variété d'intervenants qui pourraient jouer un rôle pour prévenir la maltraitance envers les aînés, y compris les services de police, les banques, les bibliothèques, les travailleurs de la poste, les fournisseurs de soins de santé, les organismes communautaires et les organismes de défense des aînés et de prévention de la maltraitance envers les aînés. Les policiers, en particulier, ont été identifiés comme des acteurs importants, et les participants ont souligné la nécessité d'offrir aux policiers une formation sur la maltraitance envers les aînés et de réviser les lois et règlements pertinents pour que des peines adéquates soient imposées pour la maltraitance envers les aînés qui serait de nature criminelle.

10.2.5 Programmes d'éducation et d'accès à la technologie numérique

Bien que la mention des programmes d'éducation et d'accès à la technologie numérique soit limitée dans les réponses au questionnaire, lors des tables rondes et des consultations menées par un intervenant, ces sujets ont été souvent mentionnés comme une stratégie pour combler le fossé numérique (voir le tableau 4E à l'annexe 4). Les programmes d'éducation et d'accès à la technologie numérique peuvent offrir une formation aux aînés pour qu'ils apprennent à utiliser les technologies numériques, de même qu'un accès gratuit à des appareils numériques et à Internet. Les participants aux consultations ont mentionné les organismes sans but lucratif, les bibliothèques et les programmes de bénévolat scolaire comme fournisseurs habituels de ces types de programmes. Les programmes de technologie numérique ont été comme une stratégie qui permet de répondre à plusieurs préoccupations liées à l'âgisme : 1) les programmes de technologie numérique peuvent aider les travailleurs âgés à améliorer leurs

compétences en technologie et augmenter leur employabilité, 2) les programmes de technologie numérique peuvent favoriser la participation sociale des aînés et réduire l'isolement social et 3) les programmes de technologies numériques peuvent éduquer les personnes âgées à l'utilisation sécuritaire d'Internet et réduire le risque de fraudes.

10.2.6 Promouvoir des descriptions positives des personnes âgées dans les médias et les médias sociaux

Lors des tables rondes et des consultations menées par un intervenant, la promotion de portraits plus positifs des aînés dans les médias et les médias sociaux a été soulignée comme une stratégie visant à réduire l'âgisme (voir le tableau 4F à l'annexe 4). Les participants souhaitaient que les voix des aînés et la diversité de la population des aînés soient reflétées dans les médias et les médias sociaux. Il y a eu un désir de voir plus d'histoires positives et de célébrations des réalisations des personnes âgées dans les médias d'information; certains participants font cependant remarquer qu'il est important de maintenir un équilibre et de ne pas tomber dans la promotion des stéréotypes des « super aînés ». En plus des histoires plus positives dans les médias d'information, les participants ont également recommandé des descriptions plus positives et nuancées des personnes âgées à la télévision, dans les publicités et les représentations visuelles. Les participants ont également souligné la nécessité : a) d'impliquer les aînés dans la création des contenus des médias et des médias sociaux et b) d'éduquer les journalistes, les présentateurs de nouvelles et d'autres créateurs de contenu médiatique à propos de l'âgisme.

10.2.7 Collectivités adaptées aux aînés

Les collectivités adaptées aux aînés ont souvent été mentionnées lors des tables rondes et des consultations menées par un intervenant et dans les commentaires du questionnaire comme une stratégie de lutte contre l'âgisme (voir les tableaux 3F et 4G aux annexes 3 et 4). Au Canada, les initiatives amies des aînés sont souvent fondées sur le *Guide mondial des villes-amies des aînés* de l'Organisation mondiale de la Santé¹⁷. Le modèle des collectivités-amies des aînés se compose de huit aspects essentiels : 1) espaces extérieurs et bâtiments, 2) transports, 3) logement, 4) participation sociale, 5) respect et inclusion sociale, 6) participation civique et emploi, 7) communication et information, et 8) soutien communautaire et services de santé.

10.2.8 Soutien aux organismes à but non lucratif et aux organismes communautaires

Dans les commentaires des répondants au questionnaire sur l'âgisme, les organismes à but non lucratif et les organismes communautaires ont émergé comme la première ligne des efforts de lutte contre l'âgisme au Canada. La majorité des programmes sociaux, éducatifs et intergénérationnels, et des programmes de soutien au vieillissement qui ont été relevés comme luttant contre l'âgisme étaient offerts par ces types d'organismes (voir le tableau 3G à l'annexe 3). Lors des tables rondes et des consultations menées par un intervenant, le rôle crucial des organismes sans but lucratif et des organismes communautaires pour soutenir l'inclusion sociale des aînés a été souligné (voir le tableau 4H à l'annexe 4). Les participants aux consultations ont toutefois observé que ces organismes sont sous-financés et dépendent de subventions à court terme pour offrir de nombreux programmes. Le programme Nouveaux Horizons

pour les aînés, ainsi que diverses subventions provinciales et locales, ont été mentionnés comme jouant un rôle important pour soutenir ces organismes. Les participants aux consultations ont recommandé que davantage de financement soit octroyé aux organismes sans but lucratif et les organismes communautaires et que les gouvernements collaborent avec ces organismes pour déterminer les façons les plus efficaces de financer ces programmes.

10.2.9 Stratégies de prévention de l'isolement social des personnes âgées

Lors des tables rondes et des consultations menées par un intervenant, la nécessité de prévenir l'isolement des personnes âgées a été soulignée. Les participants aux consultations ont fait remarquer que pour assurer l'inclusion des aînés dans nos collectivités, des efforts de sensibilisation devaient être déployés pour encourager les personnes âgées à participer socialement, promouvoir les connexions dans la collectivité et soutenir les aînés isolés (voir le tableau 4I à l'annexe 4). Les participants aux consultations ont insisté particulièrement sur l'attention à accorder à la communication de l'information à propos des services et des activités destinés aux personnes âgées d'une manière inclusive et adaptée aux aînés. Les participants aux consultations ont souligné la nécessité de fournir l'information tant en format numérique que non numérique (c.-à-d., dépliants, affiches, annonces dans le journal, radio, etc.) et aussi de traduire cette information dans d'autres langues. L'investissement dans les options de transport public accessible, pratique et abordable a été souligné par les participants comme nécessaire, tant pour répondre aux besoins essentiels des personnes âgées (c.-à-d., aller à un rendez-vous médical, à l'épicerie) que pour favoriser la participation sociale des aînés. Des exemples de stratégies d'amélioration des options de transport pour les personnes âgées comprenaient l'offre de carte d'autobus à faible coût, les services d'autobus sur demande, la formation du personnel à propos des personnes âgées et des personnes atteintes de démence et le transport des aînés lors d'événements communautaires.

10.2.10 Soutiens au vieillissement à domicile et modèles de logements innovateurs

Tant les participants aux consultations que les répondants au questionnaire ont recommandé la mise en place d'un plus grand nombre de soutiens à domicile et dans la collectivité pour le vieillissement à domicile. La priorité particulière a été accordée à l'accroissement de l'accès à des soins à domicile et la gamme des services de soins à domicile offerts. Lorsqu'il n'est plus possible de vieillir à domicile, les participants et les répondants ont recommandé le recours à des modèles innovateurs de logements et de soins pour les aînés comme solutions de rechange aux traditionnels établissements de soins de longue durée (voir les tableaux 3H et 4J aux annexes 3 et 4). Plusieurs répondants au questionnaire ont souligné les modèles de soins pour les aînés des Européens (p. ex., Danemark, Finlande, Pays-Bas, Suède) et d'autres pays (p. ex., Japon, États-Unis) dont ils croient que le Canada pourrait s'inspirer. Le Danemark, en particulier, a été reconnu comme ayant de très généreuses offres de soutiens à domicile et dans la collectivité pour le vieillissement à domicile, ainsi que des modèles de logements innovateurs qui offrent des solutions de rechange aux établissements de soins de longue durée.

10.2.11 La mise en œuvre de réformes afin de moderniser les systèmes de soins de santé pour qu'ils répondent mieux aux besoins des personnes âgées

Lors des tables rondes et des consultations menées par un intervenant, les participants ont mentionné que plusieurs réformes liées aux soins de santé sont nécessaires pour moderniser le système de soins de santé afin qu'il réponde mieux aux besoins des personnes âgées et règle les problèmes d'âgisme en soins de santé (voir le tableau 4K à l'annexe 4). La réforme la plus souvent mentionnée touchait les changements à la formation destinés aux fournisseurs de soins de santé, afin qu'ils aient davantage de formation axée sur les besoins des soins de santé des personnes âgées. Les participants aux consultations ont indiqué que la formation est nécessaire non seulement pour les médecins, mais aussi pour les autres fournisseurs de soins de santé comme le personnel infirmier et les préposés aux bénéficiaires. Il est également important que les fournisseurs de soins de santé soient encouragés à se spécialiser en gériatrie. Reconnaisant le fait que les aînés ont souvent des besoins de santé complexes, les participants ont également recommandé la mise en œuvre d'un plus grand nombre de modèles de centres de service intégrés et multidisciplinaires. Plusieurs participants ont également suggéré de changer le modèle de rémunération des médecins de famille afin que ceux-ci puissent consacrer plus de temps aux personnes âgées. Les participants ont suggéré que les rôles des prestataires tels que les infirmiers praticiens, les pharmaciens et les auxiliaires médicaux pourraient être élargis. Finalement, les participants ont recommandé des réformes qui permettraient aux aînés et à leurs proches aidants (famille et amis) de naviguer plus facilement dans le système de soins de santé. Par exemple, l'établissement de navigateurs-soutiens dans le système ou de défenseurs des patients ou l'amélioration des processus d'aiguillage et de congé.

11. Références

1. Organisation mondiale de la santé, *Global Report on Ageism*. Publié en 2020. Consulté le 26 mars 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240016866>
2. Lagacé M, Mérette M, Navaux J, Rodrigues-Rouleau P. *Examen des répercussions sociales et économiques de l'âgisme*. Forum fédéral, provincial et territorial des ministres responsables des aînés; 2020.
3. Harris K, Krygsman S, Waschenko J, Laliberte Rudman D, Pruchno R. Ageism and the older worker: A scoping review. *Gerontologist*. 2018;58(2):1-14.
4. Conseil consultatif en matière de croissance économique. *Exploiter le potentiel économique par un accroissement de la participation au marché du travail*. Publié en 2017. Consulté le 15 mars 2022. <https://www.budget.canada.ca/aceg-ccce/pdf/workforce-marche-travail-fra.pdf>
5. Levy BR, Zonderman AB, Slade MD, Ferrucci L. Memory Shaped by Age Stereotypes over Time. *J Gerontol*. 2012;67B(4):432-436.
6. Levy BR, Slade MD, Pietrzak RH, Ferrucci L. Positive age beliefs protect against dementia even among elders with high-risk gene. *PLoS ONE*. 2018;13(2):1-8.
7. Levy BR, Slade MD, Kunkel SR, Kasl SV. Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *J Pers Soc Psychol*. 2002;83(2):261-270.
8. Levy B. Stereotype Embodiment : A Psychosocial Approach to Aging. *Curr Dir Psychol Sci*. 2009;18(6):332-336.
9. Wyman MF, Shiovitz-Ezra S, Bengel J. Ageism in the Health Care System: Providers, Patients, and Systems. Dans : Ayalon L, Tesch-Römer C, eds. *Contemporary Perspectives on Ageism. International Perspectives on Aging, vol 19*. Cham: Springer. 2018: 193-212.
10. Levy BR, Slade MD, Chang E-S, Kanno S, Wang S-Y. Ageism Amplifies Cost and Prevalence of Health Conditions. *Gerontologist*. 2020;60(1):174-181.
11. Emploi et Développement social Canada. *What We Heard – Report on the Roundtable on Social and Economic Inclusion*. Emploi et Développement social Canada; 2018
12. Shiovitz-Ezra S, Shemesh J, McDonnell/Naughton M. Pathways from Ageism to Loneliness. Dans : Ayalon L, Tesch-Römer C, eds. *Contemporary Perspectives on Ageism. International Perspectives on Aging, vol 19*. Cham: Springer. 2018: 131-148.
13. Barnes TL, MacLeod S, Tkatch R, et al. Cumulative effect of loneliness and social isolation on health outcomes among older adults. *Aging Ment Health*. 2021;1-8. doi:10.1080/13607863.2021.1940096
14. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *Gerontologist*. 2016;56(Supplement):S194-S205.
15. Ballard EL. Housing. Dans : Palmore EB, Branch L, Harris D, eds. *Encyclopedia of ageism*. Routledge. 2005: 176-178.

16. Organisation mondiale de la Santé. Maltraitance des personnes âgées. Publié le 13 juin 2022. Consulté le 10 mars 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>
17. Organisation mondiale de la santé. *Global age-friendly cities: A guide*. [Publié en 2007. Consulté le 21 mars 2023.](#)
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241547307>

Annexe 1. Résumé de la participation aux consultations

Tableau 1A. Consultations en table ronde menées par le Forum

Date de la table ronde	Provinces ou territoires couverts	Type de table ronde	Nombre de participants
Le 21 septembre 2022	Terre-Neuve-et-Labrador	Virtuel	13
Le 28 septembre 2022	Alberta	En personne	18
Le 5 octobre 2022	Colombie-Britannique	Virtuel	17
Le 11 octobre 2022	Saskatchewan	Virtuel	11
Le 13 octobre 2022	Ontario	Virtuel	20
Le 17 octobre 2022	Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick et Île-du-Prince-Édouard	Virtuel	10
Le 25 octobre 2022	Manitoba	Virtuel	8
Le 27 octobre 2022	Yukon, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut	Virtuel	11

Tableau 1B. Consultations menées par un intervenant

Organisme	Ville	Province ou territoire	Nombre de participants
Age Friendly Edmonton	Edmonton	Alberta	35
Alberta Native Friendship Centre's Association (ANFCA)	Edmonton	Alberta	20
Ville de Calgary au nom de Age-Friendly Calgary	Calgary	Alberta	28
Cochrane Family & Community Support Services (FCSS)	Cochrane	Alberta	38
Age Knowble	Vancouver	Colombie-Britannique	29
BC Association of Community Response Networks (BC CRN) - Surrey, Colombie-Britannique	Langley	Colombie-Britannique	6
Ville de Surrey	Surrey	Colombie-Britannique	9
Lionsview Seniors' Planning Society	North Vancouver	Colombie-Britannique	22
The Pender Harbour Health Centre	Madeira Park	Colombie-Britannique	25
United Way British Columbia	Burnaby	Colombie-Britannique	21
Centre on Aging	Winnipeg	Manitoba	20
Nova Scotia Centre on Aging, Université Mount Saint Vincent	Halifax	Nouvelle-Écosse	15
Neilson Park Creative Centre	Toronto	Ontario	22
Association des travailleuses et travailleurs sociaux de l'Ontario	Toronto	Ontario	8
Secrétariat du Forum PEI des aînés	Charlottetown	Île-du-Prince-Édouard	7
Table de concertation des aînés du Bas-Saint-Laurent	Rimouski	Québec	62
Table régionale de concertation des aînés de la Côte-Nord	Forestville	Québec	90

Annexe 2. Réponses par sous-groupe de population

Tableau 2A. Avez-vous déjà vécu de l'âgisme vous-même?

	Oui	Non	Je ne sais pas si ce que j'ai vécu était de l'âgisme	Je préfère ne pas répondre
Échantillon complet	1 413 (48,4 %)	1 090 (37,3 %)	410 (14,0 %)	7 (0,2 %)
55 ans et plus	1 285 (47,9 %)	1 013 (37,7 %)	380 (14,2 %)	7 (0,3 %)
55 à 64 ans	326 (52,6 %)	221 (35,6 %)	71 (11,5 %)	2 (0,3 %)
65 à 74 ans	667 (48,4 %)	504 (36,6 %)	201 (14,6 %)	5 (0,4 %)
75 à 84 ans	265 (43,0 %)	254 (41,2 %)	97 (15,7 %)	0 (0,0 %)
85 ans et plus	27 (37,5 %)	34 (47,2 %)	11 (15,3 %)	0 (0,0 %)
Moins de 55 ans	122 (53,3 %)	77 (33,6 %)	30 (13,1 %)	0 (0,0 %)
Femmes	1 072 (51,9 %)	695 (33,7 %)	291 (14,1 %)	6 (0,3 %)
Hommes	324 (39,1 %)	387 (46,7 %)	116 (14,0 %)	1 (0,1 %)
Milieu urbain	1 078 (49,3 %)	810 (37,0 %)	294 (13,4 %)	5 (0,2 %)
Milieu rural	329 (46,1 %)	272 (38,1 %)	112 (15,7 %)	1 (0,1 %)
Autochtone	33 (64,7 %)	12 (23,5 %)	6 (11,8 %)	0 (0,0 %)
Études – Diplôme d'études secondaires ou moins	96 (31,2 %)	159 (51,6 %)	52 (16,9 %)	1 (0,3%)
Études - Métiers, certificat, ou études collégiales ou universitaires partielles	384 (43,7 %)	351 (40,0 %)	139 (15,8 %)	4 (0,5 %)
Études - Diplôme de premier cycle universitaire	420 (50,8 %)	295 (35,7 %)	110 (13,3 %)	1 (0,1 %)
Études - Diplôme d'études supérieures	504 (56,8 %)	278 (31,3 %)	105 (11,8 %)	0 (0,0 %)
Groupe ethnoculturel ou minorité visible	110 (60,8 %)	48 (26,5 %)	23 (12,7 %)	0 (0,0 %)
Membre de la communauté 2SLGBTQ+.	73 (62,4 %)	30 (25,6 %)	14 (12,0 %)	0 (0,0 %)
Personne avec incapacité	200 (68,0 %)	56 (19,0 %)	38 (12,9 %)	0 (0,0 %)
Communauté de langue officielle en situation minoritaire	62 (47,3 %)	45 (34,4 %)	24 (18,3 %)	0 (0,0 %)

Remarques : Les cellules indiquent le nombre de répondants de la sous-population qui ont choisi la réponse et le pourcentage correspondant de répondants de la sous-population. Puisque les chiffres ont été arrondis, il est possible que le total d'une ligne ne donne pas 100 %.

Tableau 2B. Les stéréotypes ou les opinions négatives sur le vieillissement ont-ils déjà influencé négativement votre perception de vous-même?

	Oui	Non	Je ne sais pas	Sans objet	Je préfère ne pas répondre
Echantillon complet	1 169 (40,0 %)	1 373 (47,0 %)	306 (10,5 %)	68 (2,3 %)	4 (0,1 %)
55 ans et plus	1 038 (38,7 %)	1 311 (48,8 %)	290 (10,8 %)	42 (1,6 %)	4 (0,1 %)
55 à 64 ans	306 (49,4 %)	230 (37,1 %)	68 (11,0 %)	15 (2,4 %)	1 (0,2 %)
65 à 74 ans	560 (40,7 %)	654 (47,5 %)	143 (10,4 %)	19 (1,4 %)	1 (0,1 %)
75 à 84 ans	155 (25,2 %)	379 (61,5 %)	72 (11,7 %)	8 (1,3 %)	2 (0,3 %)
85 ans et plus	17 (23,6 %)	48 (66,7 %)	7 (9,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Moins de 55 ans	127 (55,5 %)	61 (26,6 %)	16 (7,0 %)	25 (10,9 %)	0 (0,0 %)
Femmes	949 (46,0 %)	840 (40,7 %)	226 (10,9 %)	46 (2,2 %)	3 (0,1 %)
Hommes	209 (25,2 %)	525 (63,4 %)	76 (9,2 %)	18 (2,2 %)	0 (0,0 %)
Milieu urbain	882 (40,3)	1016 (46,5 %)	238 (10,9 %)	49 (2,2 %)	2 (0,1 %)
Milieu rural	281 (39,4 %)	346 (48,5 %)	67 (9,4 %)	19 (2,7 %)	1 (0,1 %)
Autochtone	31 (60,8 %)	15 (29,4 %)	4 (7,8 %)	1 (2,0 %)	0 (0,0 %)
Études – Diplôme d'études secondaires ou moins	77 (25,0 %)	182 (59,1 %)	37 (12,0 %)	11 (3,6 %)	1 (0,3 %)
Études - Métiers, certificat, ou études collégiales ou universitaires partielles	342 (40,0 %)	415 (47,3 %)	97 (11,0 %)	23 (2,6 %)	1 (0,1 %)
Études - Diplôme de premier cycle universitaire	334 (40,4 %)	385 (46,6 %)	89 (10,8 %)	18 (2,2 %)	0 (0,0 %)
Études - Diplôme d'études supérieures	408 (46,0 %)	384 (43,3 %)	82 (9,2 %)	13 (1,5 %)	0 (0,0 %)
Groupe ethnoculturel ou minorité visible	87 (48,1 %)	67 (37,0 %)	23 (12,7 %)	4 (2,2 %)	0 (0,0 %)
Membre de la communauté 2SLGBTQ+.	64 (54,7 %)	39 (33,3 %)	9 (7,7 %)	5 (4,3 %)	0 (0,0 %)
Personne avec incapacité	168 (57,1 %)	85 (28,9 %)	33 (11,2 %)	8 (2,7 %)	0 (0,0 %)
Communauté de langue officielle en situation minoritaire	50 (38,2 %)	63 (48,1 %)	16 (12,2 %)	1 (0,8 %)	1 (0,8 %)

Remarques : Les cellules indiquent le nombre de répondants de la sous-population qui ont choisi la réponse et le pourcentage correspondant de répondants de la sous-population. Puisque les chiffres ont été arrondis, il est possible que le total d'une ligne ne donne pas 100 %.

Tableau 2C. Avez-vous déjà vu ou été conscient de l'âgisme envers une personne plus âgée?

	Oui, j'ai vu l'âgisme se produire directement.	Oui, je suis au courant de situations vécues par d'autres personnes que je connais.	Non, je n'ai pas constaté l'âgisme ni été conscient qu'une personne de ma connaissance l'a vécu.
Échantillon complet	1 355 (46,4 %)	966 (33,1 %)	599 (20,5 %)
55 ans et plus	1 211 (45,1 %)	890 (33,1 %)	584 (21,8 %)
Moins de 55 ans	141 (61,6 %)	73 (31,9 %)	15 (6,6 %)
55 à 64 ans	344 (55,5 %)	187 (30,2 %)	89 (14,4 %)
65 à 74 ans	625 (45,4 %)	467 (33,9 %)	285 (20,7 %)
75 à 84 ans	222 (36,0 %)	212 (34,4 %)	182 (29,5 %)
85 ans et plus	20 (27,8 %)	24 (33,3 %)	28 (38,9 %)
Femmes	1 032 (50,0 %)	693 (33,6 %)	339 (16,4 %)
Hommes	305 (36,8 %)	266 (32,1 %)	257 (31,0 %)
Milieu urbain	1 017 (46,5 %)	729 (33,3 %)	441 (20,2 %)
Milieu rural	329 (46,1 %)	232 (32,5 %)	153 (21,4 %)
Autochtone	31 (60,8 %)	13 (25,5 %)	7 (13,7 %)
Études – Diplôme d'études secondaires ou moins	82 (26,6 %)	113 (36,7 %)	113 (36,7 %)
Études - Métiers, certificat, ou études collégiales ou universitaires partielles	366 (41,7 %)	309 (35,2 %)	203 (23,1 %)
Études - Diplôme de premier cycle universitaire	398 (48,2 %)	273 (33,1 %)	155 (18,8 %)
Études - Diplôme d'études supérieures	502 (56,6 %)	262 (29,5 %)	123 (13,9 %)
Groupe ethnoculturel ou minorité visible	106 (58,6 %)	52 (28,7 %)	23 (12,7 %)
Membre de la communauté 2SLGBTQ+.	75 (64,1 %)	28 (23,9 %)	14 (12,0 %)
Personne avec incapacité	175 (59,5 %)	86 (29,3 %)	33 (11,2 %)
Communauté de langue officielle en situation minoritaire	62 (47,3 %)	47 (35,9 %)	22 (16,8 %)

Remarques : Les cellules indiquent le nombre de répondants de la sous-population qui ont choisi la réponse et le pourcentage correspondant de répondants de la sous-population. Puisque les chiffres ont été arrondis, il est possible que le total d'une ligne ne donne pas 100 %.

Annexe 3. Programmes, initiatives et stratégies de lutte contre l'âgisme mentionnés dans le questionnaire sur l'âgisme

Tableau 3A. Organismes de défense, d'éducation et gouvernementaux

Organismes de défense, d'éducation et gouvernementaux (n = 125)
• Fédération de l'Âge d'Or du Québec (FADOQ) (n = 35)
• Association canadienne des retraités (CARP) (n = 11)
• Seniors for Social Action (Ontario) (n = 9)
• AGE-WELL (n = 6)
• Councils on Aging (n = 6)
• CanAge (n = 4)
• Sociétés d'Alzheimer (n = 3)
• Université du troisième âge (n = 3)
• Saskatoon Council on Aging (n = 2)
• Ottawa Council on Aging (n = 2)
• International Federation on Aging (n = 2)
• Établissement de bureaux de défense des aînés (n = 2)
• AQDR (n = 2)
• AREQ (n = 2)
• AQRP (n = 1)
• Association féministe d'éducation et d'action sociale (n = 1)
• Seniors NL (n = 1)
• McMaster Institute for Research on Aging (n = 1)
• Elders Take Actions (Courtenay, C.-B.) (n = 1)
• Association des syndicalistes à la retraite du Canada (n = 1)
• Fédération des syndicalistes retraités de l'Ontario (n = 1)
• B'Nai Brith (n = 1)
• City of Kitchener Seniors Advisory Council (n = 1)
• Planification préalable des soins Canada (n = 1)
• BC Health Coalition (n = 1)
• Office of the Seniors Advocate of BC (n = 1)
• Association canadienne des libertés civiles (n = 1)
• Société d'arthrite (n = 1)
• HelpAge International (n = 1)
• ADA Australia (n = 1)
• Centre for Better Aging UK (n = 1)
• Départements universitaires de gérontologie (n = 1)
• ARPA Canada (n = 1)
• Conseil consultatif national sur la pauvreté (n = 1)
• Département de gérontologie de l'Université Simon Fraser (n = 1)
• Advocacy Centre for the Elderly (n = 1)
• Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (n = 1)
• Agence de la santé publique du Canada (n = 1)
• Instituts de recherche en santé du Canada (n = 1)
• Réseau canadien des soins aux personnes fragilisées (n = 1)
• Centre d'innovation canadien sur la santé du cerveau et le vieillissement (CABHI) (n = 1)
• Centres d'apprentissage, de recherche et d'innovation pour les foyers de soins de longue durée de l'Ontario (n = 1)
• Fondation Brenda Strafford (n = 1)
• National Institute on Aging (n = 1)

- Association des enseignants retraités (n = 1)
- Fondation RTOERO (n = 1)
- Groupes d'éducation propres à des maladies (n = 1)
- Groupes de défense des personnes âgées (n = 1)
- Défense des groupes communautaires et religieux (n = 1)
- Tables de concertation des aînés du Québec (n = 1)

Tableau 3B. Campagnes de sensibilisation sur le vieillissement et l'âgisme

Campagnes de sensibilisation sur le vieillissement et l'âgisme (n = 30)
<ul style="list-style-type: none"> • Campagne mondiale de l'OMS pour lutter contre l'âgisme (n = 8) • Campagnes médiatiques sur le vieillissement, l'âgisme, la reconnaissance des personnes âgées (n = 4) • Ageism Awareness Event (A&O) (n = 3) • Coalition canadienne contre l'âgisme (n = 2) • Ateliers de sensibilisation à l'âgisme (Observatoire Vieillesse et Société) (n = 1) • Campagne de sensibilisation à l'âgisme (Rural Development Network) (n = 1) • Campagne australienne contre l'âgisme (n = 1) • Saskatchewan Seniors Mechanism Media Monitoring (n = 1) • THIRD ACTION Film Festival (n = 1) • Coordination de lutte contre l'âgisme (n = 1) • Festival du film sur le vieillissement (n = 1) • Campagne de lutte contre l'âgisme en milieu de travail (Toronto) (n = 1) • Old School Anti-Ageism Clearinghouse (n = 1) • Projet ACT (Université Concordia) (n = 1) • Âgisme en milieu de travail (Université Concordia) (n = 1) • Journée internationale des personnes âgées (n = 1) • Let's Stop Ageism (Alberta Council on Aging) (n = 1)

Tableau 3C. Initiatives intergénérationnelles

Initiatives intergénérationnelles (n = 63)
<ul style="list-style-type: none"> • Projets et activités récréatives intergénérationnelles (n = 11) • Programmes scolaires intégrant la visite des enfants/jeunes chez les aînés de la collectivité ou dans les établissements de soins de longue durée (n = 7) • Garderies cosituées dans les établissements de soins de longue durée (n = 5) • Options de logement intergénérationnel (n = 5) • Journée des grands-parents (A&O) (n = 3) • Bénévolat des personnes âgées dans les écoles (n = 3) • Programme de Canada HomeShare (n = 2) • Programmes de cohabitation intergénérationnelle (n = 2) • Programme Mentoring Plus (Université Dalhousie) (n = 2) • La Maison des Grands-Parents (n = 2) • Petits frères (n = 2) • Jeunes bénévoles en soutien aux aînés (n = 2) • Cohabitation d'étudiants universitaires et d'aînés (exemples des Pays-Bas, des pays nordiques) (n = 2) • Aga Khan Residence (Calgary, AB) (n = 1) • Programme d'aide aux aînés de Pointe-Claire (n = 1) • Old School Intergenerational Projects (n = 1) • Patty's Place à Oakville, Ontario (n = 1)

- The iAM Human Conversation eXchange (Université McMaster) (n = 1)
- The Neighbourhood Network (n = 1)
- Centre d'action bénévole Soif de vivre (programme de visite amicale/appel téléphonique) (n = 1)
- Collectif Aging Activisms (n = 1)
- Programmes pour adolescents cositués dans les établissements de soins de longue durée (n = 1)
- Programmes pour les nouveaux parents installés dans les établissements de soins de longue durée (n = 1)
- Correspondants intergénérationnels (n = 1)
- Journées intergénérationnelles (n = 1)
- Bureau du défenseur des aînés (n = 1)
- Intégration des activités intergénérationnelles dans les programmes de formation (p. ex., soins infirmiers) (n = 1)
- West-end Intergenerational Network (n = 1)

Tableau 3D. Stratégies de soutien aux travailleurs âgés

Stratégies de soutien aux travailleurs âgés (n = 20)
<ul style="list-style-type: none"> • Options d'horaire flexible (n = 2) • Crédits d'impôt pour les travailleurs âgés (n = 2) • Sites Web de jumelage-emploi (n = 2) • Top Sixty Over Sixty (n = 2) • Programme de certification d'emploi CAFE (n = 1) • Job Start (n = 1) • Incitatifs pour les employeurs qui embauchent les travailleurs âgés (n = 1) • Campagnes publicitaires sur la valeur des travailleurs âgés (n = 1) • Faire des travailleurs âgés une catégorie prioritaire d'embauche (n = 1) • Programme de formation axée sur les compétences pour les travailleurs âgés (n = 1) • Subventions salariales pour les travailleurs âgés (n = 1) • Modification des politiques/lois et règlements pour que le travail n'ait pas d'incidence négative sur les pensions (n = 1) • Programme « Third Quarter » (n = 1) • Occasions d'emploi (n = 1) • Politiques de soutien en milieu de travail (n = 1) • Loi qui empêche la retraite forcée à 65 ans (n = 1)

Tableau 3E. Stratégies de prévention des mauvais traitements envers les aînés

Stratégies de prévention des mauvais traitements envers les aînés (n = 59)
<ul style="list-style-type: none"> • Publicités à propos de la maltraitance envers les aînés (p. ex., campagnes au Québec, en Ontario) (n = 9) • Réseau canadien pour la prévention du mauvais traitement des aînés (n = 6) • BC Association of Community Response Networks (n = 6) • Alberta Elder Abuse Awareness Council (n = 3) • Prévention de la maltraitance envers les aînés Ontario (n = 3) • Fédération de l'Âge d'Or du Québec (FADOQ) Conférence Aîné-Avisé (n = 3) • Programmes de prévention de la maltraitance et des escroqueries à l'égard des personnes âgées (n = 3) • Programmes de cybersécurité ou de prévention du cyberharcèlement (n = 3) • Journées de sensibilisation à la maltraitance envers les aînés (n = 2) • Ateliers Ce n'est pas correct (n = 2) • ReAct Teams (n = 2) • Fédération de l'Âge d'Or du Québec (FADOQ): Programme Ce n'est pas correct (n = 2)

- Seniors First BC (n = 1)
- Atira (n = 1)
- Ontario Elder Abuse Networks (n = 1)
- Prevent Elder Abuse Manitoba (n = 1)
- Lethbridge Elder Abuse Resource Network (n = 1)
- Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance des personnes âgées 2022--2027 (Québec) (n = 1)
- Programme de sensibilisation et d'éducation à propos des fraudes et des arnaques du service de police régionale de Halton, à Burlington (n = 1)
- Senior Safety Programs en Nouvelle-Écosse (n = 1)
- Réforme des lois pour prévenir la maltraitance envers les personnes âgées (n = 1)
- Navigateurs-soutiens aux aînés victimes d'abus (n = 1)
- Ligne téléphonique pour les aînés victimes d'abus (n = 1)
- Formation de bénévole pour déceler l'abus envers les aînés (n = 1)
- Programmes d'éducation et conférences des services de police sur les problèmes des aînés (n = 1)
- Surveillance par les banques pour prévenir la fraude/maltraitance envers les aînés (n = 1)
- Formation aux soins de longue durée sur l'âgisme et la maltraitance des personnes âgées (n = 1)

Tableau 3F. Initiatives de collectivités adaptées aux aînés

Initiatives de collectivités adaptées aux aînés (n = 73)
<ul style="list-style-type: none"> • Collectivités-amies des aînés (n = 47) • Municipalités amies des aînés (MADA) (n = 16) • Québec ami des aînés (QADA) (n = 2) • Accessibilité aux installations extérieures et à l'environnement bâti (n = 4) • Transport public accessible et adapté aux aînés (n = 2) • Statut d'Age-Friendly University (n = 1) • Sections de restaurants adaptées aux aînés (n = 1)

Tableau 3G. Programmes et organismes communautaires sans but lucratif

Programmes et organismes communautaires sans but lucratif (n = 92)
<ul style="list-style-type: none"> • Organismes communautaires généralistes (n = 15) • Soutiens et activités récréatives, municipaux et communautaires, généraux (n = 10) • Financement et subventions aux organismes à but non lucratif et aux organismes communautaires (n = 5) • Centres pour aînés (n = 4) • Healthy Aging CORE Alberta (n = 3) • Saskatchewan Seniors Mechanism (n = 3) • Programmes généraux d'information et d'aiguillage (n = 2) • Increase Recreation in Seniors (IRIS) (n = 2) • Clubs de l'Âge d'or (n = 2) • United Way British Columbia Healthy Aging (n = 2) • Healthy Aging CORE BC (n = 2) • Programmes d'ElderCollege (n = 2) • Men's Sheds (n = 2) • SAGE (n = 2) • Associations de retraités (n = 1) • Thompson Seniors Community Resource Council Inc (n = 1) • Centres de l'Alliance pour les communautés en santé (n = 1)

- Groupes religieux (n = 1)
- Edmonton Seniors Coordinating Council (n = 1)
- Neilson Park Creative Centre (n = 1)
- Autumn Services (n = 1)
- Community Development Halton (n = 1)
- Jeux des aînés (n = 1)
- Aînés actifs (n = 1)
- Initiatives de la NWT Recreation & Parks Association (n = 1)
- GeriActors and Friends (n = 1)
- Carya (n = 1)
- Golden Circle Seniors Centre (n = 1)
- SOS Program (Service Options for Seniors) (n = 1)
- Popote roulante (n = 1)
- Théâtre La belle gang (n = 1)
- YMCA (n = 1)
- Grand River Counsel on Aging (n = 1)
- Senior Centres Without Walls (n = 1)
- Grande Prairie Friendship Centre (n = 1)
- Projet Connect de la bibliothèque Atwater (n = 1)
- Programme Return to Health - Seniors Serving Seniors (n = 1)
- Nouveaux horizons pour aînés 2S-LGBTQ+ (n = 1)
- Mauritian Chinese Association of Ontario (n = 1)
- Entraide du Faubourg, Québec (n = 1)
- OVS (n = 1)
- The Coalition for Maintenance in the Community (COMACO) (n = 1)
- Meaningful Groups (Ontario) (n = 1)
- CSARN (organisme d'art) (n = 1)
- Maison de la culture à Montréal (n = 1)
- Légions (n = 1)
- Clubs Probus (n = 1)
- South Winnipeg Seniors Resource Council (n = 1)
- Programmes de bibliothèques mobiles (c.-à-d., services offerts dans les maisons de retraite) (n = 1)
- GoBoomerang (n = 1)

Tableau 3H. Modèles innovateurs de vieillissement à domicile et d'hébergement

Modèles innovateurs de vieillissement à domicile et d'hébergement (n = 94)
• Modèles de soins/logement des aînés dans les pays nordiques/scandinaves (n = 10)
• Modèles de soins/logement des aînés au Danemark (n = 8)
• Programmes de vieillissement à domicile (n = 7)
• Améliorations des soins à domicile (n = 6)
• Collectivités adaptées à la démence (n = 5)
• Modèles innovateurs des soins de longue durée (n = 4)
• Modèle portes ouvertes (n = 4)
• Amélioration de la qualité de vie dans les soins de longue durée (n = 4)
• Programme de soins tout compris (PACE) (Burlington, Ontario) (n = 3)
• Modèle du papillon pour les soins de longue durée (n = 3)
• Modèles de soins/logement des aînés au Japon (n = 3)
• Modèles de cohabitation (n = 3)
• Villages adaptés à la démence (n = 2)

- Modèle Montessori de soins de longue durée (n = 1)
- Maisons de soins de longue durée à petite échelle (n = 1)
- Communauté de retraite Elim Village (n = 1)
- Modèles de banque d'heures de bénévolat (Suisse) (n = 1)
- Initiatives de travail de milieu auprès des aînés en situation de vulnérabilité (ITMAV) (n = 1)
- Knollcrest Lodge (Milverton, Ontario) (n = 1)
- Programme intégré de soins à domicile de l'Alberta (n = 1)
- Programme de soins à domicile gérés par la famille en Ontario (n = 1)
- Programme de soins à domicile gérés directement (États-Unis) (n = 1)
- Programme de soins à domicile de la Nouvelle-Écosse (n = 1)
- Projet pilote d'ombudsman des aînés à Toronto (n = 1)
- Clinique de la mémoire MINT (n = 1)
- Projet pilote de 10 maisons de la Ville de Toronto (n = 1)
- Modèle Buurtzorg de soins dans la communauté (n = 1)
- Programme Close to Home (n = 1)
- Better at Home (United Way British Columbia) (n = 1)
- CLSC (n = 1)
- Modèle Abbeyfield (n = 1)
- Fonds pour la rénovation domiciliaire (n = 1)
- Programme de proche aidant rémunéré à Terre-Neuve-et-Labrador (n = 1)
- Logement supervisé (n = 1)
- Programmes de jour pour les adultes (n = 1)
- Prescription sociale (n = 1)
- CEA (n = 1)
- Réseaux des soins primaires (n = 1)
- Programme Hub and Spoke dans la région de Peel (n = 1)
- Soins palliatifs communautaires (n = 1)
- Programmes de logements subventionnés (n = 1)
- Règlements permettant des logements accessoires (n = 1)
- Programme d'ambassadeurs NORC (n = 1)
- Soutien accru aux omnipraticiens qui ont des patients atteints de plusieurs maladies chroniques (n = 1)
- Nombre accru d'infirmiers praticiens (n = 1)

Tableau 3I. Stratégies supplémentaires

Stratégies supplémentaires (n = 35)
<ul style="list-style-type: none"> • Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes âgées (n = 3) • Éducation à la retraite et planification (n = 2) • Élaboration de stratégies des aînés (n = 2) • Magazine Le Bel Âge (n = 2) • Augmenter les pensions des personnes âgées (n = 2) • Co-conception de conversations sur la santé mentale orientées sur l'action entre les fournisseurs de soins et les Canadiens vieillissants dans la collectivité (n = 1) • Soins de santé amis des aînés : Programme de formation interprofessionnelle (Université de Washington) (n = 1) • Ministre des Aînés (Canada) (n = 1) • Ministre déléguée à la Santé et aux Aînés (Québec) (n = 1) • Magazine Zoomer (n = 1) • Programme de médecine bariatrique de Calgary (n = 1) • Trousse à outils des aînés 2SLGBTQ+ (Toronto) (n = 1) • Recherche menée par des aînés (n = 1)

- Lutte contre la discrimination fondée sur le statut relationnel **(n = 1)**
- Code des droits de la personne **(n = 1)**
- Loi sur l'accessibilité **(n = 1)**
- Agence des droits fondamentaux de la Communauté européenne **(n = 1)**
- Charte canadienne des droits et libertés **(n = 1)**
- Loi protégeant les personnes vulnérables **(n = 1)**
- CBC Marketplace **(n = 1)**
- Mise en place d'un programme fédéral de soins dentaires **(n = 1)**
- Stratégie pour les personnes âgées à Waterloo Wellington **(n = 1)**
- Politiques sur les aînés dans la MRC du Rocher-Percé **(n = 1)**
- Éducation à propos de l'aide médicale à mourir **(n = 1)**
- Prévention de la fragilité **(n = 1)**
- Rétablissement des programmes destinés aux personnes en situation de handicap **(n = 1)**
- Offre de forfaits de mise en place de la technologie aux aînés **(n = 1)**
- Organisation internationale de normalisation (ISO) TC 314 sur le vieillissement de la population **(n = 1)**
- Cultures qui valorisent et honorent la précieuse expérience des aînés **(n = 1)**

Annexe 4. Programmes, initiatives et stratégies de lutte contre l'âgisme mentionnés dans les tables rondes et les consultations menées par un intervenant

Tableau 4A. Campagnes de sensibilisation sur le vieillissement et l'âgisme

Campagnes de sensibilisation sur le vieillissement et l'âgisme
<ul style="list-style-type: none"> • Optiques d'accessibilité, d'adaptation aux personnes âgées et autres optiques liées au vieillissement pour les programmes et les politiques • Campagnes d'éducation et de sensibilisation sur l'âgisme • Campagnes de promotion des contributions des personnes âgées (p. ex., la valeur du bénévolat, des soins) • Campagnes qui mettent en avant les aspects positifs du vieillissement • Champions pour promouvoir le vieillissement et les personnes âgées • Coalitions d'organisations et de groupes communautaires pour lutter contre l'âgisme • Élaborer une campagne de narration vidéo pour les aînés • Donner aux personnes âgées les moyens de participer à la défense et à l'action pour dénoncer et contester l'âgisme • Création d'un syndicat de personnes âgées pour défendre les intérêts des personnes âgées • Célébrations de la Journée internationale des personnes âgées • Projet sur la résilience des personnes âgées • Possibilité pour les personnes âgées de partager l'histoire de leur vie • Extraits de théâtre radiophonique sur l'âgisme (Association franco-yukonnaise) • Reframing Aging Initiative (États-Unis) • Saskatchewan Blooming Perennials Initiative • Senior Islanders of the Year Awards (Î.-P.-É.) • Third Action Film Festival

Tableau 4B. Initiatives intergénérationnelles

Initiatives intergénérationnelles
<ul style="list-style-type: none"> • Programme « Adopt-a-Grandparent » au Nouveau-Brunswick • Programmes CALM dans les écoles • Bénévolat des enfants/jeunes dans les soins de longue durée • Regroupement des programmes et services destinés aux personnes âgées et aux enfants (p. ex., garderies dans les établissements de soins de longue durée) • Groupe de travail « Connecting Generations » • Centre communautaire CORAH 55+ • Crédits pour les étudiants qui suivent des cours intergénérationnels ou font du bénévolat intergénérationnel • Occasions de partage culturel pour les aînés et les jeunes autochtones • Éducation sur le vieillissement et l'âgisme dans les écoles et les universités • Émissions culinaires intergénérationnelles • Logement intergénérationnel • Bibliothèques vivantes • Programme de formation technologique Media Mentors • Clubs/groupes/centres communautaires multigénérationnels • Programmes de plein air intergénérationnels (p. ex., jardinage, programmes de marche) • Projet d'entretiens avec les aînés de la péninsule de Port au Port

- Programmation intégrant les petits-enfants
- Programmes scolaires (p. ex., correspondants, programmes de lecture)
- Programme de formation technologique

Tableau 4C. Stratégies de soutien aux travailleurs âgés

Stratégies de soutien aux travailleurs âgés
<ul style="list-style-type: none"> • Accommodements pour les invalidités, la responsabilité des soins, etc. • Récompenses/programmes de reconnaissance des entreprises amies des aînés (p. ex., Moosejaw, Saskatchewan) • Outil d'optique de politiques en faveur des personnes âgées et formation pour les lieux de travail • Certification des lieux de travail amis des aînés (disponible aux États-Unis, initiative similaire en cours d'introduction au Canada) • Élaborer des stratégies provinciales pour les travailleurs âgés • Campagnes d'éducation et de sensibilisation qui font la promotion de la valeur des travailleurs âgés • Projet de recherche sur les carrières Encore • Crédit gouvernemental pour l'embauche d'un certain nombre de travailleurs âgés • Prêts gouvernementaux pour les personnes âgées qui souhaitent créer une entreprise • Groupe de travail du gouvernement de l'Alberta sur les travailleurs âgés • Inclure l'âge dans les politiques d'équité, de diversité et d'inclusion en milieu de travail • Augmenter les prestations d'emploi et de santé pour les travailleurs âgés • Stages, placements professionnels et programmes d'emplois d'été pour les travailleurs âgés • Programmes de jumelage-emploi à Edmonston et à Moncton, au Nouveau-Brunswick, et à Brandon, au Manitoba • Augmentation de la durée de disponibilité de l'assurance-emploi pour les travailleurs âgés • Programmes de mentorat (p. ex., des travailleurs âgés conseillent de jeunes travailleurs) • Programmes d'emploi et de formation pour les travailleurs âgés (p. ex., centres d'amitié, organismes de services aux immigrants, Ontario Society of Senior Citizens Organizations, WorkBC, AARP, Chrysalis, Université du Yukon, passeport pour l'emploi de l'Î.-P.-É.) • Occasions de gagner des honoraires ou une rémunération pour un travail informel • Possibilités de travail flexible (p. ex., temps partiel, saisonnier, contrat, partage d'emploi) • Projet d'élaboration de directives favorables aux personnes âgées pour les employeurs (Ontario Society of Senior Citizens Organizations) • Supprimer l'âge de la retraite obligatoire • Recherche sur les travailleurs âgés du Nova Scotia Center of Aging • Examiner les implications de l'obligation d'adaptation en vertu de la loi fédérale sur l'accessibilité • Changer les mentalités et les attentes de la société concernant la retraite et le travail • Quarts de travail plus courts pour les travailleurs âgés (en particulier dans le secteur des soins de santé, dans les usines ou dans les emplois physiquement exigeants) • Avantages fiscaux pour encourager la participation au marché du travail • Top Sixty Over Sixty • Campagne de l'association des industries du tourisme de la Nouvelle-Écosse pour recruter des travailleurs âgés • Programme américain « encore.org » • Subventions salariales • Wisdom/Vision Keepers Council, composé de travailleurs âgés

Tableau 4D. Stratégies de prévention des mauvais traitements envers les aînés

Stratégies de prévention des mauvais traitements envers les aînés
<ul style="list-style-type: none">• Services d'aide juridique abordables• BC Association of Community Response Networks• BC Council to Reduce Elder Abuse• Surveillance du quartier pour les personnes âgées• Formation sur l'intervention des témoins (Ce n'est pas correct : voisins, amis et famille)• Réseau canadien pour la prévention du mauvais traitement des aînés.• Formation à la prévention de la fraude dans les SIP• Éducation sur la cybersécurité• Éducation sur la notion de droit• Abris d'urgence pour les personnes âgées• Futur Nous : Une feuille de route pour la prévention des mauvais traitements envers les aînés• Approches interdisciplinaires de la détection et de l'intervention en cas de maltraitance et d'abus financier des personnes âgées (p. ex., police, postiers, institutions financières, pharmaciens, soins à domicile, etc.)• Navigateurs judiciaires dans les organismes communautaires tels que les centres d'amitié• Programme Police Academy (Manitoba Association of Senior Centres)• Ateliers et vidéos de la NWT Senior Society sur la maltraitance des personnes âgées• Présentations de la police sur les escroqueries et la fraude (p. ex., police provinciale de l'Ontario, GRC, police de Winnipeg)• Réformes des politiques bancaires pour introduire des mécanismes de sécurité• Examiner et apporter des modifications à la Loi sur les procurations, à la Loi sur les directives personnelles et à la Loi fédérale sur les banques• Programmes d'éducation et de sensibilisation à la maltraitance et à l'escroquerie des personnes âgées (p. ex., par la police, les bibliothèques, les banques, les centres d'amitié, etc.)• Seniors Resource Society• DVD « Tales of Singing Bear » de la nation Sto:lo sur la maltraitance des personnes âgées• Protection d'appel de Telus pour éviter les fraudes en ligne et les escroqueries• Ateliers « La loi et vous » sur la maltraitance des personnes âgées• Vidéos de la Yukon Public Legal Education Association sur la maltraitance des personnes âgées dans le contexte du Nord

Tableau 4E. Éducation et accès à la technologie numérique

Éducation et accès à la technologie numérique
<ul style="list-style-type: none">• Programme des Ordinateurs pour les écoles (donne des ordinateurs à des organismes à but non lucratif)• Pour un Canada branché• Cyber Seniors• Formation aux technologies numériques (p. ex., dans les bibliothèques, les centres d'amitié, les programmes intergénérationnels, les programmes pour les pairs, les programmes d'emploi, etc.)• GLUU• Gestion de la vie privée pendant les visites familiales virtuelles : Une boîte à outils pour le personnel des établissements de soins• Programmes financés par Nouveaux horizons et Centraide pour la formation technologique• Fourniture de la technologie numérique dans les soins de longue durée (p. ex., Alberta, Territoires du Nord-Ouest)• Seniors on the Bow – Tech Time• Yukon Learn (ordinateurs pour les personnes âgées)

Tableau 4F. Stratégies pour les médias et les médias sociaux

Stratégies pour les médias et les médias sociaux
<ul style="list-style-type: none">• Images et icônes positives des personnes âgées - Centre for Ageing Better (Royaume-Uni)• Sensibilisation des personnes travaillant dans les médias et les médias sociaux à l'âgisme et aux aspects positifs du vieillissement• Campagnes dans les médias et les médias sociaux pour dissiper les stéréotypes sur le vieillissement• Possibilités de collaboration entre les personnes âgées et les créateurs de contenu• Reportages positifs sur le vieillissement et les personnes âgées• Saskatchewan Seniors Mechanism - Media Monitoring Project• Magazine SNAP• Récits fondés sur les points forts (p. ex., la campagne Elle est autochtone)• Crédits d'impôt pour encourager les producteurs de médias à inclure davantage de contenu positif des personnes âgées• Rédaction d'articles d'opinion sur les aspects positifs du vieillissement

Tableau 4G. Initiatives de collectivités adaptées aux aînés

Initiatives de collectivités adaptées aux aînés
<ul style="list-style-type: none">• Cochrane amie des aînés• Î.-P.-É. amie des aînés• Formation et procédures amies des aînés pour les hôpitaux, les épiceries et les autres fournisseurs de services• Collectivités adaptées aux aînés• Financement gouvernemental pour les collectivités-amies des aînés• Amélioration de l'environnement extérieur afin de faciliter la marche (éclairage, bancs, déneigement, etc.)• Modifications pour assurer l'accessibilité des bâtiments et des espaces publics• Formation sur la manière d'influencer les politiciens pour qu'ils adoptent des initiatives favorables aux personnes âgées (Age-Friendly Summerside et Université de Californie)• Conception universelle

Tableau 4H. Programmes et organismes communautaires et sans but lucratif

Programmes et organismes communautaires sans but lucratif
<ul style="list-style-type: none">• Centres d'amitié de l'Alberta• Modifier le financement du programme Nouveaux Horizons pour les aînés afin qu'une plus grande proportion puisse être utilisée pour les salaires• Centres communautaires• Groupes communautaires• Secteur des services communautaires aux personnes âgées en Colombie-Britannique• Programmes adaptés aux personnes atteintes de démence• Programmes de repas du midi et d'activités sans rendez-vous.• Financement gouvernemental des dépenses en immobilisations et des infrastructures pour les programmes destinés aux personnes âgées• Financement gouvernemental des organismes de services aux immigrants• Organismes d'aide aux immigrants (p. ex., MOSAIC)• Programmes d'apprentissage continu• Cercles de conversation des aînés nouveaux arrivants• Proposer des programmes en ligne, par zoom et par téléphone

- Programmes offerts par des organismes communautaires et sans but lucratif (p. ex., clubs de lecture, jardins communautaires, événements de vacances, activités de plein air)
- Réforme du financement des programmes pour les personnes âgées (c'est-à-dire financement supplémentaire, financement pluriannuel)
- Organisations et activités religieuses
- Modèle Senior Centres Without Walls
- Modèle de financement du Programme des centres de vie active pour personnes âgées (Ontario)
- Programmes propres aux aînés et intégrant le facteur de l'âge
- Programme STEP (assure le transport et les activités)

Tableau 4I. Stratégies de prévention de l'isolement social des personnes âgées

Stratégies de prévention de l'isolement social des personnes âgées
<ul style="list-style-type: none"> • Options de transport accessibles • Formation des chauffeurs de bus à l'accueil des personnes âgées et des personnes atteintes de démence • COLT : Cochrane On-Demand Local Transit • Élaboration de répertoires ou de guides de ressources pour les personnes âgées • Visites amicales • Maisons de quartier • Laissez-passer annuels d'autobus à faible coût pour les personnes âgées (Colombie-Britannique) • Programmes de soutien par les pairs • Programmes et activités visant à établir des liens sociaux concrets • Programmes de contrôle de sécurité pour les personnes âgées vulnérables/isolées • Ligne téléphonique Sentinelles entre aînés • Partage de l'information sous des formes non numériques (p. ex., radio, journaux, dépliants, informations par câble) • Prescription sociale • Stratégies pour encourager la création et le maintien de réseaux sociaux • Soutien des églises, des légions, des centres pour personnes âgées, des groupes communautaires, etc. • Soutien pour assurer la transition vers la retraite • Programme de réassurance téléphonique (Association franco-yukonnaise) • Formation des personnes âgées à l'utilisation des transports publics • Traduction d'informations publiques importantes dans plusieurs langues • Campagne pour mettre fin à la solitude (Royaume-Uni) • Faire appel aux pharmaciens, aux postiers, etc. pour vérifier la situation des personnes âgées et les mettre en contact avec les services de la communauté

Tableau 4J. Modèles innovateurs de vieillissement à domicile et d'hébergement

Modèles innovateurs de vieillissement à domicile et d'hébergement
<ul style="list-style-type: none"> • Programmes de jour pour les adultes • Logements abordables et accessibles • Technologie d'assistance à domicile pour favoriser le vieillissement à domicile • Secteur des services communautaires aux personnes âgées en Colombie-Britannique • Modèles de cohabitation • Collectivités adaptées aux personnes atteintes de démence • Élaborer une stratégie nationale de soins aux aînés pour les Premières Nations • Modèles de cohabitation • Améliorer l'accès aux soins à domicile, à l'aide à domicile, etc., et étendre les services disponibles

- Améliorer l'accès aux aides pour les proches aidants (famille et amis)
- Modèle innovant de soins à domicile aux Pays-Bas
- Modèles innovants de logement/vieillesse à domicile au Danemark
- Modèles de logements intergénérationnels
- Subventions municipales ou crédits d'impôt pour l'adaptation des logements
- Village pour personnes atteintes de démence aux Pays-Bas
- Soins spécialisés de longue durée et aide à la vie autonome pour les aînés autochtones (p. ex., Elders Lodge en Alberta)
- Cours en ligne sur les stratégies destinées aux proches aidants

Tableau 4K. Réformes du système de soins de santé pour répondre aux besoins des personnes âgées

Réformes du système de soins de santé pour répondre aux besoins des personnes âgées
<ul style="list-style-type: none"> • Navigateurs de soins • Encourager la spécialisation en gériatrie chez les professionnels de la santé • Élargir les rôles des infirmiers praticiens, des pharmaciens, des auxiliaires médicaux, etc. • Équipes de santé familiale, centres de soins à guichet unique et autres modèles de soins en équipe • Modèles de soins de santé au Danemark et en Europe • Améliorer les voies d'aiguillage et de congé • Augmentation des salaires des fournisseurs de soins de santé travaillant dans le domaine des soins aux personnes âgées • Navigateurs en soins de santé autochtones • Modèles de soins intégrés (p. ex., guichet unique, évaluations normalisées, adaptation des services aux besoins, etc.) • Introduire de nouveaux systèmes de rémunération des médecins afin de permettre des rendez-vous plus longs (c'est-à-dire des solutions de rechange à la rémunération à l'acte comme les salaires ou les changements dans la facturation) • Cliniques de la mémoire (Saskatchewan) • NavCare.ca - formateurs et bénévoles • Centre de santé pour les nouveaux arrivants au Canada • Défenseurs des patients • Fournir une formation aux professionnels de la santé (p. ex., sur l'âgisme, les changements liés à l'âge, les soins aux personnes atteintes de démence, la communication avec les patients âgés) • Senior-Friendly Care Framework (Regional Geriatric Program of Toronto) • Simplifier le processus d'obtention de titres de compétences pour les travailleurs immigrés du secteur de la santé • Mettre à jour les programmes d'études et les manuels destinés aux médecins afin d'améliorer la formation en gériatrie