

Mémoire
Plan d'action gouvernemental
Vieillir et vivre ensemble 2024-2029

Présenté dans le cadre de l'appel de mémoires
14 avril 2023



**CHAIRE DE RECHERCHE EN
SOINS INFIRMIERS
À LA PERSONNE ÂGÉE ET
À LA FAMILLE**

Université **um**
de Montréal



**CANADA
RESEARCH CHAIRS
CHAIRES DE
RECHERCHE DU
CANADA**

Centre de recherche
iugm
Institut universitaire
de gériatrie de Montréal

Auteures

Stéphanie Daneau, inf., Ph. D.

Professeure adjointe

Département des sciences infirmières, Université du Québec à Trois-Rivières

555, boulevard de l'Université Drummondville (Québec) J2C 0R5

819 478-5011, poste 2989

Stephanie.Daneau@uqtr.ca

Collaboratrice, Chaire de recherche en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille
Chercheure régulière, Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (CRISE) et du Laboratoire interdisciplinaire de recherche en gérontologie

Anne Bourbonnais, inf., Ph. D.

Titulaire de la Chaire de recherche en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille

Titulaire de la Chaire de recherche du Canada en soins aux personnes âgées

Professeure titulaire

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

C.P. 6128, succ. Centre-ville, Montréal (Québec) H3C 3J7

514 343-6111, poste 2734

www.chairepersonneagee.umontreal.ca/ | Anne.Bourbonnais@UMontreal.ca

Chercheure régulière, Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Collaboratrices et collaborateurs

Isabelle Auclair, inf., M. Sc., candidate au doctorat, Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal

Adriana Ferreira, acupuntrice, étudiante à la maîtrise en santé publique, École de santé publique, Université de Montréal

Lawrence Fillion, inf., M. Sc., inf., M. Sc. Env., CSIG(C), Conseiller en soins spécialisés - Personnes âgées, CHUM

Ethel Groffier, juriste, essayiste et chercheure émérite au Centre Paul-André Crépeau de droit privé et comparé

Geneviève Leblanc, inf., M. Sc., Coordinatrice - ressources intermédiaires, ressources de type familial, Ligne Aide Maltraitance Adultes Aînés, CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Dave Métras, inf., B. Sc., étudiant à la maîtrise en sciences infirmières, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal et conseiller en soins infirmiers – volet hébergement, CISSS de la Montérégie-Ouest

Bich-Lien Nguyen, infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne, M. Sc. Inf., M. Sc. Recherche, CISSS de la Montérégie-Centre, chargée de formation pratique IPS, Université de Sherbrooke et étudiante au doctorat en sciences infirmières, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Vincent Thériault, inf., M. Sc. étudiant au doctorat en sciences infirmières, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Leticia Urrutia, inf., M. Sc., infirmière-chef de service, Centre d'hébergement Paul-Gouin, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Table des matières

Auteures	ii
Collaboratrices et collaborateurs	ii
Présentation de notre organisation et introduction	1
Liste des propositions	2
Propositions générales.....	3
Propositions en lien avec des thèmes spécifiques	5
<i>Âgisme et reconnaissance de la diversité des personnes âgées « Dénoncer l’âgisme, lever les obstacles et intégrer nous dans toutes les sphères de la société »</i>	5
<i>Services et soutien pour demeurer à domicile « Ta tante n’est pas assez malade pour avoir accès à des services »</i>	8
<i>Habitation adaptable et abordable « Il faut que ça soit plus facile, avoir de l’aide et augmenter nos possibilités »</i>	11
<i>Mobilité et transport « Soutenez-moi dans mon droit d’aller et venir »</i>	12
Conclusion	14
Références.....	15

Présentation de notre organisation et introduction

La Chaire de recherche en soins à la personne âgée et à la famille (titulaire Anne Bourbonnais, inf., Ph. D.) est une infrastructure de recherche dont la mission est de contribuer au bien-être et à l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées et de leurs proches. Elle est issue d'un partenariat entre la [Faculté des sciences infirmières](#) de l'Université de Montréal et [l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal](#) incluant son centre de recherche, ce dernier étant aujourd'hui une installation du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

À titre de chercheure et professeure, les travaux de [Madame Bourbonnais](#) portent sur les soins à offrir aux personnes âgées vivant avec un trouble neurocognitif et à leurs proches, tant en contexte d'hébergement qu'à domicile. Elle s'intéresse également aux enjeux visant l'âgisme.

Pour sa part, les travaux de [Madame Daneau](#), collaboratrice de la Chaire, portent sur le vieillissement dans la communauté, notamment grâce à un projet de recherche financé par le Fonds de recherche du Québec - Société et culture visant à élaborer et implanter des actions visant la mobilité des personnes âgées vivant avec un trouble neurocognitif dans la communauté. Certaines propositions de ce mémoire s'appuient donc sur les constats de la phase 1 de ce projet, mené en collaboration avec Madame Bourbonnais.

Outre notre expérience à titre de chercheuses et de professeures encadrant des étudiant·e·s de maîtrise et doctorat sur la thématique du vieillissement et des soins aux personnes âgées, nous avons également toutes deux une expérience clinique auprès de la population âgée et de leurs proches.

Afin d'enrichir notre réflexion à l'égard du plan d'action Vieillir et vivre ensemble 2024-2029, des échanges ont eu lieu au sein de la communauté de la Chaire qui regroupe les étudiant·e·s actuel·le·s et diplômé·e·s de la Chaire. Nous avons également obtenu la perspective de Mme [Ethel Groffier](#), juriste, essayiste et chercheure émérite au Centre Paul-André Crépeau de droit privé et comparé, sur nos propositions afin de les bonifier et de nous assurer de leur pertinence auprès d'une personne visée par le plan d'action.

Nous remercions l'ensemble de ces personnes pour leur apport à notre réflexion. À titre d'auteurs, nous assumons toutefois l'entière responsabilité de nos propos et propositions.

C'est à la lumière de ces expertises et collaborations que nous émettons des propositions générales en lien avec le plan d'action 2024-2029, ainsi que sur les thématiques visant l'âgisme, les services et soins pour demeurer à domicile, les habitations et la mobilité.

Liste des propositions

Générales

1. Adopter la perspective inclusive d'un processus de vieillissement résilient.
2. Mettre en place les moyens pour appliquer concrètement dans les pratiques les recommandations émises dans les divers rapports déjà disponibles.
3. Établir des objectifs spécifiques en lien avec l'optimisation des processus administratifs et la mesure de la qualité des soins/services plutôt qu'uniquement le volume.

Âgisme et reconnaissance de la diversité des personnes âgées

4. Éviter les actions pouvant mener à la discrimination des personnes âgées ayant des problèmes de santé.
5. Adopter une perspective d'intersectionnalité et cibler les structures sociales pour encourager des valeurs cohérentes à la reconnaissance des droits des personnes âgées.
6. Explorer les pratiques favorisant l'intégration des personnes âgées dans les sociétés non occidentales.
7. Créer des campagnes de sensibilisation grand public sur l'âgisme.
8. Établir des mécanismes permettant de dénoncer systématiquement l'âgisme dans la société.
9. Intégrer des activités obligatoires de sensibilisation à l'âgisme et des activités intergénérationnelles dans tous les programmes d'éducation et de formation.
10. Codévelopper avec des personnes âgées une formation obligatoire pour les personnes travaillant dans les médias.
11. Inclure systématiquement l'âge aux politiques à l'égard de l'équité, de la diversité et de l'inclusion.
12. Assurer une représentation des personnes âgées au sein des conseils d'administration.
13. Intégrer des objectifs explicites sur la sensibilisation à l'âgisme dans toutes les politiques gouvernementales.

Services et soutien pour demeurer à domicile

14. Assouplir les critères d'accès aux soins et services à domicile aux besoins de toutes les personnes âgées dans une perspective de prévenir des besoins plus grands.
15. Simplifier l'accès aux soins et services à domicile en réduisant la lourdeur administrative.
16. Permettre aux intervenant-e-s de première ligne de repérer activement les personnes âgées vulnérables et de demander directement des soins et services à domicile pour et avec elles.
17. Créer des rôles d'intervenant-e pivot pour assurer l'adéquation entre les besoins et les services de toutes les personnes d'un territoire sans égard à l'inscription.
18. S'inspirer du modèle de soins à domicile de CLSC ayant des pratiques exemplaires en termes d'accessibilité et de facilité de services.
19. Assurer la possibilité de communiquer facilement avec un contact humain pour l'obtention de services.

Habitation adaptable et abordable

20. Appliquer systématiquement les exigences d'accessibilité des nouvelles habitations.
21. Créer des incitatifs financiers à l'adaptation des logements existants.
22. Informer les personnes âgées et les intervenant-e-s des programmes d'adaptation du domicile, simplifier les démarches et rendre disponibles des personnes-ressources.
23. Développer les projets d'habitation et de cohabitation intergénérationnelle.

Mobilité et transport

24. Poursuivre la sensibilisation des employé-e-s du transport en commun et du transport adapté sur l'attitude optimale à adopter et adapter les routes pour respecter le rythme des personnes âgées.
25. S'assurer qu'une personne-ressource est facilement accessible pour soutenir les personnes âgées dans la réalisation de leurs transactions dans les commerces.
26. Augmenter le nombre de toilettes non genrées dans les espaces publics.
27. Faciliter l'accès aux vignettes de stationnement pour les personnes vivant avec un trouble neurocognitif et augmenter le nombre de places destinées à ces personnes.

Propositions générales

Nous tenons tout d’abord à souligner qu’appartenant à une discipline du domaine de la santé, notre expertise porte principalement sur l’expérience et les soins aux personnes âgées qui vivent des problèmes de santé ou qui y sont très vulnérables dans une perspective socioculturelle. Nous avons également une préoccupation pour leurs personnes proches aidantes. Bien que nous partagions l’intention louable de viser un vieillissement le plus actif possible, il nous apparaît évident que peu de personnes finissent leur vie en santé d’autant plus lorsqu’elles sont très âgées. Il est donc presque inévitable que les personnes âgées dans notre société aient besoin de soins de santé et de services pour les accompagner dans une trajectoire plus ou moins longue où elles auront à faire face à des problèmes de santé et d’indépendance. Ultimement, elles auront besoin de soins de fin de vie. Certaines actions peuvent retarder ces problèmes ou atténuer les souffrances qu’ils peuvent provoquer, mais le plan d’action doit clairement être inclusif de toutes les personnes âgées, incluant celles qui ont des problèmes de santé et d’indépendance.

À cet effet, la notion même du vieillissement actif soulève des questionnements. Bien que reflétant le souhait de la population et ayant clairement des bénéfices aussi pour l’état québécois en termes de gestion des services de santé, d’un point de vue individuel, il est voué à l’échec et ne peut pas être inclusif de toutes les personnes vieillissantes. Cette notion peut même contribuer à la stigmatisation des personnes qui ne parviennent pas à rester actives (Hicks et Conner, 2013). Des nuances peuvent bien sûr être apportées dans la façon de définir le vieillissement actif, mais ces nuances sont peu comprises ou considérées dans les propos et les plans d’action ministériels antérieurs. Le vieillissement actif représente également un état (il est actif ou non) et non un processus (Hicks et Conner, 2013). Si le but de la politique est de « reconnaître le désir légitime des personnes âgées de mener une vie active et autonome le plus longtemps possible et qui leur assure la sécurité et l’accès aux soins et services adaptés tout au long de leur parcours de vie » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2023, p. 4), il faut alors circonscrire le tout dans une perspective plus inclusive, peu importe le parcours.

À cet égard, nous proposons de plutôt parler d’un processus de vieillissement résilient (Angevaere et al., 2020; Harris, 2008; Hicks et Conner, 2013; Wild et al., 2011). Le vieillissement résilient peut être défini comme étant un processus contextuel d’ajustement positif et dynamique face aux défis et problèmes de la vie dans le temps. La résilience est considérée comme un processus vécu par une personne qui se manifeste par des comportements observables et qui prend appui sur l’expérience de vie et sur le contexte. Elle favorise la qualité de vie. Elle s’appuie sur l’interdépendance avec les proches et les diverses dimensions de l’environnement (p. ex., financières, environnementales, sociales, culturelles). Toute personne âgée, peu importe l’évolution de son état de santé, et ce, jusqu’à la fin de sa vie, peut viser un vieillissement résilient dans un système social complexe où les interactions, les ressources individuelles et le soutien de l’environnement peuvent contribuer à favoriser la résilience (Angevaere et al., 2020; Harris, 2008; Hicks et Conner, 2013; Wild et al., 2011; Wiles et al., 2012; Wilson et al., 2020). Concevoir le vieillissement sous l’angle de la résilience est alors inclusif de toutes personnes, peu importe leur contexte et leurs handicaps physiques ou cognitifs (Harris, 2008). Il appelle à promouvoir un environnement social et communautaire aidant activement les personnes vieillissantes à s’ajuster à leurs circonstances le plus positivement possible et à reconnaître leurs forces (Wild et al., 2011).

Par ailleurs, nous ne pouvons passer sous silence que malgré la politique et son plan d'action, la pandémie de la COVID-19 a mis en évidence des problèmes profonds d'âgisme au sein de la société québécoise et plus largement dans les sociétés occidentales (Fraser et al., 2020; Hébert et Couturier, 2020; Leibing, 2020). Les objectifs visant une équité intergénérationnelle et à améliorer les conditions de vie des personnes âgées les plus vulnérables n'ont clairement pas été atteints (Commissaire à la santé et au bien-être, 2022; Protecteur du citoyen, 2020, 2021). Depuis de nombreuses années, plusieurs rapports sont produits par diverses instances en lien avec les soins aux personnes âgées et leurs proches, que cela soit sur l'offre de soins à domicile, dans les résidences pour personnes âgées, les résidences intermédiaires et les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), ainsi qu'en contexte hospitalier (p. ex., Commissaire à la santé et au bien-être, 2023; Commission de la santé et des services sociaux, 2016; Protecteur du citoyen, 2016; Protecteur du citoyen, 2019). Ces rapports soulignent à répétition que les recommandations ne sont souvent pas appliquées. Le plus récent rapport de la Commissaire à la santé et au bien-être dans le premier tome de l'état actuel des soins et services de soutien à domicile réitère à nouveau que les objectifs visés ne sont pas atteints (Commissaire à la santé et au bien-être, 2023). Notre perspective est donc que le plan d'action 2024-2029 devrait en priorité intégrer les recommandations déjà émises par le passé, entre autres par le Commissaire à la santé et au bien-être et par le Protecteur du citoyen, et mettre en place les moyens et processus nécessaires afin d'en favoriser l'application concrète dans les pratiques. Cette intégration dans les pratiques devrait s'appuyer sur un travail réel de concertation avec des personnes âgées et leurs proches visées directement par ces pratiques. Les pratiques devraient aussi pouvoir s'adapter aux caractéristiques et besoins locaux puisque, à l'image du Québec, les personnes âgées et leurs proches ne représentant pas un groupe homogène. Les obstacles administratifs et bureaucratiques devraient être levés afin de favoriser la coordination, le respect des besoins, la créativité et l'agilité. Des objectifs spécifiques en lien avec l'optimisation des processus devraient être établis. Bien souvent, les objectifs visent les structures ou des mesures de volume, alors que les processus sont les médiateurs de qualité et de capacité d'adaptation aux besoins hétérogènes.

Ainsi, bien que l'ensemble des thématiques abordées par le plan d'action soit pertinent, il nous apparaît que le problème fondamental qui interfère avec toute autre initiative et qui nuit au développement d'une société où il fait bon vieillir est l'âgisme. Comment peut-il faire bon vieillir si les personnes qui présentent des signes manifestes de vieillissement sont discriminées, négligées ou moins bien traitées uniquement en lien avec leur âge et les préjugés qui y sont liés?

Les propositions qui suivent en lien avec des thématiques spécifiques porteront donc en premier sur l'âgisme. Des propositions en lien avec d'autres thématiques sont aussi présentées, mais toujours en lien avec ce fil conducteur qu'est de prévenir l'âgisme et de favoriser un processus de vieillissement résilient.

Proposition 1

Adopter la perspective inclusive d'un processus de vieillissement résilient plutôt que celle du vieillissement actif.

Proposition 2

Mettre en place les moyens pour appliquer concrètement dans les pratiques les recommandations émises dans les divers rapports déjà disponibles, et ce, en concertation avec les personnes âgées et leurs proches et dans le respect des caractéristiques locales.

Proposition 3

Établir des objectifs spécifiques en lien avec l'optimisation des processus administratifs et la mesure de la qualité des soins/services plutôt qu'uniquement le volume.

Propositions en lien avec des thèmes spécifiques

Âgisme et reconnaissance de la diversité des personnes âgées | « Dénoncer l'âgisme, lever les obstacles et intégrer nous dans toutes les sphères de la société »

Comme dans la majorité des sociétés occidentales, l'âgisme est omniprésent au Québec. Il est le préjugé le plus toléré et méconnu (Revera et Fédération internationale du vieillissement, 2012). La discrimination et les préjugés liés à l'âge se retrouvent dans toutes les sphères de la société et sont souvent intériorisés par les personnes âgées. Cette situation découle, entre autres, des valeurs et croyances dominantes dans nos sociétés, soit la valorisation de la productivité et de l'indépendance qui sont fortement associées à la jeunesse (Angus et Reeve, 2006; Bourbonnais et Ducharme, 2010). Ces valeurs peuvent avoir un double effet négatif pour les personnes âgées. Outre, le fait de contribuer à l'âgisme, elles contribuent aussi au capacitisme¹. Ainsi, les personnes âgées qui développent des problèmes de santé (p. ex., physique, mental ou cognitif) subissent une double discrimination qui est parfois intitulée un nouvel âgisme (Martinson et Berridge, 2015). Considérant que seulement 25 % des personnes âgées n'ont aucune maladie chronique et que 60 % des personnes de plus de 85 ans ont des incapacités importantes, cette double discrimination affecte une très grande majorité des personnes âgées (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2023). Cette double composante doit être considérée dans l'ensemble des actions prévues afin d'éviter que les actions pouvant donner une image plus « positive » du vieillissement aient des effets pervers involontaires en discriminant alors celles qui ont des problèmes de santé.

De plus, plusieurs personnes âgées appartiennent à des groupes déjà discriminés (p. ex., femmes, personnes racisées, personnes LGBTQ+, minorité religieuse, personnes des Premiers Peuples, personnes à faible revenu). Une perspective d'intersectionnalité est donc à privilégier dans l'analyse des enjeux visant les personnes âgées. Afin d'éviter une idéologie néolibérale ciblant les responsabilités individuelles pour limiter les coûts gouvernementaux, il faut plutôt cibler les structures sociales qui contribuent à cette discrimination et encourager des valeurs plus cohérentes avec la reconnaissance de toute personne, peu importe son âge et ses capacités.

¹ « Forme d'oppression systémique (...), qui tend à juger les capacités physiques, sensorielles ou intellectuelles des personnes en situation de handicap comme inférieures (...) » (définition tirée de <https://edi.uqam.ca/lexique/autres-termes-reference/>)

Dans des sociétés basées sur une culture plus collective qu'individualiste, il est possible d'observer des valeurs très différentes découlant en des perceptions positives du vieillissement, ce qui reflète la possibilité de le voir autrement comme société. Parmi nos collaborateur·trice·s ou collègues, des discussions ont eu lieu permettant d'identifier des façons bien différentes de considérer les personnes âgées, par exemple, en Amérique du Sud ou en Asie. Dans ces cultures, les personnes âgées sont respectées pour leur contribution à la société, consultées et les modes de vie sont organisées de façon à maintenir leur intégration à la vie citoyenne. Certain·e·s auteur·e·s soulignent le besoin d'adopter une telle perspective collective où chacun s'ajuste pour maintenir l'intégration de la personne âgée (Martinson et Berridge, 2015). Des pistes pourraient donc être identifiées sur la façon d'intégrer les personnes âgées en examinant les pratiques dans des sociétés non occidentales.

Ainsi, le vœu de réduire l'âgisme passe inévitablement par une remise en question des valeurs sociétales et une prise de conscience de l'impact de ces valeurs sur le bien-être de la population. Étant donné le vieillissement rapide de la société et considérant que cela nous concerne tous, une réflexion collective devrait avoir lieu afin d'amener des changements profonds sur notre perspective sur le vieillissement. La société québécoise a été capable de participer à une réflexion approfondie sur les soins de fin de vie et l'aide médicale à mourir. Une réflexion similaire devrait être mise sur pied afin d'identifier les facteurs contribuant à l'âgisme, les obstacles pour le contrer et les stratégies qui devraient être mises en place dans la structure sociale pour le réduire.

Des campagnes de sensibilisation grand public devraient être créées régulièrement afin de sensibiliser à l'âgisme et à ses conséquences (Sweetland et al., 2017). Des mécanismes devraient être mis sur pied afin de permettre de dénoncer systématiquement l'âgisme, tant individuel, institutionnel que sociétal.

L'âgisme et ses impacts devraient faire partie des programmes d'éducation de tous les niveaux, soit au primaire, secondaire, collégial et à l'université. Dans les écoles primaires et secondaires, des activités de sensibilisation jumelées à des activités intergénérationnelles devraient être implantées. Pour les futurs professionnel·le·s de la santé et communautaires, les enjeux visant l'âgisme devraient être systématiquement abordés et des activités devraient intégrer des personnes âgées partenaires. Les connaissances des professionnel·le·s sur les besoins des personnes âgées sont reconnues comme étant lacunaires, ce qui contribue à l'âgisme dans un contexte ayant d'autant plus de conséquences (Bourbonnais et Ducharme, 2010). Les autres programmes de formation professionnels (p. ex., droit, architecture, génie) devraient également intégrer des activités en lien avec l'âgisme et les besoins des personnes âgées. Une formation obligatoire codéveloppée avec des personnes âgées devrait être imposée aux diverses personnes travaillant dans les médias.

Les politiques d'employeurs à l'égard de l'équité, de la diversité et de l'inclusion devraient systématiquement inclure aussi ce qui concerne l'âge afin de réduire les obstacles rencontrés par les personnes vieillissantes et d'assurer une représentation sociale et visuelle variée et juste des personnes plus vieilles (Morganroth Gullette, 2017). Les personnes âgées devraient être représentées dans les conseils d'administration des entreprises/organismes. Des activités/projets

intergénérationnelles devraient être valorisées et encouragées dans les divers milieux de travail, incluant dans le réseau de la santé et des services sociaux. L'expérience des personnes âgées devrait être mise à profit le plus possible dans les diverses sphères de la société en fonction de leurs souhaits. Par exemple, dans le cadre d'un de nos projets de recherche en CHSLD pendant la première vague de la pandémie de la COVID-19, un centre a mis à contribution des personnes hébergées qui souhaitaient aider pendant la crise en leur demandant de répondre à des appels téléphoniques de personnes proches aidantes pour fournir de l'information sur la situation locale. Malgré des problèmes de santé importants les ayant amenées à vivre en institution, ces personnes hébergées ont offert un service utile qui a été très apprécié des personnes proches aidantes (Bourbonnais et al., 2021). Si une telle initiative est possible avec les personnes âgées parmi celles ayant le plus de pertes d'indépendance, des possibilités devraient exister dans tous les domaines pour des personnes âgées qui souhaiteraient faire bénéficier de leur expérience.

Ainsi, à savoir qui sont les partenaires qui devraient contribuer à sensibiliser la population à l'âgisme, notre réponse est que tous sont concernés et tous devraient y participer. Cet enjeu ayant des racines profondes dans des valeurs souvent inconscientes, des progrès ne nous apparaissent pas possibles à moins d'en faire un enjeu de société et d'intégrer des objectifs explicites sur la sensibilisation à l'âgisme dans toutes les politiques gouvernementales.

Proposition 4

Éviter les actions pouvant mener à la discrimination des personnes âgées ayant des problèmes de santé (nouvel âgisme, soit âgisme + capacitisme).

Proposition 5

Adopter une perspective d'intersectionnalité dans l'analyse des enjeux visant les personnes âgées et cibler les structures sociales pour encourager des valeurs cohérentes à la reconnaissance des droits des personnes âgées.

Proposition 6

Explorer les pratiques et les valeurs favorisant l'intégration des personnes âgées dans les sociétés non occidentales.

Proposition 7

Créer des campagnes de sensibilisation grand public sur l'âgisme.

Proposition 8

Établir des mécanismes permettant de dénoncer systématiquement l'âgisme dans la société québécoise.

Proposition 9

Intégrer des activités obligatoires de sensibilisation à l'âgisme et des activités intergénérationnelles dans les écoles primaires et secondaires, ainsi que dans les programmes collégiaux et universitaires, en particulier dans les programmes de formation professionnalisante.

Proposition 10

Codévelopper avec des personnes âgées une formation obligatoire pour les diverses personnes travaillant dans les médias.

Proposition 11

Inclure systématiquement l'âge aux politiques à l'égard de l'équité, de la diversité et de l'inclusion.

Proposition 12

Assurer une représentation des personnes âgées au sein des conseils d'administration des entreprises/organismes.

Proposition 13

Intégrer des objectifs explicites sur la sensibilisation à l'âgisme dans toutes les politiques gouvernementales.

Services et soutien pour demeurer à domicile | « Ta tante n'est pas assez malade pour avoir accès à des services »

L'accessibilité aux services et soins pour rester à domicile demeure un enjeu majeur pour les personnes âgées dans la communauté. Plusieurs facteurs font en sorte que l'accès au bon service, au bon moment, relève d'un véritable parcours du combattant.

La rigidité des critères donnant accès à plusieurs soins ou services dans la communauté est telle que plusieurs personnes âgées ne se qualifient pas aux dits services ou soins, malgré les besoins réels qu'elles présentent. L'incapacité d'obtenir ces soins et services n'est pas sans conséquences puisqu'elle amène une détérioration de l'état de santé et peut mener à accélérer la perte d'indépendance (Gilmour, 2018), en plus d'avoir des impacts sur les personnes proches aidantes.

Par exemple, les services d'un-e physiothérapeute ou ergothérapeute à domicile sont parmi les services difficiles d'accès au sein du réseau public par la rigidité des critères d'accès, alors que ceux-ci sont souvent essentiels au rétablissement ou à l'adaptation de la personne âgée à une nouvelle condition de santé. Une collaboratrice de ce mémoire mentionnait d'ailleurs ceci : « la structure actuelle n'est pas faite pour préserver ce qu'il te reste de fonction, ils attendent plutôt que tu sois assez malade pour bénéficier des services, pour ensuite pallier les déficits provoqués par ce manque de services ».

Les personnes âgées en mesure de se déplacer pour recevoir des soins au centre local de services communautaires (CLSC) ou qui ont les moyens de payer au privé ont accès à des soins. Les personnes âgées plus lourdement atteintes qui ne sont pas en mesure de se déplacer ont également accès à des soins à domicile la plupart du temps, quoique pas toujours en quantité ou qualité suffisante. Mais les personnes âgées qui se trouvent entre ces deux groupes sont souvent exclues de l'offre de services. Cette réalité provoque une inégalité sociale, alors que les personnes

âgées avec un statut socioéconomique favorable sont à même de déboursier afin d'obtenir les services nécessaires dans le réseau privé (Johnson et al., 2018), ce qui n'est pas le cas pour les autres, qui demeurent sans le soutien approprié, jusqu'à ce qu'elles aient suffisamment d'incapacités afin de recevoir des services. Ceci nous paraît complètement incohérent avec les objectifs visés par la politique Vieillir et vivre ensemble.

Afin de favoriser le maintien des capacités des personnes âgées, les services de soutien à domicile doivent être adaptés aux besoins de ces personnes et répondre à ces besoins en temps opportun. Cela nécessite un élargissement des critères d'accès aux services de soutien à domicile et la création d'un corridor de services s'adressant spécifiquement à ces personnes âgées ayant des besoins moins intensifs, mais essentiels pour le maintien de leurs capacités et autonomie. Bien que cela soit fait dans certains CLSC (voir par exemple le programme pour les personnes requérant une faible intensité de services du CIUSSS Centre-Ouest-de l'Île-de-Montréal), cela n'est pas le cas partout.

Également, la porte d'entrée afin d'avoir accès à ces services de soutien doit être simplifiée. Au-delà des problèmes liés à la rigidité des critères d'accès, la lourdeur administrative, les délais et la complexité de l'obtention d'une référence, ne serait-ce que pour obtenir une évaluation des besoins d'une personne âgée, font en sorte que très peu de personnes âgées ont accès aux services dont elles ont besoin, au moment où elles en ont besoin. Cette situation renforce l'importance de notre proposition 3, à savoir d'établir des objectifs pour optimiser les processus administratifs.

D'ailleurs, au sein de notre groupe, des expériences personnelles de proche aide auprès de personnes âgées nous ont permis de constater directement qu'il faut souvent détenir une grande persévérance en plus d'une excellente connaissance du fonctionnement du système de santé afin d'être en mesure d'obtenir un service donné à domicile notamment, ou même d'arriver simplement à rejoindre un·e professionnel·le ou le département approprié·e·s. Si en tant qu'infirmières ou infirmiers et chercheuses étant familiers avec le système, nous rencontrons de grandes difficultés à naviguer dans les démarches nécessaires à l'obtention d'un service pour notre proche âgé, nous pouvons sans risque émettre le postulat qu'un nombre imposant de personnes âgées n'arrivent simplement pas à se rendre au bout de la démarche pour recevoir le soutien nécessaire.

Des stratégies devraient être mises de l'avant pour faciliter l'accès aux services spécifiquement pour les personnes âgées. Le point commun de ces propositions concerne l'importance de réduire le nombre d'intermédiaires, de démarches et d'interlocuteurs pour accéder à un service. D'abord, les différents intervenant·e·s et professionnel·le·s qui œuvrent en première ligne doivent pouvoir directement faciliter l'accès aux services. Par exemple, les intervenant·e·s des organismes et pharmacies communautaires qui connaissent les particularités régionales doivent être sensibilisé·e·s aux services disponibles localement et être en mesure de diriger directement la personne âgée vers les services dont elle a besoin.

Aussi, à l'instar du rôle de l'infirmier·ère pivot en oncologie, qui est la personne-ressource pour la

personne vivant avec un cancer, ses proches et les autres professionnel-le-s de la santé au sein d'un établissement donné, la création d'un rôle d'intervenant-e pivot à la personne âgée est proposée afin de favoriser l'adéquation entre les besoins de la personne et les services disponibles localement. Les personnes âgées devraient avoir accès à une personne assurant ce rôle sans égard à leur inscription au CLSC.

De plus, certains CLSC ont mis en place un modèle de services à domicile répondant rapidement et facilement aux besoins de la population sur leur territoire, incluant les personnes âgées. Nous proposons donc que ces CLSC servent de modèle pour les autres territoires. Par exemple, le CLSC de Verdun offre des soins et du soutien à domicile à toute personne sur son territoire qu'elle soit connue ou non du CLSC et sans égard à l'inscription auprès d'un-e médecin. Ces soins peuvent être pour des problèmes aigus, chroniques ou de fin de vie. Ils sont offerts par une équipe interprofessionnelle qui inclut une équipe médicale de garde 24/7. Des infirmières sont dédiées à une réponse rapide pour des problèmes aigus et d'autres pour les soins palliatifs et de fin de vie. Ces soins et services, qui s'ajoutent à ceux habituellement offerts à domicile, permettent aux personnes âgées de rester chez elles, d'éviter les hospitalisations et les conséquences importantes qui en découlent et d'alléger les démarches nécessaires pour obtenir des services (CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 2022). Il est donc possible actuellement au sein du système de santé de faire mieux, mais cela demande un leadership politique fort et divers obstacles doivent être retirés pour faciliter le tout. Un projet de recherche est en cours, entre autres, afin de mieux comprendre les particularités et les effets de ce modèle du CLSC de Verdun (voir p. 24 : <https://iugm.ca/sites/iugm/files/media/document/web-PORTFOLIO-2023.pdf>).

Aussi, dans le cadre d'un autre projet de recherche en cours qui porte sur la mobilité des personnes âgées vivant avec un trouble neurocognitif dans la communauté, des personnes participantes nous confiaient que l'impossibilité de parler à un humain pour une prise de rendez-vous, une demande de service ou même l'inscription à un loisir provoquait l'abandon de la démarche de leur part. L'obligation d'utiliser l'internet ou les options interminables au téléphone sans possibilité de parler à une personne en composant le 0 ou une autre option explicitement nommée est un obstacle majeur à l'obtention de services ou même à la vie citoyenne. On peut aussi penser que les personnes âgées allophones rencontrent encore plus de difficultés dans leur tentative d'accès aux services. Il est donc primordial que les services soient facilement accessibles par un contact humain direct.

Proposition 14

Assouplir les critères d'accès aux soins et services à domicile aux besoins de toutes les personnes âgées dans une perspective de prévenir des besoins plus grands.

Proposition 15

Simplifier l'accès aux soins et services à domicile en réduisant la lourdeur administrative.

Proposition 16

Permettre aux intervenant-e-s de première ligne de repérer activement les personnes âgées vulnérables et de demander directement des soins et services à domicile pour celles qui le

souhaiteraient.

Proposition 17

Créer des rôles d'intervenant·e pivot pour assurer l'adéquation entre les besoins et les services de toutes les personnes d'un territoire sans égard à l'inscription.

Proposition 18

S'inspirer du modèle de soins à domicile de CLSC ayant des pratiques exemplaires en termes d'accessibilité et de facilité de services.

Proposition 19

Assurer la possibilité de communiquer facilement avec un contact humain pour l'obtention de services.

Habitation adaptable et abordable | « Il faut que ça soit plus facile, avoir de l'aide et augmenter nos possibilités »

Si la crise du logement au Québec est une préoccupation pour la population générale, elle l'est encore plus pour les personnes âgées qui rencontrent des enjeux sur le plan de leur mobilité et nécessitent donc un domicile adapté. Elles sont confrontées à plusieurs problèmes potentiels par exemple, la complexité des démarches pour l'adaptation de leur propre domicile, la méconnaissance des programmes existants pouvant faciliter cette adaptation, les coûts non couverts et le nombre insuffisant d'unités de location adaptées (habitation à loyer modique [HLM] ou non) se trouvant au rez-de-chaussée ou dans un édifice avec ascenseur. Ces situations amènent parfois les personnes âgées présentant des problèmes de mobilité, même mineurs, à devoir déménager en résidence privée pour aînés alors que cela n'est pas nécessairement leur souhait.

Nous saluons l'adoption des [nouvelles exigences au Code de la construction visant l'accessibilité des logements en construction](#). Nous recommandons que ces normes soient systématiquement appliquées maintenant que la période transitoire est terminée et que les exceptions à ces exigences soient rares.

Pour les bâtiments existants, en plus de la sensibilisation des propriétaires, des incitatifs financiers plus importants doivent être mis en place pour augmenter la disponibilité des espaces adaptés. Même pour des propriétaires qui voudraient être compréhensifs de ces enjeux, le coût élevé des rénovations pour accroître l'accessibilité s'avère un obstacle important, d'autant plus dans une période inflationniste et dans un contexte où le bassin de locataires potentiel·le·s est important, sans avoir à offrir des unités accessibles.

Puis, les personnes âgées doivent être informées des programmes de subventions et de crédits d'impôt disponibles pour l'adaptation de leur propre milieu de vie, avec une clarification des délais et démarches à suivre pour y avoir droit. C'est un constat qui revient à travers ce mémoire : l'accessibilité aux services et ressources est nettement diminuée en raison de la lourdeur

administrative, de la complexité des démarches et des difficultés d'avoir accès à une personne bien informée pouvant guider les personnes âgées à l'égard de ces programmes ou ressources.

Par ailleurs, le Québec devrait favoriser les projets d'habitation intergénérationnels, ces derniers pouvant présenter plusieurs avantages, dont de réduire les défis des personnes proches aidantes et de favoriser des liens intergénérationnels qui peuvent contribuer à prévenir l'âgisme et faire bénéficier les familles de l'expérience des personnes âgées. De plus, la construction d'immeubles d'habitation devrait être pensée pour favoriser les liens intergénérationnels et d'autres contextes devraient permettre le développement de projets créatifs favorisant ces liens afin de favoriser une meilleure inclusion des personnes âgées à la vie quotidienne, en plus de grandement bénéficier aux autres générations (Murayama et al., 2019; Suleman et Bhatia, 2021). Cela reflète d'ailleurs des modes de vie que l'on retrouve souvent dans les cultures non occidentales et qui facilitent le vieillissement résilient. Il serait pertinent d'également innover en développant des initiatives où des étudiant·e·s cohabiteraient avec des personnes âgées dans un échange de services réciproques et d'amitié (voir par exemple <https://www.youtube.com/watch?v=Y56zLb4NgSU>).

Proposition 20

Appliquer systématiquement les exigences d'accessibilité des nouvelles habitations.

Proposition 21

Créer des incitatifs financiers à l'adaptation des logements existants pour les propriétaires.

Proposition 22

Informar les personnes âgées et les intervenant·e·s des programmes d'adaptation du domicile, simplifier les démarches et rendre disponibles des personnes-ressources localement pouvant offrir des conseils.

Proposition 23

Développer des projets d'habitation et de cohabitation intergénérationnelle.

Mobilité et transport | «Soutenez-moi dans mon droit d'aller et venir»

Il est pertinent de mentionner la persistance des enjeux sur le plan de l'aménagement urbain dans plusieurs localités. De l'obligation d'enjamber une piste cyclable afin d'atteindre le trottoir à l'absence de trottoirs adaptés, en passant par le manque de mobilier urbain afin de permettre des pauses dans les grands espaces, ces enjeux sont bien connus, tout comme leurs solutions. Il faut donc poursuivre les efforts visant à améliorer l'accessibilité pour toutes les personnes âgées.

À cet égard, les endroits ou activités comportant une file d'attente devraient adapter l'espace pour le confort des personnes âgées, en permettant notamment l'attente en position assise tout en conservant son rang dans la file, et ainsi favoriser leur participation.

Dans le projet de recherche portant sur la mobilité des personnes âgées vivant avec un trouble

neurocognitif mentionné auparavant, des préoccupations ont été identifiées par ces personnes, leurs proches et les intervenant·e·s. Bien que le projet soit toujours en cours, des propositions en réponse à ces préoccupations peuvent être dégagées.

D'abord, la sensibilisation des employé·e·s des services de transport est essentielle afin que ceux-ci adoptent une attitude adéquate avec les personnes âgées qui nécessiteraient plus de temps pour se déplacer ou pour comprendre une consigne, par exemple. Les comportements empreints d'impatience ont des impacts sur le bien-être des personnes âgées et sur la qualité de leurs sorties, et même sur leur envie de retenter l'expérience. Parallèlement, l'adaptation des routes de transport adapté pour respecter le rythme des personnes âgées est également recommandée, afin de réduire ces comportements d'impatience devant une personne qui prendrait plus de temps à enfiler son manteau ou qui aurait besoin d'être rassurée par son proche avant de monter à bord.

Ensuite, la possibilité d'avoir accès facilement à une personne pour effectuer des transactions dans divers commerces est primordiale. L'automatisation des caisses dans les supermarchés, par exemple, ou encore des appareils de paiement qui diffèrent (style Interac ou autres) sont des obstacles à l'autonomie des personnes âgées vivant avec un trouble neurocognitif qui, en l'absence d'un·e employé·e facilement accessible pour les soutenir, finissent par préférer s'abstenir d'effectuer des sorties qui demanderaient d'effectuer de telles transactions. Cet enjeu démontre, entre autres, l'importance de notre proposition 12 sur l'intégration de personnes âgées aux conseils d'administration des organismes et entreprises.

Pour les personnes âgées présentant un trouble neurocognitif devant recevoir le soutien d'une personne proche aidante dans le cadre de leurs sorties dans la communauté, les toilettes genrées et les stationnements éloignés représentent des freins aux activités dans la communauté. Une personne proche aidante de genre opposé à celui de la personne âgée complexifie l'utilisation des salles de toilette, en plus de créer de l'anxiété chez un et l'autre par la peur que la personne âgée ne s'égarer ou qu'elle ait besoin de soutien. Aussi, un stationnement trop éloigné ou l'indisponibilité d'une place de stationnement destinée aux personnes en situation de handicap, qui fait en sorte que le ou la proche doive déposer la personne âgée vivant avec un trouble neurocognitif près d'une porte avant d'aller se stationner pour ensuite revenir vers la personne, est également un frein à la possibilité de fréquenter divers établissements. Des personnes proches aidantes préfèrent éviter une sortie plutôt que de se retrouver dans une position où la personne qu'elles accompagnent pourrait s'égarer.

Finalement, un constat important basé sur le récit des personnes participantes au projet de recherche est qu'il n'est pas rare qu'une personne vivant avec un trouble neurocognitif vive sa première expérience de désorientation en raison d'un détour dû à des travaux routiers. Si ce type de détour est désagréable pour la plupart d'entre nous, il peut être désastreux pour une personne pour qui la prévisibilité de ce chemin lui permet de maintenir une vie active dans la communauté. En plus de l'anxiété provoquée par les moments où la personne n'arrive plus à s'orienter, ces

expériences peuvent faire en sorte de cesser des sorties non accompagnées, alors que la personne a toujours la capacité de se mobiliser seule dans des lieux connus. Sans faire l'objet d'une proposition concrète, ce constat est plutôt une invitation à la réflexion sur un autre problème découlant des travaux routiers.

Proposition 24

Poursuivre la sensibilisation des employé·e·s du transport en commun et du transport adapté sur l'attitude optimale à adopter et adapter les routes afin de tenir compte du rythme des personnes âgées.

Proposition 25

S'assurer qu'une personne-ressource est facilement accessible pour soutenir les personnes âgées dans la réalisation de leurs transactions dans les commerces.

Proposition 26

Augmenter le nombre de toilettes non genrées dans les espaces publics.

Proposition 27

Faciliter l'accès aux vignettes de stationnement pour les personnes vivant avec un trouble neurocognitif et augmenter le nombre de places destinées aux personnes en situation de handicap dans les lieux fréquentés.

Conclusion

À titre de chercheuses, nous nous réjouissons de la volonté du gouvernement de favoriser une société où il fait bon vieillir. Les thématiques visées par le plan d'action nous apparaissent des plus pertinentes et elles sont bien exposées dans le document de la consultation. Toutefois, nous constatons que des efforts importants seront nécessaires dans les prochaines années pour mener à des changements concrets dans la vie quotidienne des personnes âgées. Nous avons été témoin de l'adoption de l'importante loi à l'égard des personnes proches aidantes et des moyens que cela a engendrés pour favoriser un meilleur soutien à ces personnes. L'adoption de la loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés est aussi un changement sociétal important. Mais nous sommes d'avis que des moyens tout aussi puissants doivent être mis en œuvre afin de favoriser une société québécoise où il fait bon vieillir et pour transformer des valeurs occidentales qui sont contraignantes à l'égard du vieillissement. Les projets pilotes et initiatives locales sont pertinents, mais l'enjeu et l'apport qu'est le vieillissement de la population demandent des actions plus fortes et sociétales. Nos propositions sont faites dans cette optique. Nous sommes disponibles pour poursuivre le dialogue ou pour discuter de l'implantation de ces propositions.

Finalement, nous souhaitons souligner que les enjeux sont fréquemment abordés en lien avec le vieillissement puisqu'ils sont nombreux, mais qu'il ne faut pas négliger non plus les apports et la richesse sociale que peut constituer une population qui vieillit. Ces apports doivent absolument être mis en valeur et optimisés afin que nous puissions tous et toutes en bénéficier.

Références

- Angevaere, M. J., Roberts, J., van Hout, H. P. J., Joling, K. J., Smalbrugge, M., Schoonmade, L. J., Windle, G. et Hertogh, C. (2020). Resilience in older persons: A systematic review of the conceptual literature. *Ageing Research Reviews*, 63, 101144.
<https://doi.org/10.1016/j.arr.2020.101144>
- Angus, J. et Reeve, P. (2006). Ageism: A threat to "aging well" in the 21st century. *Journal of Applied Gerontology*, 25, 137-152. <https://doi.org/10.1177/0733464805285745>
- Bourbonnais, A. et Ducharme, F. (2010). Âgisme et professions d'aide... des paradoxes dans une société vieillissante? Dans M. Lagacé (dir.), *L'âgisme : Comprendre et changer le regard social sur le vieillissement* (p. 155-174). Presses de l'Université Laval.
<https://umontreal.on.worldcat.org/oclc/755957069>
- Bourbonnais, A., Lachance, G., Baumbusch, J., Hsu, A., Daneau, S., Rousseau, J. et Macaulay, S. (2021). *Donner une voix aux proches de personnes âgées vivant en hébergement durant la pandémie de la COVID-19: une ethnographie critique sur leur expérience et leurs recommandations. Rapport de recherche*. Chaire de recherche en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
https://www.chairepersonneagee.umontreal.ca/fileadmin/Documents/Rapport-projet_Voix.pdf
- CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. (2022). Vers un soutien à domicile intensifié - Rapport SIAD - CCSMTL.
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2022). *Le devoir de faire autrement. Partie 2 : Réorienter la gouvernance vers des résultats qui comptent pour les gens*.
https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2022/Rapportfinal_Mandat/CSBE-Rapport_final_Partie2.pdf
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2023). *Bien vieillir chez soi tome 1 : Comprendre l'écosystème - Mandat sur les soins et services de soutien à domicile*
https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2023/Rapportpreliminaire_SAD/CSBE-Rapport_Preliminaire_SoutienDomicile.pdf
- Commission de la santé et des services sociaux. (2016). *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée : Observations, conclusions et recommandations*. https://www.aqdr.org/wp-content/uploads/rapport-chsld_16-06-07.recommandations_final.pdf
- Fraser, S., Lagace, M., Bongue, B., Ndeye, N., Guyot, J., Bechard, L., Garcia, L., Taler, V., Adam, S., Beaulieu, M., Bergeron, C. D., Boudjemadi, V., Desmette, D., Donizzetti, A. R., Ethier, S., Garon, S., Gillis, M., Levasseur, M., Lortie-Lussier, M., . . . Tougas, F. (2020). Ageism and

- COVID-19: what does our society's response say about us? *Age and Ageing*, 49(5), 692-695. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa097>
- Gilmour, H. (2018). Besoins insatisfaits en matière de soins à domicile au Canada. *Statistique Canada*, 29(11), 3-13. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2018011/article/00002-fra.htm>
- Harris, P. B. (2008). Another wrinkle in the debate about successful aging: The undervalued concept of resilience and the lived experience of dementia. *International Journal of Aging and Human Development*, 67(1), 43-61. <https://doi.org/10.2190/AG.67.1.c>
- Hébert, R. et Couturier, Y. (2020, 21 novembre). Les vieux allaient mourir de toute façon», un âgisme systémique révélé par la pandémie. *Le Devoir*. <https://www.lesoleil.com/2020/11/21/les-vieux-allaient-mourir-de-toute-facon-un-agemisme-systemique-revele-par-la-pandemie-7c493610c785ee2d18f5f37320810cf6>
- Hicks, M. M. et Conner, N. E. (2013). Resilient ageing: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jan.12226>
- Johnson, S., Bacsu, J., Abeykoon, H., McIntosh, T., Jeffery, B. et Novik, N. (2018). No place like home: A systematic review of home care for older adults in Canada. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 37(4), 400-419. <https://doi.org/10.1017/S0714980818000375>
- Leibing, A. (2020). Recognizing Older Individuals: An Essay on Critical Gerontology, Robin Hood, and the COVID-19 Crisis. *Anthropology & Aging*, 41(2), 221-229. <https://doi.org/10.5195/aa.2020.315>
- Martinson, M. et Berridge, C. (2015). Successful aging and its discontents: A systematic review of the social gerontology literature. *Gerontologist*, 55(1), 58-69. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu037>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023). *Pour une société où il fait bon vieillir. Document de consultation - Appel de mémoires - Plan d'action gouvernemental Vieillir et vivre ensemble 2024-2029.*
- Morganroth Gullette, M. (2017). *Ending ageism, or how not to shoot old people*. Rutgers University Press.
- Murayama, Y., Murayama, H., Hasebe, M., Yamaguchi, J. et Fujiwara, Y. (2019). The impact of intergenerational programs on social capital in Japan: A randomized population-based cross-sectional study. *BMC Public Health*, 19(1), 156. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6480-3>

- Protecteur du citoyen. (2016). *Les résidences privées pour aînés : plus que de simples entreprises de location résidentielle - Rapport sur le respect des droits et des obligations des locataires et des locateurs dans les résidences privées pour aînés*.
https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_speciaux/2016-06-16_droit-aines-residences-privées.pdf
- Protecteur du citoyen. (2019). *Rapport annuel d'activités 2018-2019*.
<https://protecteurducitoyen.qc.ca/fr/enquetes/rapports-annuels/2018-2019>
- Protecteur du citoyen. (2020). *Rapport d'étape du protecteur du citoyen : La COVID-19 dans les CHSLD durant la première vague de la pandémie*.
https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_speciaux/rapport-etape-premiere-vague-covid-19-chsld.pdf
- Protecteur du citoyen. (2021). *Rapport spécial du Protecteur du citoyen : la COVID-19 dans les CHSLD durant la première vague de la pandémie - cibler les causes de la crise, agir, se souvenir*. <https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/2021-11/rapport-special-chsld-premiere-vague-covid-19.pdf>
- Revera et Fédération internationale du vieillissement. (2012). *Rapport de Revera sur l'âgisme*.
https://eapon.ca/wp-content/uploads/2021/08/Revera-IFA-Ageims_FR.pdf
- Suleman, R. et Bhatia, F. (2021). Intergenerational housing as a model for improving older-adult health. *BC Medical Journal*, 63(4), 171-173. <https://bcmj.org/articles/intergenerational-housing-model-improving-older-adult-health>
- Sweetland, J., Volmert, A. et O'Neil, M. (2017). *Finding the frame: An empirical approach to reframing aging and ageism*. <https://www.frameworksinstitute.org/publication/finding-the-frame-an-empirical-approach-to-reframing-aging-and-ageism/>
- Wild, K., Wiles, J. L. et Allen, R. E. S. (2011). Resilience: thoughts on the value of the concept for critical gerontology. *Ageing and Society*, 33(01), 137-158.
<https://doi.org/10.1017/s0144686x11001073>
- Wiles, J. L., Wild, K., Kerse, N. et Allen, R. E. S. (2012). Resilience from the point of view of older people: 'There's still life beyond a funny knee'. *Social Science and Medicine*, 74(3), 416-424. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.005>
- Wilson, C. A., Walker, D. et Saklofske, D. H. (2020). Developing a model of resilience in older adulthood: A qualitative meta-synthesis. *Ageing and Society*, 41(8), 1920-1942.
<https://doi.org/10.1017/s0144686x20000112>