

Population Change and Lifecourse Strategic Knowledge Cluster Discussion Paper Series/ Un Réseau stratégique de connaissances Changements de population et parcours de vie Document de travail

Volume 3 | Issue 2

Article 1

March 2015

Les oldest-olds canadiens : une population en pleine croissance, mal connue et à risque de manquer de services adéquats

Jacques Légaré

Université de Montréal, jacques.legare@umontreal.ca

Yann Décarie

Institut national de la recherche scientifique, Yann.Decarie@ucs.inrs.ca

Kim Deslandes

Université de Montréal, kim.deslandes@umontreal.ca

Yves Carrière

Université de Montréal, yves.carriere@umontreal.ca

Follow this and additional works at: <https://ir.lib.uwo.ca/pclc>



Part of the [Demography, Population, and Ecology Commons](#), [Family, Life Course, and Society Commons](#), and the [Gerontology Commons](#)

Recommended Citation

Légaré, Jacques; Décarie, Yann; Deslandes, Kim; and Carrière, Yves (2015) "Les oldest-olds canadiens : une population en pleine croissance, mal connue et à risque de manquer de services adéquats," *Population Change and Lifecourse Strategic Knowledge Cluster Discussion Paper Series/ Un Réseau stratégique de connaissances Changements de population et parcours de vie Document de travail*: Vol. 3 : Iss. 2 , Article 1.

Available at: <https://ir.lib.uwo.ca/pclc/vol3/iss2/1>

This Article is brought to you for free and open access by the Canadian Research Data Centre Network at Scholarship@Western. It has been accepted for inclusion in Population Change and Lifecourse Strategic Knowledge Cluster Discussion Paper Series/ Un Réseau stratégique de connaissances Changements de population et parcours de vie Document de travail by an authorized editor of Scholarship@Western. For more information, please contact tadam@uwo.ca, wlsadmin@uwo.ca.

**Les oldest-olds canadiens : une population en pleine croissance, mal connue et à risque de
manquer de services adéquats**

Synthèse de la recherche préparée par

**Jacques Légaré
Yann Décarie
Kim Deslandes
Yves Carrière**

Département de démographie
Université de Montréal

juin 2015

Sommaire : Les Canadiens très âgés - les oldest-olds - forment une population distincte, appelée à prendre une place de plus en plus grandissante au pays. Il faut considérer cette réalité démographique nouvelle dans l'élaboration des politiques publiques.

Faits saillants :

- Les personnes âgées de 85 ans et plus forment une population singulière au Canada. Les études sur la population doivent désormais prendre en compte cette réalité démographique.
- L'augmentation des 85 ans et plus dans la collectivité canadienne se fait à un rythme rapide, pouvant prendre de court les infrastructures en place.
- Les « 85 ans et plus » ont des réalités différentes des « 65 ans et plus ». Par exemple, à peine 8% de ces derniers résident en établissements de soins de santé (privés ou publics). Cette proportion grimpe à 31% chez les 85 ans et plus.
- Ce n'est pas que l'âge qui définit les balises démographiques de ce groupe mais une série de critères tels l'état de santé, les conditions socioéconomiques, etc.
- Les politiques mises en place doivent être en mesure de répondre aux besoins spécifiques des personnes très âgées de demain, car leurs caractéristiques seront différentes de celles d'aujourd'hui. Par exemple, en 2015 :
 - o Un peu plus de 50% des 80 ans et plus ont moins de 13 ans de scolarité. On sait déjà qu'il en sera autrement dans le futur puisque les 65-74 ans d'aujourd'hui auront 80 ans et plus en 2030; près de 50% des hommes et 40% des femmes auront alors un diplôme d'études postsecondaires. Aujourd'hui, moins du tiers de hommes et le quart de femmes ont ce diplôme.
 - o 67% des personnes de 85 ans et plus sont des femmes ; celles-ci formeront 57% de la cohorte en 2060.

Sommaire

Dans les pays industrialisés, et au Canada en particulier, le vieillissement ne sera plus dynamisé par la baisse de la fécondité, mais bien par l'allongement de la vie. Cette baisse de la mortalité sera surtout aux grands âges.

Dans ce contexte, les réflexions de Peter Laslett (1989) et sa remise en question de l'approche traditionnelle du cycle de vie sont fondamentales. De trois étapes, il a montré le bien fondé de passer à quatre : l'enfance, les âges adultes, le nouveau troisième âge, qui va de la retraite à la vieillesse, qui devient le quatrième âge.

Dans le cadre de ce rapport, on s'est intéressé aux caractéristiques présentes et futures des personnes très âgées – les oldest-olds et aux politiques publiques qui sont mises en place pour leur assurer un bien-être.

1. Une population à étudier

Le fait d'atteindre l'âge de 85 ans est un phénomène de moins en moins marginal. Selon les tables de mortalité de Statistique Canada, environ 10% des hommes et des femmes atteignaient l'âge de 85 ans en 1931. Par contre, 30% des hommes et 50% des femmes atteignent cet âge aujourd'hui, selon les données de 2001.

Dans le cadre du présent rapport, on donne un aperçu démographique succinct des oldest-olds au Canada en ce début du XXI^{ème} siècle. On a classé les données recensées sous quatre grands thèmes : tendances démographiques, mode de vie, caractéristiques économiques et sociales et état de santé et utilisation des services de santé

2. Une population en croissance

Au Canada, la population très âgée (85 ans et plus) augmente plus rapidement que l'ensemble de la population. Les Canadiens très âgés (les « Oldest Old » selon l'expression anglaise) forment donc une population croissante et cette réalité démographique a des conséquences majeures dans plusieurs sphères de la société.

Entre 1971 et 2013, la population canadienne totale croît de 60%, atteignant plus de 35 millions d'habitants. Pendant cette même période, la population des 65 ans et plus est en croissance plus rapide que la population totale (205% vs 60%). Il y a ainsi un vieillissement de la population. Or, c'est dans le groupe des 85 ans et plus que l'augmentation est la plus importante, atteignant 405% (Figure 1). Cela s'explique en partie par un meilleur contrôle des maladies mortelles en particulier chez les personnes âgées et très âgées. La conséquence de la baisse de la mortalité aux grands âges est l'explosion du nombre de personnes de 85 ans et plus. Tant les actuaires que les démographes sont conscients de l'importance de ces personnes très âgées.

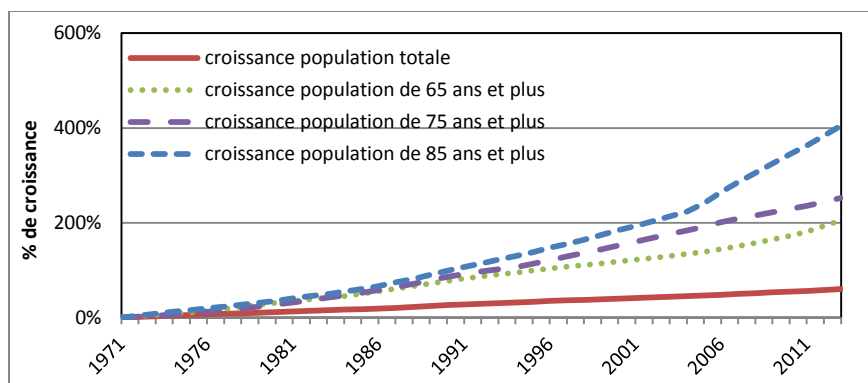


Figure 1 : Croissance en pourcentage de la population, Canada, par groupe d'âge

Source : Statistique Canada, Tableau 051-0001 Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1er juillet, Canada, provinces et territoires, annuel, CANSIM (base de données).

L'espérance de vie à 85 ans croît de façon régulière depuis l'après-guerre. On remarque aussi que, depuis les années 90, la croissance de l'espérance de vie est plus élevée pour les hommes que pour les femmes. Pourquoi? Parce que le mode de vie des femmes se rapproche de plus en plus de celui des hommes et que les hommes font maintenant plus attention à leur santé. De plus, les gains les plus appréciables de l'espérance de vie à 85 ans se produisent depuis le début des années 2000 (moyenne annuelle de croissance de 7.8% chez les femmes et de 9.8% chez les hommes). Cela a un effet direct sur l'importance relative que les personnes de 85 ans et plus vont prendre dans les décennies à venir. En effet, selon trois sources (Statistique Canada, 2014; Nations Unies, 2014; Gerland et al., 2014), cette tendance à la hausse de la proportion des 85 ans et plus va perdurer. La Figure 2 montre qu'en 2060, le nombre de 85 ans et plus sera au moins 3,6 fois plus élevé qu'en 2015 soit 2,7 millions par rapport à 755 000. Bien qu'il faille être extrêmement prudent lors de ce type d'exercice de projection à très long terme, les Nations Unies et l'International Institute for Applied Systems Analysis (IIASA) projettent de quatre à huit millions de personnes de 85 ans et plus au Canada en 2100 ce qui représenterait respectivement 8,6% et 15,2% de la population totale projetée.

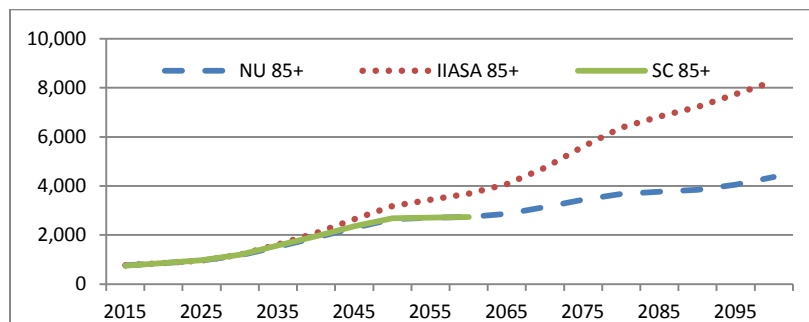


Figure 2 : Projection de la population de personnes âgées de 85 ans et plus au Canada (en milliers), selon Statistique Canada (SC) 2015-2060, les Nations Unies (NU) et l'IIASA, 2015-2100

3. Des besoins spéciaux

Être en santé, surtout chez les personnes âgées, ne signifie pas n'avoir aucune maladie. C'est leur degré d'indépendance par rapport à des incapacités plus ou moins nombreuses et

invalidantes qui leur permettront d'éviter l'institutionnalisation. Avec le vieillissement de la population, la hausse de la prévalence des maladies chroniques et les changements qui s'opèrent relativement à la prestation de soins de santé, il faut s'attendre à une augmentation de la demande en matière de soins et de service à domicile.

Par contre, pour répondre aux besoins des personnes très âgées de demain, il faut être conscient de l'évolution de leurs caractéristiques. Par exemple, le niveau éducation est une variable clé affectant l'ensemble du parcours de vie (fécondité, nuptialité, mode de vie, mortalité ...). En 2015, un peu plus de 50% des 80 ans et plus ont moins de 13 ans de scolarité. On sait déjà qu'il en sera autrement dans le futur puisque les 65-74 ans d'aujourd'hui auront 80 ans et plus en 2030; près de 50% des hommes et 40% des femmes auront alors un diplôme d'études post-secondaires. Aujourd'hui, moins du tiers de hommes et le quart de femmes ont ce diplôme.

Conclusion

Les personnes âgées de 65 ans et plus sont trop souvent analysées comme étant un groupe homogène et laissant une place insuffisante aux caractéristiques particulières des oldest-olds. Deux raisons peuvent expliquer cela. Premièrement, le fait d'atteindre l'âge de 85 ans est parfois considéré comme un événement marginal, mais comme ce rapport le montre, les effectifs et la proportion des 85 ans et plus subiront une forte croissance dans les décennies à venir. Deuxièmement, le seuil de 85 ans et plus, qui est généralement accepté et qui a été utilisé tout au long de ce rapport, doit être considéré comme variable en fonction des caractéristiques des individus et non comme un seuil immuable. Comme le montre ce rapport, on ne met pas en place une politique sociale qui est accessible aux individus à partir d'un âge donné (sauf exception), mais en fonction de leurs caractéristiques comme l'état de santé ou le niveau de revenu. Il est aussi possible de considérer un seuil évolutif pour les oldest-olds qui serait en relation avec l'espérance de vie ou l'espérance de vie en santé.

Au moment où le groupe de personnes âgées et plus particulièrement les oldest-olds, prend de plus en plus d'importance, il est dommage de constater qu'un programme canadien d'envergure, qui s'intéressait aux conséquences socio-économique du vieillissement, le Social and Economic Dimensions of an Aging Population (SEDAP) s'est éteint. On croit qu'il est important que le Canada se dote d'une plateforme composée d'une équipe multidisciplinaire de chercheurs et de décideurs publics ayant des intérêts communs face aux répercussions du vieillissement de la population pour la société d'aujourd'hui et de demain. Bien que ce type d'équipe de recherche est plutôt rare, il est possible de trouver quelques exemples comme en Angleterre où le New Dynamics of Ageing qui a mis sur pied le Modeling Ageing Population to 2030 (MAP 2030) en est un. Ce programme de recherche a réuni une équipe multidisciplinaire d'universitaires et de spécialistes de la Fonction Publique ayant un intérêt commun sur les conséquences du vieillissement de la population et où les projections sont au cœur de la recherche et plus particulièrement les modèles de microsimulation sont à l'avant-scène. Il est plus que souhaitable que ce type de programme de recherche trouve écho au Canada.

Table des matières

Liste des Figures.....	8
Liste de Tableaux	8
Les oldest-olds canadiens : une population en pleine croissance, mal connue et à risque de manquer de services adéquats.....	9
Introduction	9
I Un aperçu démographique des oldest-olds au Canada	10
Tendances démographiques.....	10
Évolution de la population totale des 85 ans et plus	10
Évolution de la population des 85 ans et plus selon le genre	11
Évolution de la population des 85 ans et plus selon la province.....	12
Mode de vie	14
État matrimonial des 85 ans et plus	14
Personnes âgées de 85 ans et plus en institution	15
Caractéristiques économiques et sociales	16
État de santé et utilisation des services de santé.....	17
Hospitalisation	17
Limitations d'activités.....	18
Espérance de vie sans incapacité.....	18
Soutien à domicile et aide reçue	19
Soutien à domicile et besoins non comblés	20
Dépenses de santé.....	20
Conclusion	21
II Les projections de mortalité et de morbidité aux très grands âges et leurs impacts sur les effectifs des oldest-olds canadiens	21
Estimation de la mortalité aux grands âges.....	21
Modèle de projections de la mortalité aux grands âges.....	22
Durée de vie plus longue et qualité de vie.....	23
Futurs effectifs des oldest-olds au Canada	24
Conclusion	27
III Un survol des politiques destinées aux oldest-olds au Canada et dans d'autres pays	27
Études et programmes d'actions fédéraux et provinciaux pour les oldest-olds au Canada ..	28
Mode de vie pour les personnes en perte d'autonomie	29
Services de santé	30
Revenu	31
Politiques destinées aux oldest-olds dans d'autres pays.....	32
Conclusion	34
Conclusion générale.....	35
Bibliographie	37

Annexe 1	44
Figures et tableaux supplémentaires	44
Annexe 2	56
Quelques enquêtes spécifiques sur les oldest-olds et d'autres qui prennent éventuellement en compte les oldest-olds.....	56
Annexe 3	59
Exemples supplémentaires de politiques publiques à l'international	59
Annexe 4	61
Bibliographie complémentaire	61

Liste des Figures

Figure 1 : Population de 85 ans et plus, Canada, par sexe et proportion de femmes pour les 65 ans et plus et 85 ans et plus.....	11
Figure 2 : Espérance de vie à 85 ans, Canada et croissance annuelle moyenne, 1921-2007 (Bergeron-Boucher, 2012)	12
Figure 3 : Proportion des 85 ans et plus au Canada, par province, 1971-2011	13
Figure 4 : Croissance, en pourcentage, du nombre de personnes de 85 ans et plus, Canada, par province, 1971-2011.....	14
Figure 5 : Distribution des personnes de 85 ans et plus selon le type de ménage collectif, Canada, 2011	16
Figure 6 : Limitations autodéclarées des capacités fonctionnelles selon le groupe d'âge, Canada, 2008-2009, ICIS 2011a	18
Figure 7: Projection de la population de personnes âgées au Canada (en milliers), selon Statistique Canada (SC) 2015-2060, Nations Unies (NU) et IIASA, 2015-2100.....	25
Figure A.3 : Courbe de survie selon le sexe, Canada, 1931 et 2001	45

Liste de Tableaux

Tableau 1 : Pourcentage de personnes âgées ayant reçu des soins à domicile, selon l'âge et le sexe, Canada, 2003 et 2009	19
Tableau 2 : Variation dans les services reçus par les clients des services à domicile de longue durée, selon le groupe d'âge, 2009-2010.....	20
Tableau 3 : Personnes âgées selon de mode d'habitation, Canada, 2011-2051	26
Tableau 4 Projection du Oldest Old Support Ratio pour le Canada, selon Statistique Canada 2015-2060 et les NU et IIASA 2015-2100	27

Les oldest-olds canadiens : une population en pleine croissance, mal connue et à risque de manquer de services adéquats

Introduction

La définition du terme « Oldest Old » varie en fonction de l'approche envisagée, qui peut être biodémographique, fonctionnelle, gérontologique ou démographique (Robine, 2003) et de plus le terme français « vieillard » ne fait pas unanimité (sic!) ; on s'entend cependant pour accepter qu'il réfère aux personnes du sommet de la pyramide des âges.

Pour Peter Laslett (1989), une personne entre dans le quatrième âge – celui des oldest-olds – quand elle devient physiquement dépendante. Une telle définition est basée sur la perte d'autonomie. Néanmoins, il est généralement admis par les démographes que l'on rejoint le groupe des oldest-olds à partir de 80 ou 85 ans (Robine, 2003), malgré le fait qu'une large minorité de personnes âgées ne vont jamais perdre leur autonomie. Ce sera le cas dans la présente étude où l'on se concentrera sur les personnes âgées de 85 ans et plus. Il faut néanmoins rester conscient que le seuil des oldest-olds est variable dans le temps, l'espace et selon les caractéristiques de l'individu.

L'intérêt pour l'étude scientifique pour ce sous-groupe d'une population est relativement récent (Robine et al., 2007a), malgré l'étude canadienne de Havens et Finlayson(1999) due au fait qu'il rejoignait un relativement petit groupe d'individus. Ce n'est plus le cas en ce début du XXI^{ème} siècle. D'une part, des progrès importants de la mortalité ont été réalisés et en particulier aux grands âges. En effet les dix principales causes de décès chez les 65 ans et plus sont en déclin depuis le début du siècle, de sorte que l'on observe de nets progrès de l'espérance vie à 65 ans et à 85 ans (Bergeron-Boucher, 2012). D'autre part, les effectifs des cohortes nées dans les années quarante et cinquante ont été de plus en plus imposants ce qui, sous un régime de mortalité constant, laisse présager une augmentation des 85 ans et plus.

Ce rapport a pour but de faire un survol des écrits, des données et des politiques concernant les oldest-olds au Canada. On s'intéressera aux caractéristiques présentes et futures des oldest-olds canadiens et aux politiques publiques qui sont mises en place pour leur assurer un bien-être. De plus, soulignons le fait qu'aujourd'hui il s'agit d'abord et avant tout d'une population majoritairement féminine et que la composition selon le genre sera différente dans le futur. C'est aussi le cycle de vie de ces futures personnes très âgées qui aura été différent, ce qui aura une influence sur leurs caractéristiques démographiques et socioéconomiques.

Trois sections composent ce rapport :

- Un aperçu démographique des oldest-olds au Canada
- Les projections de mortalité et de morbidité aux très grands âges et leurs impacts sur les effectifs des oldest-olds canadiens
- Un survol des politiques destinées aux oldest-olds au Canada et dans d'autres pays.

I Un aperçu démographique des oldest-olds au Canada

À la suite des recensements canadiens récents, Statistique Canada publie une monographie sur le thème des aînés au Canada (Turcotte et Schellenberg, 2007). Dans le même esprit, il serait possible de publier un portrait des oldest-olds car cette sous-population n'est peut-être pas si mal répertoriée qu'on pourrait le croire. En effet, une quantité non négligeable d'information est disponible pour les 85 ans et plus, mais l'information est peu analysée tant par les académiques que par les décideurs publics, en particulier à cause de la dimension de la population et des échantillons.

Dans le cadre de ce présent rapport, on va donner un aperçu démographique succinct des oldest-olds au Canada en ce début du XXI^{ème} siècle, en gardant en mémoire qu'il faudra être souple et accepter 80 ou 85 ans comme seuil du quatrième âge, le tout dépendant des données disponibles.

On a classé les données recensées sous quatre thèmes :

- Tendances démographiques
- Mode de vie
- Caractéristiques économiques et sociales
- État de santé et utilisation des services de santé

Ici, à défaut d'une présentation exhaustive, on essaiera de dégager ce qui distingue les oldest-olds d'aujourd'hui d'une part des 65-84 ans et d'autre part des oldest-olds à venir.

Tendances démographiques¹

Évolution de la population totale des 85 ans et plus

Depuis 1971, la population canadienne âgée de 65 ans et plus croît à un rythme relativement constant. Elle était composée de 1 762 000 personnes et représentait 8% de la population totale en début de période et elle a augmenté pour atteindre 5 380 000 en 2013, ce qui représente 15% de la population totale (Fig A.1). Pour ce qui est des personnes de 85 ans et plus, ils étaient 139 000 en 1971 et sont maintenant 702 000 en 2013. Ces effectifs représentent respectivement 0,6% et 2% de la population totale et 8% et 13% de la population des personnes âgées de 65 ans et plus.

On observe ainsi une augmentation plus rapide de la population âgée de 85 ans et plus par rapport à l'ensemble de la population et aussi par rapport aux personnes âgées de 65 ans et plus (Fig A.2). Entre 1971 et 2013, la population canadienne totale croît de 60% (atteignant environ 35 millions de personnes en 2013). Pour cette même période, la population des 65 ans et plus croît plus rapidement que la population totale (205% vs 60%) ce qui est le principe de base du

¹ Pour faire ce survol, on utilisera plusieurs sources de données publiques (telles CANSIM, ou les fichiers publics de microdonnées à grande diffusion) et aussi différents résultats d'analyses effectuées par d'autres chercheurs à partir de données confidentielles. Cela permettra, en plus de dresser un portrait des Canadiens de 85 ans et plus.

vieillesse de la population. Par contre, il est important de noter, bien que la croissance des personnes de 65 ans et plus soit considérable qu'elle représente seulement la moitié de celle des 85 ans et plus qui se chiffre à 405% pour cette même période d'observation. De plus, on observe que, depuis 2005, l'écart entre la croissance de ces deux sous-populations s'accroît plus rapidement. Cela s'explique en très grande partie par un meilleur contrôle des maladies mortelles en particulier chez les personnes âgées et très âgées

Le fait d'atteindre l'âge de 85 ans est un phénomène de moins en moins marginal (Fig. A.3). Selon les tables de mortalité de Statistique Canada (2007), environ 10% des hommes et des femmes atteignaient l'âge de 85 ans en se basant sur les données de 1931. Par contre, 30% des hommes et 50% des femmes atteignaient ce même niveau selon les données de 2001. C'est pourquoi, nous affirmons qu'il est important de mieux connaître cette population et surtout les caractéristiques qui lui sont associées. C'est exactement l'objectif de ce rapport.

Évolution de la population des 85 ans et plus selon le genre

Une des variables à considérer lorsque l'on traite spécifiquement des personnes âgées est le genre. On sait que le ratio femmes/hommes est supérieur à celui observé dans la population totale. Ceci s'avère particulièrement vrai lorsque l'on regarde les personnes de 85 ans et plus (Figure 1).

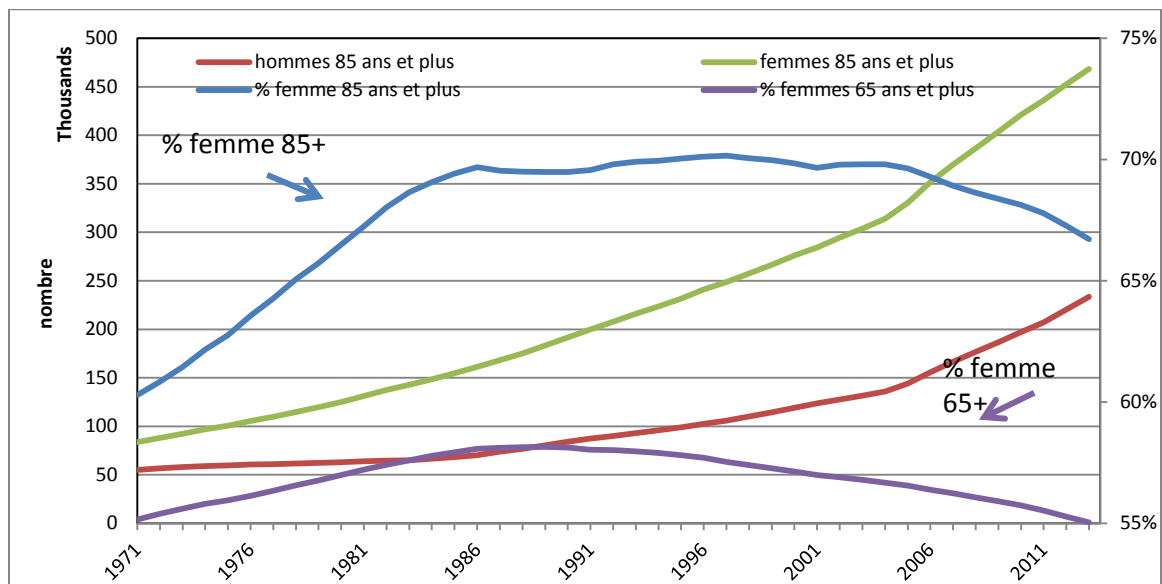


Figure 1 : Population de 85 ans et plus, Canada, par sexe et proportion de femmes pour les 65 ans et plus et 85 ans et plus

La légère diminution du pourcentage de femmes depuis le début du XXI^{ème} siècle s'explique en grande partie par la diminution des écarts entre l'espérance de vie des hommes et des femmes à la naissance (Fig. A.4) et à 65 ans (Fig. A.5) mais en particulier à 85 ans (Figure 2).

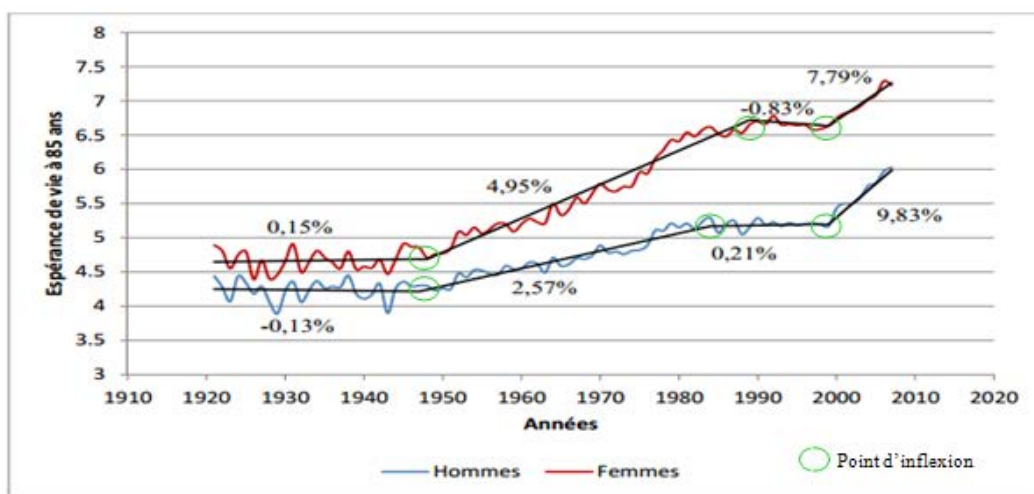


Figure 2 : Espérance de vie à 85 ans, Canada et croissance annuelle moyenne, 1921-2007 (Bergeron-Boucher, 2012)

Le premier constat est que l'espérance de vie à 85 ans croît depuis l'après-guerre. On remarque aussi que, depuis les années 90, la croissance de l'espérance de vie a toujours été plus élevée pour les hommes que pour les femmes. La diminution de cet écart est le résultat du fait que le mode de vie des femmes se rapproche de plus en plus de celui des hommes et que les hommes font maintenant plus attention à leur santé. De plus, il est important de noter que les gains les plus appréciables de l'espérance de vie à 85 ans se produisent depuis le tournant du XXI^{ème} siècle (7.79% chez les femmes et 9.83% chez les hommes). Toutes choses étant égales par ailleurs, cela montre bien l'importance relative que les personnes de 85 ans et plus prennent et surtout qu'elles vont prendre dans les décennies à venir.

Évolution de la population des 85 ans et plus selon la province

Bien que le vieillissement de la population soit un phénomène affectant l'ensemble du Canada, le niveau de celui-ci varie selon les provinces et affecte particulièrement la Colombie-Britannique, le Québec et les provinces de l'Atlantique qui ont une proportion de personnes âgées de 65 ans et plus supérieure à la moyenne canadienne (qui est de 14%) (Fig. A.6).

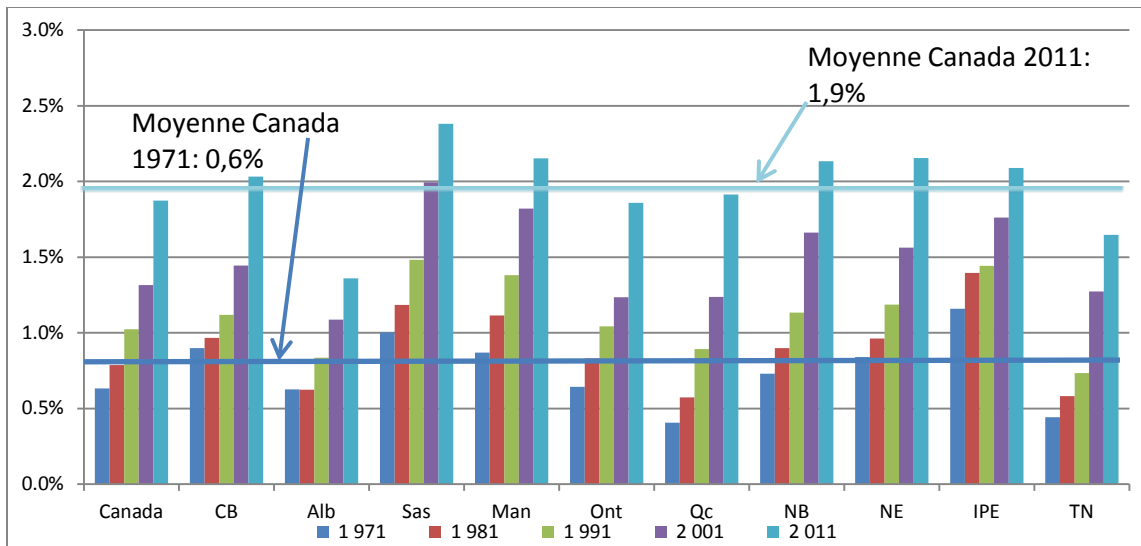


Figure 3 : Proportion des 85 ans et plus au Canada, par province, 1971-2011

En analysant la proportion de personnes âgées de 85 ans et plus par rapport à la population totale (Figure 3), on remarque que le portrait dépeint pour chacune des provinces est quelque peu différent. Par exemple, la Saskatchewan et le Manitoba se retrouvent maintenant avec des proportions de personnes de 85 ans et plus, respectivement de 2,4% et de 2,2%, qui sont supérieures à la moyenne canadienne, qui est de 1,9% en 2011, ce qui n'était pas le cas lorsque l'on observait la proportion des 65 ans et plus. La province de Terre-Neuve-et-Labrador se retrouve en 2011 sous la moyenne canadienne avec une proportion de personne de 85 ans et plus de 1,7%.

De plus, il n'y a pas que le changement intrinsèque de la structure par âge de la population qui importe, mais aussi la vitesse à laquelle il se produit. Plus un changement s'effectue rapidement, plus il sera complexe pour une société de se prémunir contre des effets possiblement indésirables. Comme on peut le constater en regardant les taux de croissance de la population de 85 ans et plus par province (Figure 4), c'est vraiment dans les provinces les plus peuplées que la croissance des oldest-olds est la plus importante et en particulier au Québec.

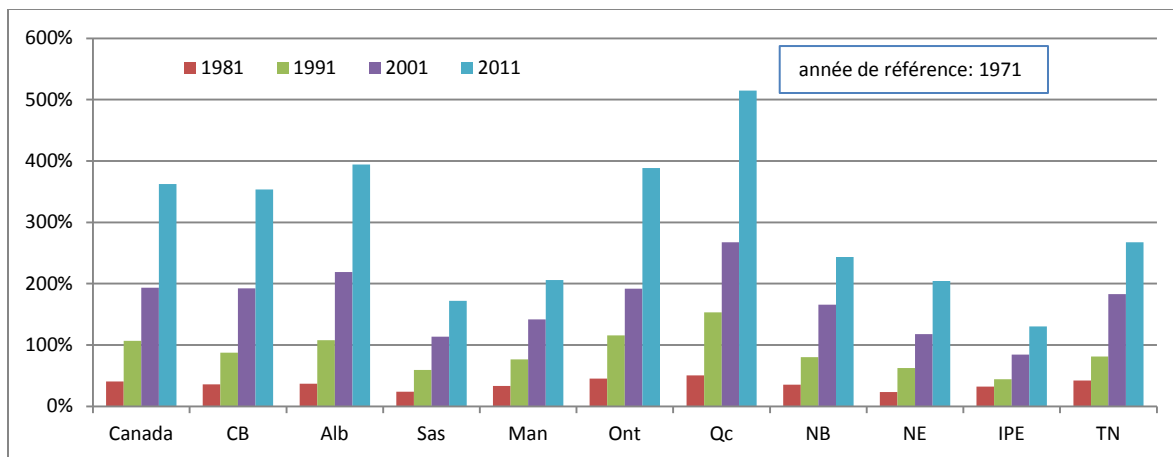


Figure 4 : Croissance, en pourcentage, du nombre de personnes de 85 ans et plus, Canada, par province, 1971-2011

Mode de vie

L'une des variables qui différencie les personnes âgées de 85 ans et plus est le mode de vie. Comme le montrent Milan et al. (2014), cette variable a évolué durant les 30 dernières années et, comme les trajectoires conjugales des personnes âgées de demain auront été bien différentes de celles des personnes âgées d'aujourd'hui, on croit que cette variable continuera d'évoluer. On a observé en 2011 que la grande majorité, soit 92% des 5 millions de personnes de 65 ans et plus, demeuraient en ménage privée, mais que cette proportion était d'environ 70% pour les personnes de 85 ans et plus (Fig. A.7). On observe aussi que le nombre de personnes vivant en couple (avec leur conjoint marié ou avec leur partenaire en union libre) diminue avec l'âge en faveur du nombre de celles vivant en ménage collectif.

État matrimonial des 85 ans et plus

En 2011, 55% des hommes de 85 ans et plus étaient mariés contre seulement 14% des femmes. Pour ce qui est des femmes de 85 ans et plus, le statut matrimonial le plus fréquent est celui de veuve qui représente 76% des femmes en 2011 contre 35% des hommes (Fig. A.8). Ces pourcentages ont relativement évolué depuis 1991 (et expliquent que la prévalence de vivre seul est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (Fig. A.9).

Il est aussi important de prendre en compte les différences entre les 85 ans et plus et l'ensemble des 65 ans et plus lorsque que l'on analyse l'état matrimonial des personnes âgées : la réalité des personnes âgées de 65 à 85 ans est bien différente de celles âgées de 85 ans et plus (Fig. A.10). Dans cette sous population, plus de 70% des hommes et près de 50% des femmes sont mariés en 2011 et seulement 9% des hommes et 31% des femmes sont veufs pour cette même année. De plus, comme les baby boomers atteignent maintenant l'âge de 65 ans, le poids des personnes âgées de 65-84 ans dans l'ensemble des personnes de 65 ans et plus va augmenter rapidement durant les 20 prochaines années, ce qui pourrait amener les décideurs publics à tirer

des conclusions erronées pour certaines politiques sensibles à cette variable comme le soutien à domicile.

Personnes âgées de 85 ans et plus en institution

On s'intéresse maintenant à une sous population bien particulière, soit celle résidant en ménage collectif. Cette sous-population, qui est trop souvent méconnue (Légaré et al., 2014), est particulièrement importante lorsque l'on s'intéresse aux personnes âgées de 85 ans et plus. En 2011, 31% de la population des 85 ans et plus vivait en ménage collectif contre seulement 8% des personnes âgées de 65 ans et plus. Étant donné qu'elles représentent près du tiers des personnes de 85 ans et plus, il est primordial de bien connaître ces individus, car ce sont des personnes qui sont en moins bonne santé, nécessitant des soins et des services particuliers et qui engendrent des coûts généralement plus élevés pour le système de santé. De plus, le nombre de lits en institution est une décision purement politique et l'on peut faire l'hypothèse que peu importe le nombre (raisonnable) de places disponibles, elles seront toujours comblées. Toutes choses étant égales par ailleurs, la demande sera croissante dû au fait de l'arrivée des baby-boomers aux âges plus avancés et conséquemment il est d'autant plus important de disposer des données nécessaires à l'analyse de cette population.

Entre 1996 et 2011, le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus vivant en ménage collectif est passé de 114 000 à 201 000 (Fig. A.11) et on dénombrait alors 154 000 femmes et 47 000 hommes. On peut donc affirmer que la population en ménage collectif est majoritairement féminine, mais aussi composée des personnes plus âgées à l'intérieur de celles âgées de 65 ans et plus. En 1996, 43% de la population âgée de 65 ans et plus vivant en ménage collectif avait plus de 85 ans alors que cette proportion était de 51% en 2011.

Comme il a été dit précédemment, le nombre de places en ménage collectif est largement déterminé par des choix politiques en matière de santé et au Canada, ces décisions sont prises au niveau provincial et territorial. En 2011, si la proportion des personnes âgées de 85 ans et plus vivant en ménage collectif était de 31% pour l'ensemble du Canada, des écarts importants existaient entre les différentes provinces. Par exemple, certaines provinces comme la Nouvelle-Écosse (25%), l'Ontario (28%) ou la Saskatchewan (28%) étaient sous la proportion moyenne du Canada alors que des provinces comme le Québec (38%) et l'Alberta (38%) étaient au-dessus (Fig A.12). Les politiques publiques en matière de santé pourraient sans doute expliquer une partie de ces différences.

Il faut aussi noter que, même si nous avons traité jusqu'à maintenant les ménages collectifs comme un ensemble homogène, il existe selon les données des différents recensements, plus de 20 catégories de ménages collectifs.

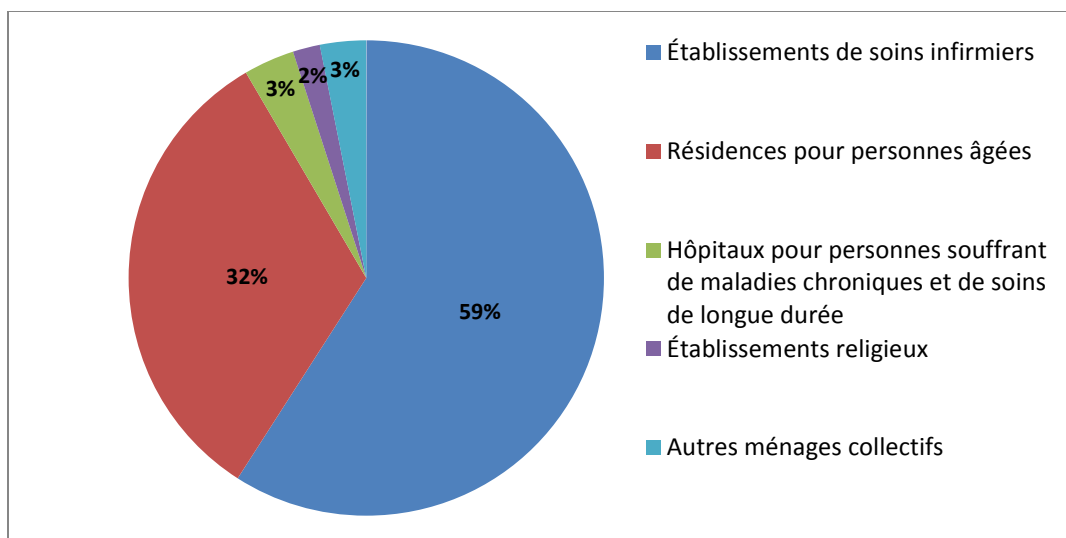


Figure 5 : Distribution des personnes de 85 ans et plus selon le type de ménage collectif, Canada, 2011

Comme le montre la Figure 5, la grande majorité, soit 91% des personnes âgées de 85 ans et plus vivant en ménage collectif en 2011 sont regroupés dans deux catégories qui sont les établissements de soins infirmiers et les résidences pour personnes âgées.

Bien que les personnes vivant en ménage collectif soient généralement seules, une partie de celles vivant dans les résidences pour personnes âgées vivent en couple. En effet, près de 30% des hommes tant de 85 ans et plus que de 75 à 84 ans vivent en couple dans les résidences de personnes âgées, la proportion passe de 14% à 75-84 ans et à 7 % à 85 ans et plus pour les femmes (Tableau A.13)

Caractéristiques économiques et sociales

Pour mieux connaître les oldest-olds et pouvoir établir des politiques adéquates pour leurs besoins, il y a lieu d'aller au-delà des variables démographiques et d'étudier un certain nombre de variables économiques et sociales. Dans la présente section on s'intéresse brièvement au niveau d'éducation et aux revenus des personnes de 80 ans et plus, à défaut de ceux de 85 ans et plus pour lesquels on n'a pu trouver de l'information accessible récente. Les résultats proviennent d'une exploitation du fichier de micro-données à grande diffusion de l'Enquête sur la dynamique du travail et du revenu (EDTR) de 2011 et ne concerne que la population vivant dans des ménages privés. Ceci est une limite importante car on sait qu'au-delà de 25% des personnes de 80 ans et plus vivent dans des ménages collectifs.

Prendre en compte le niveau d'éducation des individus est fondamental pour bien comprendre et prévoir leurs comportements. C'est en particulier le cas pour les phénomènes comme la fécondité et de la mortalité. Le niveau d'éducation est acquis assez tôt dans l'âge adulte et est généralement invariable dans le temps. Ceci est une caractéristique importante en ces temps de nette évolution depuis le milieu du XX^{ème} siècle. Un peu plus de 50% des 80 ans et plus d'aujourd'hui – tant hommes que femmes - nés dans la première moitié du XX^{ème} siècle ont

moins de 13 ans d'études primaires et secondaires et sont sans diplôme (Tableau A.14). Si aujourd'hui moins du tiers des hommes et le quart des femmes ont un niveau d'études postsecondaires, on sait déjà qu'il en sera autrement dans le futur puisque dans 15 ans, les 65-74 ans d'aujourd'hui auront 80 ans et plus et près de 50% des hommes auront un diplôme d'études postsecondaires et près de 40% des femmes. Cette amélioration va s'étendre tout au long du siècle pour arriver à près de 80% au tournant du siècle prochain (Voir Figure 7 Section II).

Quant au revenu médian, on constate que celui-ci diminue avec l'âge tant pour les hommes que pour les femmes et, tel qu'attendu, il est plus faible pour les femmes et cela à un niveau de 20%. Cependant, on ne voit aucune différence pour les deux sexes entre le revenu à 75-79 ans et à 80 ans et plus. De plus, le niveau étant autour de 30 000 dollars pour les hommes et de 20 000 dollars pour les femmes, il y a peu de différence entre le revenu total avant et après impôt (Tableau A.15)

État de santé et utilisation des services de santé

Mesurer l'état de santé d'une population est un défi auquel les décideurs politiques doivent faire face pour être en mesure d'offrir à la population les services attendus : c'est le cas en particulier pour les personnes âgées et surtout les très âgées qui sont les principaux utilisateurs des services de santé.

Lorsque l'on s'intéresse à la santé des oldest-olds, il y a d'abord lieu de constater qu'il est difficile de trouver de l'information sur la santé de la population vivant en institution. Or on a vu que 30% des 85 ans et plus y vivent. Ceux que l'on va observer vivent donc en ménages privés, ou dit communément « à domicile ».

Parlant de l'état de santé, il y a lieu de bien distinguer la santé objective et la santé subjective. Signalons de prime abord que les deux tiers des personnes de 85 ans et plus ont une autoévaluation positive de leur état de santé comparée à un peu moins de 75% pour les plus jeunes personnes âgées (Tableau A.16), et ce malgré le fait que plus de la moitié sont fragiles (en se basant sur un seuil d'indice de fragilité (IF) de $>0,21$) (Tableau A.17) et que 25 % déclarent une insatisfaction par rapport à la vie et en particulier une certaine solitude (Tableau A.16).

Être en santé, surtout chez les personnes âgées, ce n'est pas n'avoir aucune maladie : toutes en ont une ou plusieurs ! C'est surtout leur degré d'indépendance par rapport à des incapacités plus ou moins nombreuses et invalidantes qui devrait être mis à l'avant-scène. Ceci leur permettra d'éviter l'institutionnalisation et de vivre à domicile malgré de potentielles limitations d'activités.

Hospitalisation

On s'intéressera donc en primauté aux services de soutien à domicile, car lorsque c'est une nécessité, les personnes âgées et en particulier les oldest-olds ont une durée moyenne globale de séjour à l'hôpital selon le type de soins comparable aux adultes de 20-64 ans sauf en soins

continus complexes pour lesquels c'est la moitié moins que pour les adultes (ICIS, 2011a ; Tableau A.18)

Limitations d'activités

Comme le fait remarquer l'ICIS 2011a, il existe une grande variation des limitations des capacités fonctionnelles déclarées par les personnes âgées. Ceci renforce notre hypothèse de l'hétérogénéité au sein du groupe de personnes de 65 ans et plus. Selon les données de l'ESCC 2008-2009, la majorité des Canadiens de moins de 85 ans ont déclaré n'avoir aucune limitation de leurs capacités fonctionnelles. Toutefois, c'est l'inverse qui se produit pour les personnes de 85 ans et plus qui, en majorité, ont déclaré avoir au moins des limitations d'activités légères.

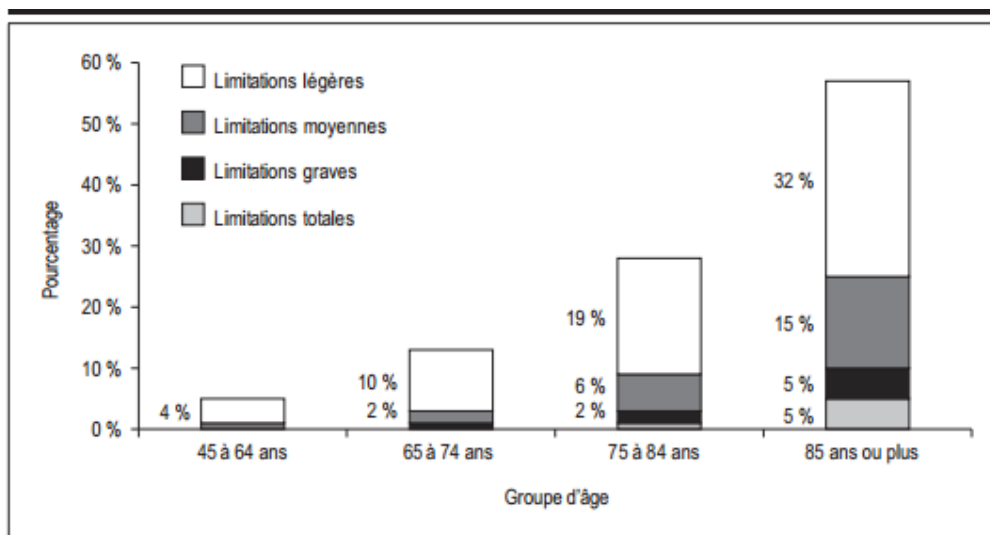


Figure 6 : Limitations autodéclarées des capacités fonctionnelles selon le groupe d'âge, Canada, 2008-2009, ICIS 2011a

Avec l'âge, la perte des capacités fonctionnelles devient non seulement plus fréquente, mais aussi plus importante en termes de la gravité autodéclarée. Comme on peut le constater à la Figure 6, la vaste majorité des 65-84 ans ayant des capacités fonctionnelles limitées considèrent que cette limitation est légère. Par contre, bien que 32% des personnes âgées de 85 ans et plus considèrent leur limitation légère, 15% ont déclaré avoir des limitations moyennes, 5% graves et 5% totales (ICIS, 2011a).

Espérance de vie sans incapacité

Il existe plusieurs indicateurs d'espérance de vie en santé. Lorsque de l'information adéquate sur les limitations d'activités est disponible, il est d'usage, pour les démographes, de calculer des espérances de vie sans incapacité. Malheureusement, jusqu'à tout récemment, il était impossible de le faire pour le Canada (Lefrançois et al., 2014). Avec les données de l'Enquête canadienne sur l'incapacité 2012, on peut espérer que cet indicateur pourra être mis à jour.

Soutien à domicile et aide reçue

Avec le vieillissement de la population, la hausse de la prévalence des maladies chroniques et les changements qui s'opèrent relativement à la prestation de soins de santé, on ne peut que s'attendre à une augmentation des besoins en matière de soins et de service à domicile. Effectivement, comme la proportion de personnes âgées augmente au Canada, que la prévalence de l'incapacité augmente avec l'âge (Statistique Canada, 2013a) et que les personnes âgées veulent rester à domicile le plus longtemps possible (Tang et Lee, 2010 ; Sabia, 2008), on ne peut que s'attendre à une telle augmentation. Les soins et les services à domicile sont d'autant plus importants car ils peuvent réduire le nombre de demandes d'hospitalisation, et la probabilité de placement en institution. De plus, ils sont généralement considérés plus économiques et plus en accord avec les attentes des personnes âgées que l'institutionnalisation (Hoover et Rotermann, 2012).

Comme on le remarque dans le Tableau 1, l'utilisation des soins et services à domicile a augmenté entre 2003 et 2009 tant pour les hommes que pour les femmes. De plus, l'âge est étroitement lié à l'utilisation des services de soins à domicile. Parmi les personnes âgées de 85 ans et plus, 42% d'entre elles ont déclaré avoir reçu des soins à domicile, comparativement à 20% de celles de 75 à 84 ans, et à 8% de celles de 65 à 74 ans. On remarque que ces proportions sont toujours plus élevées chez les femmes que chez les hommes. Certains facteurs, comme les modalités de logement et le besoin d'aide pour vaquer aux activités de la vie quotidienne, expliquent en grande partie cette différence (Rotermann, 2006)

Tableau 1 : Pourcentage de personnes âgées ayant reçu des soins à domicile, selon l'âge et le sexe, Canada, 2003 et 2009

	2003			2009		
	hommes	femmes	TOTAL	hommes	femmes	TOTAL
65-74 ans	6%	10%	8%	12%	18%	15%
75-84 ans	17%	22%	20%	22%	37%	30%
85 ans et plus	36%	44%	42%	44%	59%	54%

Source: ESCC 2003 (Carrière, 2006) et ESCC 2009 (Hoover et Rotermann, 2012)

Lorsque l'on étudie les services à domicile, on constate aussi que l'âge est une variable importante concernant le type de services à domicile reçus. Comme on peut l'observer dans le Tableau 2, 59% des personnes de 85 ans et plus déclarent avoir reçu de l'aide pour les soins de santé comparativement à 53% des personnes de 75-84 ans et 47% de celles de 65-74 ans. Les personnes âgées de 85 ans et plus sont aussi plus susceptibles de recevoir de l'aide concernant l'aide-ménagère et la préparation des repas.

Tableau 2 : Variation dans les services reçus par les clients des services à domicile de longue durée, selon le groupe d'âge, 2009-2010

Type de services à domicile	Groupe d'âge			
	20 à 64 ans (%)	65 à 74 ans (%)	75 à 84 ans (%)	85 ans ou plus (%)
Aides de soins de santé à domicile	42	47	53	59
Infirmières visiteuses	40	31	21	19
Services d'aide ménagère	23	27	33	42
Repas*	5	5	9	15
Services de bénévoles	1	1	1	1
Physiothérapie	8	8	7	7
Ergothérapie	9	8	7	5
Orthophonie	1	1	0†	0†
Centre/hôpital de jour	3	3	3	2
Travailleurs sociaux à domicile	4	1	1	0†

Source : Système d'information sur les services à domicile, 2009-2010 ; ICISa 2011

Soutien à domicile et besoins non comblés

Enfin, il faut se demander si les personnes qui ont besoin d'aide en reçoivent vraiment? Si oui, l'aide reçue est-elle suffisante (Busque et Légaré, 2012)? Il est impératif de répondre à ces questions, car des études ont démontré que les risques d'une dégradation de l'état de santé, qui peut mener à une institutionnalisation plus rapide, augmentaient sensiblement lorsqu'un ou plusieurs besoins en matière d'aide ou de soins à domicile n'étaient pas comblés (ICIS, 2010 ; Sands et al. 2006 ; Gaugler et al., 2005). De plus, Hoover et Rotermann (2012) montrent que le pourcentage de personnes ayant des besoins en matière de soins à domicile professionnels non satisfaits augmente avec l'âge. En effet, selon les résultats provenant de l'ESCC 2009, 3,2% des personnes âgées de 65 à 75 ans ont déclaré avoir des besoins non comblés et ce même pourcentage est plus du double pour celles âgées de 85 ans et plus (6,7%).

Dépenses de santé

Les dépenses consacrées à la santé par les gouvernements des provinces et des territoires varient dans les groupes d'âge des personnes âgées (Fig. A.19). En moyenne, les dépenses de santé les plus élevées par personne concernent les personnes de 80 ans et plus (ICIS 2014).

Selon ICIS (2014), les dépenses de santé consacrées aux personnes très âgées sont plus élevées principalement pour deux raisons : le coût des soins de santé au cours des derniers mois de vie et les soins médicaux plus soutenus que nécessite généralement une minorité de la population atteinte de maladies chroniques en vieillissant. De plus, les données de l'Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires (ECE-SSP) de 2008 indiquent une corrélation plus

étroite entre la présence de multiples maladies chroniques et l'augmentation du recours aux services de santé qu'entre l'âge et l'utilisation (ICIS, 2011a).

Conclusion

En conclusion, on croit, tout comme Orpana et al (2009), qu'il importe d'aller plus loin que les enquêtes transversales auprès de la population à domicile pour étudier les déterminants d'un bon vieillissement. Il faut aussi avoir accès à des données qui englobent les résidents des établissements de santé. Tout cela en gardant en tête la relative importance que prendront les personnes de 85 ans et plus au courant du siècle et leur singularité par rapport à l'ensemble des personnes âgées d'aujourd'hui.

II Les projections de mortalité et de morbidité aux très grands âges et leurs impacts sur les effectifs des oldest-olds canadiens

La baisse de la mortalité au-delà de 80 ans et, surtout son ampleur, a constitué une agréable surprise à partir des années 1980. Ce sont les travaux de Kannisto (1994) et Thatcher et al. (1998), dans les années 1990 qui, les premiers, ont fait état de ce phénomène méconnu. Ils ont montré que, dans tous les pays industrialisés, les taux standardisés de mortalité pour le groupe d'âge 80-99 ans ont diminué de façon très importante, même si les rythmes de diminution ont pu varier entre les pays.

La conséquence de la baisse de la mortalité aux grands âges est l'explosion du nombre de personnes de 85 ans et plus, les oldest-olds, dont un certain nombre de ces personnes deviendront centenaires et même supercentenaires (celles qui atteignent l'âge de 110 ans) (Vaupel, 2010 ; Oeppen et Vaupel, 2002). Tant les actuaires que les démographes sont conscients de l'importance des oldest-olds.

Étant donnée l'importante évolution depuis le début du XXI^{ème} siècle de l'espérance de vie à 65 ans et à 85 ans (Bergeron-Boucher, 2012), on s'attend à ce que les Canadiens en viennent à vivre en moyenne au-delà de 90 ans en 2075 (BSIF, 2014). La population des oldest-olds, qui était un groupe marginal, devient alors un centre d'intérêt, tout particulièrement pour les programmes publics de santé et de retraite.

Estimation de la mortalité aux grands âges

À Statistique Canada, pour les tables de mortalité de la période de 2005 à 2007 et les suivantes, la méthodologie a fait l'objet d'une révision afin de tenir compte des méthodes les plus récentes dans l'étude de la mortalité.

Deux changements méthodologiques majeurs ont été introduits dans l'élaboration des tables de mortalité (Statistique Canada, 2013b). Le premier porte sur l'estimation de la mortalité aux grands âges : un modèle logistique inspiré des travaux de Kannisto (1992) a été préféré au modèle quadratique de Coale-Kisker (1990). En effet, des études ont montré que dans les pays disposant de données de bonne qualité, la croissance avec l'âge des taux de mortalité suivait plutôt une courbe logistique (Kannisto et al., 1994; Thatcher et al., 1998). Le deuxième changement porte sur la méthode de lissage des quotients de mortalité selon l'âge. L'ancienne méthode qui faisait notamment appel à des âges pivots, a été remplacée par une méthode basée sur des splines. Cette méthode est plus souple et permet de s'affranchir des âges pivots, plus arbitraires (Ouellette, 2011).

Deux sources de données sont utilisées dans la construction des tables complètes de mortalité : l'État civil et le Programme des estimations démographiques de Statistique Canada. En général, la qualité des données de base sur les décès par âge et sexe de l'État civil canadien est jugée très bonne (Bourbeau et Lebel, 2000), même entre 80 et 100 ans (Beaudry-Godin, 2010).

L'estimation de la mortalité à partir de 100 ans présente un certain défi, les effectifs de la population et le nombre de décès observés étant plus faibles et les enregistrements davantage soumis à des erreurs de déclaration. Le recours à un modèle logistique permet cependant d'obtenir une série cohérente de taux de mortalité aux grands âges puisque cette série est modélisée. Les détails méthodologiques sur le calcul des tables de mortalité sont disponibles dans Statistique Canada 2013b.

Il est important de noter qu'une attention particulière est portée sur l'estimation des taux de mortalité aux très grands âges. De 95 ans jusqu'au groupe d'âge ouvert de 110 ans et plus, les taux de mortalité peuvent présenter des fluctuations aléatoires importantes en raison du petit nombre de décès et de personnes soumises au risque de décéder. À certains âges très avancés, souvent au-delà de 105 ans, le calcul du taux est parfois même impossible en raison d'une absence de décès et/ou de personnes soumises au risque de décéder. Ces fluctuations pouvant mener à des incohérences, celles-ci doivent être contrôlées en particulier pour la solvabilité des régimes de retraites.

Dans ce contexte, il est préférable de recourir à un modèle d'estimation des taux de mortalité aux grands âges, qui mène à la fois à une meilleure représentation des conditions de mortalité et à la construction d'une série complète de taux jusqu'au groupe d'âge ouvert de 110 ans et plus. Statistique Canada utilise donc un modèle logistique simplifié issu des travaux de Kannisto (1992).

Modèle de projections de la mortalité aux grands âges

Pour projeter la mortalité, Statistique Canada (Statistique Canada, 2014) utilise la méthode Li-Lee (Li et Lee, 2005) qui est une adaptation du modèle bien connu Lee-Carter (Lee et Carter, 1992) lequel permet de répondre aux situations dans lesquelles une cohérence entre divers groupes quant aux projections de la mortalité est souhaitée. La fiabilité démontrée de la méthode Lee-Carter (Lee et Miller, 2001; Booth, 2006), sa capacité de projeter la mortalité de toutes les provinces et tous les territoires de façon cohérente grâce à la version modifiée

proposée par Li et Lee (2005), ainsi que sa relative simplicité constituent des avantages non négligeables pour la projection des tendances futures de la mortalité au Canada. De plus, quelques améliorations ont été apportées par rapport à la méthodologie des précédentes projections. La plus importante étant l'introduction du modèle rotatif servant à faire évoluer dans le temps le rythme de déclin de la mortalité selon l'âge (Li et al., 2013) On se doit de souligner la particularité de la méthode pour les âges avancés. Les valeurs des paramètres estimés aux âges avancés étaient souvent négatives, ce qui implique des taux de mortalité qui augmentent au fil du temps. Pour cette raison, les valeurs des paramètres ont été modifiées de façon à suivre une décroissance exponentielle de 90 ans à 110 ans. La description détaillée de cette méthodologie est disponible dans Statistique Canada 2014.

Au Bureau de l'Actuaire en chef du Canada (BAC), la méthodologie est différente : les projections de mortalité couvrent une plus longue période (75 ans) et les hypothèses sont établies en accordant plus d'importance aux tendances historiques à long terme qu'à celles à court terme, plus récentes (BAC, 2014).

Les taux de mortalité extraits de la BDLC de l'Université de Montréal servent de point de départ aux projections de mortalité. La méthode de projection des taux de mortalité consiste à faire des hypothèses sur les futurs taux annuels d'amélioration de la mortalité selon l'âge, le sexe et l'année. Ainsi, l'établissement des projections des taux de mortalité commence par l'examen des tendances historiques, suivi par une appréciation de l'importance de leur incidence sur les futurs taux d'amélioration de la mortalité (TAM) (BSIF, 2013).

Aux fins de la préparation du 26e Rapport actuariel du RPC, le BAC a analysé les résultats observés au Canada au moyen des méthodes mises au point par le groupe Continuous Mortality Investigation de l'Institute and Faculty of Actuaries, au Royaume-Uni (CIM, 2013). De plus, afin d'élaborer les hypothèses des TAM pour la période intermédiaire, le BAC s'est servi des outils que ce groupe a mis à disposition. Plus précisément, le BAC a intégré dans son propre modèle les éléments de ces outils qui se rapportaient aux cohortes.

Durée de vie plus longue et qualité de vie

Même si les Canadiens vivent plus longtemps, —l'espérance de vie s'établissant à 81,7 ans et l'âge le plus courant au moment du décès atteignant 85 ans —, la capacité de nombreux adultes à accomplir des fonctions clés en matière d'autonomie, c'est-à-dire leur santé fonctionnelle, diminue au fur et à mesure qu'ils avancent en âge. La proportion croissante de Canadiens qui atteignent un âge plus avancé soulève des questions concernant la demande de services de santé et de la prestation de soins (Decady et Greenberg, 2014).

Après l'âge de 65 ans, la baisse de la santé fonctionnelle a tendance à s'accroître, un plus grand nombre d'incapacités graves (de nombreuses limitations d'activités) se produisant en moyenne autour de l'âge de 77 ans (Decady et Greenberg, 2014). Cependant, il s'avère très difficile de suivre l'évolution au cours du temps du niveau d'incapacité des personnes âgées au Canada, vu l'absence de continuité dans la collecte de données sur l'incapacité (Lefrançois et al. 2014). L'analyse des données de l'Enquête canadienne sur l'incapacité 2012 de Statistique Canada devrait cependant nous permettre de mieux saisir la situation actuelle.

On peut aussi utiliser l'espérance de vie ajustée sur la santé (EVAS) (Wolfson, 1996) afin d'évaluer la qualité de vie pendant les dernières années de vie. Cette mesure représente le nombre d'années qu'un individu peut espérer vivre en bonne santé. La dernière estimation de l'espérance de vie ajustée sur la santé à la naissance (2005-2007) était de 69 ans pour les hommes et de 71 ans pour les femmes. Cela signifie que le Canadien moyen peut s'attendre à vivre environ 10,5 ans avec un certain niveau d'incapacité (Decady et Greenberg, 2014).

On peut aussi étudier le nombre d'années vécues avec des maladies (Global Burden of Diseases, 2013). Pour les canadiens de 80 ans et plus en 2010, les maladies qui les distinguent des plus jeunes sont les maladies cardio-vasculaires, les maladies neurologiques et les maladies musculaires.

Enfin, une étude sur les nonagénaires vivant dans la communauté au Canada (Wister et Wanless 2007) a permis de dégager deux tendances principales. D'abord, approximativement, les trois quart des hommes et les deux tiers des femmes nonagénaires déclarent être en bonne ou excellentes santé, leur niveau de santé fonctionnelle et la présence de conditions chroniques cachent un moins bon état de santé. Approximativement 8.5 nonagénaires sur 10 ont des limitations d'activités et la majorité ont au moins une maladie chronique et un certain nombre d'entre eux deviendront centenaires. Deuxièmement les nonagénaires de sexe masculin semblent en meilleure santé que ceux de sexe féminin même si celles-ci sont nettement plus nombreuses. Ces résultats de l'analyse descriptive sont confirmés par une analyse multivariée. Un phénomène de sélection pourrait être en jeu du à la mortalité et au fait que l'étude ne tient pas compte des personnes en institution. En effet, approximativement 35 à 45 pourcent de la population des nonagénaires vivent en institution et risquent d'avoir des incapacités sévères.

Dans ce contexte, le défi pour une population vieillissante consistera à trouver des façons de prolonger les années de vie en santé. Le défi est d'autant plus important qu'au Canada, les indicateurs de santé sur la charge de morbidité globale sont mesurés uniquement à la naissance, ce qui ne permet pas d'examiner en quoi la relation entre la morbidité et la mortalité change avec l'âge, en particuliers aux âges avancés (Luy et al., 2014). Des travaux de recherche portant sur les mesures mieux différenciées de l'espérance de vie en santé propres à l'âge permettraient de clarifier les processus dynamiques associés au vieillissement (Robine et Cambois, 2013 ; Jagger et al., 2013).

Futurs effectifs des oldest-olds au Canada

Comme on l'a signalé en introduction les oldest-olds sont de plus en plus nombreux dans la population canadienne. Il est donc naturel de se questionner sur l'évolution du nombre d'oldest-olds pour les décennies à venir. Ces futurs effectifs dépendent de la dimension des cohortes initiales, de l'apport de la migration nette internationale et surtout de l'évolution de la mortalité aux grands âges.

Les projections de Statistique Canada (2014) laisse entrevoir une croissance d'environ 6 millions de personnes de 65 ans et plus en 2015 à environ 12 millions en 2060 alors que, pour les 85 ans et plus, on passerait pour la même période de 200 000 hommes à 1 200 000 et pour les femmes

de 500 000 à plus de 1 500 000. Cette croissance marquée des 85 ans et plus par rapport aux 65 ans et plus se produit et s’amplifie à partir de 2030 (Figure 7) avec l’arrivée des premiers baby-boomers dans le groupe des oldest-olds.

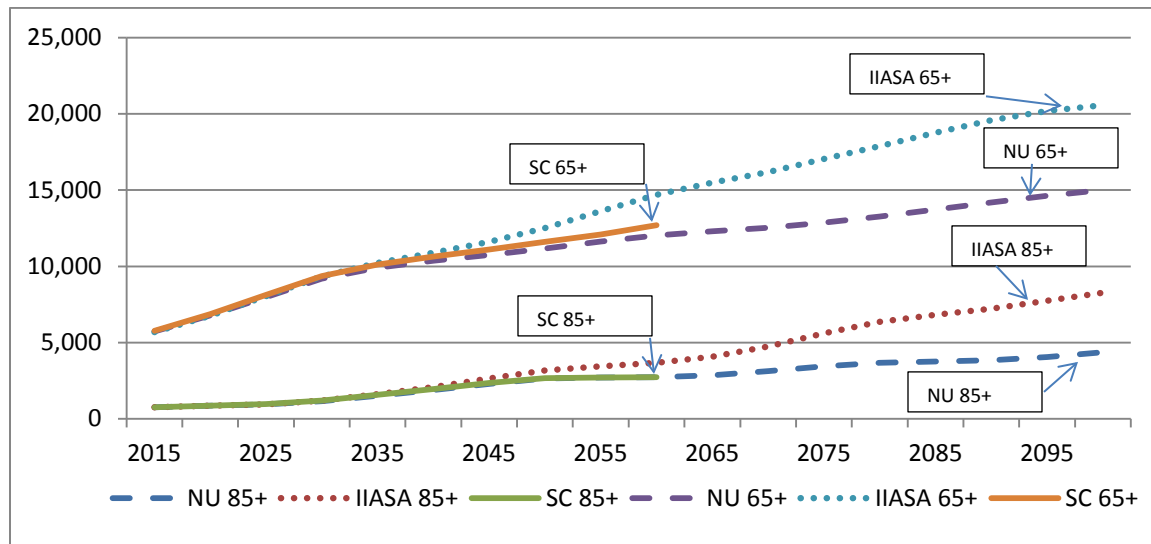


Figure 7: Projection de la population de personnes âgées au Canada (en milliers), selon Statistique Canada (SC) 2015-2060, Nations Unies (NU) et IIASA, 2015-2100

Bien plus, les projections peuvent prendre en compte d’autres variables que le sexe et l’âge. C’est le cas en particulier pour celles faites à partir de modèles de microsimulation. À Statistique Canada, le modèle DemoSim permet entre autres de distinguer la population selon l’appartenance socioculturelle. Celui de LifePaths distingue les personnes vivant en institution de celles vivant en ménage privé, ce qui est une information très importante pour le groupe des oldest-olds. Certes, on peut s’interroger sérieusement sur la vraisemblance de réalisation par les autorités de la santé des projections du nombre de lits en institution de santé telle que présenté ici, d’environ 200 000 lits maintenant à au-delà de 700 000 en 2051 pour les 65 ans et plus et de près de 100 000 lits à près de 400 000 pour les 85 ans et plus (Tableau 3) (Légaré et al., 2014). Un tel exercice permet néanmoins d’estimer la sous-évaluation éventuelle de personnes à risque de devoir vivre en ménage privé avec des incapacités nombreuses et sévères.

Tableau 3 : Personnes âgées selon de mode d'habitation, Canada, 2011-2051²

	2011		2031		2051	
	65+	85+	65+	85+	65+	85+
Vivant dans la communauté	4 832 585	605 155	8 856 989	1 018 151	10 267 407	1 986 614
Vivant en institution	184 916	82 319	411 948	165 832	715 935	392 745
% vivant en institution	3.7%	12.0%	4.4%	14.0%	6.5%	16.5%
Total	5 017 501	687 474	9 268 937	1 183 983	10 983 343	2 379 359

Source : Légaré et al. 2014

Même, si les projections officielles de Statistique Canada ont actuellement la date ultime de 2063, celles d'organismes internationaux osent aller jusqu'au siècle prochain. C'est le cas de la Division de la Population des Nations Unies (NU) (United Nations, 2014) et de l'International Institute for Applied Systems Analysis (IIASA) (Gerland et al., 2014). Les NU projettent une population d'environ 50 millions de Canadiens en 2100 alors que l'IIASA en projette 54 millions. En décomposant la population totale projetée par groupe d'âge, on remarque que cette disparité provient majoritairement du nombre de personnes de 85 ans et plus. Bien que les deux modèles ont un peu moins de 6 millions de personnes âgées de 0-14 ans en 2015, les NU prévoient 4,3 millions personnes de 85 ans et plus tandis que l'IIASA en prévoit 8,1 millions en 2100 (Figure 7). Certes, les marges d'erreurs sont grandes pour des projections à si long terme, mais qu'est ce qui peut expliquer cette différence ? C'est que le modèle de l'IIASA tient compte du niveau d'éducation des individus et cette variable affecte directement les hypothèses tant de fécondité que de mortalité. Par exemple, l'hypothèse de mortalité différentielle en fonction du niveau d'éducation implique une espérance de vie de quatre ans supérieure pour les personnes ayant effectué des études postsecondaires par rapport à celles ayant une éducation de niveau primaire (Samir et al. 2010). De plus, en analysant les projections de l'IIASA, on remarque une transformation de la structure de la population canadienne des 85 ans et plus en fonction du niveau d'éducation. Selon leur modèle, moins de 30% des personnes âgées de plus de 85 ans avaient effectué des études postsecondaires en 2015 comparativement à près de 80% en 2100.

Étant donnée la croissance projetée du nombre des 85 ans et plus, on peut s'interroger sur comment pourrait varier le réseau de soutien potentiel de ces derniers en calculant le Oldest Old Support Ratio (OOSR). Le OOSR est défini comme étant le rapport des 50-74 ans sur les 85 ans et plus (Robine et al. 2007b). Cet indicateur a pour objectif de voir comment varie au cours du temps le nombre d'aidants potentiels pour les personnes très âgées, étant donné que c'est parmi les personnes de ce groupe d'âge (50-74 ans) que l'on trouve la majorité des aidants.. Au Canada, entre 2015 et 2060 cet indicateur diminue de 14 aidants potentiels à 5 selon Statistique Canada et les Nations Unies et à 4 selon l'IIASA, mais pourrait descendre au tournant du siècle prochain à un peu moins de deux aidants potentiels par personne âgée de 85 ans et plus (autour de 1,8) (Tableau 4). Rappelons cependant que, si les effectifs des 85 ans et plus de 2100 eux sont en relation avec les jeunes de 0-14 ans d'aujourd'hui, les personnes de 50 à 75 ans ne sont pas encore nées. À très court terme la situation est un peu plus encourageante. En effet, par

² Résultats provenant du modèle de microsimulation LifePaths version 5.0.2.0. Une version plus récente, contenant une mise à jour importante du module sur l'institutionnalisation est maintenant disponible.

exemple, la proportion de femmes de 85 ans et plus sans enfant survivant va diminuer de 22% à 16% entre 2001 et 2021, avant de nouveau grimper à 28 % en 2051 (Carrière et al., 2007) (Fig A.20).

Tableau 4 Projection du Oldest Old Support Ratio pour le Canada, selon Statistique Canada 2015-2060 et les NU et IIASA 2015-2100

Oldest Old Support Ratio : rapport entre les personnes âgées de 50-74 ans et les 85 ans et plus			
	SC	UN	IIASA
2015	14.4	14.2	14.2
2060	5.2	4.7	4.1
2100	NA	3.2	1.8

Conclusion

Cette section du rapport montre bien l'importance et la complexité de l'étude de la mortalité aux âges avancées. De plus, ces analyses deviennent un élément primordial de la projection des effectifs de la population dans le but de bien comprendre les effets du vieillissement de la population. Ces projections sont souvent utilisées par les décideurs publics pour la mise en place de politiques sociales destinées à favoriser le bien-être des personnes âgées.

III Un survol des politiques destinées aux oldest-olds au Canada et dans d'autres pays

Au Canada, les politiques publiques s'adressant spécifiquement aux oldest-olds sont peu nombreuses, voire inexistantes. Plutôt, elles s'appuient sur les conditions physiques et mentales des personnes et minimisent les répercussions négatives associées à la délimitation de seuils d'accès à des services et programmes sociaux fixées à un âge donné. Ainsi, les programmes et les services qui répondent aux besoins des oldest-olds sont souvent ceux destinés aux personnes en perte d'autonomie, à faible revenu ou âgées de 65 ans et plus. Ces politiques ont été élaborées sous forme de plans d'action en partie par le gouvernement fédéral et, pour ce qui concerne le domaine de la santé, par les gouvernements provinciaux. La présente section fait un survol des différentes politiques publiques en place au Canada pour assurer le bien-être des personnes âgées à court et moyen terme. Plus précisément, nous survolerons les politiques portant sur le mode de vie (living arrangements), les soins de santé et le revenu des oldest-olds. Ces politiques prennent souvent la forme d'intention d'agir et d'énoncés de politiques plutôt que de politiques déjà bien en place. De plus, nous porterons notre attention sur certaines politiques publiques de certains pays où la structure démographique et culturelle est similaire à celle du Canada.

Les besoins associés au bien-être des oldest-olds ont suscité l'intérêt de nombreux chercheurs au cours des années 1990 avec l'année internationale des personnes âgées en 1999 (Rowland, 2009). Cette même année, le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) du

Gouvernement du Canada publiait « *1999 et après: Les défis d'une société vieillissante* », un rapport faisant état de la situation des aînés et citant les préoccupations en lien avec leurs besoins à court et moyen terme (Gouvernement du Canada, 1999). Ce rapport souligne les nombreux bénéfices qu'une bonne planification et qu'une évaluation des besoins peuvent avoir sur le bien-être d'une population alors que les baby-boomers atteindront l'âge de la vieillesse. Cependant, la population d'étude dans le rapport du CCNTA est celle des Canadien(ne)s âgé(e)s de 65 ans et plus et laisse croire que, sous leur portrait démographique, se camoufle celui bien particulier des 85 ans et plus. Le rapport de Havens et Findlayson (1999), *Les personnes très âgées au Canada – Analyses tirées de l'Enquête sur le vieillissement et l'autonomie* a le grand mérite de dresser le portrait démographique des personnes âgées de 85 ans et plus ayant participé à l'*Enquête sur le vieillissement et l'autonomie de 1991*. Ce rapport représente un pilier dans la recherche sur les oldest-olds au Canada. Toutefois, son contenu est maintenant désuet pour les décideurs publics qui devront répondre aux besoins des baby-boomers qui rejoindront le groupe des oldest-olds à partir de 2031. Les caractéristiques démographiques et socioéconomiques de ces derniers se démarqueront de celles de leurs prédécesseurs de 1991, entre autres, par leur mode de vie et leurs conditions de santé (McDaniel, 2011; McDaniel et al, 2013). Pour ces raisons, certaines politiques publiques présentement en place sont susceptibles de ne pas répondre adéquatement aux besoins des oldest-olds de demain.

Études et programmes d'actions fédéraux et provinciaux pour les oldest-olds au Canada

Dans le but de guider l'élaboration de programmes et de politiques publiques, le rapport *Principes du Cadre national sur le vieillissement: Guide d'analyse des politiques* de Santé Canada (1998) établissait les principaux facteurs explicatifs du sentiment de bien-être des aînés³. En plus du recensement canadien et des enquêtes qui s'y rattachent, d'autres études et réseaux de recherche ont aussi eu pour mandat d'approfondir nos connaissances sur les oldest-olds: l'Alliance pour la recherche sur le logement des personnes âgées dans les provinces de l'Atlantique (Shiner et al, 2010), le Manitoba Longitudinal Study of Aging (University of Manitoba – Center on Aging, 2014) et Perspective pour un vieillissement en santé: proposition d'un modèle conceptuel (Cardinal et al, 2008). D'autres études à plus petite échelle existent au Canada et évaluent principalement les conditions de santé en sciences neurologiques des oldest-olds; elles ne font cependant pas partie de la présente étude. C'est à l'aide de tous ces outils et des recherches approfondies sur les différents sites gouvernementaux fédéraux, provinciaux et d'organismes ayant un intérêt spécifique sur le sujet que nous sommes en mesure de procéder à une recension des principales politiques publiques destinées aux aînés

Le *Cadre national de vieillissement* (CNV) de 1998 avait trois objectifs bien précis: « favoriser le bien-être des aînés, reconnaître leurs précieuses contributions et éliminer l'âgisme » (Santé Canada: Division du vieillissement et des aînés, 1998). Cinq principes couramment retrouvés dans la littérature sur les politiques publiques s'adressant aux aînés en sont ressorties: la dignité, l'autonomie, la participation, l'équité et la sécurité (Shiner et al, 2010; Santé Canada:

³ Le Québec n'a pas participé à l'élaboration du *Cadre national sur le vieillissement* affirmant que son gouvernement était entièrement responsable de tout ce qui se rattache à la santé et aux services sociaux.

Division du vieillissement et des aînés, 1998; AgeUK, 2013). Au Canada, les provinces et certains territoires se sont inspirés de ce Cadre pour élaborer un plan d'action énonçant des piliers, des objectifs et des stratégies destinés aux personnes en perte d'autonomie telles que les oldest-olds. Ces plans d'actions s'inscrivent grossièrement dans la même veine que le *Guide d'analyse des politiques du Cadre national de vieillissement* (Santé Canada: Division du vieillissement et des aînés, 1998). Certaines provinces ont aussi élaboré des guides d'informations sur les programmes et les services offerts par les organismes publics. Quoique ces initiatives soient importantes voire même nécessaires, leur accès se doit d'être facile pour tous, particulièrement pour les personnes âgées et ayant une incapacité (Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, 2007; Gouvernement de la Nouvelle-Écosse, 2005; Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, 2014). En général, ces initiatives visent, entre autres, l'intégration des personnes plus âgées à la société, le maintien de leur autonomie et une sécurité financière.

Le désir des baby-boomers de demeurer indépendant et autonome, même à un âge très avancé, se retrouve dans les objectifs principaux des plans d'action provinciaux. Le concept de Ville-Amies des Aînés et le « Vieillissement chez soi » (Aging in Place) encourage la mise en place de dispositifs tels que l'offre de certains soins de base afin d'assurer que les personnes âgées demeurent le plus longtemps possible autonomes et à leur domicile (Richards & Rankaduwa, 2008). Cependant, pour y parvenir des politiques publiques sur le mode de vie, la santé et le revenu doivent être bien établies et en place.

Mode de vie pour les personnes en perte d'autonomie

Historiquement, les données séparent les types de logement en deux catégories: les ménages privés et les ménages collectifs. Cependant, les logements offrant différentes options des services (logements alternatifs) émergent pour répondre aux besoins des aînés selon leur désir d'autonomie et les soins qui leurs sont nécessaires. Ceci cause problème quant à la classification des types de logements et diminue la qualité d'information sur ceux-ci dû à un manque de précision. Les politiques publiques visant les établissements à soins continus et certains chercheurs prévoient une demande croissante de lits, voire même le besoin de construire de nouveaux édifices pour subvenir à leurs besoins (Légaré et al, 2014 ; Government of British Columbia, 2011; Gouvernement du Canada, 2013a; PEI Department of Health, 2009). De plus, plusieurs provinces envisagent une évaluation régulière de la qualité des soins, de la disponibilité de lits et de la maintenance des infrastructures en place. Conséquemment, des investissements à long terme seront nécessaires pour assurer la qualité des soins et services (Government of British Columbia, 2011; Government of Alberta, 2010; Gouvernement de la Saskatchewan, 2003; PEI Department of Health, 2009 ; PEI Department of Health, 2009 ; Gouvernement du Nouveau-Brunswick, 2009).

La capacité limitée d'accomplir les Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne (AIVQ) (ménage, lavage, préparation des repas et d'entretien du domicile) est un important déterminant dans la capacité d'une personne âgée de demeurer à domicile (Richards et Rankaduwa, 2008). Les gouvernements de la Colombie-Britannique et du Manitoba ont pris des mesures dans le but de mettre différents services à la disposition de personnes ayant des difficultés à effectuer des AIVQ (Government of British Columbia, 2011; Government of British Columbia, 2012; Gouvernement du Manitoba, 2014). En retour, les bénéficiaires doivent

répondre à des critères spécifiques et se soumettre à des évaluations périodiques pour ajuster les services reçus à leur condition globale.

Pour certaines personnes ayant une perte d'autonomie, ce qui représente une proportion importante des oldest-olds, un support quotidien plus complet est essentiel à leur bien-être et le soutien à domicile pour éviter leur déplacement vers un établissement à soins de longue durée (Gouvernement de la Nouvelle-Écosse, 2005; Government of Alberta, 2010; Government of British Columbia, 2011; BC Living, 2010). Une coopération entre les secteurs publics et privés, les organismes sans buts lucratifs et les communautés est fortement encouragée pour assurer une flexibilité et une variété d'options de soins et de services répondant à leurs besoins (Gouvernement du Manitoba, 2014; Richards et al, 2009; Lavoie, 2014 ; Gouvernement de la Nouvelle-Écosse, 2005; Gouvernement du Québec, 2007; Bell et Menec, 2013; Government of British Columbia, 2011).

La promotion de logements offrant différentes options des services sera vraisemblablement recherché par les oldest-olds (Gouvernement of New Brunswick, 2009; Observation de l'Administration publique, 2006). Assurer la disponibilité de services et d'infrastructures nécessaires garantissant l'accès à des logements sécuritaires et adaptés aux besoins des oldest-olds est aussi une préoccupation nationale (Agence de la santé publique du Canada, 2012 ; Gouvernement du Nouveau-Brunswick, 2009 ; Richards et al, 2009). Le Centre du logement abordable de la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) offre un soutien pour le logement abordable dans toutes les provinces sous forme, entre autres, de guide sur la planification de projets de logement pour les aînés et de subventions partielles du coût du logement (Société canadienne d'hypothèques et de logement, 2014).

Services de santé

Le rôle de l'État au niveau des soins et des services de santé pour les personnes en perte d'autonomie est en pleine redéfinition quant à la relation entre le secteur public et le secteur privé. De plus, les politiques publiques traitant du volet de la santé chez les oldest-olds se divisent en deux catégories principales: la promotion de mode de vie sain et l'accès à des soins et des services de santé continus (ICIS, 2011b). Ces deux volets figurent au premier rang des plans d'action de la majorité des provinces canadiennes. La promotion d'habitude de vie saine aide à minimiser les coûts associés aux problèmes de santé dans le futur car vivre en santé augmente les chances de vieillir en santé (Government of Alberta, 2010; Gouvernement du Nouveau-Brunswick, 2009; Government of British Columbia, 2011; Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, 2007; Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, 2014; Gouvernement du Québec, 2007; Gouvernement de la Saskatchewan, 2003). Cette promotion se fait à l'aide de la diffusion de l'information et des connaissances sur les bienfaits d'une bonne santé globale (physique, mentale et d'état d'esprit) tout en encourageant les aînés à s'intégrer à leur communauté (Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador 2007; Gouvernement du Nouveau-Brunswick, 2009 ; Gouvernement de la Saskatchewan, 2003 ; Government of British Columbia, 2012).

Somme toute, la disponibilité de soins et des services de santé sous diverses formes (soins à domicile, entraide intergénérationnelle, réseaux de support...) permet de répondre aux besoins

d'un plus grand nombre de personnes (Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, 2014; Government of British Columbia, 2012). Cependant, l'accès à ces services et ces programmes par les personnes résidant dans les communautés éloignées risque d'être difficile si aucun moyen de transport n'est envisagé pour permettre aux personnes à mobilité réduite d'y avoir accès. Les provinces et territoires devront encourager la mobilité des spécialistes vers les communautés éloignées et implanter des systèmes d'accès à l'information pour tous (télésanté, internet pour les aînés et leurs aidants, chaînes téléphoniques...) (Government of Alberta, 2010; Government of British Columbia, 2012; Gouvernement du Manitoba, 2013; Richards et al, 2009). Cependant, les moyens de diffusion de l'information devront être adaptés à la population cible pour assurer un bon accès. Par exemple, la Saskatchewan a choisi de poursuivre la distribution postale de feuillets d'information *Programs and Services of Interest to Seniors* pour assurer l'accès à l'information pour tous (Gouvernement de la Saskatchewan, 2003). Bref, l'élaboration de programmes doit se faire tout en gardant en perspective l'éloignement de certaines communautés.

L'accès aux soins et services devient plus problématique lorsqu'une perte d'autonomie et de mobilité engendre un changement de mode de vie. Pour certains, l'accès à un système de transport devient alors nécessaire pour assurer les déplacements essentiels (visites médicales, épicerie...) et pour leur participation à des activités sociales pour contrer la solitude (AgeUK, 2013; Richards et al, 2009). Ceux qui n'auront pas anticipé une éventuelle perte de mobilité ou qui n'auront su se relocaliser vers un milieu offrant des options de transport (par exemple le transport collectif en milieu urbain) à un âge plus jeune (60-70 ans) devront envisager différentes alternatives ou manqueront de services répondant à leurs besoins. Assurer un transport sécuritaire et abordable devient donc un service clé pour prolonger l'autonomie des oldest-olds toujours en bonne santé. D'ailleurs, le Guide Mondial des Villes-amies des aînés cite, dans leur liste de dispositifs fondamentaux, une signalisation prenant en compte la perte de vitesse des réflexes des personnes âgées pour assurer la sécurité de tous (signalisation plus visible, trottoirs plus larges, etc.) (Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, 2007).

Alors que les soins et les services offerts aux oldest-olds risquent de provenir à la fois du réseau formel (secteur public et secteur privé) et du réseau informel (la famille, les voisins, les amis et la communauté), les employeurs seront encouragés à faire preuve de compréhension et l'État à aider les aidants (Richards et Rankaduwa, 2008; Lavoie, 2014). À cet effet, un support offert par le gouvernement aux employeurs des aidants, un complément aux crédits d'impôts et des journées de répit pour les aidants pourraient s'avérer des alternatives intéressantes (Government of British Columbia, 2012; Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, 2007). Le Nouveau-Brunswick, de pair avec les communautés et le secteur privé, offre un service de répit durant la journée afin que les aidants naturels puissent poursuivre leurs occupations quotidiennes telles que leur emploi et leurs courses (Gouvernement du Nouveau-Brunswick, 2009). Les aidants naturels ont aussi accès à du matériel de soutien et à de l'information sur les ressources disponibles via le programme *Caregivers Out of Isolation* mis sur pied par le gouvernement du Terre-Neuve-et-Labrador (Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, 2007).

Revenu

Tous les Canadiens ont accès aux programmes de sécurité financière offerts par le gouvernement fédéral dans le but de limiter la baisse du niveau de vie et la pauvreté. Les

provinces donnent par la suite des bonifications au revenu. La sécurité financière des aînés fait partie des fonctions des gouvernements et prend généralement la forme de mesures fiscales sous forme d'allègement de taxes, de régime de retraite (Régimes de pensions du Canada, Régimes de rentes du Québec, Sécurité de la vieillesse et Supplément du revenu garanti), d'un meilleur accès aux programmes gouvernementaux (Gouvernement de la Nouvelle-Écosse, 2005; Government of Alberta, 2010; Gouvernement du Québec, 2007; Gouvernement du Nouveau Brunswick, 2009; Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, 2007). L'aide gouvernementale sous forme de crédits d'impôt aux individus à faible revenu et de subventions accordées aux communautés pour la création et la viabilité de programmes et services assure un soutien pour de nombreux aînés (Richards & Rankaduwa, 2008).

Il est important de sensibiliser les individus aux besoins et aux coûts associés à la vieillesse afin qu'ils soient en mesure de bien choisir parmi les différentes options d'épargne et régimes de pension. Ces connaissances en finance sont particulièrement importantes pour ceux n'ayant pas accès à un régime de pension privé (Government of Alberta, 2010; Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, 2007; Gouvernement de la Nouvelle-Écosse, 2005). Une bonne planification financière en découlera et ce, particulièrement si la sensibilisation est faite avant une dégradation de la santé physique et mentale. La mise à la disposition de conseillers financiers permettra un accès plus facile non seulement à la planification financière mais aussi à l'accès à des programmes et services de soutien. Il en résultera une population plus saine, jouissant d'une meilleure qualité de vie et mieux préparée aux besoins futurs (Gouvernement de la Nouvelle-Écosse, 2005). De plus, l'Alberta prévoit des évaluations régulières des critères d'éligibilité aux programmes et aux services destinés aux aînés pour les adapter en temps et lieu aux générations (Government of Alberta, 2010). La Nouvelle-Écosse adhère à cette initiative en mettant également en place des systèmes pour accélérer l'accès aux programmes en éliminant certains critères discriminatoires de certaines politiques publiques présentement en place (Gouvernement de la Nouvelle-Écosse, 2005).

En conclusion, les plans d'action démontrent que les gouvernements (fédéral et provinciaux) ont visiblement des intentions à l'égard des personnes très âgées et en perte d'autonomie. Par contre, il existe toujours relativement peu de programmes en lien avec ces nombreuses intentions et pour répondre aux besoins des oldest-olds. Le Gouvernement canadien met à la disposition de tous de l'information sur les programmes et les services destinés aux aînés et aux aidants dans les provinces et territoires canadiens sur les sites internet de *Service Canada* et d'*Aînés Canada* (Gouvernement du Canada, 2013a; Gouvernement du Canada, 2013b). Il est alors important d'assurer l'efficacité des moyens de diffusion de l'information ayant pour but de rejoindre toute la population, particulièrement ceux en perte d'autonomie. De plus, encourager les partenariats entre le secteur public et privé pourra stimuler et faciliter la création de nouveaux programmes de soutien mieux adaptés aux besoins associés au mode de vie, aux services de santé et au revenu des aînés à des âges très avancés (Lavoie, 2014).

Politiques destinées aux oldest-olds dans d'autres pays

Le vieillissement de la population se produit à différentes vitesses à travers le monde. Dans les pays du Nord, le vieillissement est déjà à une étape avancée où la population a atteint des

niveaux de vie relativement aisés. Dans les pays du Sud, la population atteindra une structure de population âgée avant d'Accéder à des niveaux de vie comparables à ceux des pays du Nord (McDaniel, 2011). De nombreux pays occidentaux ont une structure de population similaire à celle du Canada et le vieillissement à court et moyen termes figurent aussi parmi un de leurs principaux enjeux démographiques (McDaniel, 2011). Certains de ces pays anticipent ce phénomène mieux que d'autres et ont commencé à élaborer des stratégies et des politiques en prévision des besoins de leur population très âgée (Rowland, 2009). Cette section en fait un survol dans le but d'évaluer leur application à la société canadienne.

Lors de l'année internationale des personnes âgées en 1999, l'attention de nombreuses nations a porté sur les besoins que les aînés auront alors qu'ils atteindront 85 ans (Rowland, 2009). Ces pays se sont d'autant plus mobilisés lors de la Deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement à Madrid en 2002 organisée par les Nations Unies et où une *Déclaration politique* et un *Plan d'action international* ont été adoptés. Dans ce Plan d'action, trois principaux sujets ont été établis: « les personnes âgées et le développement, la promotion de la santé et du bien-être jusque dans le troisième âge et la création d'environnements porteurs et favorables » (United Nations Population Fund and HelpAge International, 2011). Ce sont sur ces thèmes que les gouvernements, les organisations non gouvernementales et autres organisations communautaires peuvent désormais s'appuyer lors de l'élaboration de politiques publiques pour les personnes en perte d'autonomie.

Suite à l'Assemblée mondiale de Madrid, le European Centre Vienna, une organisation intergouvernementale affiliée aux Nations Unies, a reçu pour mandat de synthétiser les mises en action du *Plan d'action international* pour l'ensemble des nations ayant participé à l'Assemblée (Monitoring RIS, 2011). De ce rapport, il ressort le besoin de mettre à la disposition de tous l'information recueillies sur la population très âgée et en perte d'autonomie ainsi que de poursuivre la collecte des données sur cette même population (United Nations Population Fund and HelpAge International, 2011). De plus, une grande majorité des documents révisant la mise en place de plans d'action de politiques publiques cite le Canada parmi les nations au premier rang en terme de planification pour l'arrivée en grand nombre des oldest-olds. À ce mouvement international de prise de conscience des enjeux socioéconomiques en lien avec le vieillissement de la population s'ajoute d'autres études préoccupées par le besoin de mieux connaître les oldest-olds. Un bon nombre de ces études se concentrent en sciences neurologiques et exploitent peu les données démographiques à leur disposition. Dans l'ensemble, ces études à l'international font état des mêmes besoins et préoccupations chez les oldest-olds que ceux présents au Canada sans toutefois énoncer avec précision les politiques publiques de ces pays respectifs. Certaines de ces études font partie d'une recension partielle disponible en annexe 4.

Une recension des politiques publiques sur le plan international nous dévoile que les différents gouvernements et chercheurs qui s'intéressent au phénomène des oldest-olds travaillent aussi à élaborer des politiques publiques s'inspirant de principes pratiquement identiques à ceux retrouvés dans le *Cadre national de vieillissement* de 1998 de Santé Canada soient: la dignité, l'autonomie, la participation, l'équité et la sécurité (Shiner et al, 2010; Santé Canada: Division du vieillissement et des aînés, 1998; AgeUK, 2013; United Nations Population Fund and HelpAge International, 2011). Quelques unes de ces politiques sont énoncées à l'annexe 3.

On terminera cette section en présentant un exemple de défis à relever et des solutions mises de l'avant pour y faire face en France.

La réforme de la dépendance du Gouvernement français de 2013 annonçait un dispositif additionnel aux quatre branches de la sécurité sociale portant sur la maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles, la vieillesse et la famille. Ce cinquième risque vient assurer une assistance aux personnes dépendantes, particulièrement celles âgées et en perte d'autonomie, et qui sont sous la responsabilité sociale de l'État. De plus, il décrit bien le portrait associé aux oldest-olds et l'état d'esprit lors de l'élaboration de politiques publiques pour ceux-ci (Campeon et al., 2014). Selon Campeon et al. (2014), l'accroissement rapide de dépendances sévères à partir de 85 ans laisse présager que la proportion de personnes dépendantes augmentera avec le vieillissement de la population. On peut alors croire que les programmes qui existent pour elles sont fort probablement ceux qui aideront à développer des services pour répondre aux besoins des futurs oldest-olds. De plus, les oldest-olds de demain n'auront pas les mêmes caractéristiques démographiques que ceux d'aujourd'hui. Ceci confirme une fois de plus le besoin d'évaluation en continu des programmes et des services par les autorités gouvernementales pour s'assurer qu'ils répondent bien aux besoins des personnes plus âgées (McDaniel, 2011; United Nations Population Fund and HelpAge International, 2011). D'ailleurs, selon une étude réalisée en Angleterre par le Smith Institute et The Genesis Narrative sous forme de table ronde et d'interviews, les autorités gouvernementales et locales doivent progresser de l'état de prise de conscience des changements imminents de la population et de leurs effets sur le marché du logement vers une meilleure préparation qui intégrera le milieu professionnel et privé dans le développement de politiques sociales (Wheatley, 2015).

Mais les structures seront-elles en mesure d'en tenir compte ? Qu'à cela ne tienne : les générations qui s'implantent dans le troisième et le quatrième âge sont détenteurs d'une portion importante du capital. Campeon et al. (2014) suggèrent d'une part qu'une entente entre l'État et les seniors soit envisagée à l'aide d'investissements à risques plus élevés pour favoriser la dynamique économique. D'autre part, une adaptation des politiques publiques pour favoriser les mécanismes de transmission du patrimoine entre les générations (taxes, héritage, don) a été faite lors de l'entrée massive des baby-boomers sur le marché du travail en France. De plus, les citoyens sont conscients de la situation et prêts à participer aux solutions. Selon le baromètre d'opinion de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES – France) (Grobon, 2014), qu'il s'agisse du mode de prise en charge des personnes âgées dépendantes ou du financement de cette prise en charge, l'opinion des Français interrogés en 2013 est très nettement liée au niveau de vie. Parmi les personnes les plus aisées, six personnes sur dix envisageraient de déléguer la prise en charge de leurs proches soit en ayant recours à une institution, soit en finançant des aides à domicile, alors que parmi les moins aisés, trois personnes sur dix envisageraient ces solutions. Huit Français sur dix déclarent être prêts à épargner davantage en prévision d'une situation de dépendance parmi les plus aisés, contre six sur dix parmi les moins aisés.

Conclusion

Un survol des politiques nationales, provinciales territoriales et internationales suggère que le Canada, en général, est conscient que l'arrivée des baby-boomers à des âges très élevés (oldest-olds) génère de nouveaux enjeux de société. La société canadienne devra s'assurer d'avoir en place les structures adéquates pour relever ces nouveaux défis. Une planification de leurs besoins permettra une meilleure préparation au niveau des politiques publiques. Étant donné

l'évolution des comportements et des caractéristiques des personnes très âgées de nos jours, il est primordial d'élaborer des politiques tenant compte de leur niveau d'autonomie plutôt que d'établir des politiques publiques en fonction d'un âge seuil. Il ne faut cependant pas diminuer les efforts mis dans l'élaboration de politiques publiques pour répondre le plus adéquatement possible à leurs besoins et leur permettre de demeurer le plus autonome possible le plus longtemps. Il est un devoir de rappeler le besoin de l'engagement des gouvernements dans le financement de programmes et de services sociaux. De plus, la promotion d'une attitude saine et positive envers les aînés contribuera à des relations saines entre les générations.

Conclusion générale

Au terme de la présente recension des connaissances sur les oldest-olds et malgré certaines lacunes des enquêtes pour bien saisir la réalité de cette sous-population, on possède au Canada une quantité non négligeable d'informations sur les personnes de 85 ans et plus. Malheureusement, les personnes âgées de 65 ans et plus sont trop souvent analysées comme étant un groupe homogène et laissant une place insuffisante aux caractéristiques particulières des oldest-olds. Deux raisons peuvent expliquer cela. Premièrement, le fait d'atteindre l'âge de 85 ans est parfois considéré comme un événement marginal, mais comme le présent rapport le montre, les nombres et la proportion des 85 ans et plus subiront une forte croissance dans les décennies à venir. Deuxièmement, les effectifs des 85 ans et plus échantillonnés lors d'enquêtes sont parfois insuffisants pour permettre aux chercheurs d'effectuer une analyse spécifique de cette sous-population. De plus, le seuil de 85 ans et plus, qui est généralement accepté et qui a été utilisé tout au long de ce rapport, doit être considéré comme variable en fonction des caractéristiques des individus et non comme un seuil immuable. Comme le montre la section III de ce rapport, on ne met pas en place une politique sociale qui est accessible aux individus à partir d'un âge donné (sauf exception), mais en fonction de leur état de santé ou de leur niveau de revenu. Il est aussi possible de considérer un seuil évolutif pour les oldest-olds qui serait en relation avec l'espérance de vie ou l'espérance de vie en santé.

Or comme on peut l'observer dans l'annexe 2 la plupart des pays industrialisés ont des enquêtes spécifiques sur les personnes âgées alors qu'au Canada, on en retrouve peu qui s'adressent directement aux problématiques liées au vieillissement de la population. À l'international, même si dans plusieurs cas, on a pu constater que des enquêtes de nature socio-économiques portaient une attention particulière sur les oldest-olds, très peu d'études où le focus était sur les personnes âgées de 85 ans et plus ont été recensées.

Au moment où le groupe de personnes âgées et plus particulièrement les oldest-olds, prend de plus en plus d'importance, il est dommage de constater qu'un programme canadien d'envergure, qui s'intéressait aux conséquences socio-économique du vieillissement, le Social and Economic Dimensions of an Aging Population (SEDAP) s'est éteint. On croit qu'il est important que le Canada se dote d'une plateforme composée d'une équipe multidisciplinaire de chercheurs et de décideurs publics ayant des intérêts communs face aux répercussions du vieillissement de la population pour la société d'aujourd'hui et de demain. Bien que ce type d'équipe de recherche est plutôt rare, il est possible de trouver quelques exemples comme en Angleterre où le New Dynamics of Ageing qui a mis sur pied le Modeling Ageing Population

to 2030 (MAP 2030) en est un. Ce programme de recherche a réuni une équipe multidisciplinaire d'universitaires et de spécialistes de la Fonction Publique ayant un intérêt commun sur les conséquences du vieillissement de la population et où les projections sont au cœur de la recherche et plus particulièrement les modèles de microsimulation sont à l'avant-scène. Il est plus que souhaitable que ce type de programme de recherche trouve écho au Canada.

Bibliographie

Agence de la santé publique du Canada. (2012). *Collectivités-amies des aînés*. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/caa-afc-fra.php#sec1>.

Age UK. (2013). *Improving later life. Understanding the oldest old*. Repéré à <http://www.ageuk.org.uk/Documents/EN-GB/For-professionals/Research/Improving%20Later%20Life%20%20WEB.pdf?dtrk=true>

Aging Research Center. (<http://ki-su-arc.se/>).

BC Living. (2010). *BC Housing - Subsidized Assisted Living*. Repéré à <http://www.bchousing.org/Initiatives/Creating/ILBC>

Beaudry-Godin, M. (2010). *La démographie des centenaires québécois : Validation des âges aux décès, mesure de la mortalité et composante familiale de la longévité*, Thèse de doctorat, Université de Montréal. Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/4385>.

Bell, S., et Menec, V. (2013). *Making rural and remote communities and places more age-friendly: Why and how?*, Winnipeg : Center on Aging.

Bergeron-Boucher, M.-P. (2012). *Changements épidémiologiques au Canada : Un regard sur les causes de décès des personnes âgées de 65 ans et plus, 1979-2007*, SEDAP Research Paper n° 299, Hamilton : McMaster University.

Booth, H. (2006). *Demographic forecasting: 1980 to 2005 in review*, Working Papers in Demography n° 100, Canberra : The Australian National University.

Bourbeau, R. et Lebel, A. (2000). « Mortality statistics for the oldest-old: An evaluation of Canadian data », *Demographic Research* 2 (2).

Bourbeau, R., Légaré, J. et Ouellette, N. (2011). *Revue de la littérature sur l'évolution future de l'espérance de vie et de l'espérance de vie en santé*, SEDAP Research Paper n° 289, Hamilton : McMaster University.

Bureau du surintendant des institutions financières Canada. (2013). *26^e Rapport actuariel du Régime de pensions du Canada au 31 décembre 2012*, Ottawa : Bureau de l'actuaire en chef.

Bureau du surintendant des institutions financières Canada. (2014). *Projections de mortalité pour les programmes de sécurité sociale au Canada*, Étude actuarielle n° 12, Ottawa : Bureau de l'actuaire en chef.

Busque, M.-A. et Légaré, J. (2012). « Les besoins non comblés de services à domicile chez les aînés canadiens », *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement* 31 (3), p. 271-283.

Campeon, A., Xuan, H., et Braud, P. (2014). *Vieillesse démographique: les 6 bombes que nous avons amorcées à force de ne pas répondre à la hauteur des enjeux*. Repéré à <http://www.atlantico.fr/decryptage/vieillesse-demographique-6-bombes-que-avons-amorcees-force-ne-pas-repondre-hauteur-enjeux-arnaud-campeon-philippe-braud-1742378.html>

Cardinal, L., Langlois, M.-C., Gagné, D., et Tourigny, A. (2008). *Perspectives pour un vieillissement en santé: proposition d'un modèle conceptuel*, Québec : Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique et Institut national de santé publique.

Carrière, G. (2006). « Utilisation des services de soins à domicile par les personnes âgées », *Rapports sur la santé* 17 (4), Statistique Canada, n° 82-003-X au catalogue, p. 47-51.

Carrière, Y., Keefe, J., Légaré, J., Lin, X., et Rowe, G. (2007). « Population aging and immediate family composition: Implications for future home care services », *Genus* LXIII (1-2), p. 11-31.

Continuous Mortality Investigation. (2013). *The CMI Mortality Projections Model, CMI_2012*, CMI Working paper n° 63, The Faculty of Actuaries and the Institute of Actuaries

Coale, A.J. et Kisker, E.E. (1990). « Defects in data on old-age mortality in the United States: New procedures for calculating mortality schedules and life tables at the highest ages », *Asian and Pacific Population Forum* 4 (1), p. 1-31.

Decady, Y. et Greenberg, L. (2014). « Quatre-vingt-dix ans de changements dans l'espérance de vie », *Coup d'œil sur la santé*, Statistique Canada, n° 82-624-X au catalogue.

Gaugler, J.E., Kane, R.L., Kane, R.A. et Newcomer, R. (2005). « Unmet care needs and key outcomes in dementia », *Journal of the American Geriatrics Society* 53 (12), p. 2098-2105.

Gerland, P., Raftery, A.E., Ševčíková, H., Li, N., Gu, D., Spoorenberg, T., Alkema, L., Fosdick, B.K., Chunn, J., Lalic, N., Bay, G., Buettner, T., Heilig, G.K. et Wilmoth, J. (2014). « World population stabilization unlikely this century », *Science* 346 (6206), p. 234-237.

Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. (2014). *Les aînés, piliers de nos collectivités*. Repéré à <http://www.hss.gov.nt.ca/fr/publications/reports/les-aines-piliers-de-nos-collectivites>.

Gouvernement du Canada. (1999). *1999 et après: Les défis d'une société canadienne vieillissante*. Ottawa : Conseil consultatif national sur le troisième âge.

Gouvernement du Canada. (2013a). *Aînés.gc.ca*. Repéré à <http://www.aines.gc.ca>.

Gouvernement du Canada. (2013b). *Services pour les aînés - Service Canada*. Repéré à <http://www.servicecanada.gc.ca/fra/auditoires/aines/index.shtml>.

Gouvernement du Manitoba. (2014). *Guide des aînés du Manitoba 2014-2015*. Repéré à http://www.gov.mb.ca/shas/publications/docs/seniors_guide_fr.pdf.

Gouvernement du Manitoba. (2013) *Le vieillissement chez-soi : Choix de logement pour les aînés du Manitoba*. Repéré à <http://www.gov.mb.ca/health/aginginplace/docs/aip.fr.pdf>.

Gouvernement du Nouveau-Brunswick. (2009). *Être là pour les aînés du Nouveau-Brunswick : Nos progrès en matière de soins de longue durée*. Repéré à <http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/sd-ds/pdf/LTC/LongTermCareProgress-f.pdf>

Gouvernement du Québec. (2007). *Stratégie d'action en faveur des aînés*. Repéré à <http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2007-2008/fr/pdf/Aines.pdf>.

Government of Alberta. (2010). *Aging Population Policy Framework*. Repéré à <http://www.seniors.alberta.ca/seniors/aging-population-policy.html>.

Government of British Columbia. (2011, février). *Community Action for Seniors' Independence (CASI): Pilot Program Reports*. Repéré à <http://www2.gov.bc.ca/gov/topic.page?id=1BBFE86F4493455C814BC9A2908FF84E>

Government of British Columbia. (2012). *Improving Care for B.C. Seniors: An Action Plan*. Repéré à <http://www2.gov.bc.ca/assets/gov/topic/AE132538BBF7FAA2EF5129B860EFAA4E/pdf/seniorsactionplan.pdf>

Government of Newfoundland and Labrador. (2007). *Province Healthy Aging: Policy Framework*. Repéré à <http://www.releases.gov.nl.ca/releases/2007/health/0711n04HA%20Policy%20Framework.pdf>.

Government of Nova Scotia. (2005). *Strategy for Positive Aging in Nova Scotia*. Repéré à http://novascotia.ca/seniors/strategy_for_positive_aging.asp.

Government of Prince Edward Island. (2009). *Prince Edward Island's healthy Aging Strategy*. Repéré à http://www.gov.pe.ca/photos/original/doh_agingstrat.pdf.

Government of Saskatchewan (2003). *Saskatchewan's Provincial Policy Framework and Action Plan for Older Persons*. Repéré à <http://www.health.gov.sk.ca/action-plan-for-older-persons>.

Grobon, S. (2014). « Les ménages aisés envisageraient plus souvent de déléguer la prise en charge de leur proche parent dépendant », *Dossiers solidarité et santé* 57, DREES.

Havens, B. et Findlayson, M. (1999). *Les personnes très âgées au Canada : Analyses tirées de l'Enquête sur le vieillissement et l'autonomie*, Ottawa : Santé Canada, Division du vieillissement et des aînés.

Hoover, M., et Rotermann, M. (2012). « Le recours aux soins à domicile par les personnes âgées et les besoins insatisfaits, 2009 », *Rapports sur la santé* 23 (4), Statistique Canada, n° 82-003-X au catalogue, p. 3-9.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2010). *Le soutien aux aidants naturels au cœur des services à domicile*, Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2011a). *Les personnes âgées et le système de santé : quelles sont les répercussions des multiples affections chroniques?*, Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2011b). *Les soins de santé au Canada 2011 : regard sur les personnes âgées et le vieillissement*, Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé.

Institute for Health Metrics and Evaluation. (2013). *Global Burden of Diseases Profile : Canada*. Repéré à http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/country_profiles/GBD/ihme_gbd_country_report_canada.pdf.

Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). (2010). *ÉLCV | Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement*. Repéré à <https://www.clsa-elcv.ca/fr>.

Jagger, C., McKee, M., Christensen, K., Lagiewka, K., Nusselder, W., Van Oyen, H., ... et Robine, J.-M., (2013). « Mind the gap—reaching the European target of a 2-year increase in healthy life years in the next decade », *The European Journal of Public Health*, 23(5), p. 829-33.

Kannisto, V., Lauristen, J., Thatcher, A.R. et Vaupel, J.W. (1994). « Reductions in mortality at advanced ages: Several decades of evidence from 27 countries », *Population and Development Review* 20 (4), p. 793-809.

Kannisto, V. (1994). *Development of Oldest-Old Mortality, 1950-1990: Evidence from 28 Developed Countries*, Odense : Odense University Press.

Kannisto, V. (1992, juin). *Presentation at a workshop on old-age mortality*, Communication présentée à Odense University, Odense, Danemark.

Laslett, P. (1989). *A fresh map of life: the emergence of the third age*, London : Weidenfeld and Nicolson.

Lavoie, J.-P. (2014). *La responsabilité des soins aux aînés au Québec : Du secteur public au privé*. Étude IRPP n° 48, Montréal : Institut de recherche en politiques publiques.

Lee, R. et Carter, L. (1992). « Modeling and forecasting the time series of U.S. mortality », *Journal of the American Statistical Association* 87, p. 659-671.

Lee, R. et Miller, T. (2001). « Evaluating the performance of the Lee-Carter method for forecasting mortality », *Demography* 38, p. 537-549.

Lefrançois, G., Vézina, S., Keefe, J. et Légaré, J. (2013). « Trends and characteristics affecting disability among older Canadians living in private households », *Canadian Studies in Population* 40 (3-4), p. 174-192.

Légaré, J., Boissonneault, M. et Décarie, Y. (2014). *Un défi non-étudié pour les baby-boomers, relié à une éventuelle non-disponibilité de soins et services*, Rapport de recherche effectué pour la Direction de la recherche appliquée et de l'analyse de Santé Canada.

Légaré, J., Décarie, Y. et Boissonneault, M. (2014, mai). *Projections des Canadiens âgés vivant en institution à l'aide du modèle de microsimulation « LifePaths » : quelques scénarios*, Communication présentée au 82^e congrès de l'ACFAS, Montréal, Québec.

Li, N. et Lee, R. (2005). « Coherent mortality forecasts for a group of populations: An extension of the Lee-Carter method », *Demography* 42, p. 575-594.

Li, N., Lee, R. et Gerland, P. (2013). « Extending the Lee-Carter method to model the rotation of ages patterns of mortality decline for long-term projections », *Demography* 50, p. 2037-2051.

Luy, M. et Minagawa, Y. (2014). « Écarts hommes-femmes : espérance de vie et proportion de la vie vécue en mauvaise santé », *Rapports sur la santé* 25 (12), Statistique Canada, n° 82-003-X au catalogue, p. 14-22.

McDaniel, S.A. (2011, août). *Aging Canadian Population in International Context: Policy Challenges (or not)*, Communication présentée au Queen's International Institute on Social Policy (QIISP) 2011.

McDaniel, S.A., Gazso, A., McCague, H. et Barnhart, R. (2013). « Les disparités en matière de santé au fil du vieillissement : une comparaison du parcours de vie des premiers baby-boomers et des pré-baby-boomers au Canada », *Sociologie et sociétés* 45 (1), p. 43-65.

Milan, A., Wong, I. et Vézina, M. (2014). « Nouvelles tendances dans le mode de vie et la conjugalité des personnes âgées d'aujourd'hui et de demain », *Regards sur la société canadienne*, Statistique Canada, n° 75-006-X au catalogue.

Monitoring RIS. (2011). *Mainstreaming Ageing*. Repéré à <http://www.monitoringris.org/index.php>.

Observatoire de l'Administration publique. (2006). *L'état québécois en perspective – Politiques publiques*. Repéré à http://cerberus.enap.ca/Observatoire/6126/Politiques_publicques.enap.

Oeppen, J. et Vaupel, J.W. (2002). « Broken Limits to Life Expectancy », *Science* 296 (5570), p. 1029-1031.

Orpana, H. et al. (2009). « Histoire naturelle de la qualité de vie liée à la santé : une étude de cohorte de dix ans », *Rapports sur la santé* 20 (1), Statistique Canada, n° 82-003-X au catalogue, p. 31-38.

Ouellette, N. (2011). *Changements dans la répartition des décès selon l'âge: une approche non paramétrique pour l'étude de la mortalité adulte*, Thèse de doctorat, Université de Montréal. Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/5055>.

Richards, J.-L., et Rankaduwa, W. (2008). « Housing Canada's Oldest-Old: Correlates of Their Residential Status », *Journal of Housing for the Elderly* 22 (4), p. 376-403.

Richards, J.-L., Sverdrup-Phillips, S., Du, J., Maddocks, H., et Spiegel, H. (2009, September). *Social Inclusion of the Oldest-Old: Toward Housing Policies that work to Keep Seniors Living at Home*, Research Brief n° 1, London : Population Change and Lifecourse Strategic Knowledge Cluster.

Robine, J.-M. (2003). « Oldest Old », dans : Demeny, P. et McNicoll, G. (dir.), *The Encyclopedia of Population*, New York : Macmillan Reference USA, p. 704-707.

Robine, J.-M. et Cambois, E. (2013). Les espérances de vie en bonne santé des Européens, *Population & Sociétés*, No. 499, Institut National d'Études Démographiques (INED).

Robine, J.-M., Crimmins, E.M., Horiuchi, S. et Zeng, Y. (2007a). *Human Longevity, Individual Life Duration, and the Growth of the Oldest-Old Population*, Berlin : Springer.

Robine, J.-M., Michel, J.-P. et Hermann, F.R. (2007b). « Who Will Care for the Oldest People in Our Aging Society? », *BMJ* 334, p. 570-571.

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

Rowland, D.T. (2009). « Global Population Aging: History and Prospects », dans : Uhlenberg, P. (dir.), *International Handbook of Population Aging*, Dordrecht : Springer, p. 37-65.

Sabia, J.J. (2008). « There is no place like home: A hazard model analysis of aging in place among older homeowners in the PSID », *Research on Aging*, 30(1), p. 3-35.

Samir, K.C. et al. (2010). « Projection of populations by level of educational attainment, age and sex for 120 countries for 2005-2050 », *Demographic Research* 22, p. 383-472.

Sands, L.P. et al. (2006). « Rates of acute care admissions for frail older people living with met versus unmet activity of daily living needs », *Journal of the American Geriatrics Society* 54 (2), p. 339-344.

Santé Canada, Division du vieillissement et des aînés. (1998). *Les Principes du Cadre national sur le vieillissement: Guide d'analyse des politiques*. Repéré à <http://publications.gc.ca/collections/Collection/H88-3-21-1998F.pdf>.

Santé Canada. (2008). *Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé : Rapport 2007-2008*. Repéré à <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/hhrhs/2008-ar-ra/index-fra.php>.

Shiner, D.V., Stadnyk, R., DaSilva, Y. et Cruttenden, K. (2010). *Logement pour les personnes âgées: Défis, enjeux et solutions potentielles dans les provinces de l'Atlantique*, Halifax : Alliance pour la recherche sur le logement des personnes âgées dans les provinces de l'Atlantique.

Société canadienne d'hypothèques et de logement. (2014). *SCHL – Programmes et aide financière*. Repéré à <http://www.schl.ca/fr/co/praifi/index.cfm>.

Statistique Canada. (2013a). *L'incapacité au Canada : premiers résultats de l'Enquête canadienne sur l'incapacité*, n° 89-654-X au catalogue.

Statistique Canada. (2013b). *Méthodologie des tables de mortalité pour le Canada, les provinces et les territoires*, n° 84-538-X au catalogue.

Statistique Canada. (2014a). *Projections démographiques pour le Canada (2013 à 2063), les provinces et les territoires (2013 à 2038)*, no 91-520-X au catalogue.

Statistique Canada. (2014b). *Projections démographiques pour le Canada (2013 à 2063), les provinces et les territoires (2013 à 2038) : rapport technique sur la méthodologie et les hypothèses*, n° 91-620-X au catalogue.

Stockholm Gerontology Research Center, Aging Research Center and Karoliska Institutet. (<http://www.snac-k.se/index.htm>)

Swedish Panel Study of Living Conditions of the Oldest Old. (<http://www.sweold.se>)

Tang, F. et Lee, Y. (2010). «Home and community-based services utilization and aging in place», *Home Health Care Services Quarterly*, 29, p. 138-154.

Thatcher, A.R., Kannisto, V. et Vaupel, J.W. (1998). *The Force of Mortality at Ages 80 to 120*, Odense : Odense University Press.

United Nations. (2014). *World Population Prospects: The 2012 Revision, Methodology of the United Nations Population Estimates and Projection*, New York : Departement of Economic and Social Affairs, Population Division.

United Nations Population Fund and HelpAge International. (2011). *Overview of Available Policies and Legislation, Data and Research, and Institutional Arrangements Relating To Older Persons - Progress Since Madrid*. Repéré à http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Older_Persons_Report.pdf.

University of Manitoba - Centre On Aging. (2014). *University of Manitoba - Centre On Aging - Aging in Manitoba (AIM) Longitudinal Study*. Repéré à http://umanitoba.ca/centres/aging/research/funded_projects/1068.html

Vaupel, J.W. (2010). « Biodemography of human ageing », *Nature* 464, p. 536–542.

Wheatley, M. (2015). « Are housing associations ready for an ageing population? ». The Smith Institute and The Genesis Narrative, Repéré à www.genesisha.org.uk/PDF/Are_Housing_Associations_ready_for_an_ageing_population.pdf

Wister, A.V. et Wanless, D. (2007). « A health profile of community-living nonagenarians in Canada », *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement* 26 (1), p. 1-18.

Wolfson, M.C. (1996). « Espérance de vie ajustée sur la santé », *Rapports sur la santé* 8 (1), Statistique Canada, n° 82-003-X au catalogue, p. 41-46

Annexe 1

Figures et tableaux supplémentaires

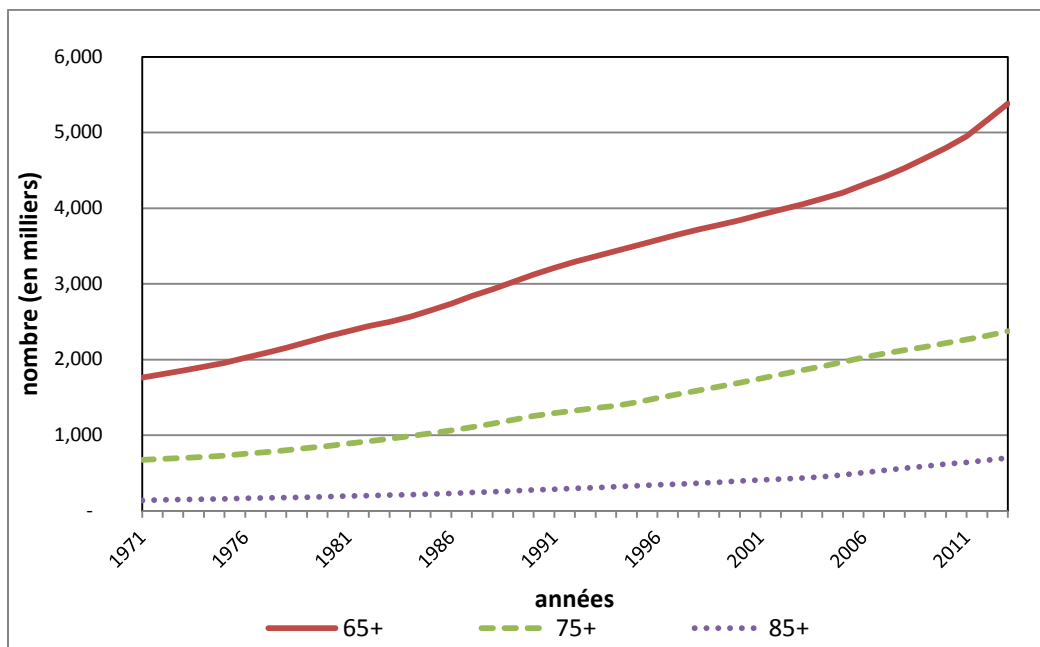


Figure A.1 : Population 65 ans et plus, Canada, par groupe d'âge

Source : Statistique Canada, Tableau 051-0001 Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1er juillet, Canada, provinces et territoires, annuel, CANSIM (base de données).

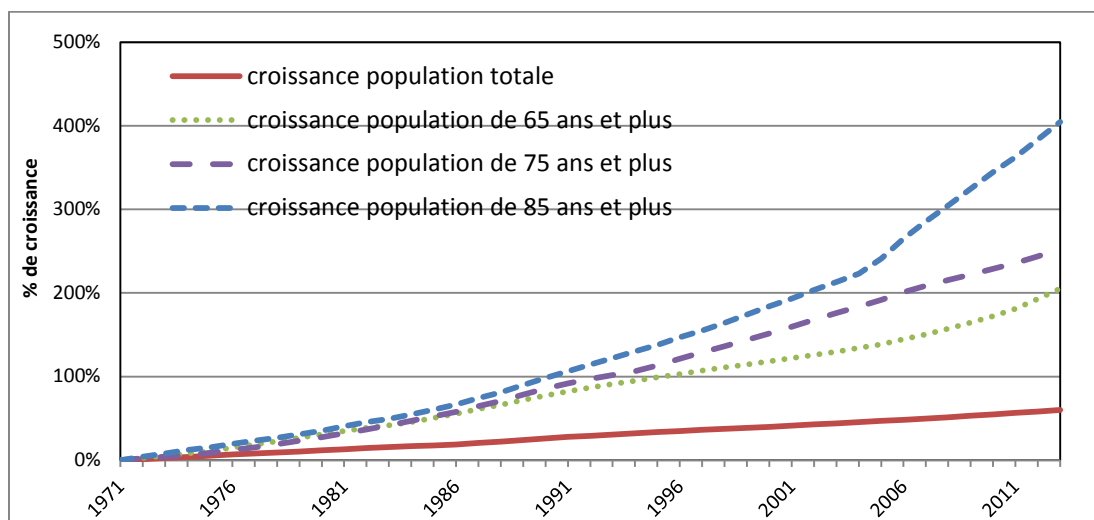


Figure A.2 : Croissance en pourcentage de la population, Canada, par groupe d'âge

Source : Statistique Canada, Tableau 051-0001 Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1er juillet, Canada, provinces et territoires, annuel, CANSIM (base de données)

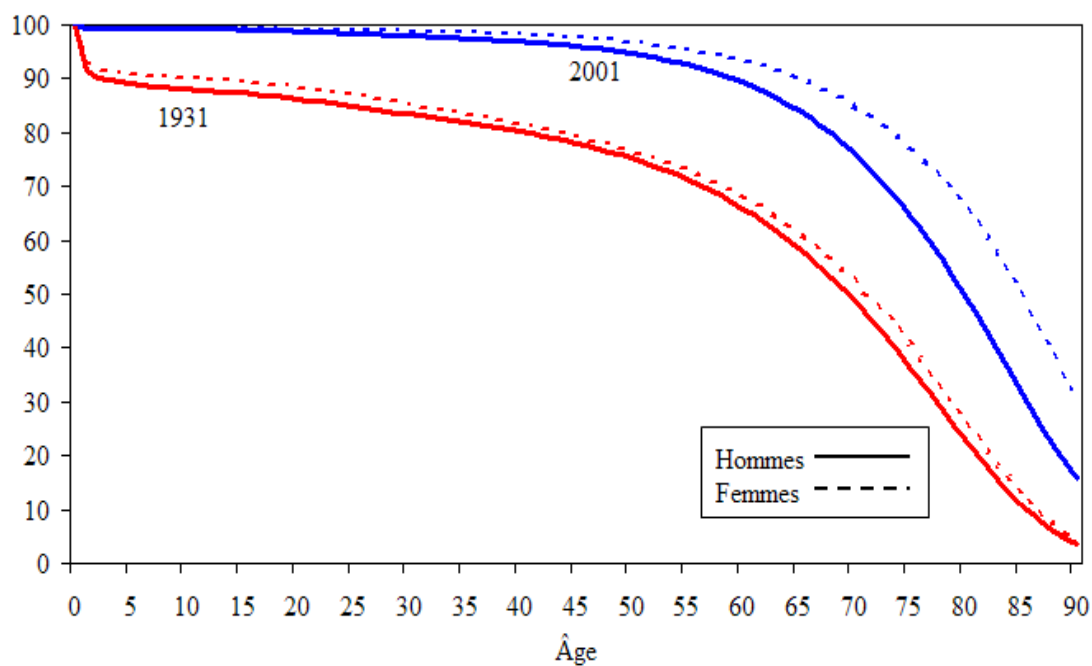


Figure A.8 : Courbe de survie selon le sexe, Canada, 1931 et 2001

Source : Statistique Canada (2008). Regard sur la démographie canadienne, numéro 91-003-X au catalogue

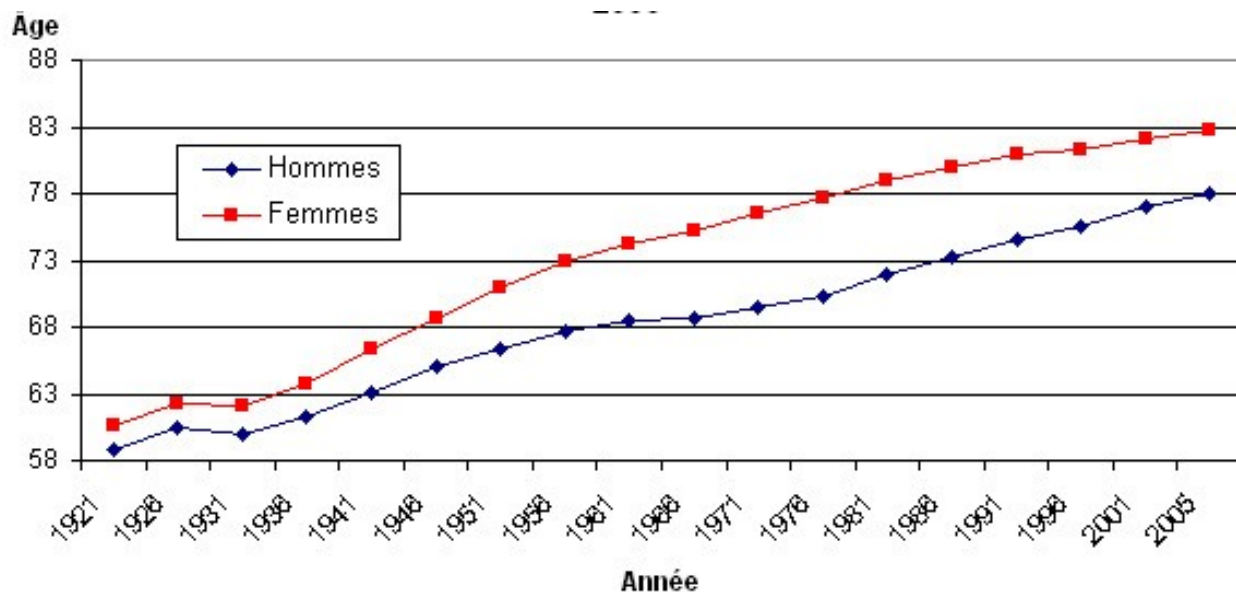


Figure A.4 : Espérance de vie à la naissance, selon le sexe, Canada, 1921-2005

Source : Statistique Canada (2010), Gens en santé, milieux sains, N° 82-229-X2009001 au catalogue

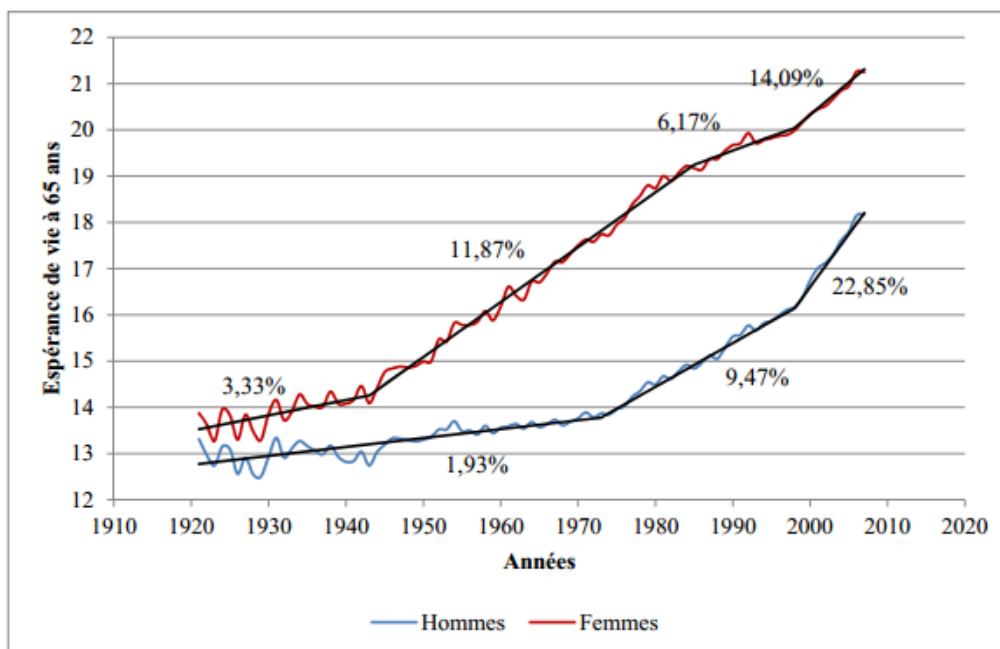


Figure A.5 : Espérance de vie à 65 ans, Canada, 1921-2007

Source : Bergeron- Boucher, Marie-Pier, (2012). « Changements épidémiologiques au Canada : Un regard sur les causes de décès des personnes âgées de 65 ans et plus, 1979-2007 », SEDAP Research Paper no 299

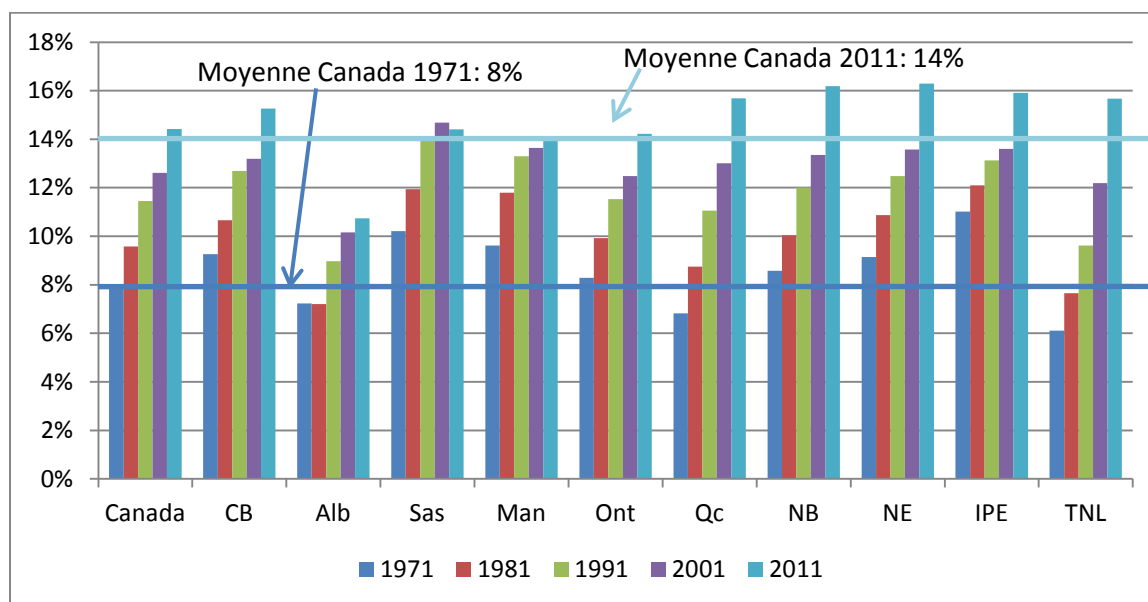


Figure A.6 : Proportion des 65 ans et plus au Canada, par province, 1971-2011

Source : Statistique Canada, Tableau 051-0001 Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1er juillet, Canada, provinces et territoires, annuel, CANSIM (base de données).

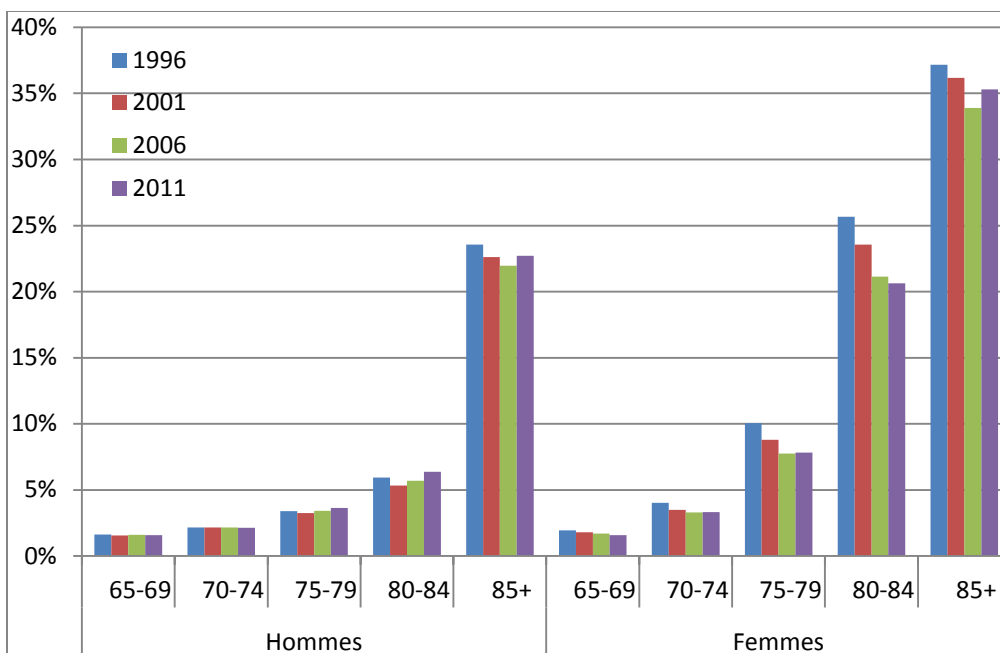


Figure A.7 : Proportion de la population en ménage collectif, Canada, par groupe d'âge et sexe
 Source : Légaré, J., Boissonneault, M. et Décarie, Y. (2014). Un défi non-étudié pour les baby-boomers, relié à une éventuelle non-disponibilité de soins et services. Rapport de recherche effectué pour la direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Santé Canada

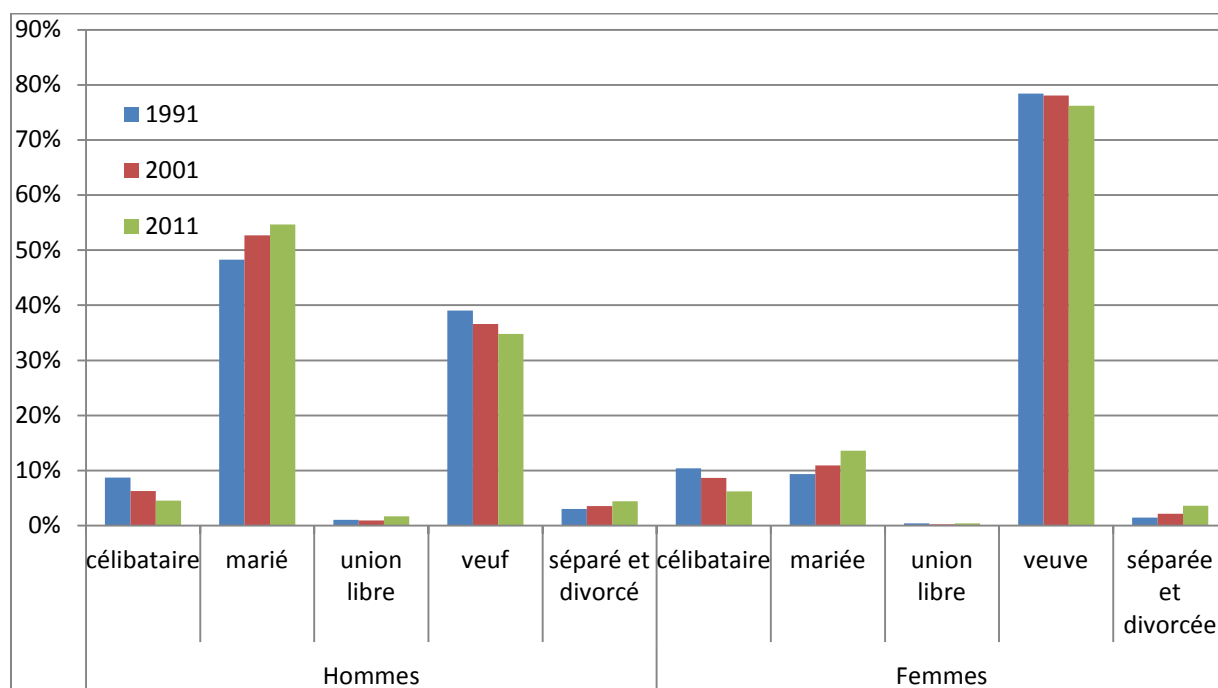
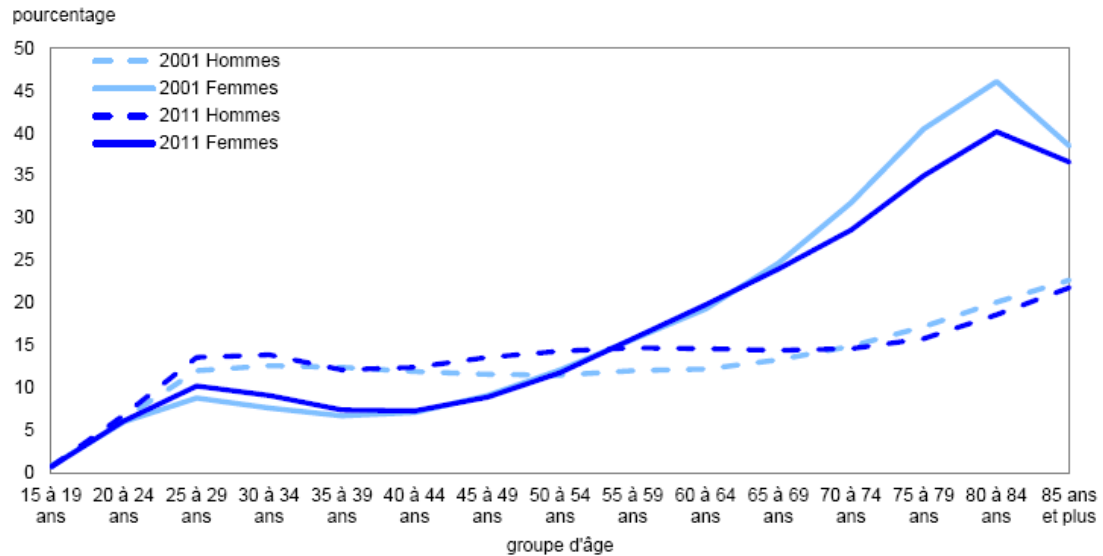


Figure A.8 : Proportion de 85 ans et plus selon l'état matrimonial, par sexe, Canada, 1991-2001-2011

Source : Statistique Canada, Tableau 051-0042 Estimations de la population selon l'état matrimonial ou l'état matrimonial légal, l'âge et le sexe au 1er juillet, Canada, provinces et territoires, annuel, CANSIM (base de données).



Note :

1. Les personnes vivant seules se limitent aux personnes en ménages privés. Toutefois, le dénominateur combine à la fois la population vivant en ménages privés et celle vivant en ménages collectifs.

Figure A.9 : Pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus vivant seule selon le groupe d'âge, Canada, 2001 et 2011

Source : Statistique Canada (2012). La situation des personnes âgées dans les ménages, numéro 98-312-X2011003 au catalogue

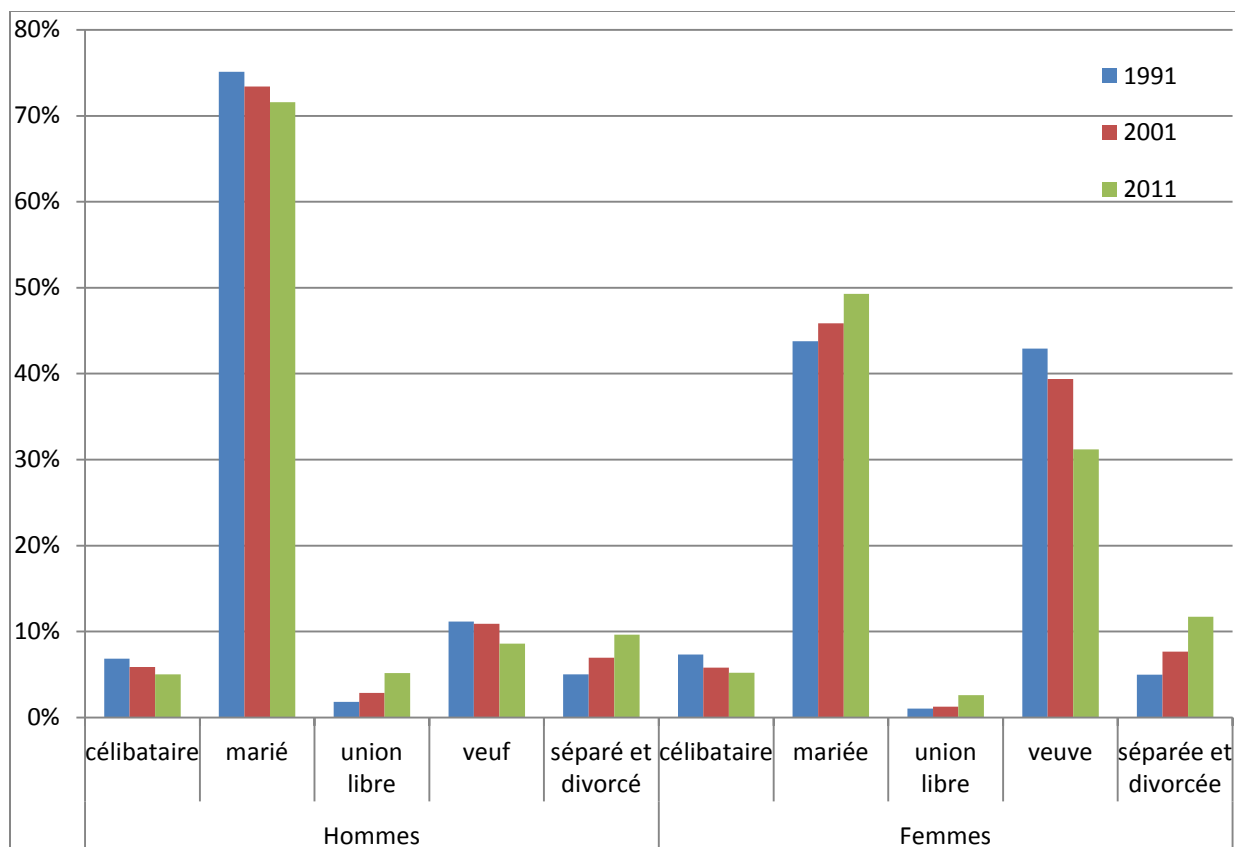


Figure A.10 : Proportion de 65-84 ans selon l'état matrimonial, Canada, 1991-2001-2011
 Source : Statistique Canada, Tableau 051-0042 Estimations de la population selon l'état matrimonial ou l'état matrimonial légal, l'âge et le sexe au 1er juillet, Canada, provinces et territoires, annuel, CANSIM (base de données).

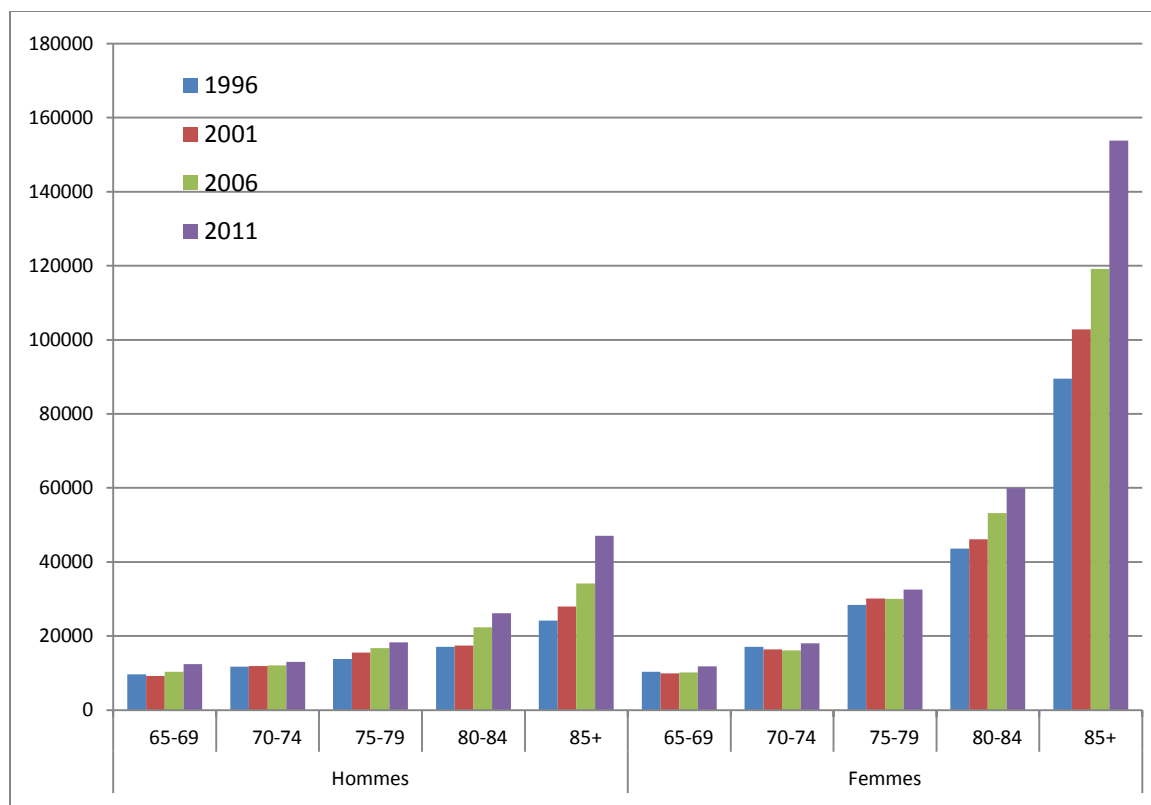


Figure A.11 : Population en ménage collectif, Canada, par groupe d'âge et sexe

Source : Légaré, J., Boissonneault, M. et Décarie, Y. (2014). Un défi non-étudié pour les baby-boomers, relié à une éventuelle non-disponibilité de soins et services. Rapport de recherche effectué pour la direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Santé Canada

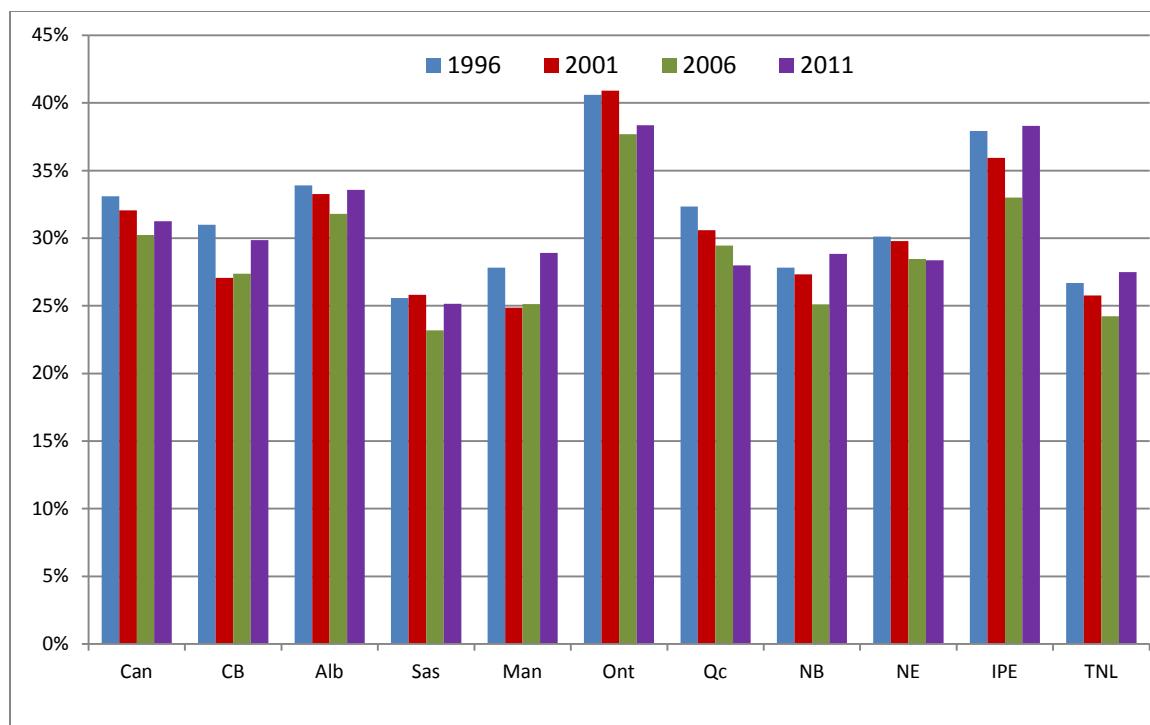


Figure A.12 : Proportion des 85 ans et plus vivant en ménage collectif, par province
Source : Légaré, J., Boissonneault, M. et Décarie, Y. (2014). Un défi non-étudié pour les baby-boomers, relié à une éventuelle non-disponibilité de soins et services. Rapport de recherche effectué pour la direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Santé Canada

Tableau A.13 : Répartition (en pourcentage) de la situation des particuliers dans les ménages pour la population âgée de 65 ans et plus vivant dans une résidence pour personnes âgées, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2011

Groupe d'âge	Sexe	Vivant seule	Vivant en couple ¹	Vivant avec d'autres ²
pourcentage				
65 ans et plus	Total	83,9	15,0	1,1
	Hommes	71,8	27,3	0,9
	Femmes	88,6	10,3	1,1
65 à 74 ans	Total	82,1	16,3	1,7
	Hommes	81,3	17,2	1,5
	Femmes	82,5	15,7	1,7
75 à 84 ans	Total	80,5	18,4	1,1
	Hommes	69,7	29,2	1,1
	Femmes	84,9	14,0	1,1
85 ans et plus	Total	86,9	12,2	0,9
	Hommes	70,6	28,8	0,6
	Femmes	92,2	6,7	1,0

Notes :

1. Comprend les conjoints mariés et les partenaires en union libre.

2. Comprend les personnes vivant avec des enfants adultes, avec des personnes apparentées et/ou non apparentées. Aucun conjoint marié ou partenaire en union libre n'habite avec la personne.

Source : Statistique Canada (2012). La situation des personnes âgées dans les ménages, numéro 98-312-X2011003 au catalogue

Tableau A.14 : Population de 65 ans et plus selon le niveau d'éducation et le sexe, Canada, 2011

	ETDR 2011							
	Hommes				Femmes			
	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80 ans et plus	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80 ans et plus
Moins de 13 ans d'études primaires et secondaires (sans diplôme)	195 145	195 445	197 668	244 257	252 300	225 247	260 077	359 544
Études secondaires terminées	151 057	96 488	87 252	83 926	206 838	154 088	112 392	156 571
Études postsecondaires	361 058	256 409	145 418	157 646	326 678	241 449	154 551	154 806
Total	707 260	548 342	430 338	485 829	785 816	620 785	527 020	670 920

Source : Calcul des auteurs à partir des données à grande diffusion de l'EDTR 2011

Tableau A.15 : Revenu médian des personnes de 65 et plus selon la source des revenus et le sexe

	Médiane du revenu, EDTR 2011							
	Hommes				Femmes			
	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80 ans et plus	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80 ans et plus
Revenu total avant impôt	33 400	31 100	27 050	27 975	20 325	19 375	19 850	20 750
Prestations du Régime de pensions du Canada et du Régime de rentes du Québec (RPC et RRQ)	7 250	7 750	7 750	8 000	5 000	5 500	5 750	6 250
Transferts gouvernementaux	14 250	15 250	15 750	15 675	12 500	14 000	14 475	15 950
Total des prestations de sécurité de la vieillesse	6 250	6 500	6 500	6 500	6 500	6 500	6 500	6 500
Pensions de retraite privées	5 250	9 250	8 750	8 250	0	2 600	2 200	2 100
Revenu après impôt	31 260	29 280	26 610	26 925	19 550	18 875	19 475	20 550

Source : Calcul des auteurs à partir des données à grande diffusion de l'EDTR 2011

Tableau A.16 : Prévalence de l'autoévaluation positive de l'état de santé, de la solitude et de l'insatisfaction à l'égard de la vie, selon l'âge, population à domicile, Canada, territoires non compris, 2008-2009

Caractéristiques	Autoévaluation positive de l'état de santé	Solitude	Insatisfaction à l'égard de la vie
Total	76,5	19,6	17,0
Nombre d'activités sociales fréquentes			
Aucune [†]	63,1	29,0	27,8
Une	71,3*	20,2*	21,2*
Deux	78,5*	18,1*	15,2*
Trois	84,0*	17,0*	13,0*
Quatre	86,2*	14,3*	10,0*
Cinq	88,3*	14,5*	6,6*
Six ou plus	89,6*	12,8*	5,7*
Groupe d'âge			
65 à 74 ans [†]	80,3	18,7	15,3
75 à 84 ans	73,2*	19,5	18,1*
85 ans et plus	67,7*	25,1*	22,7*

Source : Gilmour, H. (2012). Participation sociale et santé et bien-être des personnes âgées au Canada, Statistique Canada, Rapports sur la santé, numéro 82-003-X au catalogue

Tableau A.17 : Répartition en pourcentage des personnes âgées fragiles, basée sur un seuil d'indice de fragilité (IF) de >0,21, selon le groupe d'âge, population à domicile, Canada, 2009-2010

	Population estimée (en milliers)	%	Intervalle de confiance de 95 %	
			de	à
Total	1 046	23,5	22,8	24,3
Groupe d'âge				
65 à 74 ans [†]	407	16,0	15,2	16,8
75 à 84 ans	430	28,6*	27,1	30,1
85 ans et plus	209	52,1*	49,2	55,0

Source : Hoover, M., Rotermann, M., Sanmartin, C. et Bernier, J. (2013). Validation d'un indice pour estimer la prévalence de la fragilité chez les personnes âgées vivant dans la collectivité, Statistique Canada, Rapports sur la santé, numéro 82-003-X au catalogue.

Tableau A.18 : Durée moyenne du séjour selon le type de soins, personnes âgées et autres adultes, 2009-2010

Type de soins	Durée moyenne (médiane) globale du séjour				
	Adultes 20 à 64 ans	Personnes âgées			
		Ensemble des personnes âgées	65 à 74 ans	75 à 84 ans	85 ans ou plus
Patients hospitalisés, soins de courte durée*[§] (jours)	6 (3)	9 (5)	8 (4)	9 (5)	10 (6)
Patients hospitalisés, santé mentale^{†,§} (jours)	20 (8)	26 (16)	28 (15)	26 (18)	21 (18)
Patients hospitalisés, soins continus complexes** (jours)	149 (31)	79 (29)	84 (29)	85 (30)	70 (28)
Patients hospitalisés, réadaptation^{††} (jours)	34 (23)	27 (20)	26 (17)	26 (19)	29 (23)
Consultation externe^{‡,§} (heures)	5,0 (4,0)	4,6 (3,1)	4,7 (3,1)	4,6 (3,0)	4,5 (3,0)
Services d'urgence^{‡,##} (heures)	n.d. (2,5)	n.d. (4,0)	n.d. (3,3)	n.d. (4,2)	n.d. (5,3)

Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2011). Les soins de santé au Canada 2011 : regard sur les personnes âgées et le vieillissement. Ottawa, Canada.

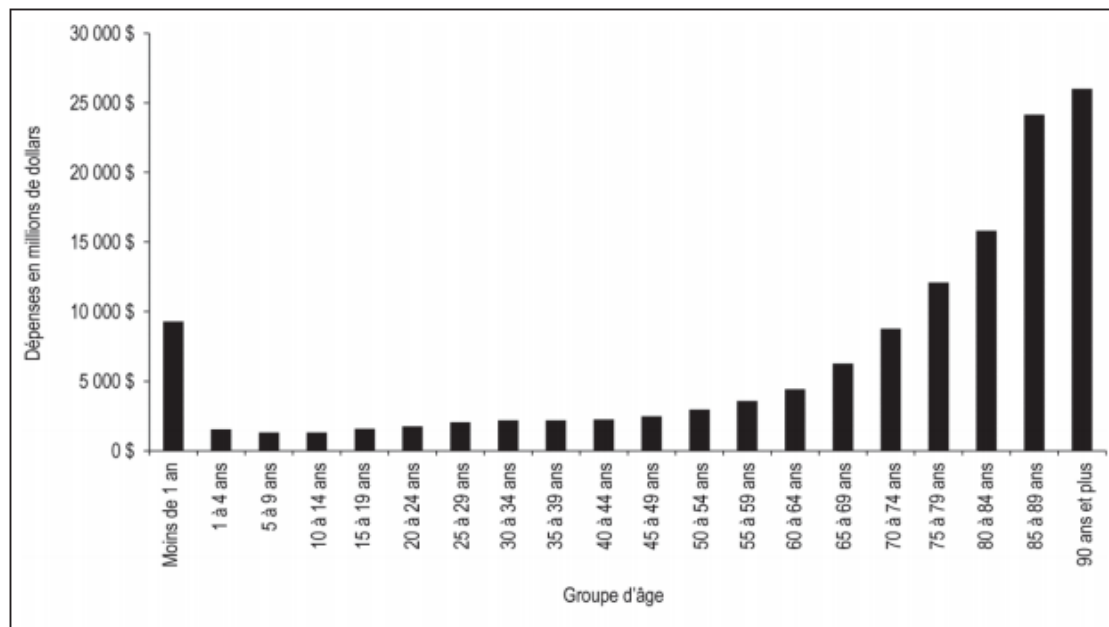


Figure A.19 : Dépenses de santé des provinces et des territoires par habitant selon le groupe d'âge, 2010

Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2012). Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2012, Ottawa, Canada.

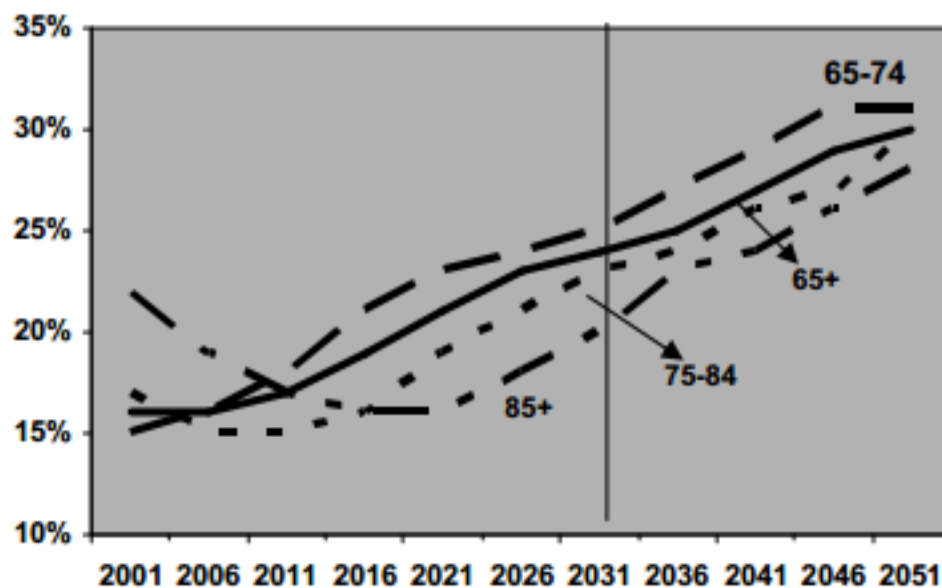


Figure A.20 : Proportion des femmes, en ménage privé, sans enfant survivant, selon le groupe d'âge, Canada, 2001-2051

Source : Carrière, Y., Keefe, J., Légaré, J., Lin, X. et Rowe, G. (2007). Population aging and immediate family composition: Implications for future home care services. *Genus*, LXVIII(1-2), 11-31.

Annexe 2

Quelques enquêtes spécifiques sur les oldest-olds et d'autres qui prennent éventuellement en compte les oldest-olds

Un certain nombre de pays ont fait des enquêtes spécifiques sur les conditions de vie des oldest-olds mais peu d'études analytiques et sur les effets des politiques publiques en place utilisent ces bases de données. Elles sont plutôt utilisées dans le contexte gériatrique.

Enquêtes spécifiques sur les oldest-olds

Enquêtes canadiennes

- Fredericton 80+ - Étude de près de 400 participants de plus de 80 ans.
<http://www.stthomasu.ca/research/80plus/index.htm>

Enquêtes nationales

- Swedish Panel Study of Living Conditions of the Oldest Old (SWEOLD) – Échantillon des individus du Swedish Level of Living Survey (LNU) âgée de plus de 75 ans (1992, 2002, 2004 et 2010).
<http://www.sweold.se/start.htm>
- Berlin Ageing Study (BASE) – 1990-1993 en Allemagne de l'ouest sur les 70 ans et plus (2297 participants initialement et 516 participants sur une base longitudinale) – emphase mise sur leur état de santé
<https://www.base-berlin.mpg.de/en/project-information>
- Leiden 85+ - Étude débutée en 1987 avec l'ajout d'un second échantillon en 1997
<https://www.lumc.nl/org/health-prevention/studies/120625013037351/>
- Asset and Health Dynamics Among the Oldest Old (AHEAD) (aussi connu sous le nom de Aging and Health in America)
https://www.aeaweb.org/rfe/showRes.php?rfe_id=72&cat_id=5
- 90+ Study – Étude de l'University of California Irvine sur les oldest-olds de 90 ans et plus. L'échantillon au début de la période d'étude en 2003 était de 1600 individus et se concentre en sciences neurologiques.
<http://www.mind.uci.edu/research/90plus-study/>
- Newcastle 85+ Study – Étude ayant débuté en 2006 sur plus de 1000 participants âgés de 85 ans et plus.
<http://www.ncl.ac.uk/ageing/research/better-ageing/living-well/eightyfiveplus.htm>

Autres enquêtes sur les personnes âgées

Enquêtes canadiennes

- Étude longitudinal canadienne sur le vieillissement (ELVC)
- Aging in Manitoba (AIM). Manitoba Longitudinal Study of Aging
http://umanitoba.ca/centres/aging/research/funded_projects/1068.html
- Canadian Study of Health and Aging
<http://www.csha.ca/default.asp>
- [Health Quality Council of Alberta – Conseil visant à](http://hqca.ca) assurer la sécurité et la qualité des services de santé à l'échelle de l'Alberta à l'aide de recherches à plus petite échelle et qui gagne à se faire connaître dans plus de régions et provinces au Canada pour continuer de s'ajuster aux besoins de la population vieillissante.
<http://hqca.ca>

Enquêtes multi-pays

- Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) – Enquêtes qui ont démarré en 2004 – participants âgées de 50 ans et plus dans plusieurs pays européens qui examine comment les personnes vieillissent.
<http://www.share-project.org>
- Study on Global AGEing and Adult Health (SAGE) – Étude de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) avec 2 groupes: les 50 ans et plus et 18 ans et plus en Chine, au Ghana, en Inde, au Mexique, la Fédération de Russie et en Afrique du Sud).
<http://www.who.int/healthinfo/sage/en/#>

Enquêtes nationales

- Swedish National Study on Aging and Care (SNAC)
- Longitudinal Ageing Study Amsterdam (LASA) - Étude débutée en 1992 pour déterminer les prédictors et les conséquences de la vieillesse.
<http://www.lasa-vu.nl/index.htm>
- Health and retirement survey (HRS) - Précurseur de SHARE et située à l'University of Michigan – débuté en 1992 Américains de 50 ans et plus à tous les 2 ans.
<http://hrsonline.isr.umich.edu>

- New Dynamics of Ageing – Regroupement de programmes et recherches sur les personnes âgées
<http://www.newdynamics.group.shef.ac.uk>
- English Longitudinal Study of Ageing (ELSA) – Étude multidisciplinaire de 11000 individuels âgés de 50 ans et plus depuis 2002.
<http://www.elsa-project.ac.uk>
- AgeUK - Charité pour laquelle une partie des fonds sont appliqués à la recherche sur les conditions et besoins d'individus plus tard dans leur vie.
<http://www.ageuk.org.uk/professional-resources-home/research/>
- Australian Longitudinal Study of Ageing (ALSA) – 2087 participants âgés de 70 ans et plus et interviewés depuis 1992 pour l'état de l'Australie-Méridionale.
<http://www.flinders.edu.au/sabs/fcas/alsa/>

Annexe 3

Exemples supplémentaires de politiques publiques à l'international

Communauté et entraide

- o Depuis 2008, en Argentine, le transfert du savoir et l'expérience des aînés vers les jeunes membres d'une même communauté se fait par le programme *Experience counts*.
- o En Nouvelle-Zélande, le forum *Connecting Young and Old* rassemble dix aînés et dix jeunes pour discuter d'enjeux intergénérationnels. Ce forum supporte la continuité des rencontres régulières et encourage l'entraide.
- o Les programmes de solidarité entre générations via l'équité et réciprocité tel que le *Older Americans Act* aux Etats-Unis permet aux aînés d'agir en tant que mentors, médiateurs et conseillers auprès des jeunes et de participer à des programmes de volontariat.
- o Dans un même esprit, le *Golden Sunshine Programme* en Chine encourage les jeunes à s'occuper des personnes plus âgées en besoin.

Mobilité

- o En Nouvelle-Zélande et au Mozambique, les aînés ont accès à un système de transport subventionné qui va même jusqu'à la gratuité pour certains à plus faible revenu.

Rénovations des logements

- o À Singapour, la rénovation et l'adaptation de logement et l'ajout d'ascenseur dans les logements publics pour aider aux personnes avec incapacités sont subventionnés (comme le Canada le fait via le programme de la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) et le système de crédit d'impôts par le Gouvernement canadien). Ces efforts permettent aux aînés plus autonomes de demeurer dans leur domicile plus longtemps (United Nations Population Fund and HelpAge International, 2011).
- o Toujours à Singapour, le Building and Construction Authority a adopté les *Universal Design Principles* afin de rendre les villes plus accessibles et faciliter les déplacements des personnes âgées.
- o Afin d'éviter l'isolement et le développement de problèmes de santé importants chez les personnes âgées en France, Campeon et al. (2014) suggèrent un système d'habitation alternatif dans le but de diminuer le nombre de personnes ayant des conditions très lourdes dans les établissements offrant des soins partiels.

Santé et aidants naturels

- o En France, des congés supplémentaires permettent une plus grande disponibilité des aidants familiaux assumant la charge de parents malades ou plus âgés (Campeon et al., 2014).
- o Rendre les soins et les services de santé dentaires plus abordables permettent d'améliorer la nutrition de certaines personnes âgées au prise avec des problèmes dentaires et pouvant causer une malnutrition ou une sous-alimentation (United Nations Population Fund and HelpAge International, 2011).
- o Offrir une formation aux travailleurs en services et soins de santé et aux travailleurs sociales en gériatrie et gériatrie et augmenter le nombre de spécialistes (United Nations Population Fund and HelpAge International, 2011). Le Canada envisage déjà à augmenter le nombre de spécialistes⁴ en médecine avec la Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé de Santé Canada (Santé Canada, 2008).
- o Au Kirghizistan, un supplément financier est accordé aux aidants et une pension plus généreuse leur sera accordée alors qu'ils atteindront le seuil de 80 ans.

⁴ Dans tous les domaines et non pas seulement en gériatrie ou gériatrie.

Annexe 4

Bibliographie complémentaire

Articles généraux sur les *oldest-olds*

Andersen-Ranberg, K., Petersen, I., Robine, J.-M. et Christensen, K. (2005). « Who are the oldest old? », dans : Börsch-Supan, A. et al. (dir.), *Health, Ageing and Retirement in Europe : First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, Mannheim : Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA), p. 35-40.

Costa Dora, L. et Lahey, J. (2003). *Becoming Oldest-Old: Evidence from Historical U.S. Data*, NBER Working Paper n° 9933, Chestnut Hill : Center for Retirement Research at Boston College.

Garfein, A.J. et Herzog, A.R. (1995). « Robust aging among the young-old, old-old, and oldest-old », *Journal of Gerontology: Social Sciences* 50B (2), p. S77-S87.

Herrmann, F.R., Michel, J-P. et Robine, J-M. (2010). « Worldwide decline in the oldest old support ratio », *European Geriatric Medicine* 1 (1), p. 3-8.

Légaré, J. et Martel, L. (2000, octobre), *Marital Status and Family Support of Oldest Old in Canada*, Communication présentée au séminaire de l'IUSSP « Human Longevity, Individual Life Duration, and the Growth of the Oldest-Old Population », Montpellier, France.

National Institute On Aging. (2007). « Trend 3 : Rising Numbers Of The Oldest Old », dans : *Why Population Aging Matters, A Global Perspective*, Washington, DC : National Institutes Of Health, U.S. Department Of Health And Human Services, U.S. Department Of State, p. 10-11.

Office of Retirement Policy. (2012). *The Oldest Old in 2050*. Repéré à <http://www.ssa.gov/retirementpolicy/projections/oldest-old.html>.

Perls, T.T. (1995, janvier). « The Oldest-Old », *Scientific American*, p. 70-75.

Rau, R., Muszyńska, M.M. et Vaupel, J.W. (2013). « Europe, the Oldest-Old Continent », dans : Neyer, G., Andersson, G., Kulu, H., Bernardi, L. et Bühler, C. (dir.), *The Demography of Europe*, Dordrecht : Springer, p. 119-137.

Stibich, M. (2014, 1er mai). « A Snapshot of the "Oldest Old" Americans: Some Surprising Facts About People 85+ », *About.com*. Repéré à <http://longevity.about.com/od/wholiveslongest/a/A-Snapshot-Of-The-Oldest-Old-Americans.htm>.

Suzman, R.M., Willis, D. et Manton, K. (1992). *The Oldest Old*, New York : Oxford University Press.

Tomassini, C. (2005). « The demographic characteristics of the oldest old in the United Kingdom », *Population Trends* 120, p. 15–22.

United Nations. (2009). *World population ageing 2009*. New York : Department of Economic and Social Affairs, Population Division, United Nations Publication.

Zeng, Y., Vaupel, J.W., Zhenyu, X., Chunyuan, Z. et Yuzhi, L. (2002). « Sociodemographic and Health Profiles of the Oldest Old in China », *Population and Development Review* 28 (2), p. 251-273

Le vieillissement épanouie ou bien vieillir et longévité

Ailshire, J.A. et Crimmins, E.M. (2011). « Psychosocial Factors Associated with Longevity in the United States: Age Differences between the Old and Oldest-Old in the Health and Retirement Study », *Journal of Aging Research* 2011 (article ID 530534).

Baltes, P.B. et Smith, J. (2003). « New frontiers in the future of aging: from successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age », *Gerontology* 49 (2), p. 123-135

Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R., et Vaupel, J.W. (2009). « Ageing populations: the challenges ahead », *The Lancet* 374 (9696), p. 1196–1208.

Christensen, K., McGue, M., Petersen, I., Jeune, B. et Vaupel, J.W. (2008). « Exceptional longevity does not result in excessive levels of disability », *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 105, p.13274–13279.

Dello Buono, M., Urciuoli, O. et De Leo, D. (1998) « Quality of life and longevity: a study of centenarians », *Age Ageing* 27, p. 207-216.

Engberg, H., Christensen, K., Andersen-Ranberg, K., Vaupel, J.W. et Jeune, B. (2008). « Improving activities of daily living in Danish centenarians—but only in women: A comparative study of two birth cohorts born in 1895 and 1905 », *Journal of Gerontology: Biological Sciences and Medical Sciences* 63A, p. 1186-1192.

Gondo, Y. (2002). « Successful aging in long-lived survivors: Findings from Tokyo Centenarian Study », *Behavioral Science Research* 41 (1), p.35-44.

Gondo, Y. (2012). « Longevity and successful ageing: Implications from the oldest old and centenarians », *Asian Journal of Gerontology & Geriatrics* 7 (1), p. 39–43

Gwozdz, W. et Sousa-Poza, A. (2009) *Ageing, Health and Life Satisfaction of the Oldest Old: An Analysis for Germany*, IZA Discussion Paper n° 4053, Bonn : Institute for the Study of Labor.

Herm, A., Cheung, S.L.K. et Poulain, M. (2012). « Emergence of Oldest Old and Centenarians: Demographic Analysis », *Asian Journal of Gerontology & Geriatrics* 7 (1), p. 19–25.

Jopp, D. et Rott, C. (2006). « Adaptation in very old age: exploring the role of resources, beliefs, and attitudes for centenarians' happiness », *Psychology and Aging* 21, p. 266-280.

Jopp, D., Rott, C. et Oswald, F. (2008). « Valuation of life in old and very old age: The role of sociodemographic, social, and health resources for positive adaptation », *Gerontologist* 48 (5), p. 646-658.

Robine, J.-M., Saito, Y. et Jagger, C. (2003). « The emergence of extremely old people: the case of Japan », *Experimental Gerontology* 38 (7), p. 735-739.

Wilmoth, J., Skytthe, A., Friou, D. et Jeune, B. (1996). « The Oldest Man Ever? A Case Study of Exceptional Longevity », *Gerontologist* 36 (6), p. 783-788.

Wilmoth, J.R. (1998). « The Future of Human Longevity: A Demographer's Perspective », *Science* 280 (5362), p. 395-397.

Santé

Berlau, D.J., Corrada, M. et Kawas, C. (2009). « The prevalence of disability in the oldest-old is high and continues to increase with age: findings from the 90+ study », *International Journal of Geriatric Psychiatry* 24, p. 1217-1225.

Bootsma-van der Wiel, A. et al. (2001). « Disability in the Oldest Old: "Can Do" or "Do Do"? », *Journal of the American Geriatrics Society* 49 (7), p. 909-914.

Collerton, J., Davies, K., Jagger, C., Kingston, A., Bond, J., Eccles, M., Robinson, L., Martin-Ruiz, C., von Zglinicki, T., James, O. et Kirkwood, T. (2009). « Health and disease in 85 year olds: baseline findings from the Newcastle 85+ cohort study », *British Medical Journal* 339 (b4904).

Fang, Y. (2005). « Living arrangements and care provision among the oldest old people in China, 1998—2002 », *Sociology – Dissertations*, Paper 13. Repéré à http://surface.syr.edu/soc_etd/13.

Fauth, E.B., Zarit, S.H., Malmberg, B. et Johansson, B. (2007). « Physical, cognitive, and psychosocial variables from the disablement process model predict patterns of independence and the transition into disability for the oldest-old », *Gerontologist* 47 (5), p. 613-624.

Femia, E.E., Zarit, S.H. et Johansson B. (2001). « The disablement process in very late life: A study of the oldest-old in Sweden », *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 56 (1), p. P12-P23.

Field, D. et Millsap, R.E. (1991). « Personality in Advanced Old Age: Continuity or Change? », *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 46 (6), p. P299-P308.

French, D.J., Sargent-Cox, K. et Luszcz, M.A. (2012). « Correlates of subjective health across the aging lifespan understanding self-rated health in the oldest old », *Journal of Aging and Health* 24, p. 1449-1469.

Gondo, Y. et al. (2005a). « Functional status of very old people in urban area: The Itabashi Oldest-Old Study 1 », *Nihon Ronen Igakkai Zasshi* 42 (2), p.199-208.

Gondo, Y. et al. (2005b) « Physical decline and psychological adaptation in the oldest-old findings from Tokyo oldest-old Study », *Ronen Shakai Kagaku* 27(3), p. 327–338.

Jagger, C., Collerton, J., Davies, K., Kingston, A., Robinson, L., Eccles, M., von Zglinicki, T., Martin-Ruiz, C., James, O., Kirkwood, T. et Bond, J. (2011). « Capability and dependency in the Newcastle 85+ cohort study. Projections of future care needs », *BMC Geriatrics* 11 (21).

Osterweil, D., Mulford, P., Syndulko, K. et Martin, M. (1994). « Cognitive Function in Old and Very Old Residents of a Residential Facility: Relationship to Age, Education, and Dementia », *Journal of the American Geriatric Society* 42 (7), p. 766-773.

Parker, M.G., Ahacic, K. et Thorslund, M. (2005). « Health changes among Swedish oldest old: Prevalence rates from 1992 and 2002 show increasing health problems », *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 60A (10), p.1351-1355.

Sarkeala, T., Nummi, T., Vuorisalmi, M., Hervonen, A. et Jylha, M. (2011). « Disability trends among nonagenarians in 2001–2007: Vitality 90+ Study », *European Journal of Ageing* 8 (2), p. 87-94.

Smith, J., Borchelt, M., Maier, H. et Jopp, D. (2002). « Health and Well-Being in the Young Old and Oldest Old », *Journal of Social Issues* 58 (4), p. 715-732.

Vogelsang E.M. (2014). « Self-rated health changes and oldest-old mortality », *Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences* 69B (4), p. 612-621.

Xie, J., Matthews, F.E., Jagger, C., Bond, J. et Brayne, C. (2008). « The oldest old in England and Wales: A descriptive analysis based on the MRC Cognitive Function and Ageing Study », *Age Ageing* 27 (4), p. 396-402.

Zeng, Y., Vaupel, J.W., Xiao, Z., Zhang, C. et Liu, Y. (2001). « The Healthy Longevity Survey and the Active Life Expectancy of the Oldest-old in China », *Population: An English Selection* 13 (1), p. 95-116.

Mortalité

Caselli, G. et Lipsi, R.M. (2006). « Survival differences among the oldest old in Sardinia: Who, what, where, and why? », *Demographic Research* 14 (13), p. 267-294.

Coale, A. et Li, S. (1991). « The Effect of Age Misreporting in China on the Calculation of Mortality Rates at Very High Ages », *Demography* 28 (2), p. 293-301.

Coelho, E., Magalhães, M.G. et Bravo, J.M. (2007). *Mortality and Longevity Projections for the Oldest Old in Portugal*. Working Paper n° 10, Joint Eurostat/UNECE Work Session on Demographic Projections, Conference of European Statisticians. Repéré à <http://www.unece.org/fileadmin/DAM/stats/documents/ece/ces/ge.11/2007/wp.10.e.pdf>.

Condran, G.A., Himes, C.L. et Preston, S.H. (1991). « Old Age Mortality Patterns in Low Mortality Countries: An Evaluation of Population and Death Data at Advanced Ages, 1950 to Present », *Population Bulletin of the United Nations* 30, p.23-60.

Depoid, F. (1973). « La mortalité des grands vieillards », *Population* 28 (4-5), p. 755-792.

Feehan, D. (2014, mai). What Does the Evidence Show about the Shape of Mortality at the Oldest Ages?. Communication présentée au 2014 Annual Meeting of the Population Association of America (PAA), Boston, Massachusetts.

Finch, C.E. et Pike, M.C. (1996). « Maximum Life Span Predictions From the Gompertz Mortality Model », *Journal of Gerontology: Biological Sciences* 51A (3), p. 183-194.

Gavrilova, N.S. et Gavrilov, L.A. (2014, mai). Mortality Deceleration Revisited: Using the LAR Approach. Communication présentée au 2014 Annual Meeting of the Population Association of America (PAA), Boston, Massachusetts.

Jdanov, D.A., Jasilionis, D., Soroko, E.L., Rau, R. et Vaupel, J.W. (2008). *Beyond the Kannisto-Thatcher Database on Old Age Mortality: An assessment of data quality at advanced ages*. MPIDR Working Paper WP-2008-013, Rostock : Max Planck Institute for Demographic Research.

Kannisto, V. (2007). « Central and dispersion indicators of individual life duration: New methods », dans : Robine, J.-M., Crimmins, E., Horiuchi, S. et Zeng Y. (dir.), *Human longevity, individual life duration, and the growth of the oldest-old population*, Dordrecht : Springer, p. 111-129.

Kestenbaum, B. (1997, mai). *Recent Mortality of the Oldest Old, from Medicare Data*. Communication présentée au 1997 Annual Meeting of the Population Association of America (PAA), Washington D.C.

Li, J.S.-H., Chan, W.-S. et Cheung, S.-H. (2011). « Structural Changes in the Lee-Carter Mortality Indexes: Detection and Implications », *North American Actuarial Journal* 15 (1), p. 13-31.

Ortman, J., Johnson, P. et King, H. (2014, mai). Projecting Mortality for the Older Population in the United States: 2014 to 2060. Communication présentée au 2014 Annual Meeting of the Population Association of America (PAA), Boston, Massachusetts.

Ouellette, N. et Bourbeau, R. (2014, mai). The Age-Trajectory of Mortality at Ages 100 and beyond: An Analysis of Individual-Level Data in Canada. Communication présentée au 2014 Annual Meeting of the Population Association of America (PAA), Boston, Massachusetts.

Manton, K.G. (1992). « Mortality and Life Expectancy Change Among the Oldest Old », dans : Suzman, R.M., Willis, D.P. et Manton, K.G. (dir.), *The Oldest Old*, New York : Oxford University Press, p. 157-182.

Manton, K.G. and Vaupel, J.W. (1995). « Survival After the Age of 80 in the United States, Sweden, France, England and Japan », *The New England Journal of Medicine* 333 (18), p. 1232-1235.

Nybo, H. et al. (2003). « Predictors of mortality in 2,249 nonagenarians - The Danish 1905-cohort survey », *Journal of the American Geriatrics Society* 51 (10), p. 1365–1373.

Pollard, J.H. (1987). « Projection of Age-specific Mortality Rates », *Population Bulletin of the United Nations* 22, p. 55-69.

Saikia, P. et Borah, M. (2013). « A Study on Mathematical Modelling for Oldest-Old Mortality Rates », *International Journal of Mathematical Archive* 4 (11), p. 104-112.

Thatcher, A.R. (1992). « Trends in Number and Mortality at High Ages in England and Wales », *Population Studies* 46, p. 411-426.

Vaupel, J.W. et Jeune, B. (1994). « The Future of Mortality at Older Ages in Developed Countries », dans : Lutz, W. (dir.), *The Future Population of the World: What Can we Assume Today?*, London : International Institute for Applied Systems Analysis, Earthscan Publications Ltd., p. 295-315.

Vincent, P. (1951). « La mortalité des vieillards », *Population* 6 (2), p. 181-204.

Wang, J.-L., Müller, H.-G. et Capra, W.B. (1998). « Analysis of Oldest-Old Mortality: Lifetables Revisited », *The Annals of Statistics* 26 (1), p. 126-163.

Yadav, A., Yadav, S. et Kesarwani, R. (2012). « Decelerating Mortality Rates in Older Ages and its Prospects through Lee-Carter Approach », *PLoS ONE* 7 (12), p. e50941.

Yue, J.C. (2002). *Oldest-Old Mortality Rates and the Gompertz Law: A Theoretical and Empirical Study Based on Four Countries*. Working paper, Taipei : National Chengchi University.

Zeng, Y. et Vaupel, J.W. (2003). « Oldest-Old Mortality in China », *Demographic Research* 8 (7), p. 215-244.

Divers

Anson, J. (2013). « Surviving to be the oldest old—destiny or chance? », *Vienna Yearbook of Population Research* 11, p. 71–85.

Bhamra, S., Tinker, A., Mein, G., Ashcroft, R. et Askham, J. (2008). « The retention of older people in longitudinal studies: A review of the literature », *Quality in Ageing* 9(4), p. 27-35.

Davies, K. et al. (2010). « Engaging the oldest old in research: Lessons from the Newcastle 85+ study », *BMC Geriatrics* 10 (64).

Forman, J.B. (2013). « Supporting the Oldest Old: The Role of Social Insurance, Pensions, and Financial Products », *Elder Law Journal* 21 (2), p. 375-417.

Hill, M.E., Preston, S.H. et Rosenwaike, I. (1999, mars). *Age Reporting among White Americans Aged 85+: Results of a Record Linkage Study*. Communication présentée au 1999 Annual Meeting of the Population Association of America (PAA), New York, New York.

Zeng, Y., Liu, Y. et George, L.K. (2003). « Gender Differentials of the Oldest Old in China », *Research On Aging* 25 (1), p. 65-80.