INSPQ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC | 25 ANS

Créer des conditions favorables à la santé et à la qualité de vie des personnes vieillissantes : un modèle intégrateur

RECHERCHE ET DÉVELOPPEMENT JANVIER 2024

MISE À JOUR 2024 DU MODÈLE CONCEPTUEL DU VIEILLISSEMENT EN SANTÉ

RAPPORT D'ANALYSE

Québec

AUTEURS ET AUTRICES

André Tourigny, médecin spécialiste
Mathieu-Joël Gervais, conseiller scientifique spécialisé
Mathieu Maltais, conseiller scientifique spécialisé
Annie Gauthier, conseillère scientifique spécialisée
Direction du développement des individus et des communautés

Lise Cardinal, médecin spécialiste
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

SOUS LA COORDINATION DE

Caroline Delisle, cheffe d'unité (jusqu'en juin 2023)
Pierre-Henri Minot, chef d'unité par intérim
Direction du développement des individus et des communautés

COLLABORATION

Vana Ké, bibliothécaire

CONCEPTION GRAPHIQUE (nouveau modèle)

Marlène B., designer graphique

COMITÉ ACCOMPAGNATEUR

Lise Cardinal, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

Geneviève Doray, ministère de la Santé et des Services sociaux

Lise Fortin, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière

Paule Lebel, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Silvio Manfredi, Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

Élise Nault-Horvath, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-CHUS

Émilie Rousseau-Tremblay, Centre intégré de santé et de services sociaux Montérégie-Centre

Lucie Thibodeau, Secrétariat aux aînés

Cat Tuong Nguyen, ministère de la Santé et des Services sociaux

RÉVISION

Édith Dumont, Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches
Julie Forgues, Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

Mélanie Levasseur, Université de Sherbrooke
Aurélie Maurice, Institut national de santé publique du Québec

Réal Morin, Institut national de santé publique du Québec
Lucie Richard, Université de Montréal

Les réviseurs(-euses) ont été convié(e)s à apporter des commentaires sur la version préfinale de ce document et en conséquence, n'en ont pas révisé ni endossé le contenu final.

Les auteurs ainsi que les membres du comité accompagnateur et les réviseurs ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

MISE EN PAGE

Sarah Mei Lapierre, agente administrative
Direction du développement des individus et des communautés

REMERCIEMENTS

L'Institut national de santé publique du Québec tient à remercier les personnes qui ont accepté de participer aux groupes de discussion.

Sont également remerciées les personnes suivantes qui ont contribué à l'analyse des écrits scientifiques dans le contexte de leur stage d'externat en santé publique (Université Laval) :

Émilie Harnois
Alain Khalil-Salazar
Alexandre Lachance
Andréanne Lapointe

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : http://www.inspq.qc.ca.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 2e trimestre 2024
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-97833-6 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2024)

AVANT-PROPOS

L'Institut national de santé publique du Québec est le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux dans sa mission de santé publique. L'Institut a également comme mission, dans la mesure déterminée par le mandat que lui confie le ministre, de soutenir Santé Québec, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James et les établissements, dans l'exercice de leur mission de santé publique.

La collection *Recherche et développement* rassemble sous une même bannière une variété de productions scientifiques qui apportent de nouvelles connaissances techniques, méthodologiques ou autres d'intérêt large au corpus de savoirs scientifiques existants.

Le présent rapport d'analyse rend compte des résultats la démarche de mise à jour du modèle conceptuel du vieillissement en santé (VES) initialement publié dans le document intitulé « Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel » (Cardinal *et al.*, 2008). Le rapport a été élaboré dans le contexte de la priorisation du vieillissement en santé par la Direction générale de santé publique (DGSP) du MSSS. Le MSSS a donc confié à l'INSPQ le mandat de mettre à jour le modèle conceptuel du vieillissement en santé.

Ce document s'adresse aux intervenants de santé publique œuvrant dans le domaine du vieillissement ou de la promotion de la santé, ainsi qu'aux différents acteurs *et* collaborateurs du réseau de santé publique impliqués dans la promotion du VES.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ..... **IV**

FAITS SAILLANTS **1**

SOMMAIRE **2**

1 INTRODUCTION **5**

1.1 Mise en contexte 5

1.2 Objectif poursuivi 6

1.3 Pertinence de la mise à jour 6

2 MÉTHODOLOGIE **8**

2.1 Recension des écrits scientifiques 8

2.2 Consultations 9

2.3 Analyse des deux sources de données recueillies 10

2.4 Révision par les pairs 11

3 RÉSULTATS ET PISTES D'AMÉLIORATION **12**

3.1 Nom du modèle 13

3.2 Approche sous-tendant le modèle 14

3.3 Valeurs 14

3.4 Axes d'intervention 15

3.5 Représentation graphique 16

4 UN MODÈLE INTÉGRATEUR : MISE À JOUR **18**

4.1 Nom du modèle et définition des concepts-clés 19

4.1.1 Conditions favorables 19

4.1.2 Santé et qualité de vie 19

4.1.3 Personnes vieillissantes 20

4.2 Valeurs qui guident l'intervention 21

4.2.1 Équité 22

4.2.2 Solidarité 22

4.2.3 Autodétermination 23

4.2.4 Respect de la dignité 23

4.2.5 Inclusion 23

4.3 Axes d'intervention 24
4.3.1 Axe 1 - Adapter les interventions pour prendre en compte les caractéristiques individuelles et le parcours de vie 24
4.3.2 Axe 2 - Favoriser la résilience des personnes vieillissantes et de leurs proches aidants 25
4.3.3 Axe 3 - Créer des milieux de vie de proximité sains, adaptables, sécuritaires et accueillants 26
4.3.4 Axe 4 - Organiser les services et les actions pour répondre aux besoins sur tout le continuum, de la promotion de la santé aux soins de fin de vie 26
4.3.5 Axe 5 - Agir de façon intersectorielle sur les normes sociales et les politiques publiques touchant la population vieillissante 28
4.4 Forces, limites et utilités potentielles 29
5 CONCLUSION 31
6 RÉFÉRENCES 32
ANNEXE 1 DIAGRAMME DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE 38
ANNEXE 2 STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE 39
ANNEXE 3 ARTICLES INCLUS DANS L'ANALYSE FINALE 42
ANNEXE 4 FICHE SYNTHÈSE PAR ARTICLE 45
ANNEXE 5 GUIDE D'ENTRETIEN 46
ANNEXE 6 EXEMPLES DE PÉRIODES DE TRANSITION DE VIE ASSOCIÉES AU VIEILLISSEMENT 47

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Détails concernant les groupes consultés 10
Tableau 2 Nom du modèle : résultats et pistes d'amélioration 13
Tableau 3 Approche sous-tendant le modèle : résultats et pistes d'amélioration 14
Tableau 4 Valeurs : résultats et pistes d'amélioration 15
Tableau 5 Axes d'intervention : résultats et pistes d'amélioration 16
Tableau 6 Représentation graphique : résultats et pistes d'amélioration 17

FAITS SAILLANTS

- L'objectif de ce rapport est de présenter la mise à jour du modèle conceptuel du vieillissement en santé initialement publié dans un document intitulé « Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel » (Cardinal *et al.*, 2008).
- Les résultats obtenus à la suite de l'analyse des données recueillies dans les écrits scientifiques et auprès des groupes consultés proposent certaines pistes d'amélioration sans remettre en question de façon majeure les bases sur lesquelles reposait le modèle initial publié en 2008.
- Les pistes d'amélioration proposées ont été regroupées selon cinq catégories issues du processus d'analyse : 1) le nom du modèle; 2) l'approche sous-tendant le modèle; 3) les valeurs; 4) les axes d'intervention et; 5) la représentation graphique.
- Intitulé « Créer des conditions favorables à la santé et à la qualité de vie des personnes vieillissantes : un modèle intégrateur », le modèle actualisé s'inscrit dans la perspective de soutenir la réponse aux besoins des personnes vieillissantes et dans celle d'agir pour la population vieillissante dans toute sa diversité.
- Tout comme sa version précédente, ce modèle propose des pistes pour agir simultanément à l'échelle des personnes, des milieux de vie, des communautés et des environnements. Il réunit en un tout cohérent des concepts, des stratégies et des mesures pertinentes pour améliorer la santé et la qualité de vie des personnes et de la population vieillissantes.

SOMMAIRE

Le présent document rend compte de la démarche de mise à jour du modèle conceptuel du vieillissement en santé initialement publié dans un document intitulé « Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel » (Cardinal *et al.*, 2008).

S'inscrivant dans le contexte du vieillissement de la population et d'une priorisation de la thématique du vieillissement en santé pour l'actualisation du Programme national de santé publique (PNSP 2022-2025), cette mise à jour est d'autant plus pertinente que les connaissances, les politiques et les pratiques dans le domaine du vieillissement ont évolué depuis la première parution du modèle. Il est important que les actions s'appuient sur les connaissances les plus récentes concernant les déterminants de la santé et les facteurs de risque ou de protection associés aux principaux problèmes et défis rencontrés par les personnes et les populations vieillissantes.

Méthode utilisée

Pour déterminer les éléments à mettre à jour dans le modèle initial, deux sources de données ont été consultées de manière séquentielle :

- La première source, les écrits scientifiques, a servi à documenter de façon systématique l'existence de nouveaux modèles proposant une approche écosystémique du vieillissement, ainsi que les points de vue critiques à l'égard des modèles ou des concepts utilisés dans les modèles existants, comme le vieillissement réussi, le vieillissement en santé ou le vieillissement optimal.
- La seconde source, des consultations sous forme de groupes de discussion, a permis de recueillir les points de vue de divers acteurs concernés quant à des constats tirés des écrits scientifiques, aux thématiques abordées dans le modèle et à sa représentation graphique.

La recherche documentaire a été menée dans les bases de données électroniques suivantes : Medline, AgeLine, Health Policy Reference Center, CINAHL Complete, ERIC, Political Science Complete, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Public Affairs Index, SocINDEX et Teacher Reference Center. Pour être retenus, les articles devaient présenter : a) un nouveau modèle de type écosystémique; b) des éléments nouveaux en regard des différents modèles considérés pour l'élaboration du modèle de 2008 ou; c) un regard critique sur des modèles existants abordant le concept de vieillissement en santé ou des concepts équivalents.

Afin de recueillir différents points de vue sur les thématiques proposées dans le modèle initial, sur les pistes d'amélioration envisagées et sur la représentation graphique, cinq groupes ont été consultés de mars à mai 2023. Les groupes étaient composés de six à quinze personnes issues de diverses instances, notamment communautaires.

Principaux résultats

Les améliorations apportées au modèle initial ont été classées en cinq catégories issues de l'analyse de l'ensemble des données recueillies : 1) le nom du modèle; 2) l'approche sous-tendant le modèle; 3) les valeurs qui guident l'intervention; 4) les axes d'intervention et; 5) la représentation graphique du modèle.

1. Le nom du modèle : la notion de qualité de vie a été incluse dans le nom afin de souligner la dimension subjective du vieillissement. De plus, le nom a été reformulé afin de mettre l'accent sur les axes d'intervention et de souligner la fonction mobilisatrice du modèle. Finalement, le terme « personnes vieillissantes » a été adopté, puisqu'il est vu comme plus englobant et plus apte à représenter le caractère dynamique et évolutif du vieillissement.
2. L'approche sous-tendant le modèle : l'approche écosystémique du modèle a été consolidée en mettant l'accent sur les relations entre les personnes vieillissantes et les différentes composantes de leur environnement. Cette approche, déjà présente dans le modèle initial, implique l'adoption de stratégies qui soutiennent l'adaptation à la fois des personnes, des milieux de vie et des environnements au sein desquels elles évoluent.
3. Les valeurs qui guident l'intervention : la notion de valeur a été privilégiée à celle de principe, utilisé dans le modèle de 2008. Dans ce contexte, la valeur d'autodétermination a remplacé le principe d'indépendance. De plus, la valeur d'inclusion a été ajoutée, misant à la fois sur les forces des personnes et sur les possibilités offertes par les communautés pour faciliter l'adaptation.
4. Les axes d'intervention : l'importance de certains concepts, comme le parcours de vie, la résilience des communautés, la participation sociale et l'adaptation au vieillissement, a entraîné une réorganisation des axes. Un autre changement notable est l'intégration du continuum de prévention dans l'axe portant sur l'organisation des services, dans une visée de simplification du modèle.
5. La représentation graphique du modèle : les personnes et la population vieillissantes apparaissent au centre du modèle, démontrant l'importance de considérer leurs préoccupations, besoins et préférences, dans toute leur diversité. De plus, les notions de parcours et de transition de vie ont été intégrées à la représentation graphique, entre autres pour tenir compte d'un éventuel cumul d'inégalités dans le processus de vieillissement. Finalement, tout en étant simplifiée, la nouvelle représentation illustre la complémentarité des axes, ainsi que le caractère englobant des valeurs qui guident l'intervention.

Discussion

Le modèle à jour situe la personne et la population vieillissantes au centre des préoccupations et de l'action. Il présente une approche écosystémique qui illustre l'influence des différents milieux de vie et des environnements sur leur santé et leur qualité de vie. En plus de reconnaître le pouvoir d'agir des personnes, il propose des axes d'intervention pouvant guider l'élaboration d'actions pour améliorer la qualité des milieux de vie de proximité et des environnements plus globaux dans lesquelles elles évoluent. Le modèle reconnaît, par ailleurs, que les besoins et les choix individuels sont évolutifs, les parcours de vie étant jalonnés de multiples transitions pouvant amener des changements à l'échelle des personnes et de leurs milieux de vie. Ainsi, le nouveau modèle fait mieux ressortir le caractère multifactoriel du vieillissement en donnant une place prépondérante aux déterminants de la santé et de la qualité de vie. Il conjugue aussi plus étroitement la promotion de la santé et la prévention, incluant les soins et services nécessaires lorsque surviennent des problèmes de santé ou d'autres défis liés au vieillissement. Ces différentes améliorations peuvent représenter des leviers pour l'action.

Forces et limites

Le nouveau modèle peut être utilisé selon différentes perspectives pour explorer les questions liées au vieillissement en général ou pour soutenir une variété de démarches visant l'atteinte d'objectifs spécifiques (p. ex. état de situation, définition de mesures, de responsabilités et d'indicateurs de suivi). Il présente un éventail d'axes d'intervention interpellant tous les acteurs concernés par le vieillissement, et permet de s'approprier une vision globale et intégrée des stratégies et des facteurs importants à considérer.

Cela dit, le modèle se présente comme un guide et un aide-mémoire davantage que comme un traité complet sur la question du vieillissement. Selon les situations, il pourrait être nécessaire de recourir à des connaissances plus fines inhérentes à chacun des thèmes évoqués. De plus, il est important de préciser que le modèle ne constitue pas un plan d'action, bien qu'il puisse être utile, entre autres, pour accompagner des processus de planification et de suivi dans leurs différentes étapes.

1 INTRODUCTION

1.1 Mise en contexte

La démographie québécoise est en transformation, en raison notamment du vieillissement de la population et de l'immigration. Les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 11 % de la société québécoise en 1991, 20 % en 2021, et représenteront plus de 27 % en 2066 (Institut de la statistique du Québec, 2023a). Ce phénomène résulte de la conjugaison de trois principaux facteurs sociodémographiques et sanitaires : la forte natalité de l'après-guerre, la chute abrupte de la fécondité à partir des années 1960 et l'allongement de la durée de vie moyenne (Robine, 2019). Les mouvements migratoires représentent un quatrième facteur majeur dans l'évolution de la démographie québécoise (Statistique Canada, 2023). Il est important de prendre en compte les répercussions de ceux-ci sur l'ensemble de la population, incluant les groupes plus avancés en âge.

Le vieillissement de la population se conjugue à un ensemble de changements, et ce, sur divers plans :

- Au plan démographique, on observe une inversion de la pyramide des âges.
- Au plan épidémiologique, le passage de l'importante mortalité associée aux maladies transmissibles (p. ex. infections gastro-intestinales, pneumonie, grippe) à une mortalité davantage associée aux maladies non transmissibles (p. ex. cancers, maladies cardiovasculaires) entraîne une transformation de l'organisation des soins de santé et des services sociaux. L'importance de la prévention et des services de première ligne pour répondre aux besoins des personnes ayant des maladies chroniques se trouve ainsi renforcée, tout comme celle du soutien à domicile et des approches intégrées (Dufour *et al.*, 2023).
- Au plan économique, l'augmentation de l'âge moyen de la retraite et le retour des personnes vieillissantes sur le marché du travail, par choix ou nécessité, représentent d'autres changements notables. Entre autres, celles qui sont en situation de plus grande précarité financière peuvent être particulièrement touchées par la diminution du pouvoir d'achat liée à des poussées inflationnistes. Dans ces circonstances, elles peuvent se trouver en situation d'insécurité alimentaire et il peut également leur être difficile d'avoir accès à un logement approprié (Institut de la statistique du Québec, 2023b; Lévesque *et al.*, 2022).
- Au plan technologique, de nouvelles opportunités sont offertes pour favoriser un vieillissement en santé et une meilleure qualité de vie. Ces opportunités s'accompagnent cependant de nombreux défis (p. ex. la fracture numérique et la cyberfraude) et de zones d'incertitudes entourant, par exemple, les effets de l'intelligence artificielle.
- Au plan environnemental, les changements climatiques représentent un défi d'adaptation, la population vieillissante étant davantage susceptible de subir les conséquences des divers événements météorologiques extrêmes, comme les vagues de chaleurs accablantes et les grands froids, les inondations et les feux de forêt.

Dans le contexte de ces multiples changements, les actions destinées à favoriser l'adaptation au vieillissement doivent : 1) s'appuyer sur les connaissances les plus à jour sur les déterminants de la santé et de la qualité de vie, ainsi que sur les facteurs de risque ou de protection associés aux problèmes de santé et défis rencontrés par les personnes et les populations vieillissantes; 2) s'appuyer sur les meilleures modalités de services dans tous les domaines d'activités concernés et; 3) s'ajuster aux contextes de vie des personnes et des groupes qui vivent en situation de plus grande vulnérabilité en raison, par exemple, d'un faible statut socioéconomique. En effet, c'est par des actions différenciées selon les besoins des groupes les plus vulnérables que pourront s'atténuer les inégalités sociales de santé (Organisation mondiale de la Santé, 2015).

1.2 Objectif poursuivi

L'objectif du présent document est de présenter la mise à jour du modèle conceptuel du vieillissement en santé (VES) initialement publié dans un document intitulé « Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel » (Cardinal *et al.*, 2008). La disponibilité d'un modèle à jour contribuera à doter les acteurs de santé publique et leurs partenaires d'une compréhension commune du vieillissement en santé.

1.3 Pertinence de la mise à jour

La mise à jour du modèle trouve sa pertinence dans trois éléments de contexte. Un premier élément de contexte réside dans l'évolution des connaissances, des politiques et des pratiques dans le domaine du vieillissement. L'assurance d'un alignement sur les meilleures pratiques dans le domaine du vieillissement repose sur la prise en compte de cette évolution continue des connaissances et des politiques. Depuis la parution du modèle initial en 2008, des agences de santé nationales et internationales ont développé différentes façons d'aborder la promotion de la santé et la prévention auprès des personnes vieillissantes. Par exemple, la politique Vieillir et vivre ensemble : chez soi, dans sa communauté au Québec (Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux et ministère de la Famille et des Aînés, 2012) s'est inspirée du cadre d'orientation de l'Organisation mondiale de la Santé, Vieillir en restant actif (Organisation mondiale de la Santé, 2002) pour développer le Programme de soutien à la Municipalité amie des aînés (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009). Plus récemment, l'Organisation mondiale de la Santé décrétait la Décennie du vieillissement en bonne santé (2021-2030), une initiative axée sur la réduction des inégalités en matière de santé et sur l'amélioration des conditions de vie des personnes aînées. L'initiative vise, entre autres, à changer la façon d'agir en fonction de l'âge et face à l'âgisme, à renforcer les communautés pour mieux soutenir les capacités des personnes vieillissantes, ainsi qu'à leur fournir un ensemble de soins adaptés (Organisation mondiale de la Santé, 2021). L'utilisation concertée d'un modèle à jour, tenant compte de ces avancées, pourrait favoriser l'atteinte d'objectifs reposant sur une forte intégration des actions dans les environnements, dans les milieux de vie et dans les services offerts.

Un deuxième élément a trait à la récente pandémie de COVID-19, laquelle a comporté son lot d'apprentissages. En effet, cette crise et les mesures sanitaires mises en place pour y remédier ont révélé certains risques d'âgisme, d'exclusion et d'isolement social auxquels peuvent être exposées les personnes vieillissantes dans de telles circonstances (Ayalon, 2020; Fraser *et al.*, 2020; Lagacé et Rodrigues-Rouleau, 2021; Oliver, 2020). Les actions déployées dans les réseaux de proximité sont importantes, par exemple, pour prévenir ou mitiger ce type de risques. La pandémie a également mis en exergue certaines conditions nécessaires au maintien de la santé, de la sécurité et de la qualité de vie de la population vieillissante en situation de crise. La cohésion sociale et la résilience des personnes et des communautés en font partie. Elles se bâtissent, entre autres, sur la confiance envers les institutions, sur le soutien à l'action communautaire et sur l'engagement citoyen (Institut national de santé publique du Québec, 2020). La démarche de mise à jour du modèle permettra de bénéficier de ces apprentissages.

Enfin, la priorité accordée à la thématique du vieillissement en santé pour l'actualisation du Programme national de santé publique (PNSP) 2022-2025 constitue un troisième élément de contexte accentuant la pertinence de la mise à jour du modèle.

2 MÉTHODOLOGIE

Pour déterminer les éléments à mettre à jour dans le modèle initial, deux sources de données ont été consultées de manière séquentielle :

- La première, les écrits scientifiques, a servi à documenter l'existence de nouveaux modèles proposant une approche écosystémique du vieillissement, ainsi que les points de vue critiques à l'égard des modèles ou des concepts utilisés dans les modèles existants, comme le vieillissement réussi, le vieillissement en santé ou le vieillissement optimal.
- La seconde, des consultations sous forme de groupes de discussion, visait à recueillir les points de vue de divers acteurs concernés quant à des constats tirés des écrits scientifiques, aux thématiques abordées dans le modèle et à sa représentation graphique.

La méthodologie inhérente à chacune des sources de données est présentée succinctement ci-dessous. Mentionnons que la démarche dans son ensemble a été soutenue par un processus itératif d'échanges avec un comité accompagnateur composé d'experts dans le domaine du vieillissement, d'acteurs-clés au sein d'équipes de santé publique ayant utilisé le modèle du vieillissement en santé, ainsi que de professionnels du ministère de la Santé et des Services sociaux. Les membres du comité accompagnateur ont contribué au processus de réflexion et de délibération permettant d'identifier les améliorations à apporter au modèle. Ils ont, par ailleurs, été activement impliqués dans l'organisation des consultations.

2.1 Recension des écrits scientifiques

En s'inspirant d'un protocole de recherche documentaire systématique, le repérage des écrits scientifiques s'est effectué en consultant les bases de données électroniques suivantes : Medline, AgeLine, Health Policy Reference Center, CINAHL Complete, ERIC, Political Science Complete, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Public Affairs Index, SocINDEX et Teacher Reference Center. La stratégie de recherche a combiné trois concepts, soit « vieillissement en santé », « modèle » et « santé », ainsi que des déclinaisons de ces concepts. Un quatrième concept, celui d'« évaluation critique », a été appliqué dans un second temps pour cibler, en particulier, les articles présentant des points de vue critiques sur les modèles existants. Les limites appliquées étaient la langue de publication (anglais et français), la période couverte (2012 à 2023)[1] et le pays de provenance (membres de l'OCDE)[2].

Pour être retenus, les articles scientifiques devaient présenter : a) un nouveau modèle de type écosystémique; b) des éléments nouveaux en regard des différents modèles considérés pour

[1] Pour baliser le nombre d'articles à traiter, une couverture de dix ans a été privilégiée, sachant que si des modèles ayant connu une certaine diffusion avaient été développés entre la date de parution du modèle initial en 2008 et 2011, ceux-ci seraient cités dans le corpus d'articles publiés de 2012 à 2022 et nous pourrions en prendre connaissance.

[2] Cette limite s'inscrit dans la continuité des constats réalisés à l'occasion du développement du modèle initial en 2008, où les modèles considérés provenaient de pays de l'OCDE dont le système de santé est comparable aux nôtres, pour la plupart.

l'élaboration du modèle initial (p. ex. ajout ou retrait de composantes) ou; c) un regard critique sur des modèles existants abordant le concept de vieillissement en santé ou des concepts équivalents (p. ex. vieillissement réussi, vieillissement actif). Au total, 73 articles ont été retenus, dont 37 portants sur des modèles nouveaux ou modifiés et 36 sur des critiques de modèles existants.

Le diagramme et la stratégie de recherche documentaire sont disponibles aux annexes 1 et 2. La liste des 73 articles inclus dans l'analyse est fournie à l'annexe 3.

2.2 Consultations

Afin d'échanger sur les thématiques proposées dans le modèle initial, les pistes d'améliorations envisagées et la représentation graphique, cinq groupes ont été consultés de mars à mai 2023. Les groupes étaient composés de personnes participant comme citoyennes ou représentantes de comités et d'expertises variées, issues de trois régions et principalement de milieux urbains. La mobilisation des réseaux de contact des membres du comité accompagnateur a permis de construire un échantillon de convenance. Sans viser une représentativité ni l'exhaustivité, il était souhaité que divers points de vue soient explorés, incluant celui des personnes vieillissantes. Le nombre de participants dans les groupes variait de six à quinze personnes, favorisant une dynamique d'interaction à travers le partage de significations partagées et de points de divergence. Bien que les spécialistes en recherche qualitative situent entre six à douze la composition moyenne idéale de ce type de groupe, il est également reconnu que le contexte social dans lequel évoluent les participants doit être considéré, l'essentiel étant de prévenir la formation de sous-groupes à l'intérieur du groupe consulté (Touré, 2010).

Une méthode semi-dirigée a été adoptée pour l'animation des discussions en utilisant un guide d'entrevue conçu aux fins du présent projet[3]. Dans un premier temps, des questions dirigées portaient sur le modèle et ses différentes composantes : le nom du modèle, l'approche sous-jacente, les valeurs qui guident l'intervention, les axes d'intervention et la représentation graphique du modèle[4]. Par la suite, des échanges étaient initiés à partir de questions ouvertes pour favoriser l'expression spontanée et la contribution de chacun. Cette façon de faire a permis de miser sur des questions clairement formulées en fonction de l'objectif de la consultation et d'avoir accès aux accords, nuances et divergences qui peuvent se manifester dans le cadre d'interactions en petits groupes (Freeman, 2006).

[3] Le guide d'entrevue est disponible à l'annexe 5.

[4] Les questions dirigées 1, 3, 4 et 5 portaient sur le modèle de 2008. La question 2 portait sur certains principes transversaux émergeant des écrits scientifiques et cohérents avec le modèle de 2008. Elle visait à valider la pertinence de leur ajout en tant que principes transversaux dans le modèle actualisé.

Tableau 1 Détails concernant les groupes consultés

Composition des groupes	Modalité	Date	Région administrative
Comité régional des Municipalités amies des aînés (MADA)	En virtuel	21 mars 2023	Laval
Professionnels de la DSPub - équipes Vieillissement et prévention des chutes/coordonnateurs cliniques de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)	En virtuel	25 mars 2023	Laval
Comité de pilotage du Réseau Résilience Ainés.es Montréal	En virtuel	28 mars 2023	Montréal
Professionnels (centre d'action bénévole, soutien communautaire en logement social, services pour les personnes malentendantes, services d'aide à domicile) et personnes aînées de la région	En virtuel	19 avril 2023	Mauricie–Centre-du-Québec
Conseil citoyen du Réseau Résilience Ainés.es Montréal	En présentiel	20 avril 2023	Montréal

2.3 Analyse des deux sources de données recueillies

Les écrits scientifiques et les données recueillies lors des consultations ont été analysés selon les étapes suivantes :

- Extraction systématisée des données pertinentes issues des écrits scientifiques à l'aide d'une grille d'analyse spécifiquement conçue à cette fin, avec discussion des divergences afin de les résoudre par voie de consensus[5].
- Application de cette grille d'analyse aux données recueillies lors des consultations, en prenant appui sur une méthode d'analyse de contenu dirigée (Hsieh et Shannon, 2005) avec codage interjuge afin d'assurer la validité et la fiabilité du processus.
- Production d'un tableau synthèse présentant, d'une part, les données issues de la recension des écrits et des consultations et d'autre part, l'identification des dimensions considérées pour la mise à jour du modèle initial.
- Délibération avec les membres du comité accompagnateur pour la détermination des améliorations à apporter au modèle et proposition d'une mise à jour[6].

[5] La grille d'analyse est disponible à l'annexe 4.

[6] Le comité s'est réuni à cinq reprises de décembre 2022 à mars 2023. À l'occasion de ces rencontres, le point était fait sur l'état des travaux, puis une discussion en plénière avait lieu, notamment à partir de questions spécifiques issues de la démarche et devant faire l'objet de prises de décisions. Lors des délibérations, la pertinence scientifique, la cohérence logique du modèle, l'applicabilité au contexte québécois et le consensus étaient recherchés.

- Intégration des pistes de réflexion et des expertises complémentaires émanant du processus de révision par les pairs.
- Présentation des constats et pistes d'améliorations selon cinq catégories découlant de l'ensemble du processus décrit ci-dessus.

La stratégie de recherche documentaire aurait pu inclure un volet de repérage dans la littérature grise (p. ex. programmes ou orientations stratégiques touchant le vieillissement dans d'autres juridictions). Toutefois, il est apparu qu'un exercice de consultation ancré dans le contexte québécois, bien qu'exploratoire, pouvait être plus utile dans l'optique de favoriser l'appropriation du modèle par les acteurs concernés. D'autre part, la qualité des articles scientifiques a été prise en compte, mais aucune analyse systématique n'en a été effectuée.

Enfin, la présentation des résultats fait état des dimensions et éléments graphiques ayant été améliorés dans le cadre de la mise à jour du modèle. Le compte rendu intégral des résultats issus de l'analyse des écrits scientifiques et des consultations dépassait la visée du présent rapport.

2.4 Révision par les pairs

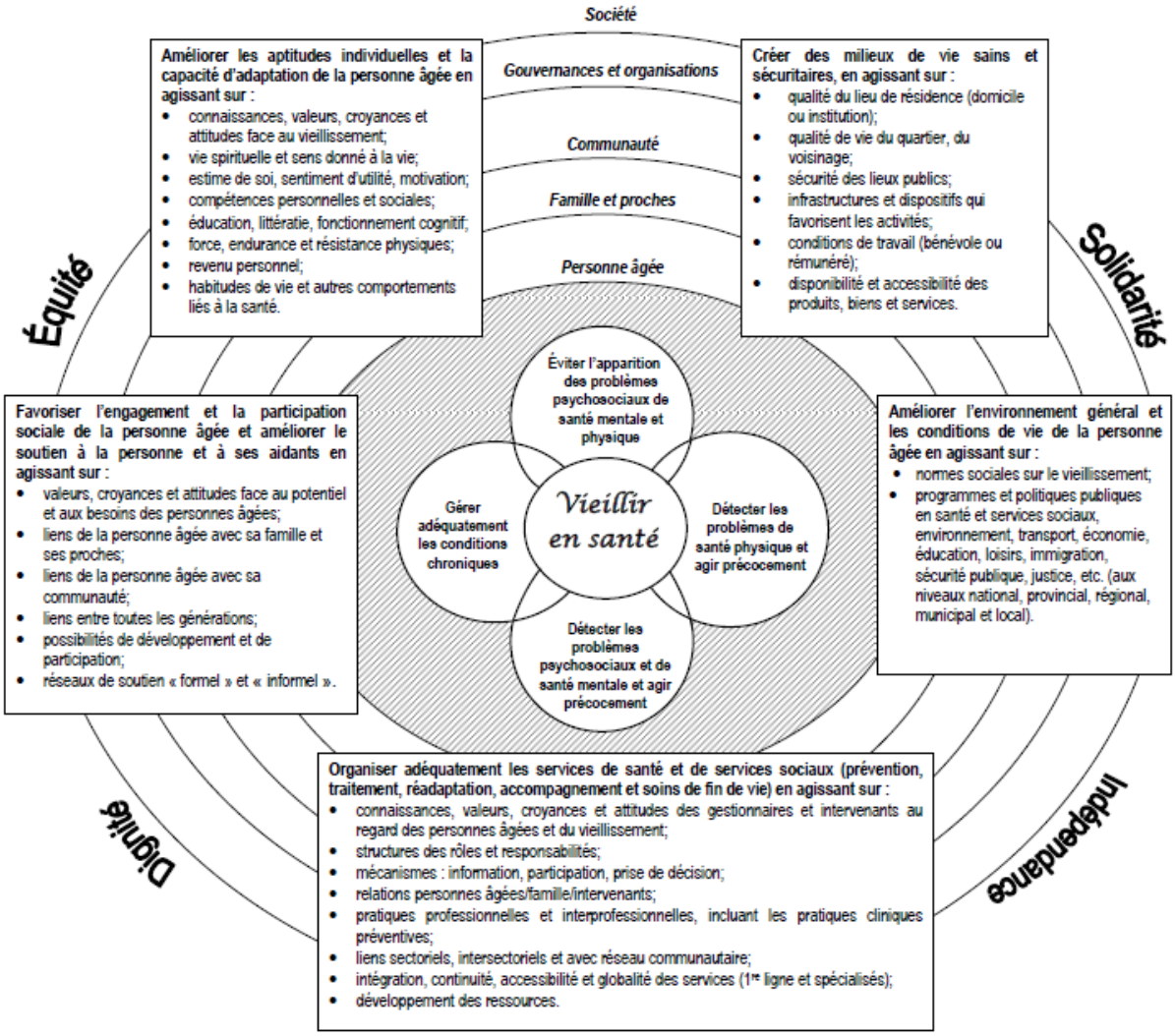
Le présent document a fait l'objet d'une révision par les pairs dans le cadre des mécanismes d'assurance de la qualité développés à l'INSPQ. Les commentaires des réviseurs ont porté sur le contenu, les méthodes, les conclusions, la complétude du document et les enjeux éthiques. Les réviseurs, les membres du comité accompagnateur ainsi que les auteurs du document ont dûment rempli leur déclaration d'intérêts. Aucune situation à risque de conflit d'intérêt réel, apparent ou potentiel n'a été relevée en lien avec la présente publication. Il faut cependant souligner que deux auteurs de la présente mise à jour étaient également auteurs du modèle initial.

3 RÉSULTATS ET PISTES D'AMÉLIORATION

Les résultats obtenus à la suite de l'analyse des deux sources de données orientent vers des pistes d'améliorations sans remettre en question de façon majeure les bases sur lesquelles reposait le modèle initial. Les pistes d'amélioration dégagées se déclinent selon cinq catégories : 1) le nom du modèle; 2) l'approche sous-tendant le modèle; 3) les valeurs qui guident l'intervention; 4) les axes d'intervention et; 5) la représentation graphique du modèle. Dans les pages qui suivent, la présentation des pistes d'amélioration est complémentée de tableaux qui permettent de distinguer les résultats issus de la recension des écrits scientifiques de ceux issus des consultations.

Ci-après, la représentation graphique du modèle conceptuel de 2008 sur le vieillissement en santé faisant l'objet de la présente mise à jour est reproduite en guise de référence.

Modèle DE 2008 Perspectives pour un vieillissement en santé (Cardinal *et al.*, 2008)



3.1 Nom du modèle

Selon les données recueillies, le nom du modèle doit refléter une vision positive et inclusive du vieillissement, afin de mobiliser l'ensemble des acteurs impliqués (Beard *et al.*, 2016; Bhattacharyya *et al.*, 2023). De plus, la santé ne doit pas être la seule notion mise de l'avant, et ce, bien qu'elle doive nécessairement faire partie des objectifs attendus (Stephens, 2017). Les résultats suggèrent aussi l'intérêt de concevoir le vieillissement non seulement comme un processus objectif, mais également comme un vécu subjectif variable selon les personnes et le contexte socioculturel dans lequel elles évoluent (Howell *et al.*, 2021). La qualité de vie est un concept qui permet de considérer, en partie, la dimension subjective du vieillissement, en soulignant l'importance d'embrasser les différentes conditions qui agissent sur les façons de vieillir.

Par ailleurs, les participants aux groupes de discussion ont suggéré l'intérêt d'un nom de modèle plus mobilisant pour les acteurs concernés par le vieillissement. Ils ont également exprimé l'impression que la notion de « personnes aînées » était trop restrictive. Des termes comme « personnes vieillissantes » ou « personnes en processus de vieillissement » leur semblent plus englobants et mieux à mêmes de représenter le caractère dynamique du vieillissement.

Tableau 2 Nom du modèle : résultats et pistes d'amélioration

Écrits scientifiques	Consultations	Pistes d'amélioration
• Les noms de modèle suggérant une finalité axée sur la performance, la productivité, ou encore la santé au sens restrictif du terme (absence de maladie) sont à éviter. • Le concept de « vieillissement en santé » ne doit pas être la seule notion mise de l'avant, car les personnes ne se considérant pas en santé risqueraient de ne pas se sentir interpellées. • Le nom devrait évoquer le caractère objectif et subjectif du vieillissement et promouvoir une vision positive de celui-ci.	• Plusieurs personnes risquent de ne pas se sentir concernées ou interpellées par le terme « personnes aînées ». Le choix d'un terme plus englobant devrait être privilégié. • Le nom du modèle doit refléter une vision positive et inclusive du vieillissement. • Le nom du modèle doit encourager la mobilisation des acteurs impliqués; un modèle conceptuel appelle peu à l'action et peut être rébarbatif pour certains.	• Inclure la notion de qualité de vie dans le nom du modèle. • Adopter un nom plus mobilisateur. • Adopter le terme « personnes vieillissantes », vu comme plus englobant et apte à représenter le caractère dynamique du vieillissement.

3.2 Approche sous-tendant le modèle

Les résultats amènent à consolider l'approche écosystémique déjà sous-jacente au modèle initial, en soulignant l'intérêt d'agir à la fois sur le plan des forces et des compétences individuelles, ainsi que sur celui des facteurs environnementaux (Paúl *et al.*, 2012). Un double processus d'adaptation est ainsi sollicité, d'une part au niveau des personnes elles-mêmes (p. ex. révision des objectifs de vie, adoption de comportements préventifs, acquisition de nouvelles habiletés, maintien de liens sociaux significatifs) et d'autre part, au niveau des milieux de vie et des environnements physiques, politiques, économiques et socioculturels (Kahana *et al.*, 2014).

Plusieurs participants aux groupes de discussion ont aussi suggéré d'adopter une approche où la personne et la population vieillissantes sont situées au centre d'un modèle de type écosystémique.

Tableau 3 Approche sous-tendant le modèle : résultats et pistes d'amélioration

Écrits scientifiques	Consultations	Pistes d'amélioration
• La place donnée aux personnes et aux environnements comme cible d'intervention doit être équilibrée; l'importance de considérer les forces des personnes ne doit pas être négligée, tout comme celle d'améliorer les environnements. • Les modèles ne soulignent pas suffisamment l'évolution des objectifs tout au long du parcours de vie ni le fait que le vieillissement est un processus d'adaptation continue.	• L'adaptation fait appel à la fois aux forces des personnes et à la qualité des environnements. • L'action doit favoriser les compétences et les forces des personnes et non seulement l'évitement des maladies et des problèmes ou difficultés pouvant venir avec l'âge. • Les dimensions subjectives et socioculturelles du vieillissement sont à prendre en compte.	• Renforcer la vision écosystémique du modèle en représentant les relations entre les personnes vieillissantes et les différentes composantes de leur environnement. • Représenter graphiquement les personnes vieillissantes au centre du modèle, pour souligner l'importance de ce qu'elles souhaitent et la dimension subjective du vieillissement.

3.3 Valeurs

Par rapport au modèle de 2008, la notion de valeur a remplacé celle de principe. En effet, les valeurs représentent des balises plus souples, capables de guider les actions dans différents contextes (Filiatrault *et al.*, 2015). Elles peuvent être reliées à des pratiques professionnelles, à des domaines d'action spécifiques ou à la société. Dans le modèle actualisé, les valeurs ont été privilégiées comme raison d'agir et sens de l'action dans le vivre ensemble.

D'autre part, les écrits scientifiques consultés encouragent à miser sur les compétences des personnes et des communautés, dans l'optique de favoriser l'autodétermination, l'inclusion et la participation sociale (Annele *et al.*, 2019; Gebremariam et Sadana, 2019; Martin *et al.*, 2015). En ce sens, l'autodétermination s'est particulièrement imposée au cours des dernières années comme une valeur-clé. Elle est invoquée parfois en remplacement d'autres valeurs comme

l'autonomie, l'indépendance et le respect. Par conséquent, la valeur d'autodétermination a remplacé le principe d'indépendance et la valeur d'inclusion a été ajoutée. Les points de vue exprimés dans les groupes de discussion convergeaient avec ces résultats.

Tableau 4 Valeurs : résultats et pistes d'amélioration

Écrits scientifiques	Consultations	Pistes d'amélioration
• Les forces et les compétences des personnes doivent être promues tout en reconnaissant l'importance d'agir sur des facteurs environnementaux (responsabilité partagée). • Il faut mettre l'accent sur la participation sociale et la notion d'inclusion.	• L'autodétermination doit être valorisée, selon les possibilités, les préférences et les objectifs propres aux personnes.	• Privilégier la notion de valeur à celle de principe. • Remplacer la valeur d'indépendance par celle d'autodétermination. • Ajouter une cinquième valeur, celle d'inclusion.

3.4 Axes d'intervention

L'analyse des différentes sources de données suggère l'intérêt d'une réorganisation des axes d'intervention, et ce, pour plusieurs raisons :

- Faire ressortir la diversité des caractéristiques individuelles des personnes vieillissantes.
- Souligner l'importance de la résilience individuelle et communautaire.
- Situer la participation sociale en transversalité dans chacun des axes du modèle.
- Intégrer les préventions primaire, secondaire, tertiaire et quaternaire, ainsi que l'organisation des soins et services s'y rattachant.

D'autre part, les données recueillies suggèrent de situer les axes d'intervention dans une dimension temporelle intégrant les parcours de vie, les transitions vécues et leurs conséquences en termes de santé et de qualité de vie (Ferdows *et al.*, 2018; Organisation mondiale de la Santé, 2015; Stowe et Cooney, 2015; Wahl *et al.*, 2012). Considérer le vieillissement au travers de la notion de parcours de vie suppose de le voir comme un processus pouvant être affecté, notamment, par l'effet cumulatif d'une répartition inégale des ressources entre les personnes au fil des ans. Les inégalités en matière de scolarisation, de revenu et logement, de même que tous les avantages ou désavantages acquis plus tôt dans la vie, peuvent moduler les conditions de vie de la population vieillissante (Gauthier *et al.*, 2023). L'accès inadéquat aux technologies numériques, notamment par manque de familiarité, en constitue un exemple (Audy *et al.*, 2021). Dépendamment des ressources disponibles, certaines transitions, comme un déménagement ou la retraite, auront des répercussions variables dans le parcours de vie des personnes.

Les participants aux groupes de discussion ont souligné, plus particulièrement, l'enjeu que représentent le parcours et les transitions spécifiques à un âge plus avancé.

Tableau 5 Axes d'intervention : résultats et pistes d'amélioration

Écrits scientifiques	Consultations	Pistes d'amélioration
• Les caractéristiques individuelles, dont le sexe, l'origine culturelle, l'orientation sexuelle, le genre et la classe sociale, doivent être prises en compte dans le modèle, car ils influencent la perception du vieillissement et de la qualité de vie. • Les personnes vieillissantes formant un groupe hétérogène, il importe de tenir compte des caractéristiques propres à chacune. • Il faut soutenir la résilience des personnes, des proches aidants et des réseaux de proximité présents dans la communauté. • La notion du vieillissement doit être abordée à travers celles du parcours et des transitions de vie.	• Le vieillissement doit être regardé sous l'angle de la diversité des parcours de vie; c'est un processus qui implique potentiellement un cumul d'inégalités pouvant se répercuter sur les manières de vieillir. • La prudence est de mise dans l'utilisation de l'âge biologique comme marqueur d'une catégorie de personnes ciblées pour l'intervention. • L'enjeu que représente l'accès aux technologies numériques pourrait être mentionné plus explicitement dans le modèle.	• Remettre de l'avant l'importance de considérer la diversité des personnes et en faire un axe d'intervention en soi. • Faire de la résilience individuelle et communautaire un axe en soi. • Développer les notions de parcours et de transitions de vie de manière transversale dans le modèle. • Mentionner l'importance de l'inclusion numérique dans l'axe 5 du modèle.

3.5 Représentation graphique

Selon les données recueillies, la structure du modèle et sa représentation graphique doivent illustrer le caractère changeant au fil du temps des adaptations et des parcours de vie. Le vieillissement doit ainsi être situé dans sa dimension évolutive et dynamique (Katz et Calasanti, 2015; Wahl, 2020). L'adéquation recherchée entre les personnes et leur environnement doit aussi être mise de l'avant (Wahl, 2020; Wahl *et al.*, 2012). Le modèle doit également montrer la complémentarité entre les différentes actions proposées dans chacun des axes. La réalisation de plusieurs actions concomitantes peut entraîner des effets de synergie positive.

Pour les participants aux groupes de discussion, la position centrale des personnes vieillissantes dans le modèle s'avère primordiale, et ce, afin de signifier que leur point de vue doit être considéré dans les actions à entreprendre dans les cinq axes d'intervention.

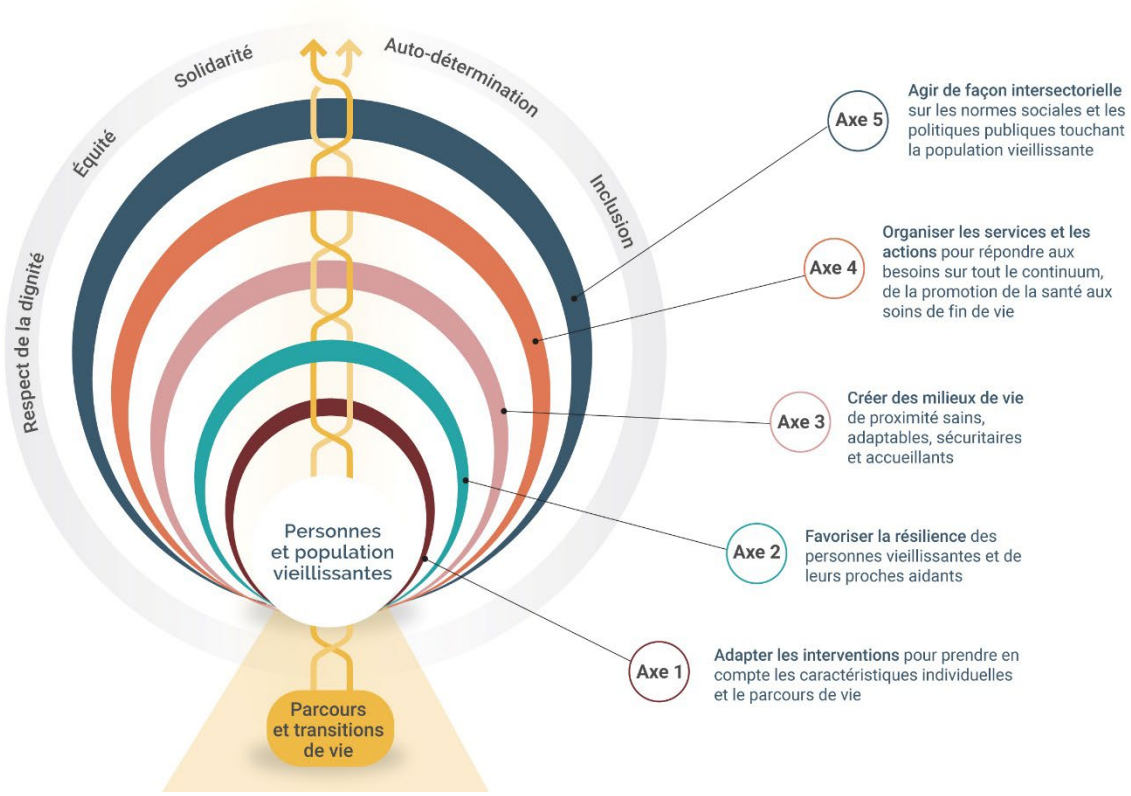
Tableau 6 Représentation graphique : résultats et pistes d'amélioration

Écrits scientifiques	Consultations	Pistes d'amélioration par rapport au modèle de 2008
• La représentation graphique doit être simple et sans surcharge d'informations. • Il faut privilégier une représentation qui rend compte des relations entre les personnes vieillissantes et les différentes composantes de leur environnement.	• L'essentiel devrait apparaître en un seul coup d'œil. • Le rôle central des valeurs comme guides pour l'action doit ressortir. • La représentation graphique doit s'inspirer explicitement de la perspective écosystémique où les réalités environnementales, sociétales et technologiques sont vues comme influençant les états de santé et les comportements des personnes. • Le caractère perméable des axes et la possibilité qu'une action se trouve dans différents axes simultanément pourraient être illustrés.	• Ne conserver dans la représentation graphique que les concepts essentiels. • Mieux illustrer la complémentarité de chacun des axes, ainsi que l'importance des valeurs. • Intégrer les axes du modèle initial présentant des recoupements (axes 6 à 9 intégrés à l'axe 4) pour le simplifier. • Retirer l'axe 3 du modèle de 2008 spécifiquement dédié à la participation sociale, pour situer celle-ci dans une perspective transversale. • Adopter la représentation systémique sous forme de cercles concentriques. • Accompagner la représentation graphique d'un texte simple pour favoriser la compréhension et l'appropriation par plusieurs publics cibles.

4 UN MODÈLE INTÉGRATEUR : MISE À JOUR

Cette section détaille les éléments qui composent le modèle actualisé. Comme cela a été mentionné précédemment, les améliorations apportées reposent sur les résultats de la synthèse des écrits scientifiques et des groupes de discussion réalisés. Elles touchent le nom du modèle, les valeurs qui guident l'intervention, les axes d'intervention et la représentation graphique du modèle. Soulignons que l'approche sous-tendant le modèle n'est pas abordée dans cette section, puisqu'elle n'a pas été modifiée comme telle : elle a cependant été renforcée, notamment par l'adoption d'une représentation graphique qui met davantage en valeur l'approche écosystémique. La nouvelle représentation graphique du modèle figure ci-dessous.

MODÈLE DE 2024 **Créer des conditions favorables à la santé et à la qualité de vie des personnes vieillissantes : un modèle intégrateur**



4.1 Nom du modèle et définition des concepts-clés

Le nom du modèle actualisé est « Créer des conditions favorables à la santé et à la qualité de vie des personnes vieillissantes : un modèle intégrateur ». Le modèle est présenté en détail ci-après, par le biais de la définition de ses concepts-clés.

4.1.1 Conditions favorables

Dans le modèle, les conditions favorables à la santé et à la qualité de vie incluent celles qui relèvent des personnes elles-mêmes, ainsi que celles qui relèvent des communautés et des environnements dans lesquels elles vivent. En effet, par son approche écosystémique, le modèle représente les interactions des personnes et de la population vieillissantes avec différentes composantes de leur environnement. À chacune de ces composantes sont associées des conditions favorables spécifiques. Ainsi, le concept de conditions favorables va au-delà des variables qui renvoient généralement à la situation socioéconomique des personnes ou des groupes (p. ex. revenu, niveau d'éducation, occupation).

4.1.2 Santé et qualité de vie

Les définitions des concepts-clés de santé et de qualité de vie présentent des chevauchements inévitables. Par exemple, tout comme le concept de santé, celui de qualité de vie réfère tantôt à des critères objectifs, tantôt à des perceptions et à des sensations subjectives. De même, les définitions de ce que sont la santé et la qualité de vie évoquent généralement les notions d'adaptation ou d'état d'équilibre, indissociables d'une définition du vieillissement compris comme un processus en constante évolution.

Plus spécifiquement, la santé repose sur l'équilibre d'interactions entre des facteurs personnels, interpersonnels et environnementaux. Dans le modèle, elle correspond à la « capacité des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie » (Gouvernement du Québec, 2023). L'état d'équilibre d'une personne s'apprécie, notamment, par le niveau de bien-être subjectif, par l'exercice de ses capacités intellectuelles, mentales, cognitives et physiques, ainsi que par la qualité de ses relations sociales. Ces éléments s'intègrent de façon unique et dynamique en chaque personne. La santé est ainsi définie comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie (Organisation mondiale de la Santé *et al.*, 1986). Elle est également tributaire de la résilience des personnes et des communautés, soit leur capacité à continuer à se projeter dans l'avenir en présence d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles ou de traumatismes parfois sévères (Manciaux, 2001).

La qualité de vie se concrétise, pour sa part, dans un environnement présentant des ressources matérielles variables, mais également dans des contextes sociaux et culturels diversifiés qui la modulent. En plus de l'associer aux facteurs environnementaux et à la santé dans toutes ses dimensions, l'Organisation mondiale de la Santé définit la qualité de vie comme « la façon dont

les individus perçoivent leur existence compte tenu de la culture et du système de valeurs dans lequel ils vivent et en fonction de leurs buts, de leurs attentes, de leurs normes et de leurs préoccupations » (Organisation mondiale de la Santé, 1996). Cette définition relie la qualité de vie à la perception de congruence entre les attentes ou les aspirations, d'une part, et les réalisations, d'autre part : « lorsqu'il y a congruence, il peut en résulter en un état de satisfaction, de contentement et de joie. Inversement, s'il y a un manque de congruence, ceci peut produire des réactions d'insatisfaction, de mécontentement, de tristesse et de dépression »[7] (Levasseur *et al.*, 2009).

L'introduction du concept de qualité de vie dans le nom du modèle renforce et élargit le concept de santé qui, selon certains écrits scientifiques et aux yeux de certains participants aux groupes de discussion, est encore parfois considéré comme étant trop restrictif. L'utilisation conjuguée des concepts de santé et de qualité de vie vient marquer l'importance d'embrasser les différentes conditions qui agissent sur les façons de vieillir.

4.1.3 Personnes vieillissantes

Une compréhension complexe du vieillissement selon quatre angles différents se dégage de l'ensemble des données recueillies et des analyses réalisées :

- Le vieillissement démographique de la population, lequel entraîne un changement dans l'équilibre entre les groupes d'âge, conjuguant le plus souvent une décroissance du côté des personnes plus jeunes et une croissance du côté des plus âgées (Institut de la statistique du Québec, 2023a). Les données québécoises indiquent que, globalement, l'espérance de vie à la naissance et l'espérance de vie à 65 ans continuent à s'allonger (Institut de la statistique du Québec, 2023a). Ainsi, parmi les personnes de 65 ans et plus, la proportion et le nombre des personnes de 85 ans et plus sont en augmentation. Selon les projections démographiques, les personnes âgées de 100 ans et plus devraient, elles aussi, voir leur nombre progresser au cours des prochaines années (Institut de la statistique du Québec, 2023a).
- La sénescence, qui réfère au processus inéluctable du vieillissement physiologique naturel, entraînant une lente dégradation des fonctions vitales de la cellule à l'origine du vieillissement des organes. Le processus de sénescence débuterait au début de l'âge adulte, mais ses répercussions sur la santé et le fonctionnement des personnes se feraient généralement sentir plus tard dans la vie.
- Le vieillissement chronologique, qui renvoie à l'âge des personnes en nombre d'années vécues ou à des groupes d'âge d'appartenance, par exemple les personnes âgées de 50 à 64 ans, de 65 à 74 ans, de 75 à 84 ans ou encore de 85 ans et plus. Au plan statistique, certaines transitions de vie sont plus significativement associées à certains groupes d'âge.

[7] Traduction libre.

- Le vieillissement dans le parcours de vie, lequel se définit notamment à partir des défis et des opportunités qu'il comporte, ainsi que des transitions spécifiques qu'il entraîne. Ainsi, le vieillissement prend de multiples visages selon le cumul d'avantages et de désavantages des personnes tout au long de leur vie. Le parcours de vie est un déterminant majeur de la façon dont les personnes vieillissent (Institut national de santé publique du Québec, 2018).

Chacun de ces angles a son utilité et ses limites. Par exemple, les pouvoirs publics ont recours au critère d'âge dans la définition de l'admissibilité à certains programmes. Bien que ce standard soit légitime, transparent et objectif, il peut s'avérer un marqueur imprécis des changements associés au vieillissement. À ce titre, il peut renforcer des stéréotypes négatifs conduisant à la privation de certains moyens, leviers ou domaines d'activités dont pourraient bénéficier les personnes vieillissantes.

L'accent mis sur le parcours de vie n'exclut pas le recours à l'âge chronologique comme seuil pour définir la population ciblée par certaines interventions. Dans l'optique de maximiser la portée d'une intervention, il peut être tout à fait indiqué de préciser par leur âge les groupes de personnes qui sont les plus susceptibles de jouir des bienfaits attendus d'une mesure donnée (p. ex. prévention du déconditionnement, préparation à la retraite). À l'instar des grandes transitions jalonnant les parcours plus tôt dans la vie, comme l'adolescence ou la parentalité, les occasions d'agir auprès de la population vieillissante doivent être identifiées et appréciées selon leur effet potentiel sur la santé et la qualité de vie des personnes concernées[8].

Dans le modèle, l'accent est mis sur le parcours et les transitions de vie, favorisant la considération des facteurs qui agissent sur le développement des personnes au cours de leur vie. Ayant défini le vieillissement comme un processus changeant et non comme un état statique, le terme de personnes vieillissantes a été privilégié à celui de personnes aînées ou de personnes âgées. L'adjectif « vieillissant » évoque, en effet, un parcours évolutif, en adéquation avec une conception du vieillissement comme un processus d'adaptation continu. Le parcours de vie et la façon de traverser les transitions de la vie dépendent des vulnérabilités et des forces propres à chaque personne, mais aussi des conditions présentes dans les milieux de vie et les environnements. En ce sens, le fait de mettre l'accent sur les parcours et les transitions de vie est propice à la détermination d'actions ciblées et adaptées, notamment dans une perspective de prévention et de promotion de la santé et de la qualité de vie.

4.2 Valeurs qui guident l'intervention

Les valeurs sont des repères pour guider l'action. Elles s'inscrivent dans des dynamiques complexes où se croisent plusieurs perspectives identitaires, organisationnelles, déontologiques, juridiques et sociopolitiques, chacune posant ses propres questionnements. Celles-ci sont interreliées et s'influencent mutuellement (Bossé *et al.*, 2006). Basées sur le modèle initial, les

[8] Bien que les transitions de vie en elles-mêmes soient souvent exprimées sous forme de pertes ou de deuils, certaines d'entre elles peuvent aussi être source de transformations favorables, d'épanouissement et de plaisir (Näsman *et al.*, 2022).

écrits consultés et les consultations réalisées, les valeurs incluses dans le modèle actualisé sont l'équité, la solidarité, l'autodétermination, la dignité et l'inclusion[9].

4.2.1 Équité

La définition de l'équité implique que chacun ait l'opportunité d'atteindre son plein potentiel et ne soit pas désavantagé pour ce faire, notamment en raison de problèmes de discrimination (Filiatrault *et al.*, 2015). Elle se distingue de celle de l'égalité, qui propose que les ressources et les services soient également disponibles et accessibles à tous. Une considération égale des besoins des personnes et des groupes ne reconnaît pas les disparités quant aux possibilités de se réaliser pleinement (Filiatrault *et al.*, 2015). Or, selon les disparités existantes au sein d'une population, ou encore, selon les besoins spécifiques des personnes ou des groupes visés, l'équité peut requérir des actions d'intensité et de nature différentes. Elle peut également se traduire par la modulation des services et des ressources entre les régions ou les territoires. Dans le modèle, l'équité suppose aussi que les besoins des personnes vieillissantes reçoivent la même considération que ceux du reste de la population, et qu'elles auront accès aux ressources et aux services qui leur sont nécessaires dans le respect de leur diversité et sans discrimination fondée sur l'âge (Lévesque *et al.*, 2022).

4.2.2 Solidarité

La notion de solidarité doit être comprise dans une perspective orientée vers la justice sociale. Il s'agit de reconnaître que la vision d'une société conçue comme une association de personnes parfaitement égales et autonomes masque nécessairement les rapports inévitables de dépendance entre les individus (St-Pierre *et al.*, 2023). La solidarité repose ainsi sur « cette conscience que le bien-être de chacun dépend de celui de l'autre » (Filiatrault *et al.*, 2015). Elle fait appel à l'empathie et à la contribution de l'ensemble des membres de la société dans la recherche de la santé et de la qualité de vie des personnes, quels que soient leur situation, leur statut, leur langue ou leur culture. Pour les personnes vieillissantes elles-mêmes, elle renvoie également à la possibilité de s'engager dans des actions pour le bien collectif. La solidarité opère ainsi dans les deux directions. Le partage d'expériences et d'expertises, dans la réciprocité intergénérationnelle sont, à ce titre, des formes de solidarité particulièrement pertinentes dans le contexte de l'adaptation des personnes et des communautés au vieillissement. Ces formes de solidarité doivent cependant reposer sur le respect des limites, des aspirations et des forces de chacun.

[9] Les définitions qui suivent s'inspirent majoritairement du cadre d'orientation de l'Organisation mondiale de la Santé Vieillir en restant actif (Organisation mondiale de la Santé, 2002), du Cadre national sur le vieillissement (Gouvernement du Canada, 2002) et du Référentiel de valeurs pour soutenir l'analyse éthique des actions en santé publique (Filiatrault *et al.*, 2015) qui proposent tous des énoncés de valeurs et leurs définitions.

4.2.3 Autodétermination

L'autodétermination est un construit complexe où interagissent plusieurs éléments fondamentaux (Lachapelle *et al.*, 2022). Elle repose sur la possibilité de s'orienter dans les différentes dimensions de la vie, et ce, sans subir de pression indue. En effet, l'autodétermination renvoie aux choix et aux décisions prises par les personnes ou groupes de personnes, ainsi qu'à la responsabilité qui en résulte. Elle suppose que les personnes vieillissantes puissent effectuer des choix qui leur conviennent et qui s'harmonisent avec leurs propres valeurs plutôt qu'avec ce que la société peut attendre d'elles. Elle suppose, également, que l'on ne présume pas *a priori* des limites de leurs capacités ou de leurs compétences, et que l'on évite de penser à leur place (Blin, 2022). Dans le modèle, l'autodétermination implique le respect des personnes et des communautés vieillissantes et, lorsque requis, un soutien à l'exercice d'un certain contrôle sur leurs vies (Lachapelle *et al.*, 2022). Ainsi, les notions de responsabilité, d'indépendance, d'autonomie décisionnelle, de liberté et d'autonomisation[10] sont toutes liées à celle de l'autodétermination.

4.2.4 Respect de la dignité

Le respect de la dignité intrinsèque à l'humain est souvent proposé comme une valeur centrale, largement partagée. Être traité avec dignité, c'est l'être avec respect et être accepté comme membre à part entière de la société, sans égard à son âge ou à sa condition. C'est également la possibilité de jouir d'une bonne estime de soi en toute circonstance. Le respect de la dignité peut reposer, par ailleurs, sur la reconnaissance des réalisations d'une personne, ainsi que sur l'importance qu'elle a et qu'elle continue d'avoir pour ses proches et au sein de la société (Gouvernement du Canada, 2002). Si la dignité est souvent associée au contexte des interventions en milieux de soins, le modèle suggère d'en étendre l'application aux actions se déroulant dans les divers milieux de vie.

4.2.5 Inclusion

L'inclusion renvoie à l'accueil des personnes sur la base de leur commune humanité, et ce, peu importe leurs caractéristiques personnelles. Elle implique le maintien et le développement de milieux de vie et d'environnements sécuritaires pour tous. En pratique, l'inclusion suppose de reconnaître le fait que certaines personnes rencontrent des obstacles dans la vie courante et dans l'exercice des rôles sociaux qu'elles souhaitent assumer. De même, elle suppose la reconnaissance des possibilités et des occasions pour lever ces obstacles, notamment à travers le respect des droits et des capacités d'adaptation, la non-discrimination, ou encore l'accès équitable aux moyens de subsistance et aux lieux de participation sociale (Cités et gouvernements locaux unis, 2019). L'inclusion peut également être vue comme un état d'équilibre dans lequel une personne expérimente l'appartenance à un groupe social à travers

[10] En anglais, on parle d'*empowerment*, notion qui repose sur l'agentivité et qui renvoie à l'appropriation par une personne ou une communauté de ses propres pouvoirs, dans le but d'améliorer le contrôle sur sa vie.

son cheminement dans les systèmes sociaux, économiques, politiques et culturels (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2020).

4.3 Axes d'intervention

Prenant appui sur le modèle écosystémique (Bronfenbrenner, 1981), le modèle actualisé comprend cinq grands axes d'intervention situés selon une gradation des structures sociales allant de l'individu jusqu'aux environnements sociopolitiques, en passant par les réseaux de proximité, les milieux de vie et les différents services pertinents aux personnes et à la population vieillissantes. Les axes d'intervention fournissent des indications non exhaustives quant aux différents types d'actions pouvant être réalisées, afin de créer des conditions favorables à la santé et à la qualité de vie des personnes vieillissantes.

4.3.1 Axe 1 - Adapter les interventions pour prendre en compte les caractéristiques individuelles et le parcours de vie

Le vieillissement peut être vécu différemment selon les caractéristiques individuelles et le parcours de vie propre à chaque personne. Les caractéristiques individuelles sont, en partie, influencées par le contexte social et historique dans lequel les personnes s'inscrivent. Parmi celles-ci, les caractéristiques socioéconomiques ont un effet direct sur la santé (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012; Organisation mondiale de la Santé, 2021). Les ressources financières (p. ex. revenu de base, salaire) peuvent notamment augmenter la capacité à s'adapter à certaines situations adverses.

En plus du statut socio-économique, les caractéristiques individuelles incluent, par exemple, l'origine ethnique, le bagage familial, l'expérience acquise, et les divers événements et transitions qui jalonnent l'existence. Parties intégrantes du parcours de vie, les multiples transitions associées, entre autres, à des processus physiologiques normaux (p. ex. la ménopause), à l'état de santé, à l'apparition d'incapacités ou encore au début de la retraite, peuvent avoir des effets sur les habitudes de vie et sur les relations sociales. Les occupations professionnelles font aussi partie du parcours de vie, différents types d'emploi pouvant conduire, par exemple, à des trajectoires de santé différentes. Les personnes plus avancées en âge peuvent avoir développé des expériences et des expertises utiles pour les générations qui suivent. Offrir l'opportunité de les partager peut soutenir la confiance et promouvoir la participation sociale, par une contribution à la société.

L'axe 1 souligne l'importance de :

- Investir dans la production, l'analyse et le partage de données socioéconomiques et sanitaires spécifiques aux personnes vieillissantes, favorisant une meilleure connaissance des

caractéristiques de cette population dans une optique d'intersectionnalité (sexe, origine culturelle, orientation sexuelle, genre, classe sociale, etc.)[11].

- Mettre en œuvre des activités de formation et de sensibilisation pour soutenir la capacité des différents acteurs à tenir compte des caractéristiques individuelles et des parcours de vie, au moment de concevoir, de planifier ou de déployer des actions concernant les personnes et la population vieillissantes.

4.3.2 Axe 2 - Favoriser la résilience des personnes vieillissantes et de leurs proches aidants

Augmenter la résilience des personnes vieillissantes suppose que soit donnée à chacune l'opportunité d'acquérir des connaissances et de développer des compétences pour exercer son pouvoir d'agir dans le sens de la préservation de sa santé et de sa qualité de vie. Pour ce faire, des actions doivent être entreprises en amont, incluant dans une optique de repérage et de dépistage, afin de consolider les possibilités d'adaptation au vieillissement. Le choix des actions doit s'appuyer sur le concept de vieillissement citoyen, pour que chaque personne puisse participer jusqu'à la fin de sa vie aux décisions et aux interventions qui la concernent.

L'axe 2 souligne ainsi l'importance de :

- Soutenir la capacité d'agir et l'autodétermination des personnes vieillissantes, afin qu'elles participent autant que possible aux décisions et aux actions qui les concernent.
- Selon les besoins exprimés, offrir du soutien ayant trait à une diversité de composantes, par exemple en matière de participation sociale, de spiritualité, de littératie, d'habitudes de vie, d'utilisation appropriée des médicaments, de prévention des chutes, ou encore de capacité et de motivation à atteindre des objectifs pour soi et pour la collectivité[12].
- Soutenir les proches aidants en tenant compte également d'un ensemble de composantes, comme l'importance de leur rôle dans la communauté, du maintien des liens avec l'entourage et les personnes d'autres générations, ainsi que des possibilités de s'engager dans des activités qui ont du sens pour eux.
- Soutenir les réseaux communautaires et de proximité, notamment les organismes dédiés aux personnes vieillissantes et à leurs proches, pour qu'ils aident au maintien ou au renforcement de la résilience des personnes et des communautés. L'implication des personnes vieillissantes elles-mêmes dans ces réseaux doit être encouragée.

[11] L'intersectionnalité fait référence à la manière dont les sources de discrimination se chevauchent et se renforcent mutuellement. En santé publique, la théorie de l'intersectionnalité peut être appliquée pour mieux comprendre les inégalités en santé.

[12] La recension des écrits a mis en évidence le concept de transcendance qui comporte plusieurs de ces dimensions (McCarthy et Bockweg, 2013).

4.3.3 Axe 3 - Créer des milieux de vie de proximité sains, adaptables, sécuritaires et accueillants

Des milieux de vie favorables à la santé et à la qualité de vie doivent permettre aux personnes vieillissantes de vivre dans un lieu qui leur convient, dans leur communauté, en tenant compte de leurs souhaits. Par la proximité des processus décisionnels avec la population qu'il dessert, le palier municipal constitue un levier particulièrement puissant pour favoriser la santé et la qualité de vie (Lévesque *et al.*, 2022). En soutenant l'arrimage entre les politiques municipales, les organisations communautaires et les personnes vieillissantes, des démarches comme Municipalités amies des aînés (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2023), entre autres, sont essentielles à la création de milieux de vie favorables à la santé et à la qualité de vie. Du fait de leurs missions variées et complémentaires, de nombreux acteurs et partenaires (p. ex. les centres locaux de services communautaires, les organismes communautaires, les acteurs municipaux) sont au premier plan pour soutenir l'autonomie des personnes et des communautés, proposer des lieux de participation sociale ou procurer un filet de sécurité aux personnes en situation de vulnérabilité. En ce sens, ils sont indissociables de la qualité des milieux de vie.

L'axe 3 souligne l'importance de :

- Adapter les milieux de vie afin qu'ils soient universellement accessibles, qu'ils offrent un accès proximal aux biens et services dont les personnes ont besoin, et qu'ils soient économiquement abordables (p. ex. habitation, transport).
- Améliorer les quartiers en aménageant des infrastructures qui aident à diminuer les risques de chute et de décès, renforcent le sentiment de sécurité et réduisent l'exposition à la violence.
- Animer les milieux de vie, comme les lieux de travail ou de bénévolat et les espaces publics intérieurs et extérieurs, pour qu'ils soient exempts de discrimination, tels l'âgisme, le racisme, l'homophobie et l'intimidation, et propices aux interactions intergénérationnelles, à la participation sociale et à un plus grand sentiment d'appartenance à la communauté.
- Assurer dans les milieux de vie qui s'y prêtent une offre de médiation sociale (Lemieux et Lebel, 2022) ou d'accompagnement par des pairs, des bénévoles ou des intervenants, dont les travailleurs de milieu auprès des personnes vieillissantes en situation de vulnérabilité.

4.3.4 Axe 4 - Organiser les services et les actions pour répondre aux besoins sur tout le continuum, de la promotion de la santé aux soins de fin de vie

L'organisation des services vise à assurer de bons soins et services par le bon intervenant au bon moment et au bon endroit et, comme le proposent les auteurs du modèle « Aging all over the place », une meilleure intégration des soins et services avec la communauté où se trouvent les personnes aînées (Levasseur *et al.*, 2022). Dans cette perspective, l'organisation des services repose sur la mise en œuvre d'actions appropriées, efficaces et efficientes, utilisant un minimum de ressources pour un maximum de résultats. Les actions appropriées sont celles qui

correspondent aux préférences, aux besoins et aux valeurs des personnes, et qui ne présentent aucun préjudice ou dont les bénéfices l'emportent sur les préjudices. L'établissement d'un partenariat entre les patients, leurs proches et les intervenants impliqués peut aider à intégrer ces divers éléments dans les décisions prises, avec un éclairage et un niveau de littératie adéquats (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018). Les actions doivent être accessibles et adaptées aux plans physique, géographique, culturel et financier, de même que disponibles aux moments requis, ce qui suppose des délais raisonnables pour obtenir les services, le soir et les fins de semaine au besoin.

L'axe 4 souligne l'importance, pour l'organisation des services sur tout le continuum, de :

- Prévoir des actions en promotion de la santé pour donner aux personnes davantage de maîtrise de leur propre santé et des moyens de l'améliorer en les impliquant. Il faut avoir les effectifs et l'expertise requise pour exercer un leadership en la matière[13].
- Soutenir adéquatement chaque personne et la population en considérant les quatre niveaux de prévention suivants (Martins *et al.*, 2018) :
  - La prévention primaire renvoie aux actions sur les facteurs de risque et de protection des problèmes, par exemple l'isolement social, la dénutrition, la sédentarité, la maltraitance, le manque d'hygiène dentaire, un statut vaccinal inadéquat ou une insuffisance des mesures d'urgence en cas d'événements climatiques extrêmes.
  - La prévention secondaire renvoie aux actions qui préviennent les manifestations des problèmes déjà existants, comme l'hypertension artérielle, le diabète, l'ostéoporose, certains cancers, les troubles cognitifs, la dépression et les idéations ou comportements suicidaires. Elle inclut le repérage et le dépistage de problématiques silencieuses ou non exprimées par les personnes.
  - La prévention tertiaire renvoie aux actions visant à traiter ou à gérer des problèmes ou des maladies chroniques, à en prévenir la réapparition, à en éviter ou à en amoindrir les conséquences néfastes, notamment en compensant les limitations ou en assurant l'assistance nécessaire, incluant les soins palliatifs et l'accompagnement lors de soins de fin de vie.
  - La prévention quaternaire renvoie aux actions visant à protéger les personnes d'interventions qui pourraient leur causer davantage de tort que de bien.
- Prévoir des actions destinées à l'amélioration continue des services, ce qui peut inclure la mise en place de mécanismes assurant la participation des personnes vieillissantes aux décisions les concernant, le renforcement des compétences professionnelles, la consolidation des partenariats intersectoriels aux paliers local, régional et national, ou encore, des mesures

[13] Les cinq stratégies de la Charte d'Ottawa en promotion de la santé (Organisation mondiale de la santé *et al.*, 1986) se retrouvent dans le présent modèle. De plus, la promotion de la santé touche tous les autres axes du présent modèle et toutes les personnes aînées, qu'elles aient ou non des problèmes de santé ou des incapacités. Dans l'axe 4, il s'agit précisément d'orienter les services vers la promotion et la prévention.

favorisant l'utilisation appropriée des services de la communauté, de première ligne et spécialisés, dans une optique d'intégration et de continuité.

4.3.5 Axe 5 - Agir de façon intersectorielle sur les normes sociales et les politiques publiques touchant la population vieillissante

Inspiré par une perspective centrée sur les déterminants de la santé, un cinquième axe d'intervention vient englober les quatre premiers (Dahlgren et Whitehead, 2021; ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015). Il renvoie à deux types d'action qui concourent à favoriser la cohésion sociale et à créer des communautés plus justes, équitables, inclusives et résilientes (Comité en prévention et promotion, 2020). Il s'agit d'actions intersectorielles ciblant : 1) les normes sociales du vieillissement[14] et; 2) les politiques publiques pour soutenir la mise en place d'environnements favorables à la santé et à la qualité de vie, et encourager la participation sociale sous toutes ses formes (Raymond *et al.*, 2009)[15]. L'âgisme est l'une des causes de l'exclusion des personnes vieillissantes des lieux de participation sociale et de la vie démocratique. Une telle exclusion peut revêtir plusieurs visages (p. ex. exclusion du travail ou des espaces décisionnels). Les actions pour favoriser la participation sociale font appel au soutien des personnes, à la mise en place de réseaux d'entraide, à la création de lieux de rencontre accueillants et sécuritaires, ainsi qu'à l'élaboration de politiques publiques conséquentes qui ne créent pas d'inégalités sociales (Boismenu, 2021).

L'axe 5 souligne l'importance de :

- Prévenir les différentes formes d'âgisme, par le biais d'activité de sensibilisation et de formation appropriées et par la promotion de pratiques intergénérationnelles.
- Reconnaître, valoriser et mettre à profit l'expérience, les savoirs et les contributions des personnes vieillissantes à la société et à la culture québécoise.
- Soutenir différentes modalités de participation sociale, incluant la participation citoyenne, selon les degrés d'engagement et de responsabilité souhaités par les personnes (OCDE, 2002; Raymond *et al.*, 2009).
- Porter une attention particulière aux conditions pouvant faire obstacle à la participation sociale.
- Favoriser l'inclusion numérique de la population vieillissante.

[14] Les normes sociales se manifestent dans des manières d'être, d'agir ou de penser en conformité avec les attentes d'un groupe social donné; elles organisent la vie collective, notamment en définissant ce qui est acceptable et approprié au sein de ce groupe (Gauthier *et al.*, 2020).

[15] Les politiques publiques influencent de multiples aspects de la vie et peuvent prendre différentes formes : un énoncé de politique, mais aussi des orientations, une loi, un règlement, un programme, etc. Les politiques publiques se définissent à tous les paliers de gouvernement, du local à l'international, dans tous les domaines des pouvoirs publics.

- Agir sur les politiques publiques en focalisant sur les domaines ayant le plus grand potentiel d'incidence sur la santé et la qualité de vie des personnes vieillissantes, en particulier celles qui vivent en situation de plus grande vulnérabilité.
- Soutenir les politiques publiques susceptibles d'optimiser l'efficacité des actions en matière d'âgisme et d'en réduire les effets négatifs (Organisation mondiale de la Santé, 2020).
- Analyser les politiques publiques au moment de leur élaboration et les évaluer lorsqu'elles sont mises en œuvre (Blouin *et al.*, 2022).
- S'assurer que les politiques publiques sont cohérentes entre elles par le biais de pratiques intersectorielles et intergouvernementales, à tous les niveaux de gouvernance.

4.4 Forces, limites et utilités potentielles

Le modèle possède un certain nombre de forces qu'il faut souligner :

- Il suscite une bonne adhésion parmi les personnes consultées.
- Il prend en compte plusieurs courants de la littérature scientifique récente, s'appuyant tant sur des critiques de modèles existants que sur les nouveaux modèles proposés depuis 2008.
- Il présente une approche écosystémique qui place les personnes et la population vieillissantes au centre des préoccupations et de l'action, qui reconnaît leur pouvoir d'agir et promeut la qualité de leurs milieux de vie et des environnements plus globaux dans lesquels elles évoluent. Ainsi, il fait bien ressortir le caractère multifactoriel du vieillissement ancré dans le parcours de vie, en donnant une place de choix aux déterminants de la santé et de la qualité de vie.
- Le modèle reconnaît que les besoins et aspirations des personnes vieillissantes sont évolutifs et que la vie est jalonnée de multiples transitions qui sont autant de leviers pour l'action.
- Il repose sur l'interdépendance des acteurs et la synergie potentielle entre des actions portées par divers secteurs de la société (p. ex. municipal, communautaire, privé).
- Il se constitue comme un outil pouvant soutenir différents types de démarche, comme la réalisation d'états de situation, ainsi que la définition d'objectifs et de mesures à développer ou à consolider.
- Il conjugue la promotion de la santé et la prévention, incluant les soins et services nécessaires lorsqu'apparaissent des problèmes. Il est compatible avec l'énoncé de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé et les stratégies qui y sont préconisées, notamment le développement de politiques publiques favorables à la santé, le renforcement de l'action communautaire et la réorientation des services de santé en faveur de la prévention (Organisation mondiale de la Santé, 1986).

Le modèle comporte, par ailleurs, quelques limites :

- Chacune des composantes du modèle et l'agencement entre elles pourrait donner lieu à un corpus de connaissances en soi, dont le développement est pratiquement sans fin. Ce niveau

d'informations dépasse largement les besoins du présent modèle, qui se veut un guide et un aide-mémoire pour la réflexion. Ainsi, le modèle n'est pas un traité sur tous les tenants et aboutissants du vieillissement. Selon les situations, il sera nécessaire de recourir à des connaissances plus fines et inhérentes à chacun des thèmes évoqués dans le modèle.

- Le modèle n'expose pas les occasions pour s'adapter au vieillissement tout au long du parcours de vie à partir du plus jeune âge. Il s'intéresse surtout à ce qui peut être fait pour les personnes vieillissantes, aux transitions de vie qui leur sont propres, aux facteurs qui peuvent encore être modifiés et aux problèmes qui sont particulièrement associés à l'âge avancé.
- Le modèle n'est pas un modèle théorique éprouvé; autrement dit, il ne donne pas la valeur prédictive de ses dimensions pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population vieillissante.

Les attentes vis-à-vis un tel outil doivent être réalistes et mesurées à l'aune de son utilité. Le modèle peut être utile pour :

- S'approprier une vision globale et intégrée des grandes stratégies et des facteurs importants à considérer au travers un éventail d'axes d'intervention complémentaires.
- Partager une vision commune de ce qui peut permettre d'atteindre des objectifs spécifiques en matière de vieillissement en santé.
- Se donner des repères pertinents pour dresser des bilans et des états de situation quant aux thématiques touchées, et aux forces et limites des services et mesures en place au regard de celles-ci.
- Amorcer des échanges et faire ressortir les contributions originales des acteurs en présence. En effet, le modèle permet à tous les acteurs de situer sa mission, ses rôles et responsabilités en valorisant les contributions de chacun. En ce sens, il peut constituer une carte de visite et un levier de mobilisation.
- Encourager la création d'espaces de concertation multidisciplinaires et intersectoriels pour la recherche, la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des actions, selon leur application et leurs effets.

5 CONCLUSION

Le présent rapport d'analyse propose une mise à jour du modèle conceptuel du vieillissement en santé de 2008, dont le titre a été remplacé par le suivant : « Créer des conditions favorables à la santé et la qualité de vie des personnes et de la population vieillissantes : un modèle intégrateur ». Le modèle s'inscrit dans une perspective de réponse aux besoins des personnes vieillissantes, mais également dans l'optique d'agir pour l'ensemble de la population vieillissante dans toute sa diversité. Il rappelle, en ce sens, la complémentarité des actions réalisées auprès des personnes, dans certains groupes de la population vieillissante, comme ceux vivant des situations de plus grande vulnérabilité, et des actions destinées à la population dans son ensemble.

Le modèle indique des pistes pour agir simultanément à l'échelle des personnes, des communautés et des environnements en vue d'améliorer la santé et la qualité de vie. Il peut ainsi être utile à l'élaboration de plans d'action. Il collige en un tout cohérent des concepts, des stratégies et des mesures pertinentes à l'atteinte des objectifs de santé et de qualité de vie des personnes et de la population vieillissantes. L'expérience indique qu'un tel outil peut aider à la planification et à l'élaboration de plans d'action plus concrets, allant de la définition des besoins et des objectifs, jusqu'à l'identification des indicateurs de suivi ou de mesure d'effets des actions. Il s'agit d'autant de prises pour esquisser des mesures dont la faisabilité et l'efficacité doivent, autant que possible, être appréciées dans différents contextes d'intervention.

6 RÉFÉRENCES

Annele, U., Satu, K. J. et Timo, E. S. (2019). Definitions of successful ageing: a brief review of a multidimensional concept. *Acta Bio Medica : Atenei Parmensis*, *90*(2), 359-363. https://doi.org/10.23750/abm.v90i2.8376

Audy, É., Gamache, L., Gauthier, A., Lemétayer, F., Lessard, S. et Melançon, A. (2021). *Inégalités d'accès et d'usage des technologies numériques : un déterminant préoccupant pour la santé de la population?* Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/publications/3148-inegalites-acces-usage-technologies-numeriques

Ayalon, L. (2020). There is nothing new under the sun: ageism and intergenerational tension in the age of the COVID-19 outbreak. *International Psychogeriatrics*, 1-4. https://doi.org/10.1017/S1041610220000575

Beard, J. R., Officer, A., de Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J.-P., Lloyd-Sherlock, P., Epping-Jordan, J. E., Peeters, G. M. E. E. G., Mahanani, W. R., Thiyagarajan, J. A. et Chatterji, S. (2016). The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet (London, England)*, *387*(10033), 2145-2154. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00516-4

Bhattacharyya, K. K., Molinari, V. et Andel, R. (2023). Longevity is not an ingredient of successful aging as self-reported by community-dwelling older adults: a scoping review. *Aging & Mental Health*, *27*(2), 217-229. https://doi.org/10.1080/13607863.2022.2033696

Blin, M. (2022). L'autodétermination : une responsabilité collective et partagée. Présentation du dossier. *La nouvelle revue - Éducation et société inclusives*, *94*(2), 5-9. https://doi.org/10.3917/nresi.094.0005

Blouin, C., Gauthier, A. et Roberge, M.-C. (2022). *Outil d'analyse de politiques publiques pour une prise de décision rapide en santé publique*. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. https://ccnpps-ncchpp.ca/fr/outil-danalyse-de-politiques-publiques-pour-une-prise-de-decision-rapide-en-sante-publique/

Boismenu, G. (2021). *De la pauvreté à l'exclusion sociale : Les pouvoirs publics interpelés*. Érudit. https://www.erudit.org/fr/livres/hors-collection/de-la-pauvrete-a-lexclusion-sociale/

Bossé, P.-L., Morin, P. et Dallaire, N. (2006). La délibération éthique : de l'étude de cas à la citoyenneté responsable. *Santé mentale au Québec*, *31*(1), 47-63. https://doi.org/10.7202/013684ar

Bronfenbrenner, U. (1981). *The Ecology of Human Development : Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press.

Cardinal, L., Langlois, M.-C., Gagné, D. et Tourigny, A. (2008). *Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel.* Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/publications/860

Cités et gouvernements locaux unis. (2019). *Villes inclusives et accessibles*. Congress de CGLU / Le circuit Town Hall. Sommet mondial des dirigeants locaux et régionaux, Durban. https://www.durban2019.uclg.org/fr/media/villes-inclusives-et-accesibles-congress-de-cglu-le-circuit-town-hall

Comité en prévention et promotion. (2020, juin 1). *COVID-19 : la résilience et la cohésion sociale des communautés pour favoriser la santé mentale et le bien-être*. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/publications/3016-resilience-cohesion-sociale-sante-mentale-covid19

Dahlgren, G. et Whitehead, M. (2021). The Dahlgren-Whitehead model of health determinants : 30 years on and still chasing rainbows. *Public Health*, *199*, 20-24. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.08.009

Dufour, E., Bolduc, J., Leclerc-Loiselle, J., Charette, M., Dufour, I., Roy, D., Poirier, A.-A. et Duhoux, A. (2023). Examining nursing processes in primary care settings using the Chronic Care Model: an umbrella review. *BMC Primary Care*, *24*(1), 176. https://doi.org/10.1186/s12875-023-02089-3

Ferdows, N. B., Jensen, G. A. et Tarraf, W. (2018). Healthy aging after age 65: a life-span health production function approach. *Research on Aging*, *40*(5), 480-507. https://doi.org/10.1177/0164027517713312

Filiatrault, F., Désy, M. et Leclerc, B. (2015). *Référentiel de valeurs pour soutenir l'analyse éthique des actions en santé publique*. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/publications/2010

Fraser, S., Lagacé, M., Bongué, 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., Éthier, 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*, afaa097. https://doi.org/10.1093/ageing/afaa097

Freeman, T. (2006). « Best practice » in focus group research: making sense of different views. *Journal of Advanced Nursing*, *56*(5), 491-497. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04043.x

Gauthier, A., Houle, V., Roy, M. et St-Pierre, J. (2020). *Repenser l'action sur les normes sociales pour favoriser la santé et le bien-être*. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/publications/2630

Gauthier, A., Tourigny, A., Sahil, S., Ades, J., Burigusa, G., Chapados, M., Badr, J. et Ouimet, M.-J. (2023). *Doter le Québec d'une stratégie nationale pour améliorer la qualité de vie des personnes aînées : vers des milieux de vie inclusifs, sains et sécuritaires*. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/publications/3322

Gebremariam, K. M. et Sadana, R. (2019). On the ethics of healthy ageing: setting impermissible trade-offs relating to the health and well-being of older adults on the path to universal health coverage. *International Journal for Equity in Health*, *18*(1), 140. https://doi.org/10.1186/s12939-019-0997-z

Gouvernement du Canada. (2002, juillet 1). *Les Principes du Cadre national sur le vieillissement : guide d'analyse des politiques : H88-3/21-1998F-IN*. https://publications.gc.ca/site/eng/9.630537/publication.html

Gouvernement du Québec. (2023). *Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2)*. https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/s-4.2

Howell, B. M., Seater, M. et McLinden, D. (2021). Using concept mapping methods to define « healthy aging » in Anchorage, Alaska. *Journal of Applied Gerontology: The Official Journal of the Southern Gerontological Society*, *40*(4), 404-413. https://doi.org/10.1177/0733464819898643

Hsieh, H.-F. et Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, *15*(9), 1277-1288. https://doi.org/10.1177/1049732305276687

Institut de la statistique du Québec. (2023a). *Portrait des personnes aînées au Québec*. Gouvernement du Québec. https://statistique.quebec.ca/fr/communique/portrait-personnes-ainees-quebec

Institut de la statistique du Québec. (2023b). *Portrait des personnes aînées au Québec*. Gouvernement du Québec. https://statistique.quebec.ca/fr/communique/portrait-personnes-ainees-quebec

Institut national de santé publique du Québec. (2018). *Les inégalités sociales de santé au Québec— L'espérance de vie en bonne santé, sur le site Santéscope*. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/santescope/syntheses/evbs-complet.pdf

Institut national de santé publique du Québec. (2020). *COVID-19 : la résilience et la cohésion sociale des communautés pour favoriser la santé mentale et le bien-être*.

Kahana, E., Kahana, B. et Lee, J. E. (2014). Proactive approaches to successful aging: one clear path through the forest. *Gerontology*, *60*(5), 466-474. https://doi.org/10.1159/000360222

Katz, S. et Calasanti, T. (2015). Critical perspectives on successful aging: does it « appeal more than it illuminates »? *The Gerontologist*, *55*(1), 26-33. https://doi.org/10.1093/geront/gnu027

Lachapelle, Y., Fontana-Lana, B., Petitpierre, G., Geurts, H. et Haelewyck, M.-C. (2022). Autodétermination : historique, définitions et modèles conceptuels. *La nouvelle revue - Éducation et société inclusives*, *94*(2), 25-42. https://doi.org/10.3917/nresi.094.0025

Lagacé, M. et Rodrigues-Rouleau, P. (2021). Pandémie : pour sortir du paradigme de l'âgisme. *Nouveaux Cahiers du socialisme*, *25*, 26-33. https://www.erudit.org/fr/revues/ncs/2021-n25-ncs05820/94846ac/

Lemieux, V. et Lebel, P. (2022). *La participation sociale des personnes aînées montréalaises : données fondées sur des expériences vécues et recommandations*. Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. https://nccdh.ca/resources/entry/la-participation-sociale-des-personnes-ainees-montrealaises-donnees-fondees-sur-des-experiences-vecues-et-recommandations

Levasseur, M., Naud, D., Presse, N., Delli-Colli, N., Boissy, P., Cossette, B., Couturier, Y. et Cadieux Genesse, J. (2022). Aging all over the place: a multidisciplinary framework that cons... : Ingenta Connect. *Quality in Ageing and Older Adults, 23*(3), 150-162. https://www.ingentaconnect.com/content/mcb/qaoa/2022/00000023/00000003/art00007

Levasseur, M., St-Cyr Tribble, D. et Desrosiers, J. (2009). Meaning of quality of life for older adults: importance of human functioning components. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *49*(2), e91-e100. https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.08.013

Lévesque, J., Robitaille, É., Gervais, M.-J. et Couture-Ménard, M.-É. (2022). *L'action municipale pour créer des environnements favorables à la santé et à la qualité de vie.* Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/publications/3262

Manciaux, M. (2001). La résilience. Un regard qui fait vivre. *Études*, *395*(10), 321-330. https://doi.org/10.3917/etu.954.0321

Martin, P., Kelly, N., Kahana, B., Kahana, E., Willcox, B. J., Willcox, D. C. et Poon, L. W. (2015). Defining successful aging: a tangible or elusive concept? *The Gerontologist*, *55*(1), 14-25. https://doi.org/10.1093/geront/gnu044

Martins, C., Godycki-Cwirko, M., Heleno, B. et Brodersen, J. (2018). Quaternary prevention: reviewing the concept. *The European Journal of General Practice*, *24*(1), 106-111. https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1422177

McCarthy, V. L. et Bockweg, A. (2013). The role of transcendence in a holistic view of successful aging: a concept analysis and model of transcendence in maturation and aging. *Journal of Holistic Nursing: Official Journal of the American Holistic Nurses' Association*, *31*(2), 84-92; quiz 93-94. https://doi.org/10.1177/0898010112463492

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2009). *Programme de soutien à la démarche Municipalité amie des aînés—Soutien gouvernemental aux démarches des municipalités qui agissent pour le bien-être des aînés*. Gouvernement du Québec. https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/personnes-agees/aide-financiere-organismes/municipalite-amie-des-aines/soutien-realisation-demarche-mada

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). *La santé et ses déterminants : mieux comprendre pour mieux agir*. Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000540/

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Programme national de santé publique 2015-2025*. Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001565/

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux*. Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002061/

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020). *Guide d'accompagnement pour la réalisation de la démarche Municipalité amie des aînés (2e édition) et sa boîte à outils*. Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002194

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023). *Programme Québec ami des aînés*. Gouvernement du Québec. https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/personnes-agees/aide-financiere-organismes/quebec-ami-des-aines/programme-quebec-ami-des-aines

Näsman, M., Nyqvist, F. et Nygård, M. (2022). Disentangling the concept of well-being in very old age using Rodgers' evolutionary concept analysis. *Journal of Happiness Studies*, *23*(6), 3101-3126. https://doi.org/10.1007/s10902-022-00496-4

Organisation de coopération et de développement économiques. (2002). *Des citoyens partenaires, information, consultation et participation à la formulation des politiques publiques*. OCDE, Paris.

Oliver, D. (2020). David Oliver : What the pandemic measures reveal about ageism. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *369*, m1545. https://doi.org/10.1136/bmj.m1545

Organisation mondiale de la Santé. (1996). Quelle qualité de vie ? *Forum mondial de la Santé 1996 ; 17(4) : 384-386*. https://apps.who.int/iris/handle/10665/54757

Organisation mondiale de la Santé. (2002). *Vieillir en restant actif : Cadre d'orientation* (WHO/NMH/NPH/02.8). https://apps.who.int/iris/handle/10665/67758

Organisation mondiale de la Santé. (2015). *World report on ageing and health*. https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463

Organisation mondiale de la Santé. (2020). *Rapport mondial sur l'âgisme*. https://www.who.int/fr/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combatting-ageism/global-report-on-ageism

Organisation mondiale de la Santé. (2021). *Décennie pour le vieillissement en bonne santé (2021-2030)*. https://www.who.int/fr/initiatives/decade-of-healthy-ageing

Organisation mondiale de la Santé, Santé et bien-être social Canada, & Association canadienne de santé publique. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : une conférence internationale pour la promotion de la santé*.

Paúl, C., Ribeiro, O. et Teixeira, L. (2012). Active ageing: an empirical approach to the WHO model. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, *2012*, 382972. https://doi.org/10.1155/2012/382972

Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux et Ministère de la Famille et des Aînés. (2012). *Politique et plan d'action—Vieillir et vivre ensemble—Chez soi, dans sa communauté, au Québec*. Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002206/

Raymond, É., Gagné, D., Sévigny, A. et Tourigny, A. (2009, janvier 8). *La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé : réflexion critique appuyée sur une analyse documentaire*. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/publications/859

Robine, J.-M. (2019). Successful aging and the longevity revolution. Dans *The Cambridge Handbook of Successful Aging* (Cambridge University Press, p. 27-37). https://www.cambridge.org/core/books/abs/cambridge-handbook-of-successful-aging/successful-aging-and-the-longevity-revolution/0FBA554CDC828976611AB35C112CC666

Statistique Canada. (2023). *Estimations de la population du Canada : Croissance démographique record en 2022*. Gouvernement du Canada. https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/230322/dq230322f-fra.htm

Stephens, C. (2017). From success to capability for healthy ageing: shifting the lens to include all older people. *Critical Public Health*, *27*(4), 490-498. https://doi.org/10.1080/09581596.2016.1192583

Stowe, J. D. et Cooney, T. M. (2015). Examining Rowe and Kahn's concept of successful aging: importance of taking a life course perspective. *The Gerontologist*, *55*(1), 43-50. https://doi.org/10.1093/geront/gnu055

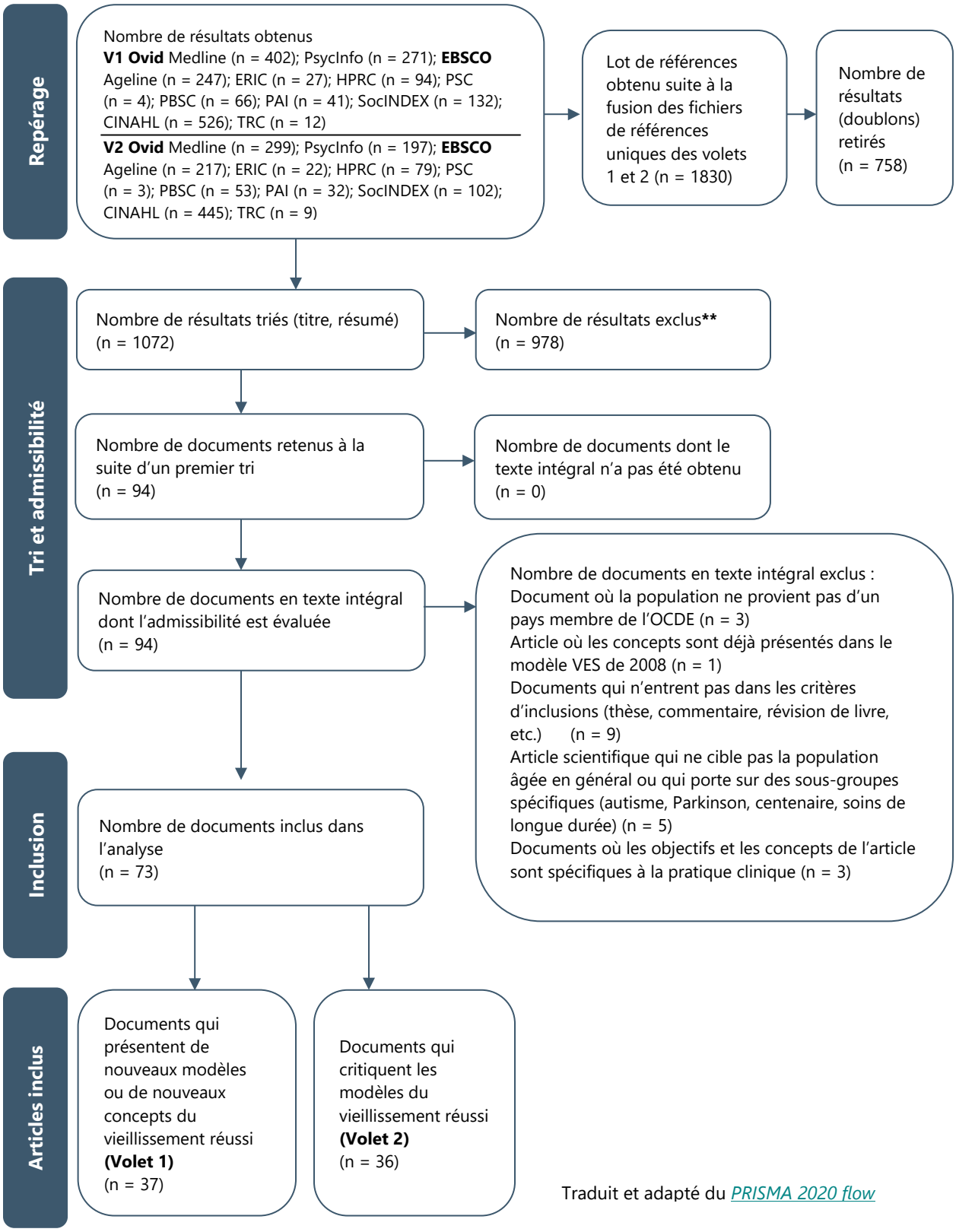
St-Pierre, Gauthier, A. et Pollet, R. (2023). *L'usage du concept de la vulnérabilité en santé publique*. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/publications/3310

Touré, E. H. (2010). Réflexion épistémologique sur l'usage des focus groups : fondements scientifiques et problèmes de scientificité. *Recherches qualitatives*, *29*(1), 5-27. https://doi.org/10.7202/1085130ar

Wahl, H.-W. (2020). Aging successfully: possible in principle? Possible for all? Desirable for all? *Integrative Psychological and Behavioral Science*, *54*(2), 251-268. https://doi.org/10.1007/s12124-020-09513-8

Wahl, H.-W., Iwarsson, S. et Oswald, F. (2012). Aging well and the environment: toward an integrative model and research agenda for the future. *The Gerontologist*, *52*(3), 306-316. https://doi.org/10.1093/geront/gnr154

ANNEXE 1 DIAGRAMME DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE



Traduit et adapté du *PRISMA 2020 flow*

ANNEXE 2 STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Mots-clés en anglais

Concept 1 : Healthy aging	Concept 2 : Model	Concept 3 : Public Health	Concept 4 : Critical Evaluation
• Healthy aging/ageing • Active aging/ageing • Successful aging/ageing positive aging/ageing	• Model • Framework	• Public health • Health promotion • Prevention	• Analysis • Comparison • Critic • Evaluation • Measure

Stratégie de recherche pour Ovid MEDLINE(R) ALL (Ovid)

Interrogée le 2022-12-12

#	Requête	Résultats
1	Healthy Aging/ or ((active* or healthily or healthy or positive* or successful* or well) adj1 (age or ag?ing)).ti,ab,kf.	20994
2	Models, Psychological/ or Models, Theoretical/ or (concept* or framework* or framing or model*).ti,kf.	1135631
3	Climate Change/or Health Promotion/ or Health Status/ or Life Style/ or Personal Satisfaction/ or Quality of Life/ or Social Determinants of Health/ or Social Environment/ or Socioeconomic Factors/ or ("climate chang*" or ((cognitive* or condition* or mental* or physical* or prevent* or promot* or psycholog* or public or social* or spiritual* or status) adj1 health*) or hrqol or (life adj2 (quality or satisfaction)) or "life style*" or lifestyle* or "personal satisfaction" or ((social or socioeconomic) adj (condition* or determinant* or environment* or factor* or situation*)) or well-being* or wellbeing* or wellness*).ti,ab,kf.	1647191
4	and/1-3	456
5	4 and (english or french).lg.	438
6	..l/ 5 yr=2007-2023	402
7	(analys#s or assess* or compar* or critic* or evaluat* or measur*).ti,ab,kf.	15056449
8	4 and 7	316
9	8 and (english or french).lg.	307
10	..l/ 9 yr=2000-2023	299

Stratégie de recherche pour APA PsycInfo (Ovid)

Interrogée le 2022-12-12

#	Requête	Résultats
1	Healthy Aging/ or "Healthy Aging".mh. or ((active* or healthily or healthy or positive* or successful* or well) adj1 (age or ag?ing)).ti,ab,id.	8420
2	Models/ or "Models, Psychological".mh. or "Models, Theoretical".mh. or (concept* or framework* or framing or model*).ti,id.	408466
3	exp "Climate Change"/ or Health Promotion/ or "Health Related Quality of Life"/or Health Status/ or Life Satisfaction/ or exp "Lifestyle"/ or "Quality of Life"/or "Social Environments"/or exp "Socioeconomic Factors"/ or "Climate Change".mh. or "Health Promotion".mh. or "Health Status".mh. or "Life Style".mh. or "Personal Satisfaction".mh. or "Quality of Life".mh. or "Social Determinants of Health".mh. or "Social Environment".mh. or "Socioeconomic Factors".mh. or ("climate chang*" or ((cognitive* or condition* or mental* or physical* or prevent* or promot* or psycholog* or public or social* or spiritual* or status) adj1 health*) or hrqol or (life adj2 (quality or satisfaction)) or "life style*" or lifestyle* or "personal satisfaction" or ((social or socioeconomic) adj (condition* or determinant* or environment* or factor* or situation*)) or well-being* or wellbeing* or wellness*).ti,ab,id.	724743
4	and/1-3	321
5	..l/ 4 yr=2007-2023	271
6	(analys#s or assess* or compar* or critic* or evaluat* or measur*).ti,ab,id.	2900337
7	4 and 6	206
8	..l/ 7 yr=2000-2023	197

Stratégie de recherche pour AgeLine, ERIC, Health Policy Reference Center, Political Science Complete, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Public Affairs Index, SocINDEX with Full Text, CINAHL Complete, Teacher Reference Center (EBSCO)
Interrogée le 2022-12-12

#	Requête	Résultats
S1	TI ((active* OR healthily OR healthy OR positive* OR successful* OR well) N0 (age OR ag#ing)) OR AB ((active* OR healthily OR healthy OR positive* OR successful* OR well) N0 (age OR ag#ing)) OR SU ((active* OR healthily OR healthy OR positive* OR successful* OR well) N0 (age OR ag#ing))	20,399
S2	TI (concept* OR framework* OR framing OR model*) OR SU (concept* OR framework* OR framing OR model*)	969,457
S3	TI ("climate chang*" OR ((cognitive* OR condition* OR mental* OR physical* OR prevent* OR promot* OR psycholog* OR public OR social* OR spiritual* OR status) N0 health*) OR hrqol OR (life N1 (quality OR satisfaction)) OR "life style*" OR lifestyle* OR "personal satisfaction" OR ((social OR socioeconomic) W0 (condition* OR determinant* OR environment* OR factor* OR situation*)) OR well-being* OR wellbeing* OR wellness*) OR AB ("climate chang*" OR ((cognitive* OR condition* OR mental* OR physical* OR prevent* OR promot* OR psycholog* OR public OR social* OR spiritual* OR status) N0 health*) OR hrqol OR (life N1 (quality OR satisfaction)) OR "life style*" OR lifestyle* OR "personal satisfaction" OR ((social OR socioeconomic) W0 (condition* OR determinant* OR environment* OR factor* OR situation*)) OR well-being* OR wellbeing* OR wellness*) OR SU ("climate chang*" OR ((cognitive* OR condition* OR mental* OR physical* OR prevent* OR promot* OR psycholog* OR public OR social* OR spiritual* OR status) N0 health*) OR hrqol OR (life N1 (quality OR satisfaction)) OR "life style*" OR lifestyle* OR "personal satisfaction" OR ((social OR socioeconomic) W0 (condition* OR determinant* OR environment* OR factor* OR situation*)) OR well-being* OR wellbeing* OR wellness*)	1,855,758
S4	S1 AND S2 AND S3	1,347
S5	S4 AND (DT 2007-2023)	1,149
S6	TI (analys?s OR assess* OR compar* OR critic* OR evaluat* OR measur*) OR AB (analys?s OR assess* OR compar* OR critic* OR evaluat* OR measur*) OR SU (analys?s OR assess* OR compar* OR critic* OR evaluat* OR measur*)	7,433,546
S7	S4 AND S6	1,009
S8	S7 AND (DT 2000-2023)	962

ANNEXE 3 ARTICLES INCLUS DANS L'ANALYSE FINALE

Auteur	Année	Journal/Titre du livre
1. Beard *et al.*	2016	Lancet
2. Bhattacharyya *et al.*	2022	Aging & Mental Health
3. Boudiny	2013	Ageing & Society
4. Bulow *et al.*	2014	Journal of Aging Studies
5. Eaton *et al.*	2012	Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences & Medical Sciences
6. Estebsari *et al.*	2020	Current Aging & Science
7. Fallon *et al.*	2019	American Journal of Public health
8. Félix *et al.*	2014	Maturitas
9. Fenandez-Ballestros	2019	The Cambridge handbook of successful aging
10. Ferdows *et al.*	2018	Research on Aging
11. Fernandez-Ballestros	2021	Handbook of active ageing and quality of life: from concepts to applications
12. Gammon *et al.*	2016	Critical Reviews in Physical & Rehabilitation Medicine
13. Gebremariam & Sadana	2019	International Journal for Equity in Health
14. Gietel-Basten *et al.*	2021	Age & Ageing
15. Gitlin *et al.*	2014	Generations
16. Gonot-Schoupinsky *et al.*	2022	Activities, Adaptation & Aging
17. Guastafierro *et al.*	2022	Ageing & Society
18. Han *et al.*	2021	Educational Gerontology
19. Hicks *et al.*	2014	Journal of Advanced Nursing
20. Hijas-Gomez *et al.*	2020	Archives of Gerontology and Geriatrics
21. Hoffman *et al.*	2020	Journal of Aging & Social Policy
22. Howell *et al.*	2021	Journal of Applied Gerontology
23. Howell *et al.*	2022	Ageing & Society
24. Hwang *et al.*	2020	Journal of Autism and Developmental Disorders
25. Iasiello *et al.*	2018	Studies in Health Technology & Informatics
26. Jang	2020	International Journal of Environmental Research and Public Health
27. Kahana *et al.*	2014	Gerontology
28. Katz & Calasanti	2015	The Gerontologist
29. Keating	2022	European Journal of Ageing
30. Kim *et al.*	2022	Activities, Adaptation & Aging
31. Lee *et al.*	2017	Gerontology
32. MacAulay *et al.*	2022	Aging & Mental Health
33. Manierre	2019	The Gerontologist

34. Marsillas *et al.*	2017	European Journal of Ageing
35. Martin & Gillen	2014	The Gerontologist
36. Martin *et al.*	2015	The Gerontologist
37. Martinson *et al.*	2015	The Gerontologist
38. McBride-Henry *et al.*	2022	BMC Nursing
39. McCarhthy & Bockweg	2013	Journal of Holistic Nursing
40. Mendes	2013	Health Sociology Review
41. Moulaert & Durandal	2013	Recherches Sociologiques et Anthropologiques
42. Nasman *et al.*	2022	Journal of Happiness Studies
43. Paul *et al.*	2012	Current Gerontology & Geriatrics Research
44. Piedra *et al.*	2022	The Gerontologist
45. Piedra *et al.*	2022	Journal of Applied Gerontology
46. Piedra *et al.*	2021	Journal of Applied Gerontology
47. Robine	2019	Successful Aging and the Longevity Revolution
48. Rodriguez-Blazquez	2020	International Journal of Environmental Research and Public Health
49. Rubinstein & de Medeiros	2015	The Gerontologist
50. Salazar-Barajas	2017	Nursing Science Quarterly
51. Salma *et al.*	2018	Nursing Inquiry
52. Sanchez & Hatton-Yeo	2012	Journal of Intergenerational Relationships
53. Sato-Komata *et al.*	2015	British Journal of Community Nursing
54. Stephens	2017	Critical Public Health
55. Stowe & Cooney	2015	The Gerontologist
56. Teater & Chonody	2017	Families in Society
57. Tesch-Römer & Wahl	2017	Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences
58. Urtamo *et al.*	2019	Acta bio-medica; Atenei Parmensis
59. Van Malderen *et al.*	2013	Quality of Life Research: An International Journal of Quality Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation
60. Vance *et al.*	2019	JANAC: Journal of the Association of Nurses in AIDS Care
61. Wahl *et al.*	2012	The Gerontologist
62. Wahl *et al.*	2019	The Cambridge Handbook of Successful Aging
63. Wahl *et al.*	2012	The Gerontologist
64. Wahl *et al.*	2020	Integrative Psychological & Behavioral Sciences
65. Wahl *et al.*	2021	Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences
66. Wang *et al.*	2013	Theoretical Issues in Ergonomics Science
67. Weiner-Light	2021	The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry
68. Whitley *et al.*	2016	The Gerontologist
69. Williams *et al.*	2012	Sociology of Health & Illness

70. Zaidi *et al.*	2017	Journal of European Social Policyq
71. Zamudio-Rodriguez *et al.*	2021	The Journal of Frailty & Aging
72. Zechner *et al.*	2022	Psychiatric Rehabilitation Journal
73. Zolnikov	2015	Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation

ANNEXE 4 FICHE SYNTHÈSE PAR ARTICLE

Référence complète :
Objectif ou question de recherche :
Méthodologie :

Nature des commentaires/critiques	Résumé	Proposition recommandation
Sur les concepts		
Composantes du modèle		
Approche sous-jacente		
Sur les modèles		
Approche globale, philosophie sous-jacente au modèle (p. ex. axée sur la productivité; biomédicale et peu de place aux environnements sociaux et physique; vise toutes les personnes vs celles en santé; tout le parcours de vie ou les plus âgés seulement)		
Nom donné au modèle, dénomination, sémantique (des modèles critiqués négativement ou positivement)		
Principaux axes d'intervention ou thèmes manquants		
Organisation graphique et structure du modèle (présence des personnes aînées, autres partenaires, valeurs, notion de parcours de vie)		
Utilités, possibilités d'usage (planification pour les besoins d'une population; planification pour un enjeu de santé; évaluation; recherche)		
Place et nature des principes d'intervention (part citoyenne principe ou sous thème, valeurs [dignité, autonomie, etc.] en transversal ou en sous-thème?)		

ANNEXE 5 GUIDE D'ENTRETIEN

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) développe actuellement un modèle de référence portant sur le bien-être, la qualité de vie et l'équité pour les personnes aînées. Il se veut un outil pour développer une vision commune de ce qui doit être fait pour et par les aînés. À partir de là, chacun des acteurs peut se situer, et être reconnu et valorisé dans ses actions. Le modèle sert aussi à identifier collectivement nos forces et nos limites. Il se veut donc un outil de travail pratique qui peut aider à évaluer les besoins des personnes aînées (ceux qui sont répondus et ceux qui ne le sont pas), à identifier ce qu'on fait déjà et qui doit être renforcé, de même qu'à développer de nouvelles actions importantes. La présente consultation vise à recueillir votre point de vue quant à la pertinence des composantes constituant ce modèle, ainsi que sur les possibilités d'utilisation de celui-ci. Voici les questions pour lesquelles nous aimerions entendre votre opinion.

1. Le nom « Perspectives pour un vieillissement en santé »
   a. Que pensez-vous ce nom?
   b. Quels sont les mots (concepts) qui devraient absolument apparaître dans le nom du modèle selon vous?
   c. Quels sont les mots (concepts) qui ne devraient absolument pas apparaître dans le nom du modèle selon vous?
2. Le modèle propose que les actions entreprises doivent s'appuyer sur trois principes transversaux : (1) Favoriser la participation et l'inclusion sociales; (2) Tenir compte du parcours et transitions de vie; (3) S'appuyer sur le partenariat et la collaboration intersectorielle.
   a. Cette liste de principe est-elle complète? Y aurait-il des principes à ajouter? Y aurait-il des principes à supprimer (ou à nommer autrement)?
3. Le modèle propose que les actions entreprises doivent s'appuyer sur quatre valeurs centrales : (1) Indépendance; (2) Solidarité; (3) Dignité; (4) Équité.
   a. Cette liste de valeurs est-elle complète selon vous? Y aurait-il des valeurs à ajouter? Y aurait-il des valeurs à supprimer (ou à nommer autrement)?
4. Différentes actions peuvent être entreprises pour soutenir un vieillissement en santé. Ces actions sont classées selon neuf grands axes dans le modèle.
   a. Que pensez-vous du nom (libellé) de chacun des axes? Y aurait-il des modifications ou clarifications à apporter selon vous?
   b. Devrait-on ajouter ou supprimer certains axes?
5. La représentation graphique
   a. Que pensez-vous de la façon dont les différents éléments sont illustrés graphiquement? Devrait-on utiliser une autre représentation graphique?
6. Avez-vous d'autres commentaires ou suggestions en lien avec la présente démarche?

ANNEXE 6 EXEMPLES DE PÉRIODES DE TRANSITION DE VIE ASSOCIÉES AU VIEILLISSEMENT[16]

- De la vie de famille au retour à la vie de couple et à la grand-parentalité (départ des enfants et éloignement)
- De la vie de couple à la vie en solo (se retrouver seul[e])
- De l'emploi du temps majoritairement au travail à l'emploi du temps libre (prise de la retraite et début de la retraite)
- D'un bon état de santé globale à un état de santé qui présente des faiblesses (présence d'incapacité ou perte d'autonomie)
- De la capacité à se déplacer facilement au besoin de soutien à la mobilité (perte de mobilité)
- Altération des fonctions cognitives
- De la conduite automobile à l'utilisation du transport collectif ou actif (perte du permis de conduire)
- De la maison familiale à une habitation qui répond mieux aux besoins évolutifs (changement de milieu de vie)
- De l'indépendance à la responsabilité face à un proche (devenir proche aidant)
- D'un revenu d'emploi à un revenu de fonds de pension, de prestations, d'épargnes et de rentes (perte de revenu)
- De la présence d'un être cher à son décès et à la perte que cela représente (deuil)
- Perte d'un animal de compagnie
- De la vie au cheminement vers la mort (fin de vie)

[16] Ces exemples sont présentés à titre d'illustration seulement et ne visent pas à représenter de façon exhaustive l'ensemble des périodes de transition de vie associées au vieillissement.

Nº de publication : 3501

Centre de référence et d'expertise
en santé publique depuis 1998

www.inspq.qc.ca

Institut national
de santé publique
Québec