PERSPECTIVES POUR UN VIEILLISSEMENT EN SANTÉ : PROPOSITION D'UN MODÈLE CONCEPTUEL

Québec

PERSPECTIVES POUR UN VIEILLISSEMENT EN SANTÉ : PROPOSITION D'UN MODÈLE CONCEPTUEL

Québec

- Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
- Institut national de santé publique

AUTEURS :

Lise Cardinal
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale/Direction de santé publique

Marie-Claude Langlois
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale/Direction de santé publique

Denise Gagné
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale/Direction de santé publique

André Tourigny
Institut national de santé publique du Québec et
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale/Direction de santé publique

SECRÉTARIAT ET MISE EN PAGE :

Chantal Martineau
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale/Direction de santé publique

Marie-Josée Paquet
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale/Direction de santé publique

RECHERCHE DOCUMENTAIRE :

Sylvie Bélanger
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale/Direction de santé publique

CONCEPTION ET RÉALISATION DE LA PAGE COUVERTURE :

Jean-Louis Bouillon, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale/Direction de santé publique
Nathalie Hudon, Institut national de santé publique du Québec
Lucie Chagnon, designer graphique

CITATION SUGGÉRÉE :

Cardinal, L., M.-C. Langlois, D. Gagné, A. Tourigny. (2008). *Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel.* Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique et Institut national de santé publique du Québec, 58 pages.

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, et de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale : http://www.dsp.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.

Dépôt légal – 4e trimestre 2008
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN : 978-2-550-54552-1 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-54553-8 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2008)

« Si l’on veut que le vieillissement soit quelque chose de positif, il faut aussi que la vie plus longue s’accompagne de possibilités d’être en bonne santé, de participer et d’être en sécurité. »

Organisation mondiale de la santé, 2002

REMERCIEMENTS

Les personnes suivantes ont été consultées lors des versions préliminaires du document. Nous les remercions chaleureusement de leurs précieux commentaires.

Marie Amzallag
Centre de santé et des services sociaux de Cavendish

Annie Bisaillon
Centre de santé et des services sociaux de Bordeaux–Cartierville-Saint-Laurent

Nicole Damestoy
Agence de la santé et des services sociaux de Laval/Direction de santé publique

Denis Drouin
Ministère de la Santé et des Services sociaux/Direction générale de santé publique

Marthe Hamel
Ministère de la Santé et des Services sociaux/Direction générale de santé publique

Paule Lebel
Faculté de médecine, Université de Montréal et Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Pierre Maurice
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale/Direction de santé publique et Institut national de santé publique du Québec

Réal Morin
Institut national de santé publique du Québec

Lucie Richard
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal et Centre de recherche, Institut universitaire de gériatrie de Montréal et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS); Centre de recherche Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé de Montréal, Université de Montréal

AVANT-PROPOS

Un vieillissement accéléré de la population marquera la société québécoise au cours des prochaines décennies. Ce phénomène interpelle toute la société : les personnes âgées elles-mêmes, les familles, les communautés, les décideurs, les intervenants des réseaux de services publics, les organismes communautaires et l'entreprise privée. Les actions à mettre en œuvre pour améliorer la santé des personnes âgées doivent s'appuyer sur les connaissances les plus à jour concernant les déterminants de leur état de santé, les facteurs de risque associés aux principaux problèmes, aussi bien psychosociaux que de santé physique et mentale observés dans ce groupe d'âge, et les meilleures modalités d'organisation des services et pratiques de soins. Tout comme pour la population en général, ces mesures doivent tenir compte également des différentes réalités vécues par les personnes âgées et elles exigent une attention particulière pour les sous-groupes qui sont particulièrement vulnérables : les femmes âgées seules, les proches aidants dont une bonne proportion sont eux-mêmes âgés, les personnes fragilisées, les personnes immigrantes, etc.

La présente proposition de modèle conceptuel s'inscrit dans le cadre de l'exercice en cours à la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale visant à revoir les priorités qui seront retenues dans son prochain Plan d'action régional de santé publique à l'intention de la population âgée. La DSP entend accroître ses activités destinées à soutenir la mise en œuvre d'environnements favorables et de conditions de vie propices au maintien de l'autonomie des personnes âgées. De son côté, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) s'est associé à la démarche parce qu'il trouve essentiel de faire progresser les connaissances et de mettre en lumière la pertinence des stratégies et des actions intersectorielles pour un vieillissement en santé.

La démarche suggérée cible autant les personnes âgées en bonne santé que celles qui présentent des incapacités ou des maladies chroniques. Elle prend en compte l'ensemble des facteurs et des stratégies d'intervention destinées à maintenir et à améliorer la santé des personnes âgées. Tous les partenaires concernés sont appelés à revoir leurs rôles et responsabilités respectifs et à déterminer les zones de collaboration sectorielles et intersectorielles. Il est souhaité que les décideurs, les gestionnaires et l'ensemble des personnes œuvrant auprès des personnes âgées, au niveau provincial, aussi bien dans les régions que dans les réseaux locaux de services, soient sensibilisés à toute l'étendue des possibilités offertes pour favoriser un état de santé optimal chez les personnes âgées.

Le modèle conceptuel proposé offre une vision d'ensemble de ce qui devrait être fait et se veut un outil de réflexion en faveur d'une révision de nos objectifs en la matière et d'une plus grande cohérence des actions. Intégrant la préoccupation pour l'organisation des soins et services, il considère plus largement l'ensemble des déterminants de la santé des personnes âgées. Loin de constituer une proposition finale, cette première ébauche pourra certainement s'enrichir des expériences de chacun.

Aussi, dans une perspective d'évaluation et de bonification de cette proposition, nos organisations sont intéressées à recevoir tout commentaire de la part des lecteurs et lectrices de ce document, de même que de ceux et celles qui, un jour ou l'autre, feront usage du modèle.

François Desbiens
Directeur de santé publique de la Capitale-Nationale

Richard Massé
Président-directeur général
Institut national de santé publique du Québec

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES ..... **VII**

INTRODUCTION **1**

1 LE VIEILLISSEMENT **7**

1.1 Le vieillissement des personnes 7
1.2 Le vieillissement de la population : quelques données 8
1.3 Le vieillissement : plusieurs réalités 9

2 RECENSION DES MODÈLES CONCEPTUELS SUR LE VIEILLISSEMENT ET LA SANTÉ : MÉTHODOLOGIE ET PRÉSENTATION SOMMAIRE DU MATÉRIEL RECUEILLI **11**

2.1 Méthodologie 11
2.1.1 Critères de sélection pour la recension des écrits 11
2.1.2 Recherche bibliographique 11
2.2 Les modèles sur le vieillissement et la santé : un survol 12

3 PRÉSENTATION DE MODÈLES RÉPONDANT AUX CRITÈRES D'INCLUSION **15**

3.1 Les modèles les plus pertinents regroupés en catégories 15
3.1.1 Vieillir en interaction avec son environnement et s'adapter 15
3.1.2 Vieillir et se fragiliser 20
3.1.3 Vieillir avec des déficiences, des incapacités, des handicaps 23
3.1.4 Vieillir selon une perspective positive 28
3.2 Les forces et les lacunes des modèles recensés 35

4 LE MODÈLE PROPOSÉ **39**

4.1 Description des composantes 39
4.1.1 Le concept central : vieillir en santé 39
4.1.2 Les principes 39
4.1.3 Les différents axes d'intervention 40
4.1.4 Les niveaux d'influence et les acteurs interpellés 47
4.2 Limites, forces et utilité du modèle proposé 49

CONCLUSION **51**

BIBLIOGRAPHIE **53**

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Le modèle transactionnel de la personne âgée et de son environnement 16
Figure 2 Le modèle écosystémique de Bronfenbrenner 18
Figure 3 Le modèle de l'ajustement de la personne âgée à son environnement 19
Figure 4 Modèle conceptuel des incapacités liées à la fragilité 21
Figure 5 Un modèle dynamique de la fragilité 22
Figure 6 La fragilité : un syndrome complexe de vulnérabilité accrue (modèle provisoire) 23
Figure 7 Le modèle d'optimisation sélective avec compensation 24
Figure 8 Modèle de l'évolution vers un handicap 25
Figure 9 Modèle de promotion de la santé pour les personnes vivant des incapacités 26
Figure 10 Modèle de l'actualisation optimale du potentiel en lien avec le sens de la vie 28
Figure 11 Modèle du vieillissement réussi 29
Figure 12 a Les déterminants d'un vieillissement actif 30
Figure 12 b Un cadre d'orientation pour vieillir en restant actif 31
Figure 13 Modèle pour un vieillissement en santé « Going and doing » 33
Figure 14 Le cadre de référence stratégique pour un vieillissement en bonne santé et le bien-être des personnes âgées 35
Figure 15 Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel 48

INTRODUCTION

Le Québec connaîtra, au cours des prochaines années, un vieillissement démographique très rapide. Ce phénomène est dû principalement à la conjugaison de trois facteurs : la forte natalité de l'après-guerre, la chute abrupte de la fécondité qui a suivi à partir des années 1960 et l'allongement graduel de la durée de vie moyenne (Institut de la Statistique du Québec, 2004). Le vieillissement de notre population sera l'un des plus importants facteurs du façonnement de la société des prochaines décennies (Institut du vieillissement des Instituts de recherche en santé du Canada, 2007). En 2002, l'Organisation mondiale de la santé qualifie le vieillissement mondial de triomphe… doublé d'un extraordinaire défi : répondre aux besoins de toutes les personnes vieillissantes. C'est à ce défi que doit également répondre la société québécoise (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005a).

L'augmentation de l'espérance de vie et de l'espérance de vie sans incapacité reflète l'amélioration des conditions de vie et les progrès scientifiques accomplis dans plusieurs domaines. De plus, comme nous assisterons, entre autres, à une élévation des niveaux d'éducation et de revenu des nouvelles cohortes de personnes âgées, et ce, d'une façon constante au cours des prochaines années, il est plausible que l'on assiste à une amélioration encore plus grande de leur état de santé. Dans ces conditions, le vieillissement n'est pas nécessairement synonyme de maladie, de pauvreté et de dépendance. La majorité des personnes âgées d'aujourd'hui sont autonomes, socialement actives et économiquement indépendantes et contributives. Elles vivent à 90 % en ménage privé (Institut national de santé publique du Québec, 2006). Malgré une prévalence des maladies chroniques qui augmente rapidement dans ce groupe d'âge, les trois quarts des personnes âgées à domicile se perçoivent comme étant en bonne santé (Institut national de santé publique du Québec, 2006; ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005a). Par ailleurs, un cinquième des personnes âgées ont besoin de services à cause d'une incapacité. Les besoins de services augmentent avec l'âge, et ce, de façon plus marquée à partir de 85 ans (Institut national de santé publique du Québec, 2006; ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005a).

Quelques événements marquants, des initiatives intéressantes

En 1999, année internationale des personnes âgées, le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) avait déterminé les principaux défis que pose le vieillissement de la population (Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1999). Plus que jamais d'actualité à l'aube d'une accélération de ce phénomène, ces points sont intimement liés et trouvent un écho certain dans une conception élargie de la santé. Le CCNTA exprimait de la façon suivante six grandes orientations stratégiques :

- prendre en compte leur diversité;
- améliorer leur santé et leur bien-être;
- maintenir leur autonomie;
- assurer leur sécurité financière;
- considérer la question du travail et du passage à la retraite;
- favoriser la solidarité entre les générations.

Cette même année, la Direction générale de santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux présentait, dans un document intitulé *Bien vivre avec son âge – Revue de littérature sur la promotion de la santé des personnes âgées*, un portrait sociodémographique et sanitaire exhaustif de la population âgée du Québec et des enjeux de santé que pose le vieillissement de la population. Les principaux problèmes y sont bien sûr présentés sous l'angle de la santé physique et mentale, mais on y met également en relief les situations sociales délétères auxquelles les personnes âgées peuvent être exposées. On y réaffirme par ailleurs l'importance de miser sur les forces et sur les capacités des personnes âgées pour favoriser chez elles un état de santé optimal (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999).

Même chez les personnes en perte d'autonomie ou fragiles, il existe un capital de santé à maintenir ou à retrouver. Dans ses *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec propose toute une gamme de services où la prévention occupe d'ailleurs une place importante (ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2001). Cette gamme de services comprend les composantes suivantes :

- l'information, la prévention et le dépistage;
- l'aide à la personne;
- l'aide aux proches;
- les services professionnels de base;
- les services spécialisés de gérontogériatrie, de psychogériatrie et de réadaptation;
- les soins palliatifs.

Les femmes et les hommes âgés souhaitent légitimement tirer pleinement parti de leur potentiel et participer toute leur vie durant, dans la mesure de leurs moyens et capacités, aux décisions qui les concernent et à la vie communautaire. Pour ce faire, même en perte d'autonomie les personnes âgées doivent trouver une réponse satisfaisante à leurs attentes et à leurs besoins de soutien. Tel est le thème abordé dans *Un défi de solidarité*. *Les services aux aînés en perte d'autonomie. Plan d'action 2005-2010* (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005a). Ce document vise une meilleure organisation des services et une offre plus diversifiée de formules de logement pour que les personnes âgées qui le souhaitent puissent rester chez elles en toute sécurité et que l'hébergement soit progressivement réservé aux personnes présentant des problèmes complexes.

Plus récemment, en 2005, se tenait à Québec un forum franco-québécois sur la santé dont le thème était « Vieillissement et santé : Idées reçues, idées nouvelles ». Organisé par l'Observatoire franco-québécois de la Santé et de la Solidarité, cet événement regroupant quelque 300 experts et invités avait pour objectifs de rechercher les meilleures pratiques au regard des services aux personnes âgées et de leur application au quotidien, d'alimenter les travaux et les différents chantiers gouvernementaux en cours en France et au Québec sur le sujet, et de promouvoir de nouvelles modalités d'échanges entre eux. Le forum a suscité un large consensus sur trois points : les enjeux du vieillissement des sociétés québécoise et française, l'importance d'un ajustement majeur des systèmes de santé et l'intérêt d'une mise

à profit des expériences de chacun (Observatoire franco-québécois de la Santé et de la Solidarité, 2005).

Toujours en 2005, dans le cadre du Forum des générations, le document intitulé *Une pleine participation des aînés au développement du Québec afin de construire un Québec pour tous les âges*, publié par le Conseil des aînés du Québec (2005), fait rapport de consultations qui ont été tenues auprès d'aînés partout au Québec sur le thème de la participation sociale des personnes âgées dans la société québécoise et des mesures à mettre en œuvre pour la favoriser. Plus récemment, le ministère de la Famille et des Aînés tenait une large consultation publique sur les conditions de vie des personnes âgées au Québec. Celle-ci a suscité la participation d'un grand nombre d'organismes institutionnels et communautaires, de l'entreprise privée, de regroupements de personnes âgées et de citoyens. Cette consultation a aussi mené au dépôt ou à la présentation d'un nombre important de mémoires en provenance de l'ensemble des régions du Québec et de divers organismes dédiés aux personnes âgées. Les documents mettent en lumière, selon différents angles d'analyse, certains des défis que pose le vieillissement de la population de même que les problèmes éprouvés par les personnes âgées et par leurs proches aidants.

Le défi du vieillissement de la population se double en outre d'une préoccupation grandissante pour la prévention et la gestion des maladies chroniques (National Public Health Partnership, 2001; World Health Organization, 2002). Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a soumis à la consultation des orientations pour la prévention et la gestion des maladies chroniques (ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2007). Ces différentes affections et les incapacités qui en découlent, souvent cumulées chez la population âgée (multimorbidité ou comorbidité), augmentent avec l'avancée en âge et commandent une attention particulière.

Au Québec, dans le contexte de cette mouvance pour promouvoir la santé et le bien-être des personnes âgées, on voit apparaître certaines initiatives territoriales ou locales qui sont inspirées par une approche globale du vieillissement et de la santé. Par exemple, le Centre de santé et des services sociaux de Cavendish propose à sa population âgée un ensemble de mesures incluant, en plus des soins et services pour les personnes en perte d'autonomie et leurs proches aidants, un programme de prévention intitulé *Promotion, prévention, santé et vieillissement* (Amzallag, 2007), destiné à toutes les personnes âgées. Autre exemple, la ville de Sherbrooke, en collaboration avec l'Université de Sherbrooke, met au cœur de ses décisions une préoccupation plus grande pour les personnes âgées, et ce, dans ses différents domaines de juridiction (ex. : transport, loisirs, sécurité, logement). Elle compte mettre en pratique le concept *Ville-amie des aînés* promu par l'Organisation mondiale de la santé (Organisation mondiale de la santé, 2007a, Organisation mondiale de la santé, 2007b).

Réaffirmer le potentiel de la promotion de la santé et de la prévention auprès des personnes âgées

La question des services aux personnes âgées, qui rime souvent avec soins, traitement, hébergement dont elles ont certainement un besoin criant, mérite attention et investissement de ressources. Cependant, cette réalité occulte trop souvent le potentiel de la prévention chez cette partie de la population. Bien sûr, les actions préventives auront une portée et des résultats plus grands si elles ciblent tous les âges de la vie (*lifecourse approach, whole life approach*). Ainsi, les résultats obtenus, notamment dans la lutte aux maladies chroniques, seront d'autant plus significatifs que les comportements sains et les conditions favorables à la santé s'installeront rapidement, dès les premières années de la vie, et se maintiendront (Minister for Ageing of Australia, 2001; Organisation mondiale de la santé et Agence de santé publique du Canada, 2006; National Public Health Partnership, 2001; World Health Organization, 2002). En outre, étant donné :

- que le poids démographique des personnes âgées est de plus en plus grand (dans un avenir rapproché, un cinquième de la population sera âgée de 65 ans et plus) et que l'espérance de vie d'une personne de 65 ans est de près de 20 années;
- que la majorité des personnes âgées est autonome, en relative bonne santé et que les capacités des personnes peuvent être maintenues ou améliorées, plusieurs situations délétères étant réversibles;
- que la participation des personnes âgées à la vie familiale (soutien à leurs enfants et petits-enfants, à leur conjoint comme proche aidant, etc.), à la vie communautaire (*coaching*, mentorat), sociale, économique (pouvoir d'achat, contribution fiscale et investissements) et politique constitue un indispensable potentiel pour le développement de nos communautés et de notre société (ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine, 2005);
- que le fardeau de la maladie est associé dans 80 % des cas à des maladies évitables et à des facteurs modifiables;
- qu'une action sur certains de ces facteurs de risque, même à un âge avancé, peut prévenir ou retarder la maladie ou ses conséquences;
- que la prévention chez la personne ayant des incapacités peut contribuer à retarder le besoin de services plus intensifs et plus coûteux;
- que toutes les générations ne peuvent que profiter de la mise en place de mesures efficaces pour s'occuper de certaines questions relatives aux aînés (ex. : sécurité, transport, logement);

il est indéniable que le fait d'augmenter les efforts de promotion de la santé et de prévention auprès des personnes âgées elles-mêmes entraînera des bénéfices. Qui plus est, pour certains, une offre de services préventifs qui ne viserait que les plus jeunes générations serait discriminatoire et non équitable (Helgøy, 2005). Par ailleurs, des résultats obtenus dans certains contextes d'intervention détruisent le mythe voulant que, les personnes âgées étant peu malléables, rigides et réfractaires au changement, tout effort de promotion de la santé et de prévention est inutile (Organisation mondiale de la santé, 2002; Ory et coll., 2003).

> « Il est important à tous les stades de l'existence d'adopter un mode de vie favorable à la santé et de participer activement à sa propre prise en charge. L'un des mythes de la vieillesse consiste à dire que c'est une période de la vie où il est trop tard pour adopter des modes de vie favorables à la santé. Au contraire, avoir une activité physique adéquate, manger sainement, ne pas fumer, user de l'alcool et des médicaments avec modération, peuvent éviter la maladie et le déclin fonctionnel, accroître la longévité et améliorer la qualité de la vie. »
>
> Organisation mondiale de la santé, *Vieillir en restant actif*, 2002.

Si l'on en juge par leurs programmes ou politiques, les acteurs en santé de plusieurs pays ou agences nationales et internationales mettent de l'avant cette préoccupation pour la promotion de la santé et la prévention ciblant spécifiquement les personnes âgées. À cet égard, mentionnons par exemple les énoncés de politiques ou les programmes de l'Australie (Commonwealth of Australia, 2005; Minister for Ageing of Australia, 2001), de l'Écosse (Scottish Executive, 2007), des États-Unis (Centers for Disease Control and Prevention & Merck Company Foundation, 2007), de la France (ministère de la Santé et des Solidarités, ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, 2007), du Royaume-Uni (Audit Commission of United Kingdom, 2004 et 2004a; Department of Health, 2001; Welsh Assembly Government, 2005), de la Suisse (Conseil fédéral, 2007), de l'Organisation mondiale de la santé (Organisation mondiale de la santé, 2002; World Health Organization – Europe, 2003), de l'Europe (Commission of the European Communities, 1999; European Commission, 2006), d'un organisme international européen représentant les personnes âgées (AGE – The European Older People's Platform, 2004; AGE – The European Older People's Platform, 2007). Au Canada, tant dans le cadre fédéral que dans certaines provinces ou villes canadiennes, cette préoccupation donne également lieu à des propositions ou initiatives fort intéressantes (Alberta Health and Wellness, 2002; Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, 2007; Healthy Aging and Wellness Working Group, 2006).

Plus près de nous, le Programme national de santé publique 2003-2012 (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003), bien qu'il ne soit pas structuré selon les groupes d'âge, présente quelques mesures préventives destinées spécifiquement aux personnes âgées (ex. : prévention des chutes; immunisation contre la grippe; prévention de l'abus, de la négligence et de la violence; prévention d'un usage inapproprié de psychotropes) ou encore à l'ensemble de la population, incluant les personnes âgées, mais sans spécification (ex. : cessation tabagique). D'autres références québécoises récentes en matière d'orientations concernant la santé des personnes âgées ciblent également des thématiques qui ont trait à la promotion de la santé et à la prévention à l'endroit des personnes âgées : *Bien vivre avec son âge : revue de littérature sur la promotion de la santé des personnes âgées* (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999), *Les orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie* (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001), *Pour les aînés de la Montérégie : Un art de vivre en santé, une qualité de vie* (Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation de la Montérégie, 2002), et *Un défi de solidarité. Les services aux aînés en perte d'autonomie. Plan d'action 2005-2010* (ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec, 2005 a).

Au Québec, les initiatives locales visant la promotion de la santé et la prévention auprès des personnes âgées sont de plus en plus nombreuses; elles ont vu le jour entre autres dans le réseau de la santé, dans le secteur municipal, dans le réseau communautaire ou encore dans le secteur de l'économie sociale.

Force est de constater la grande variabilité des stratégies d'intervention proposées dans ces documents de référence, tant sur le plan de leur nombre que de leur portée. Certaines propositions de politiques ou de programmes en matière de promotion de la santé et de prévention auprès des aînés se limitent à des thématiques précises, les plus fréquemment priorisées étant les habitudes de vie (ex. : nutrition et activité physique); l'utilisation appropriée des médicaments, notamment des psychotropes; l'immunisation (vaccin contre l'influenza et le pneumocoque); la prévention de l'abus de la négligence et de la violence; la prévention des chutes. D'autres documents abordent plus globalement la question de la santé des personnes âgées dans une perspective systémique et suggèrent d'agir à la fois sur un plus large spectre de déterminants et de facteurs, et au regard d'un nombre plus grand de problèmes.

La présente proposition de modèle conceptuel pour un vieillissement en santé s'inscrit dans la foulée des différents travaux réalisés au Québec et ailleurs, notamment dans les pays industrialisés qui sont confrontés depuis plus longtemps encore aux défis que pose ce changement démographique majeur qu'est le vieillissement de la population. L'objectif du document est de sensibiliser les gestionnaires et les intervenants œuvrant auprès des personnes âgées à tout l'éventail des occasions à saisir pour maintenir l'état de santé des personnes âgées et l'améliorer. Cet outil s'adresse notamment aux acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, aux plans provincial, régional et local, à ceux d'autres secteurs d'activités concernés par le phénomène et à ceux du réseau communautaire.

Le premier chapitre traite de la notion de vieillissement des personnes et de la population, et rappelle succinctement la diversité des réalités que vivent les personnes âgées. Le chapitre 2 fait état de la démarche méthodologique utilisée pour la recension des écrits, en plus de présenter sommairement les principaux modèles qui en sont ressortis et qui ont inspiré la présente proposition. Dans le chapitre 3, on décrit à grands traits chacun des modèles en faisant ressortir les éléments qui les caractérisent et qui les rendent pertinents pour le présent exercice. Finalement, le chapitre 4 détaille le modèle conceptuel proposé dans ses différentes composantes.

1 LE VIEILLISSEMENT

Les explications du processus de vieillissement, dans ses dimensions physiologique, psychosociale et culturelle, puisent à une multitude de théories issues de plusieurs domaines scientifiques : génétique, biologie cellulaire, biochimie, immunologie, psychologie, sociologie, anthropologie, etc. La littérature, qui fait de plus en plus état de l'ensemble de ces courants ayant cours en gériatrie et en gérontologie moderne, présente également leur possible complémentarité, tout comme les aspects susceptibles de les mettre en concurrence ou en opposition. Dans la première partie du *Précis pratique de gériatrie*, Arcand et Hébert (2007) ont invité un ensemble de collaborateurs à présenter sommairement les théories prévalentes du vieillissement (Fülôp, 2007; Lefrançois, 2007; Vézina, Cappeliez, Belzil, 2007).

Quel que soit l'angle d'analyse, une certitude demeure : le vieillissement est intrinsèque à la vie et il est inéluctable. Bien que d'un point de vue pratique et même strictement administratif, on situe le plus souvent à l'âge de 65 ans le début de la vieillesse, il s'agit d'un marqueur très imprécis des changements associés au vieillissement (Organisation mondiale de la santé, 2002). Il existe encore malheureusement beaucoup de confusion entre le vieillissement chronologique et le vieillissement physiologique. Certaines conséquences du processus peuvent être mesurées et objectivées, mais il s'agit aussi du résultat de représentations qui filtrent de la subjectivité et des perceptions, variables en fonction des personnes et selon le contexte social et culturel dans lequel elles évoluent. Le vieillissement : autant de réalités vécues, autant de réalités perçues.

1.1 LE VIEILLISSEMENT DES PERSONNES

Le vieillissement physiologique normal, ou sénescence, opère de façon progressive, accompagné ou non de maladie. Basé sur l'évaluation de la capacité fonctionnelle physiologique des personnes ou de la réserve physiologique, cette dernière atteignant son apogée à l'âge de la maturité, le vieillissement débuterait très tôt à l'âge adulte et aurait par la suite des conséquences plus ou moins marquées selon les personnes. Le maintien de l'amplitude maximale de cette capacité fonctionnelle dépend donc de multiples paramètres, dont le bagage génétique et biologique des individus, des habitudes de vie, ainsi que d'autres éléments externes ou environnementaux qui agissent comme facteurs de risque ou de protection tout au long de la vie (Organisation mondiale de la santé, 2002).

Pour définir de façon plus adéquate les besoins d'une personne âgée, quel que soit son âge, on remplace la notion de vieillissement par celle de perte d'autonomie, utilisée dans les domaines de la santé mentale et des déficiences physiques ou intellectuelles. Une personne en perte d'autonomie présente des incapacités physiques, psychiques ou sociales qui peuvent s'accompagner de maladies aiguës ou chroniques. Bien plus que la nature des incapacités ce sont leur simultanéité, leur intensité, leur durée, leurs répercussions fonctionnelles négatives et les possibilités de les compenser qui déterminent la perte d'autonomie.

Plus récemment, le concept de fragilité est également apparu pour objectiver les conséquences du vieillissement et de la maladie. On définit plus souvent cette condition

comme une forme de vulnérabilité que présente la personne aux défis que pose son environnement. Les phénotypes de la fragilité ne correspondent à aucune pathologie particulière, mais plutôt à un ensemble de facteurs de vulnérabilité fortement prédictif de l'apparition de problèmes de santé et d'incapacités physiques, psychologiques et sociales chez la personne âgée. Selon Bergman et ses collaborateurs (2004), associés à l'Initiative canadienne sur la fragilité et le vieillissement, plusieurs chercheurs travaillent à la mise en œuvre de différents indices destinés à mesurer la fragilité. Une opérationnalisation de plus en plus grande du concept de fragilité, permettant par exemple de distinguer des états normaux, présymptomatiques, de préfragilité et de fragilité, laisse entrevoir la possibilité de mettre en œuvre des actions de natures diverses, incluant des mesures préventives, adaptées à la situation de chacun.

Ces approches normatives de plus en plus raffinées permettent d'objectiver des indicateurs de vieillissement et d'incapacités qui sont très utiles, notamment dans les milieux de soins, pour guider la définition des services cliniques à offrir à la personne vieillissante. Elles ne doivent pas pour autant faire oublier toute la dimension subjective du vieillissement. Ainsi, lorsque le point de vue de la personne est pris en compte, il s'avère que certaines personnes âgées souffrant d'incapacités objectivées ne se considèrent pas « si vieilles », alors que d'autres qui n'ont aucun problème particulier se sentent avancées en âge et en sont très accablées (Lebel, I Rodereda et coll., 1999; Leclerc, 2007). La perception de l'état de santé d'une personne et de son propre vieillissement sera influencée par divers facteurs : sa situation aux plans de ses ressources personnelles et de celles de son milieu de vie, son sentiment d'être utile ou de pouvoir atteindre des objectifs personnels, le degré d'acceptation des pertes subies, l'image que son environnement lui renvoie, etc.

1.2 LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION : QUELQUES DONNÉES

Plusieurs indicateurs permettent de documenter le degré de vieillissement d'une population et son évolution. La proportion des personnes âgées de 65 ans et plus, l'indice de dépendance des aînés et l'indice de vieillesse comptent parmi ceux qui sont le plus souvent rapportés (Institut national de santé publique du Québec, 2006).

La proportion de personnes âgées de plus de 65 ans

Au Québec, quelles que soient les hypothèses concernant l'évolution de la mortalité, de la fécondité et des mouvements migratoires, la proportion de la population de 65 ans et plus poursuit une progression rapide. Selon un scénario basé sur les tendances actuelles, se situant respectivement à 7 % et à 13 % en 1971 et en 2001, elle augmentera rapidement jusqu'en 2031 pour atteindre 27 %. Par la suite, la montée se ferait plus lentement pour atteindre 30 % en 2051 (Institut de la statistique du Québec, 2004; ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005a).

L'indice de dépendance des aînés

L'indice de dépendance exprime le rapport de la population de 65 ans et plus à celle de 15 à 64 ans. Dans le cas de la population québécoise, il est passé de 14 % en 1986 à 18,8 % en 2001 puis à 20,2 % en 2006 (Institut national de santé publique du Québec, 2006).

L'indice de vieillesse

L'indice de vieillesse traduit le rapport de la population des 65 ans et plus à celle des 0 à 14 ans. Au Québec, cet indice a presque doublé entre 1986 et 2006, passant de 48,4 % en 1986 à 73,9 % en 2001, puis à 86,7 % en 2006 (Institut national de santé publique du Québec, 2006).

À n'en pas douter, la population du Québec, tout comme celle de la majorité des pays dans le monde, qu'ils soient industrialisés ou en développement, est donc considérée comme rapidement vieillissante (Organisation mondiale de la santé, 2002). En 2011, les premiers baby-boomers nés en 1946 entreront dans le groupe d'âge des 65 ans et plus; comme l'indiquent les données, les vingt années qui suivront, soit de 2011 à 2031, seront particulièrement marquées par les impacts du vieillissement de la population. Selon les projections de l'Institut de la Statistique du Québec, en 2010, pour la première fois, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus surpassera celui des jeunes de 15 ans et moins (Institut de la Statistique du Québec, 2004). La proportion de personnes âgées ira en augmentant de même que, parmi elles, la proportion de personnes très âgées (Kergoat et Légaré, 2007; ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005b).

1.3 LE VIEILLISSEMENT : PLUSIEURS RÉALITÉS

L'évolution des données démographiques, socioéconomiques et sanitaires concernant la population âgée en général semble plutôt encourageante, reflétant une amélioration continue des conditions et modes de vie, de même que de l'état de santé. Toutefois, les informations agrégées pour la population de 65 ans et plus dissimulent des réalités particulièrement difficiles pour certains de ses sous-groupes. Au-delà d'une préoccupation pour l'ensemble des personnes âgées, certaines situations particulières doivent attirer l'attention et commandent des solutions et des moyens adaptés, comme le montre l'évocation des disparités qui suit.

Des différences selon le genre

L'espérance de vie des femmes est plus élevée. Toutefois, celles-ci vivent plus souvent seules, avec des moyens plus faibles que ceux des hommes et sont très souvent elles-mêmes des aidantes pour un membre de leur famille. L'Organisation mondiale de la santé (2002) invite à s'interroger sur les impacts des options politiques qui sont prises en fonction du sexe (sexospécificité) des personnes âgées.

Des différences selon le niveau d'autonomie

Bien que, globalement, la proportion de personnes âgées qui présentent une perte d'autonomie augmente avec l'âge, en raison du caractère individuel du vieillissement, l'âge chronologique ne peut être le seul facteur prédictif des besoins et des attentes des personnes âgées. Certaines personnes parviennent à ce groupe d'âge avec une vulnérabilité très grande. C'est le cas, par exemple, de celles qui sont atteintes depuis l'enfance ou l'âge adulte de déficiences physiques ou intellectuelles auxquelles s'ajoutera le vieillissement. D'autres par contre ne connaîtront jamais la dépendance. Certaines restrictions basées sur

l'âge (ex. : programmes de formation réservés aux plus jeunes, services de santé réservés aux plus vieux) plutôt que sur le niveau d'autonomie pourraient toutefois être jugées discriminatoires.

Des différences selon les conditions socioéconomiques

L'influence de la pauvreté sur l'état de santé des personnes âgées, comme sur celui de tous les groupes d'âge, n'est plus à démontrer. L'insuffisance de ressources matérielles, l'accès limité à l'information et à la culture, l'exclusion sociale et l'exposition à des environnements néfastes, entre autres, sont autant de facteurs liés à la pauvreté qui créent d'importantes inégalités dont il faut réduire l'existence ou amenuiser les conséquences sur la santé.

Des différences selon les générations de personnes âgées

L'évolution rapide des modes de vie, de la structure familiale, de la technologie, du monde du travail, etc. se répercute différemment sur les différentes générations de personnes âgées. Globalement, compte tenu de la vitesse à laquelle s'opèrent ces changements, celles qui sont plus jeunes se distinguent de leurs aînés par un ensemble de facteurs qui ont une influence sur leur état de santé et sur les ressources dont elles disposent. De même, les personnes âgées d'aujourd'hui sont différentes de celles de demain. Il est évident, par exemple, qu'avec l'arrivée massive des baby-boomers, les enjeux du groupe dit des personnes âgées seront modifiés en ce qui a trait à ses rapports à la famille, à la vie active au travail, à la participation et à l'engagement social, à l'apprentissage, etc.

Des différences selon le lieu de résidence

L'un des facteurs particulièrement déterminants de la santé et du bien-être est la qualité du milieu de vie des personnes âgées, aussi bien ce qu'il offre comme possibilités de réalisation de soi que comme contraintes. Par exemple, l'un des indicateurs révélateurs de certaines disparités chez les personnes âgées est l'accessibilité aux différents services. En milieu rural, notamment, l'éloignement des centres de services allié à un transport en commun ou adapté déficient créent des disparités importantes au plan de l'utilisation des services et ressources (Ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des aînés, 2007). Par ailleurs, les petites villes et les villages peuvent offrir un cadre de vie plus intéressant que les grandes villes aux plans de l'environnement physique et du sentiment de sécurité.

Des différences selon la culture

On note au Québec une diversité de plus en plus grande dans les valeurs, attitudes et traditions culturelles qui façonnent la perception de la santé et du vieillissement. Il est important que les politiques et programmes visant les personnes âgées tiennent compte de cette pluralité qui se traduit en situations et en modes de vie différents quant à la façon de vieillir (Organisation mondiale de la santé, 2002).

2 RECENSION DES MODÈLES CONCEPTUELS SUR LE VIEILLISSEMENT ET LA SANTÉ : MÉTHODOLOGIE ET PRÉSENTATION SOMMAIRE DU MATÉRIEL RECUEILLI

2.1 MÉTHODOLOGIE

Plusieurs modèles proposés dans la littérature au cours des dernières années tentent de rendre compte du processus multidéterminé du vieillissement dans sa globalité et sa complexité. Aux fins de notre étude, il a été établi que les modèles recensés devaient être utiles à des fins de mobilisation et de planification dans différents domaines ayant un impact sur la santé et le bien-être des personnes âgées, en particulier dans le secteur de la santé et des services sociaux.

2.1.1 Critères de sélection pour la recension des écrits

Conformément à la méthodologie choisie au départ, les modèles conceptuels à l'étude devaient répondre minimalement aux critères d'inclusion suivants :

- refléter comme préoccupation centrale les caractéristiques et les besoins spécifiques et diversifiés de toutes les personnes âgées (en bonne santé, en perte d'autonomie ou en fin de vie);
- rendre compte de l'ensemble des déterminants de l'état de santé de la population âgée;
- présenter un éventail de possibilités qui peut donner ancrage tant aux actions de promotion de la santé et de prévention qu'aux soins et services nécessaires aux personnes âgées et à leurs proches;
- intégrer les dimensions positives du vieillissement.

2.1.2 Recherche bibliographique

Les principaux modèles décrits dans le présent document ont été recensés par le biais d'une recherche documentaire effectuée dans les banques bibliographiques PubMed, Ageline et Santécomm, à l'aide des mots-clés suivants :

- Modèle conceptuel – *Framework*;
- Santé – *Health*;
- Personnes âgées, aînés – *Older People, Elderly, Seniors*;
- Vieillissement – *Aging, ageing*;
- Promotion de la santé - *Health promotion*;
- Prévention – *Prevention*.

Cette exploration des banques bibliographiques a été complétée par la consultation de sites Web gouvernementaux de plusieurs pays (notamment européens) ou d'agences de santé internationales, notamment des sites des organismes suivants :

- l'Institut national de santé publique du Québec;
- l'Agence de santé publique du Canada;
- Santé Canada;
- les ministères de la Santé et des Services sociaux du Québec, de la Santé et du Bien-être de l'Alberta, de la Santé de la Colombie-Britannique, du Manitoba et de la Saskatchewan;
- les Centers for Disease Control – Healthy aging research network;
- l'Organisation mondiale de la santé.

2.2 LES MODÈLES SUR LE VIEILLISSEMENT ET LA SANTÉ : UN SURVOL

Un survol des différents modèles proposés dans la littérature au cours des dernières années permet d'en dégager les divers angles de prise ou perspectives et de déterminer leur utilité et leur complémentarité :

- les modèles qui font état des grands **déterminants** de la santé des personnes âgées (perspective explicative, étiologique ou épidémiologique);
- les modèles centrés sur les étapes des **processus** de perte d'autonomie, de fragilisation ou, plus positivement, sur les processus d'adaptation, d'exploitation des capacités maintenues, de mise en œuvre de stratégies compensatoires (perspective clinique);
- les modèles qui présentent une **gamme de services** (allant de la promotion de la santé et la prévention jusqu'aux soins et services de fin de vie, en passant par le traitement et la réadaptation) pour répondre aux besoins des personnes âgées et leurs proches (perspective d'organisation des soins et des services);
- les modèles qui proposent des grandes **stratégies d'intervention**, des catégories de mesures ou d'actions (perspective de soutien à la planification des interventions, des programmes ou des politiques publics).

Les catégories de cette typologie ne sont pas mutuellement exclusives. Comme on le verra plus loin, dans la plupart des cas, les modèles présentent plusieurs angles de prise, combinant plus d'une façon d'appréhender la santé des personnes âgées et donnant lieu à des schémas multidimensionnels. À titre d'outils d'évaluation clinique, certains modèles se prêtent mieux à une approche individuelle alors que d'autres, dont la portée est davantage populationnelle, permettent de cerner l'ensemble des déterminants et facteurs liés à la santé de la population âgée, qu'ils se rapportent à la personne âgée elle-même ou à son environnement.

Par ailleurs, certains modèles portant spécifiquement sur la population âgée présentent un autre point focal que celui de la santé (ex. : autonomie, qualité de vie, bien-être, sécurité) à proprement parler, mais abordent la santé parmi les dimensions explorées au second plan. Le plus souvent très globalisants, ils couvrent toutes les sphères de l'activité humaine comme, en plus de la santé, celles de l'économie, du travail, de l'habitation, de l'éducation, de la protection sociale, de l'environnement, de l'immigration, etc.

On trouve en particulier ce type de modèles dans de grands énoncés de politiques ou d'orientations en provenance des gouvernements ou d'agences de santé internationales (AGE – The European Older People's Platform, 2004; AGE – The European Older People's Platform, 2007; Commonwealth of Australia, 2005; Conseil fédéral suisse, 2007; Helgøy, 2005; Minister for Ageing of Australia, 2001; Organisation mondiale de la santé, 2002; Scottish Executive, 2007).

Quoi qu'il en soit, plusieurs thèmes sont nettement récurrents dans les divers outils étudiés. Par ailleurs, les principales différences touchent davantage la portée des modèles (plus ou moins exhaustifs) et la façon d'agencer leurs composantes (direction et force des liens entre les éléments, représentation linéaire versus représentation systémique, etc.) que le contenu. Dans bien des cas, c'est un ensemble de principes (ex. : dignité, équité, indépendance, autonomie, participation, solidarité, justice, sécurité) qui chapeaute toutes les dimensions incluses.

3 PRÉSENTATION DE MODÈLES RÉPONDANT AUX CRITÈRES D'INCLUSION

Le but de cette section n'est pas de procéder à une recension exhaustive des modèles existants, mais de faire ressortir de la littérature les outils ayant fait l'objet d'une publication qui apparaissent les plus pertinents, dans la mesure où ils abordent le plus possible le vieillissement selon les critères d'inclusion énoncés précédemment.

3.1 LES MODÈLES LES PLUS PERTINENTS REGROUPÉS EN CATÉGORIES

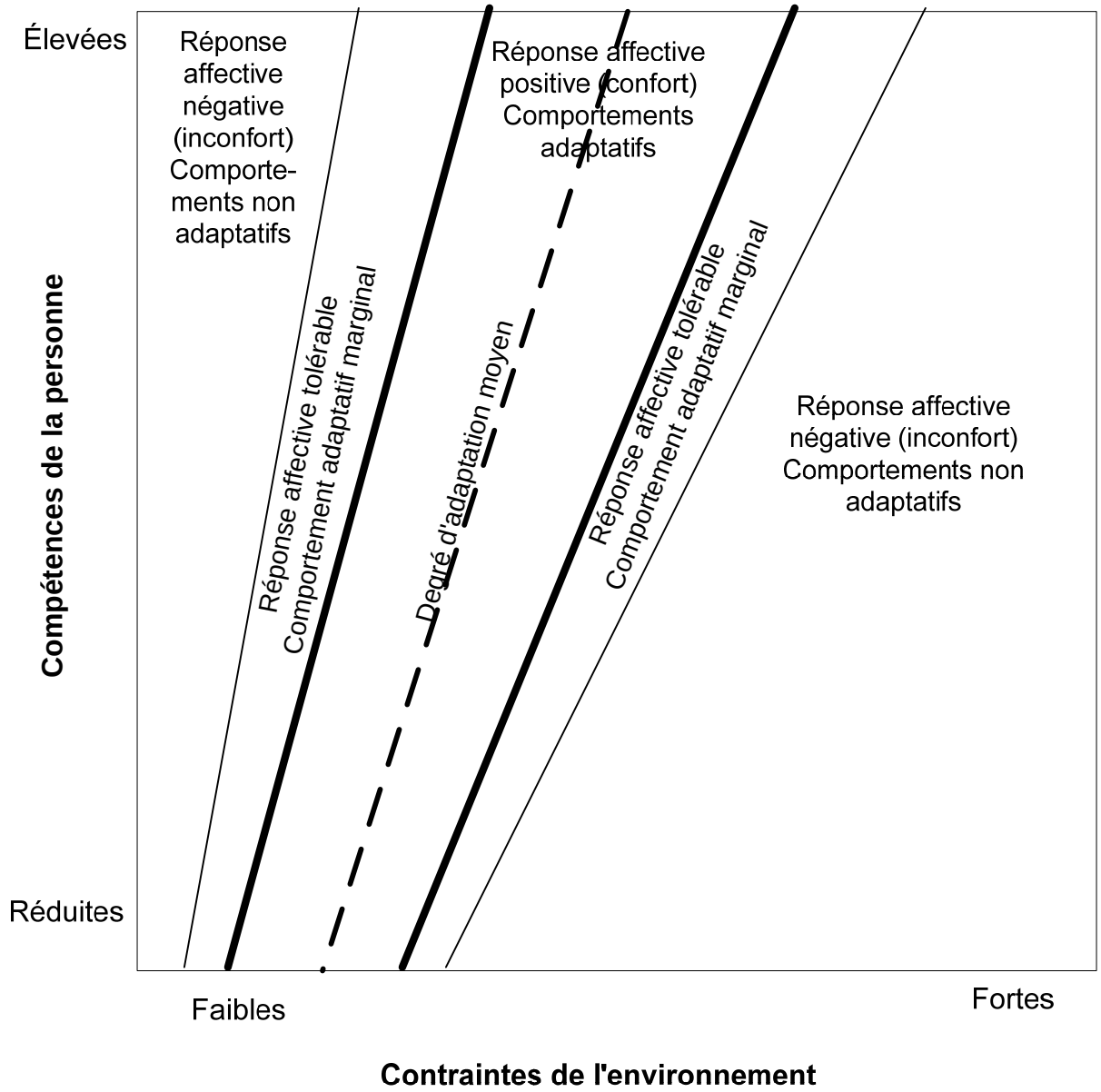
Quatorze modèles conceptuels ont été retenus : ils sont regroupés en quatre catégories selon la notion qui paraît y être particulièrement mise en valeur par leurs auteurs, soit l'environnement et l'adaptation; la fragilisation; les déficiences, incapacités et handicaps; une perspective positive. Trois de ces outils, à défaut d'avoir été élaborés spécifiquement pour la population âgée, ont été utilisés tels quels pour traiter de la population âgée ou adaptés pour elle, d'où l'intérêt de les conserver dans cette recension : ils sont marqués d'un astérisque (*). Les modèles sont présentés dans leur catégorie respective selon leur année de publication.

3.1.1 Vieillir en interaction avec son environnement et s'adapter

Les trois modèles retenus dans cette première catégorie sont ceux de **Lawton et Nahemow (1973)**, de **Bronfenbrenner (1979)*** et de **Glass et Balfour (2003)**. La perspective du vieillissement proposée par les auteurs s'appuie sur l'idée que cette période du développement de l'adulte est profondément influencée par son environnement physique et social. Les pertes subies par les personnes âgées (vision, mobilité, cognition, etc.) les rendent particulièrement vulnérables aux contraintes de l'environnement.

Dans leur ouvrage auquel les auteurs et chercheurs sur le vieillissement font souvent référence, Lawton et Nahemow ont été parmi les premiers à élaborer un modèle théorique écologique du vieillissement (*Ecological Model of Aging*). Ce modèle met en parallèle les compétences de la personne (habiletés cognitives, capacités psychologiques et physiques) et la demande exercée par son environnement (*environmental press*).

Figure 1 Le modèle transactionnel de la personne âgée et de son environnement

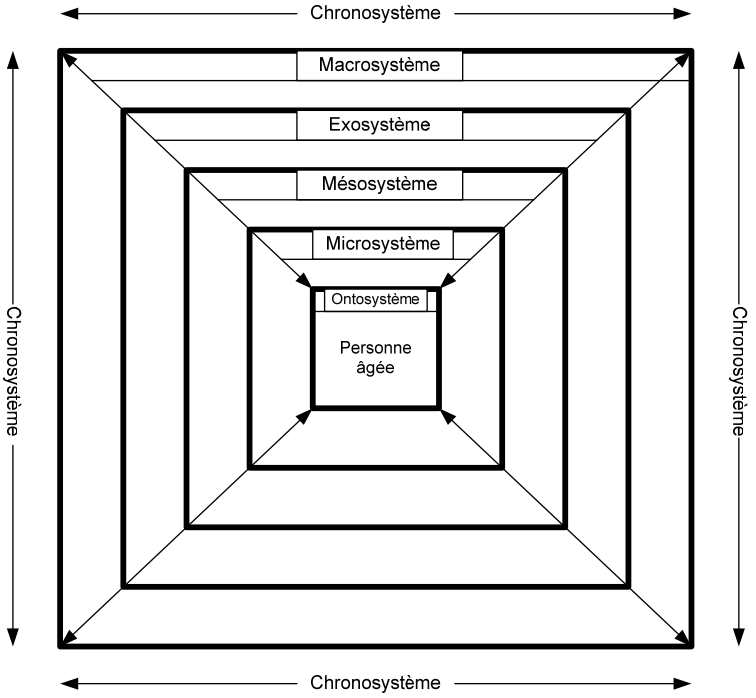


Tiré de : M.P. Lawton et L. Nahemow (1973). *Ecology and the aging process* dans C. Eisdorder et M.P. Lawton (dir.), *Psychology of adult development and aging*, Washington, DC: American Psychological Association, p. 619-674 (traduction libre).

En perpétuelle évolution, ces deux dimensions sont représentées par le *Modèle transactionnel de la personne âgée et de son environnement* (figure 1). Contrainte de s'adapter continuellement, avec plus ou moins de succès, aux changements qui surviennent, la personne vieillissante présente des comportements adaptatifs, manifestations de ses compétences (performance cognitive, capacité d'adaptation, santé physique, etc.), et des réponses affectives aux différents stimuli auxquels elle est exposée. Les comportements adaptatifs sont définis selon les normes sociales qui ont cours mais également selon des critères personnels d'actualisation de soi. Pour ces auteurs, l'adaptation qui réfère à l'expérience affective, perceptuelle et cognitive de la personne âgée, est le concept-clé du vieillissement. En outre, avec l'âge, il devient souvent impossible d'utiliser certaines compétences ou habiletés déjà acquises, et les occasions d'en apprendre de nouvelles sont de plus en plus rares. Dans ce contexte, la personne âgée emprunte parfois des avenues de solution offrant moins de résistance pour diminuer les tensions qu'elle éprouve (*reduce tension through simplification*). C'est ce qu'illustre la typologie des différents niveaux d'environnement proposée par Lawton et Nahehow, qui place la personne au centre de son environnement interpersonnel et lui juxtapose l'environnement suprapersonnel (s'apparentant aux milieux de vie), l'environnement social (institutions et normes sociales) et l'environnement physique. Compte tenu notamment de la composition multiethnique des populations, les auteurs invitent également les décideurs et intervenants à prendre en compte les aspects de nature culturelle et sous-culturelle qui caractérisent l'environnement. Il s'avère en effet que si l'environnement peut être une source de contraintes, il offre également des solutions aux problèmes vécus par les personnes âgées.

Bronfenbrenner (1979), qui a beaucoup étudié le développement humain selon une approche écologique et systémique (figure 2), propose une représentation de l'environnement voisine de celle que suggéraient Lawton et Nahemow.

Figure 2 Le modèle écosystémique de Bronfenbrenner



Légende :

- **Ontosystème** : Ensemble des interrelations entre les différentes composantes de la personnalité d'un individu : physiques, biologiques, cognitives, socioaffectives.
- **Microsystème** : Ensemble des relations interpersonnelles et activités expérimentées par la personne âgée dans son milieu de vie immédiat, possédant des caractéristiques physiques particulières.
- **Mésosystème** : Interrelations entre les microsystèmes auxquels la personne participe : famille, milieu de travail, institution, milieux de soins, communautés.
- **Exosystème** : Interrelations entre les milieux où la personne n'est pas directement impliquée mais qui ont un impact sur le mésosystème et son milieu de vie.
- **Macrosystème** : Ensemble des valeurs, idéologies, cultures, croyances qui fondent les systèmes précédents, sont modifiées par eux et sont concrétisées par les lois.
- **Chronosystème** : Évolution des systèmes et des interrelations dans le temps.

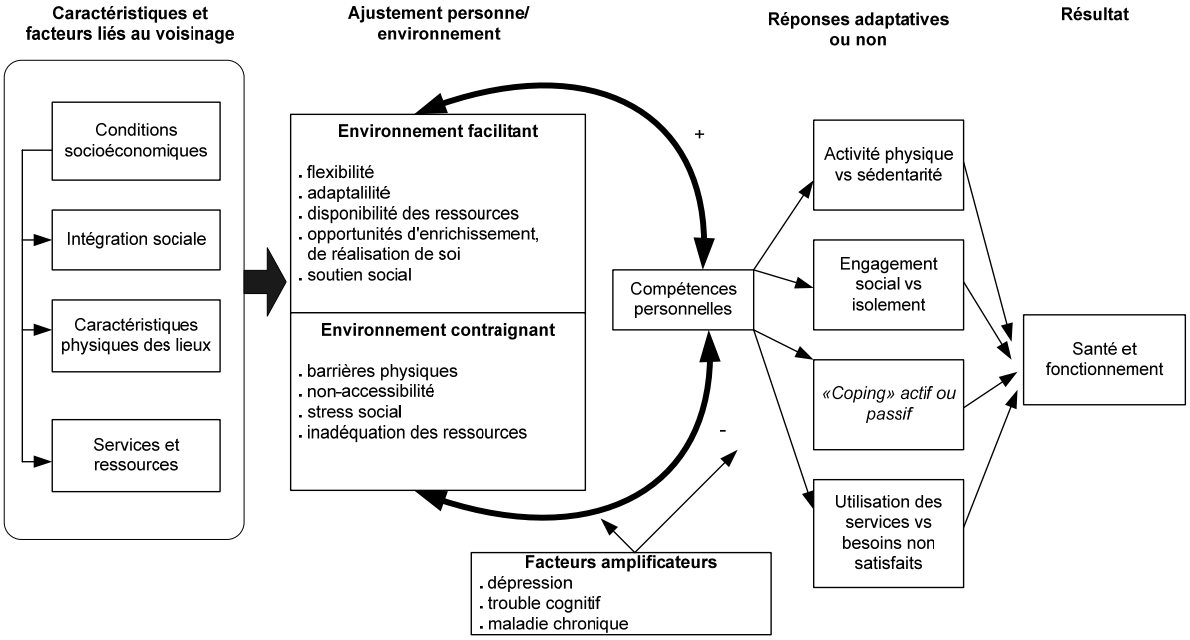
Adapté de : U. Bronfenbrenner (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*, Cambridge Mass.: Harvard University Press, 330 p. (traduction libre).

Selon le modèle écosystémique, l'environnement de la personne se divise en cinq systèmes et sous-systèmes concentriques où est illustrée l'interactivité des facteurs de développement de la personne sur lesquels cette dernière peut aussi avoir un impact. On y trouve d'abord l'ontosystème composé des caractéristiques de la personne (physiques, biologiques, cognitives et socioaffectives), puis le microsystème correspondant aux rôles, activités et relations interpersonnelles qui s'inscrivent dans un cadre précis (ex. : le domicile, la maison d'hébergement, la famille élargie). Suit le mésosystème, constitué de l'ensemble des liens et des processus qui prennent place entre deux ou plusieurs microsystèmes et auxquels la personne participe (ex. : milieux de vie, réseaux sociaux, communauté). L'exosystème comprend pour sa part l'ensemble des sphères qui n'impliquent pas directement la personne mais qui exercent une influence sur elle (ex. : forces sociales, environnementales et gouvernementales). Vient ensuite le macrosystème, qui correspond à la société, à ses

cultures et sous-cultures, incluant les valeurs, normes, croyances et idéologies qui y ont cours et sur lesquels sont basés les systèmes précédents. Par ailleurs, l'évolution de tous ces systèmes et leurs interrelations dans le temps sont représentées par le chronosystème. Même si elle porte de façon plus générale sur le développement humain et le développement de l'enfant, cette proposition de Bronfenbrenner, utilisée pour modéliser le processus de vieillissement, semble très pertinente pour le présent exercice.

Inspirés par le modèle écologique du vieillissement de Lawton et Nahemow, Glass et Balfour présentent un modèle basé également sur la relation entre la personne et son environnement (figure 3), mais où l'environnement plus immédiat des personnes (plus ou moins le microsystème et le mésosystème de Bronfenbrenner) est explicité sous l'angle du voisinage (*neighborhood*). Les auteurs décrivent le voisinage selon quatre catégories de facteurs qui sont, selon eux, particulièrement prédictifs de l'état de santé et des incapacités chez les personnes âgées : les conditions socioéconomiques, le niveau d'intégration sociale, les caractéristiques physiques de l'environnement ainsi que la présence des ressources et services. Ce modèle relie concrètement à l'environnement une série de facteurs qui sont soit favorables (flexibilité, instrumentation, disponibilité des ressources, milieu enrichissant, soutien social) ou contraires (barrières physiques, éloignement de la communauté, stress social, absences de ressources) à un vieillissement en santé et sans incapacité.

Figure 3 Le modèle de l'ajustement de la personne âgée à son environnement



Tiré de : T.A. Glass et J.L. Balfour (2003). *Neighborhoods, Aging, and Functional Limitations* dans I. Kawachi et L.F. Berkman (dir.), *Neighborhoods and health*, New York: Oxford University Press, p. 303-334 (traduction libre).

3.1.2 Vieillir et se fragiliser

Bien que la notion de fragilité soit relativement nouvelle et qu'elle ne fasse pas consensus dans la communauté scientifique, on s'accorde sur le fait que les personnes âgées fragiles sont plus vulnérables et qu'elles présentent un risque élevé d'issues morbides défavorables (maladies aiguës ou chroniques, chutes et traumatismes, incapacités), d'utilisation accrue des ressources communautaires et institutionnelles ainsi que de mortalité. Les notions de réserve et de ressources sont centrales dans le concept de fragilité (ou de fragilisation).

Selon l'ouvrage de Campbell et Buchner (1997), qui adopte un angle biologique ou physiologique, la fragilité est définie comme un état ou un syndrome résultant d'une réduction (par le vieillissement ou la maladie) des capacités de réserve au point que plusieurs systèmes physiologiques s'approchent de leur seuil de suffisance ou le dépassent. Lebel et ses collaborateurs (1999) ont recensé d'autres définitions de la fragilité selon une approche fonctionnelle ou médicale. La première met de l'avant les limitations fonctionnelles dans l'accomplissement des activités quotidiennes, la deuxième renvoie aux grands syndromes gériatriques ayant un impact sur l'autonomie. À l'instar du syndrome métabolique, prédictif de maladies cardiovasculaires, Fried et ses collaborateurs (2001) ont décrit un phénotype clinique de la fragilité fondé sur cinq critères : perte de poids involontaire (4,5 kilogrammes, soit 10 livres dans la dernière année), épuisement ou manque d'énergie autodéclaré (*self-reported exhaustion*), faiblesse (*grip weakness*), vitesse de marche lente et niveau faible d'activité physique. D'autres auteurs (Guilley et coll., 2003) utilisent cinq dimensions pour établir le niveau de fragilité : les capacités sensorielles, la mémoire, les troubles physiques, la mobilité et l'énergie.

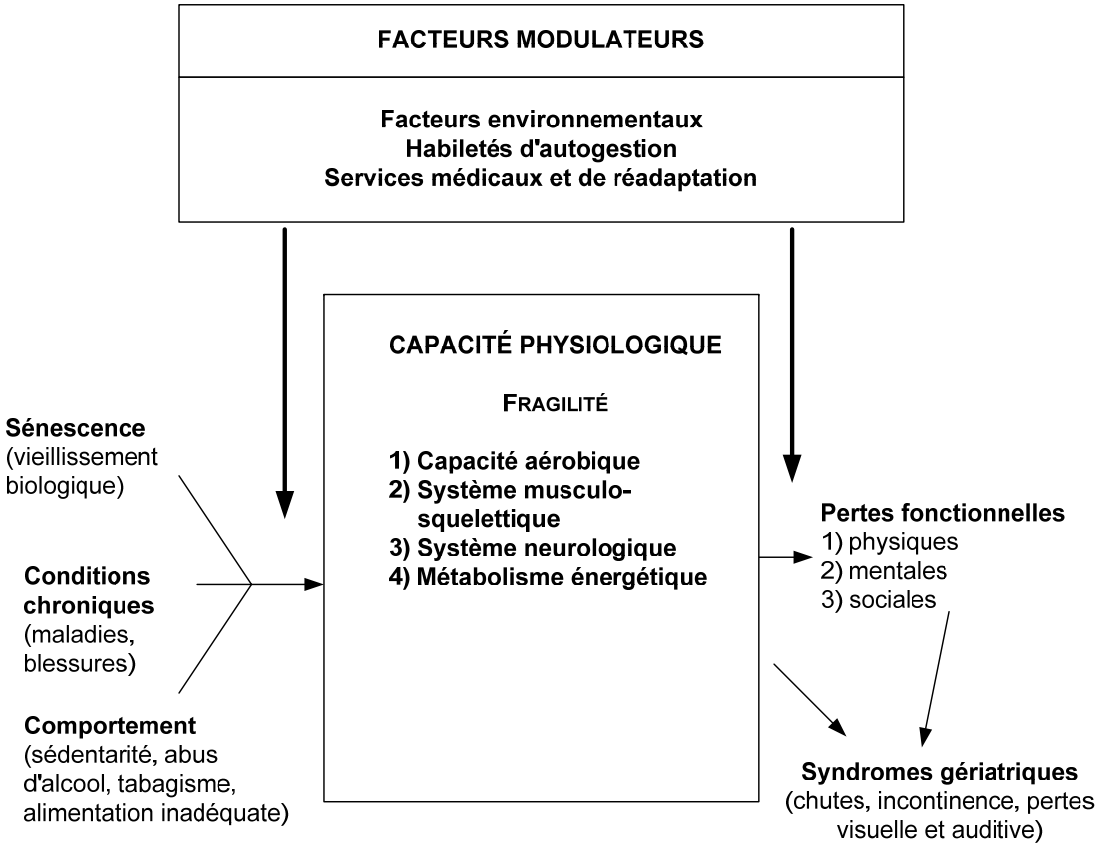
Outre les indicateurs cliniques permettant de l'opérationnaliser, la notion de fragilité fait également l'objet de représentation sous forme de modèles conceptuels. Ceux de ***Buchner et Wagner (1992)***, de ***Lebel et collaborateurs (1999)*** et de ***Bergman et collaborateurs (2004)*** ont été retenus.

Selon l'approche de Buchner et Wagner, le *Modèle conceptuel des incapacités liées à la fragilité* (figure 4), la fragilité est conçue comme un état découlant de la diminution des réserves physiologiques et associé à une augmentation de la vulnérabilité aux maladies. La fragilité serait donc le résultat de l'effet combiné du vieillissement biologique « normal », de conditions chroniques, dont les maladies, et de mauvaises habitudes de vie. Dans des conditions où ces trois types de facteurs s'installent et perdurent, la fragilité entraîne des pertes à différents niveaux, non seulement au plan de la santé physique, mais également en ce qui a trait à la santé mentale, cognitive et sociale. Il est cependant possible de prévenir ou d'influencer un état de fragilité grâce à certaines interventions appropriées. Pour ces auteurs, le vieillissement et les conditions qui y sont associées varient énormément d'une personne à l'autre, mais ce processus ne mène pas inévitablement à des conditions chroniques de vulnérabilité aux maladies et aux incapacités (Buchner et Wagner, 1992).

Dans leur *Modèle dynamique de la fragilité*, Lebel et ses collaborateurs définissent la fragilité comme le risque que présentent les personnes âgées, à un moment de leur vie, d'acquérir ou d'aggraver des limitations ou des incapacités fonctionnelles en raison de l'effet combiné

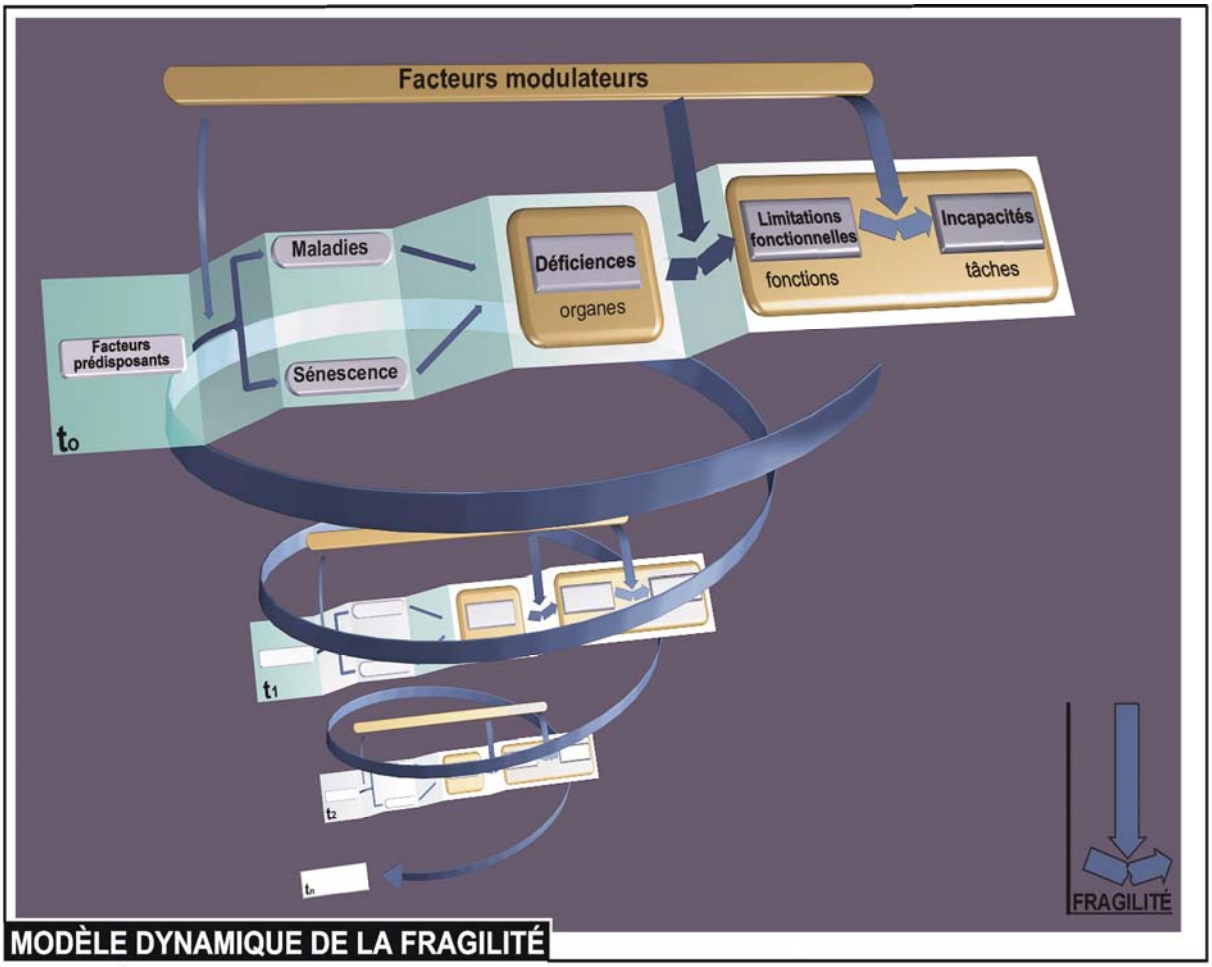
d'anomalies ou de facteurs modulateurs internes et externes (physiologiques, psychologiques, socioéconomiques et environnementaux). Dans leur représentation conceptuelle de la fragilité (figure 5), ces auteurs mettent un accent particulier sur le caractère dynamique et évolutif de la fragilité.

Figure 4 Modèle conceptuel des incapacités liées à la fragilité



Tiré de : D.M. Buchner et E.H. Wagner (1992). *Preventing frail health. Health promotion and disease prevention*, 8(1), p. 1-17 (traduction libre).

Figure 5 Un modèle dynamique de la fragilité



FRAGILITÉ (Ft): le risque qu'a une personne âgée, à un moment donné de sa vie, de développer ou d'aggraver des limitations fonctionnelles ou des incapacités de différentes dimensions, étant donné les effets combinés des déficiences et des modulateurs.

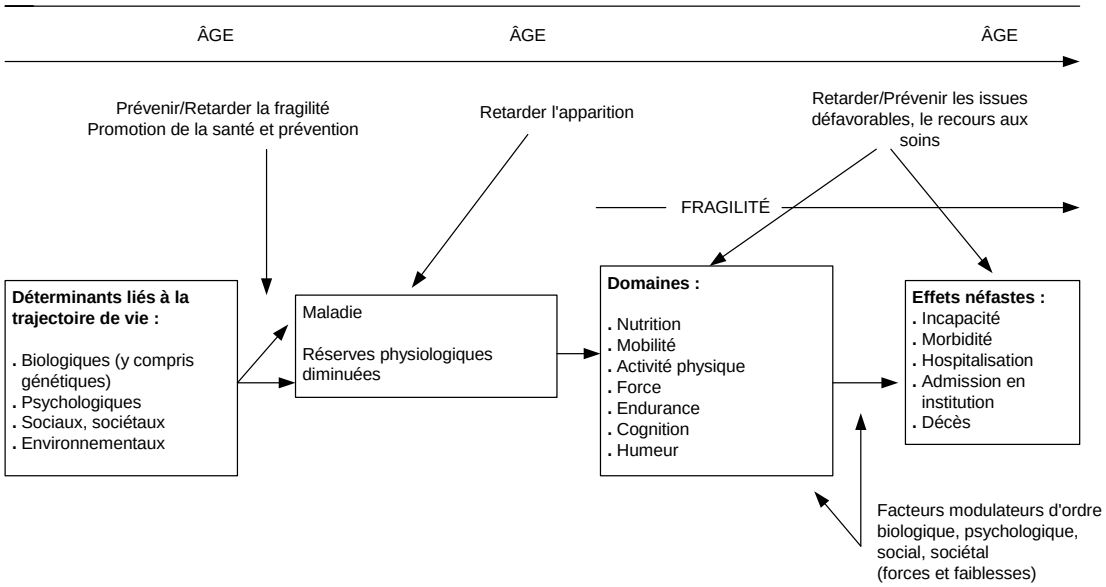
Ft = Pt (Ft-1, Dt, Mt)

F_t = fragilité au temps t
P_t = probabilité de limitations fonctionnelles ou d'incapacités au temps t
D_t = déficiences au temps t
M_t = modulateurs au temps t
t = 1,...,n

Tiré de : P. Lebel et coll. (1999). « Un modèle dynamique de la fragilité », *L'année gérontologique*, 1999 (13), Paris, Serdi éditeurs, p. 84-94. (Illustration originale utilisée avec l'autorisation de la première auteure)

Comme il a été mentionné précédemment, c'est le concept de fragilité qui a également inspiré l'élaboration d'un modèle provisoire (figure 6) utilisé par les chercheurs impliqués dans l'Initiative canadienne sur la fragilité et le vieillissement (Bergman et coll., 2003; Bergman et coll. 2004; Bergman, Hogan et Karunananthan, 2007). Ces auteurs insistent particulièrement sur l'importance de la prévention dans le processus de fragilisation. Ils préconisent la mise en œuvre d'interventions préventives destinées à promouvoir un vieillissement en santé, à diminuer l'incidence de la fragilité ou à la reporter le plus possible, et à réduire au maximum la durée de la période de dépendance (Fries, 2002). Le concept de fragilité donne un ancrage particulièrement important à la notion de repérage, de détection, de dépistage des situations délétères.

Figure 6 La fragilité : un syndrome complexe de vulnérabilité accrue (modèle provisoire)



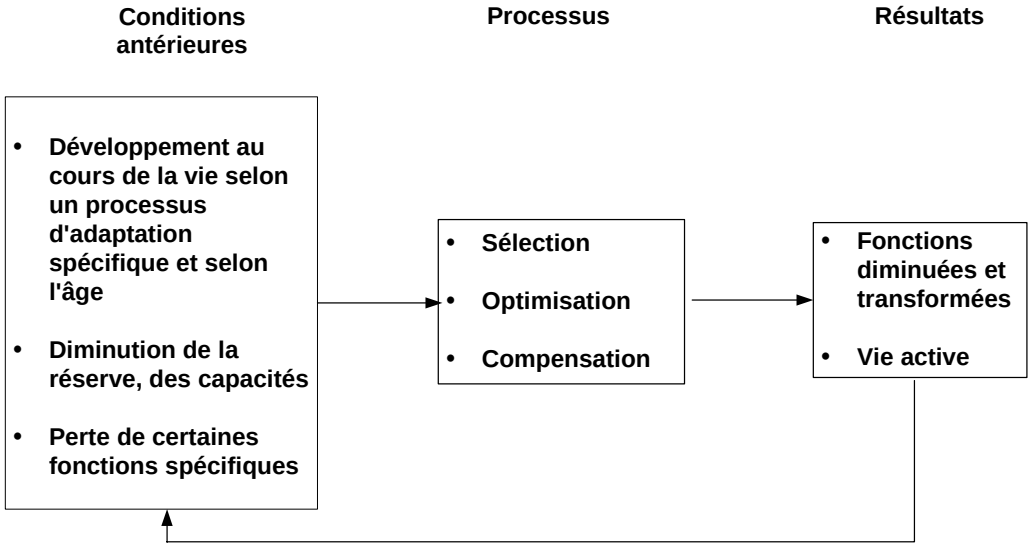
Tiré de : H. Bergman et coll. (2004). *Développement d'un cadre de travail pour comprendre et étudier la fragilité* pour l'Initiative canadienne sur la fragilité et le vieillissement, *Gérontologie et Société*, 109, p.15-28.

3.1.3 Vieillir avec des déficiences, des incapacités, des handicaps

Quatre modèles ont été répertoriés dans cette troisième catégorie : ceux de **Baltes et Baltes (1990)**, de **Verbrugge et Jette (1994)***, de **Patrick (1997)*** et de **Leclerc (2007)**.

En proposant le *Modèle d'optimisation sélective avec compensation*, Baltes et Baltes ont enrichi la notion de simplification déjà évoquée par Lawton et Nahemow. Ce modèle (figure 7) comprend un concept central composé de trois éléments séquentiels : la sélection, l'optimisation et la compensation. L'optimisation sélective avec compensation constitue, dans les faits, un processus d'adaptation aux situations de la vie courante et aux changements physiques. De façon plus précise, l'élément sélection correspond à une restriction des activités d'une personne à certains domaines particuliers de son fonctionnement en raison de changements liés au vieillissement et à la maladie, les domaines d'activités conservés dénotant souvent les priorités de la personne. L'élément optimisation, quant à lui, traduit l'engagement d'une personne dans des comportements qui lui permettent de réaliser les activités de la vie courante les plus importantes pour elle. Finalement, la compensation survient au moment où il devient impossible d'adopter les comportements spécifiques nécessaires à l'accomplissement de certaines activités. Des changements de comportement ou des modifications dans l'environnement sont alors nécessaires afin de favoriser un fonctionnement optimal (Baltes et Baltes, 1990).

Figure 7 Le modèle d'optimisation sélective avec compensation



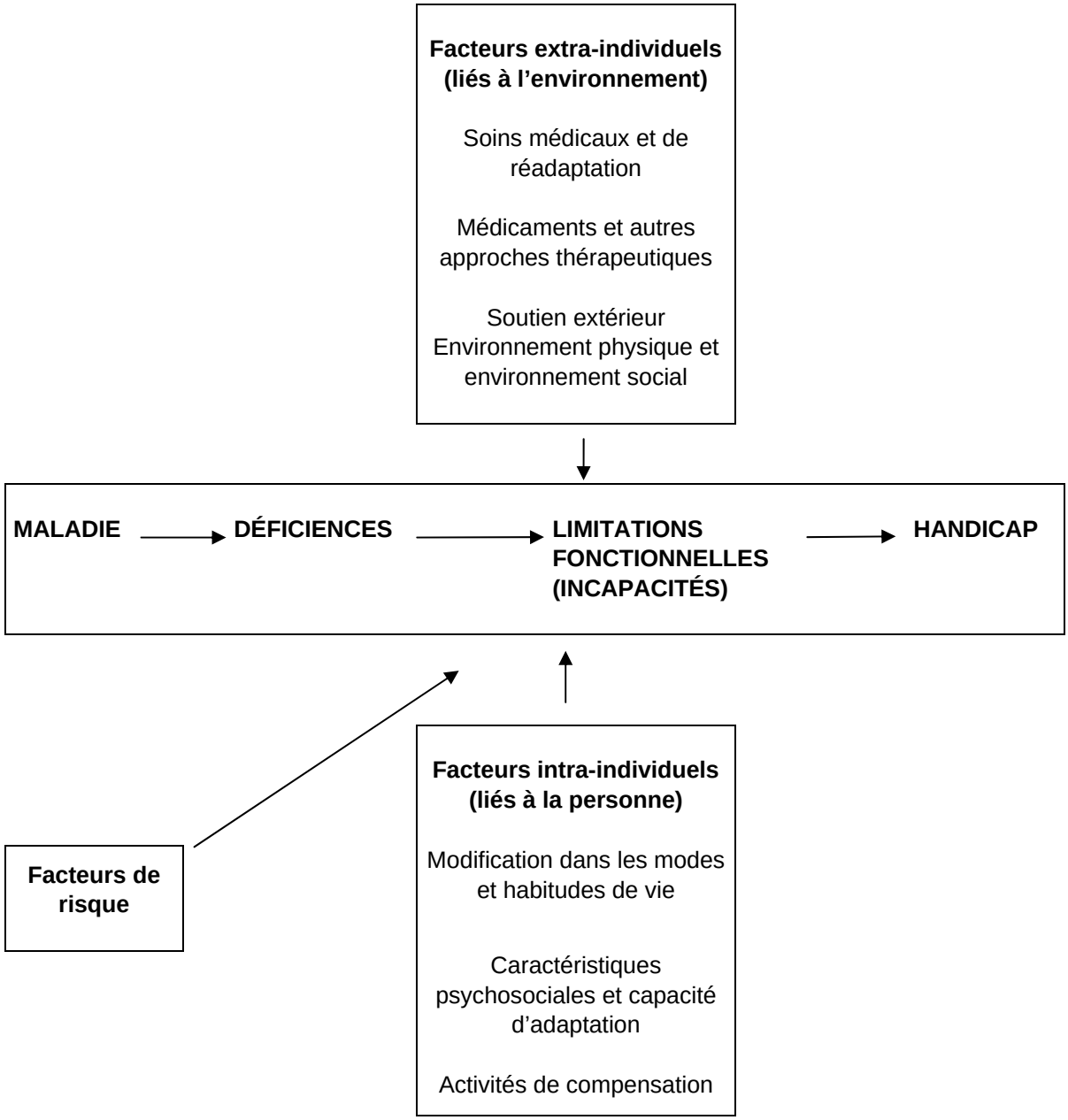
Tiré de : P.B. Baltes et M.M. Baltes (1990). « Psychological perspectives on successful ageing : The model with selective optimisation and compensation » dans P.B. Baltes et M.M. Baltes (dir.), *Successful aging : perspectives from behavioral sciences*, New York: Cambridge University Press, p.1-34 (traduction libre).

Dans le domaine de la réadaptation, le modèle de Verbrugge et Jette (1994) est un classique. *The disablement process* (figure 8) met en lien la maladie, les déficiences qui s'ensuivent potentiellement, les incapacités qui découlent des déficiences et, finalement, les situations de handicap. Ces dernières sont les expériences négatives et les difficultés réelles à réaliser les activités de la vie quotidienne lorsque les limitations fonctionnelles n'ont pas pu être compensées par la personne ou par une modification de l'environnement. Une personne se retrouvera donc en situation de handicap lorsqu'elle fera face dans son milieu à des obstacles insurmontables en raison de son incapacité. Très utile pour aborder le vieillissement, ce modèle permet de tenir compte à la fois de la situation individuelle de la personne et des facteurs externes. Ainsi, en plus d'exercer une influence sur la situation d'une personne, les soins et services de santé, le soutien social et les facteurs environnementaux, physiques et sociaux interagissent avec des caractéristiques individuelles telles que les habitudes de vie et les capacités d'adaptation. Ces facteurs peuvent intervenir tout au long du *Modèle de l'évolution vers un handicap*.

Le *Modèle de promotion de la santé pour les personnes vivant des incapacités*, proposé par Patrick (1997), reprend en quelque sorte le processus de Verbrugge et Jette (1994) en mettant davantage l'accent sur la notion de qualité de vie comme objectif ultime malgré une situation d'incapacité. Quatre dimensions s'influençant mutuellement composent donc ce modèle (figure 9) : l'environnement global, les opportunités ou facteurs facilitants, les processus de production des incapacités (pertes fonctionnelles et restriction d'activités) et la qualité de vie qui en résulte. On y définit la qualité de vie comme une appréciation personnelle de la place occupée dans de multiples domaines (santé physique et psychologique, niveau d'indépendance, relations sociales, environnement et spiritualité). La perte d'autonomie, qui s'installe plus lentement dans un environnement dont les

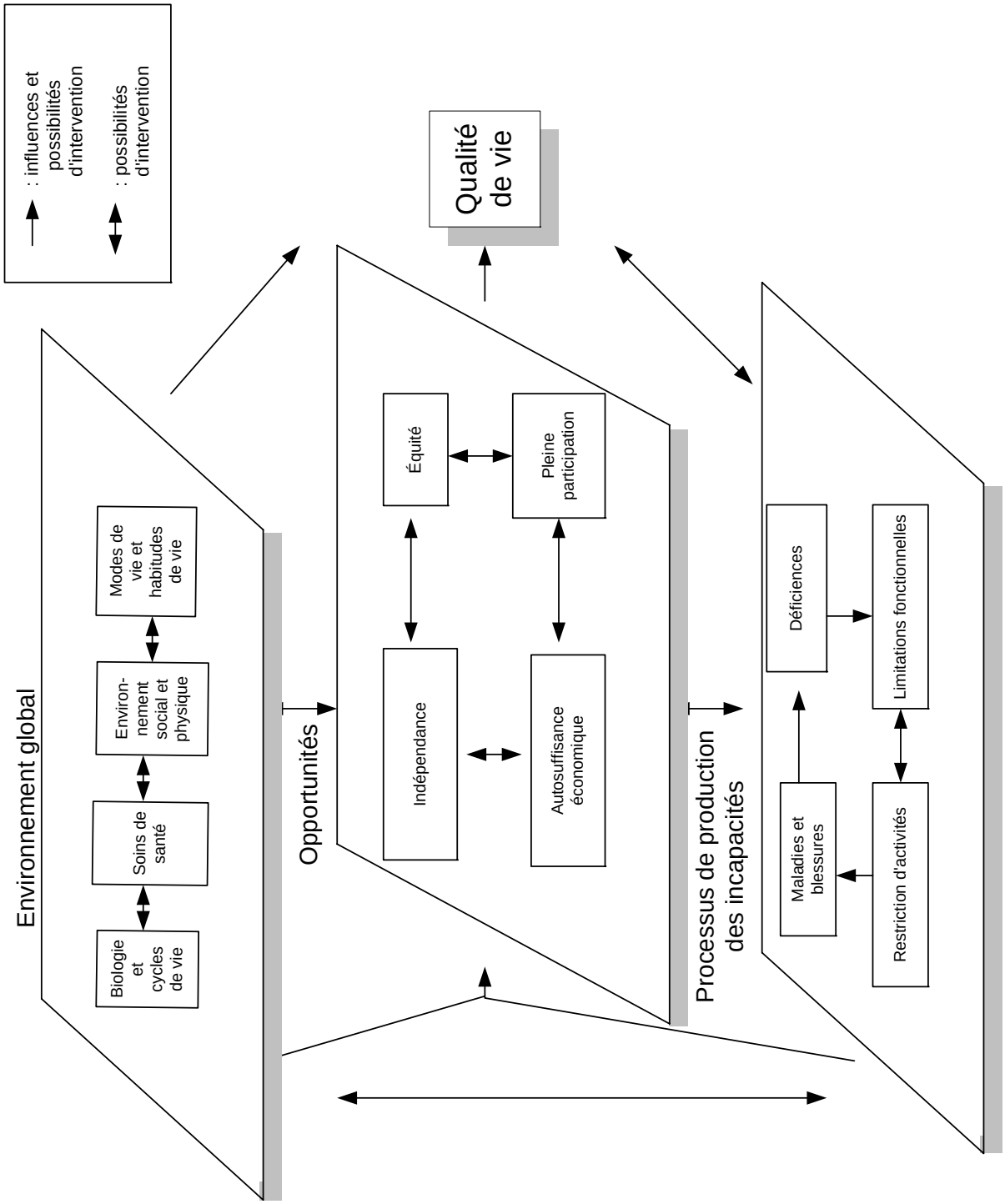
composantes sont favorables à la santé, sera modulée par des facteurs facilitants, soit le fait de vivre dans la communauté (et non en institution), l'autosuffisance économique, l'équité et la possibilité de participer à la vie communautaire.

Figure 8 Modèle de l'évolution vers un handicap



Tiré de : L.M. Verbrugge et A.M. Jette (1994). « The Disablement process », *Social Science and Medicine*, 38(1), p. 1-14 (traduction libre).

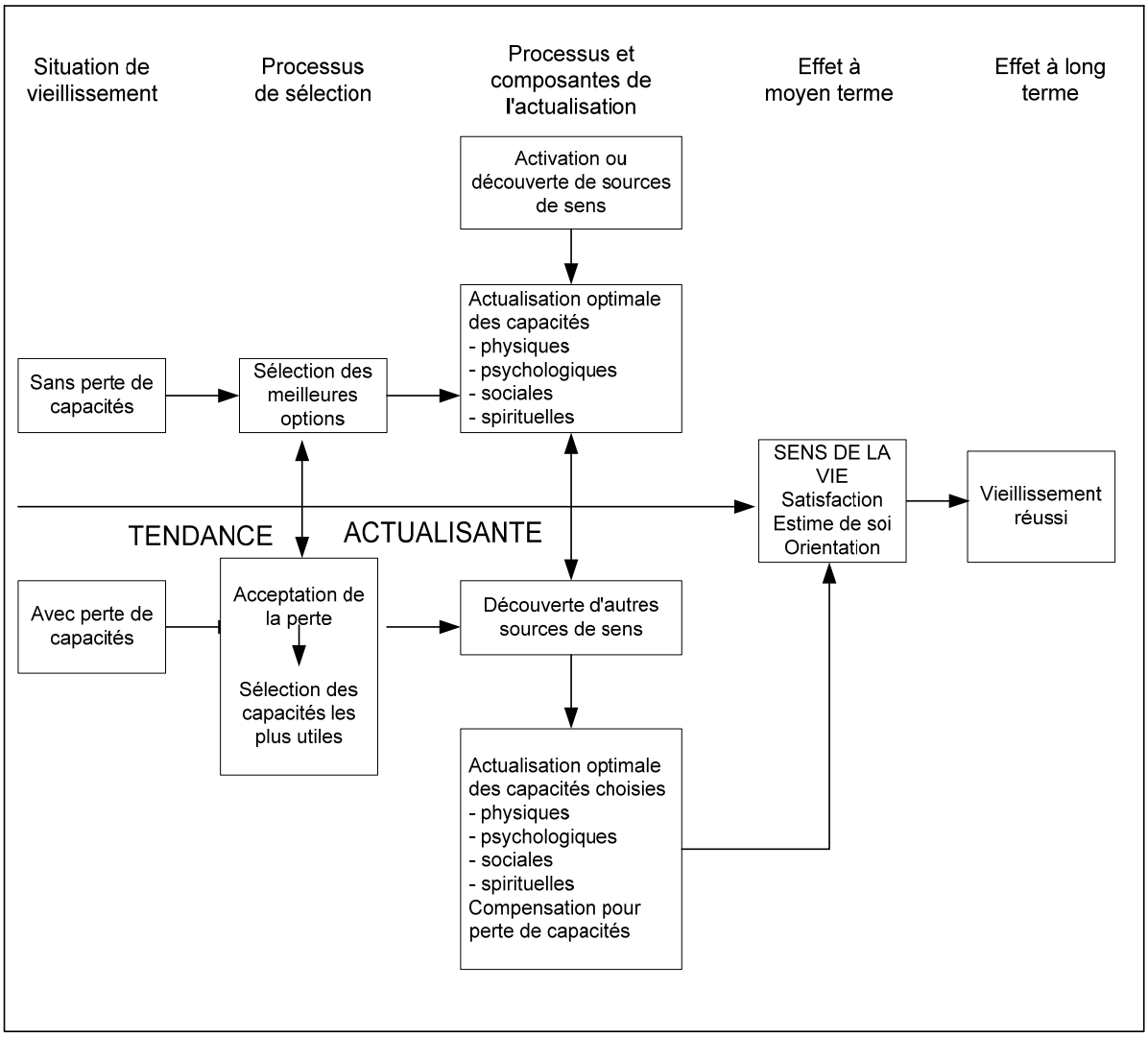
Figure 9 Modèle de promotion de la santé pour les personnes vivant des incapacités



Tiré de : D.L. Patrick (1997). « Rethinking prevention for people with disabilities, Part 1 : A conceptual model for promoting health », *American Journal of health promotion*, 11(4), p. 257-260 (traduction libre).

Dans son *Paradoxe du vieillissement réussi*, Leclerc (2007) reprend les concepts de sélection-optimisation-compensation présentés par Baltes et Baltes (1990), y introduisant en lui donnant une place très significative la question du sens de la vie comme moteur de ce processus continu d'adaptation (figure 10). Ce que l'auteur appelle le *Modèle de l'actualisation optimale du potentiel en lien avec le sens de la vie* s'appuie sur la prémisse que l'un des déterminants les plus marquants d'un vieillissement réussi est, encore plus que l'âge lui-même ou l'éducation par exemple, le sens donné à la vie. Leclerc inclut donc dans le modèle établi par Baltes et Baltes trois nouvelles étapes : l'acceptation pleine et entière des limites ou des pertes, la découverte de nouvelles sources de sens à la vie et la réactualisation du potentiel de soi. Pour son auteur, ce modèle conjugue bien les notions complémentaires de déclin et de développement de la personne âgée, en apparence contradictoires. Il conclut qu'« en insistant trop fortement sur le paradigme du développement, on risque de méconnaître la vraie nature du vieillissement, d'occulter sa partie sombre et d'orienter les pratiques sur de fausses pistes. En revanche, en ne voyant que le déclin et les pertes, on risque d'ignorer l'incroyable capacité de croissance de l'être humain » (Leclerc, 2007).

Figure 10 Modèle de l'actualisation optimale du potentiel en lien avec le sens de la vie



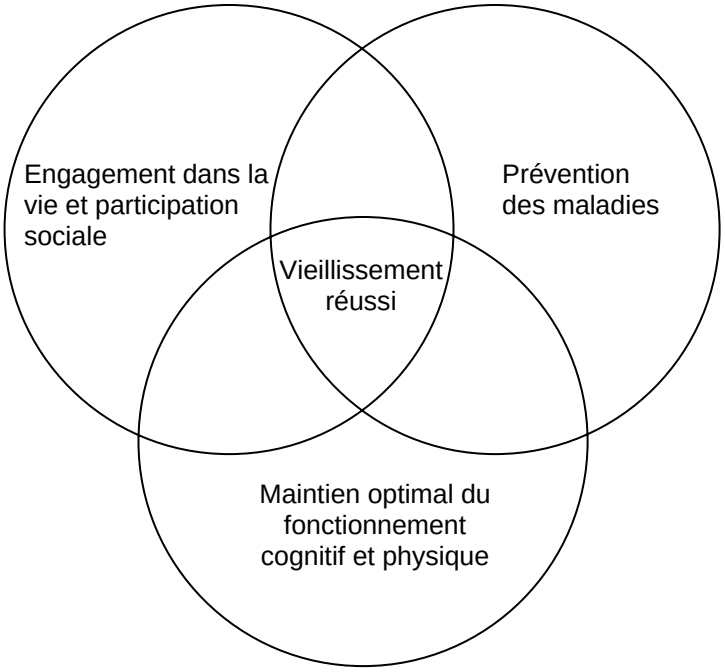
Source : G. Leclerc (2007). « Le paradoxe du vieillissement réussi », chapitre 5 dans M. Arcand et R. Hébert, *Précis pratique de gériatrie*, 3e édition, Edisem et Maloine, p.63-82.

3.1.4 Vieillir selon une perspective positive

Si la majorité des modèles consultés font une place aux aspects négatifs du vieillissement (incapacités, déclin fonctionnel, pertes, etc.) et aux façons de les prévenir, de les retarder ou de les limiter, certains mettent plus l'accent sur le potentiel des personnes âgées et sur les façons de retrouver, de maintenir ou d'augmenter ces capacités. Ceux de ***Rowe et Kahn* (1998)**, de ***Bryant, Corbett et Kutner* (2001)**, de l'***Organisation mondiale de la santé* (2002)** et de l'***Alberta Health and Wellness* (2002)** font partie de cette dernière catégorie.

Rowe et Kahn ont élaboré, à la fin des années 1990, un modèle (figure 11) centré sur le vieillissement réussi (*Model of successful aging*), qui tente d'intégrer une approche globale allant au-delà du lien entre la santé et l'absence de maladie. En fait, le modèle de Rowe et Kahn (1998) décline le vieillissement réussi selon trois facteurs : un faible risque de maladies et d'incapacités, un fonctionnement physique et mental optimal et une participation sociale active, ces trois facteurs étant interreliés. Ainsi, selon les auteurs, l'absence de maladies et d'incapacités rendrait plus aisé le fonctionnement physique et mental optimal. Par ailleurs, une situation de fonctionnement physique et mental optimal faciliterait la participation sociale active qui, à son tour, aurait des effets positifs sur la santé cognitive et physique.

Figure 11 Modèle du vieillissement réussi



Tiré de : J.W. Rowe et R.L. Kahn (1998). « *The structure of successful aging »,* chapitre 2 dans *Successful aging*, New York: Random House, Pantheon Books, p. 36-52 (traduction libre).

Le concept de *Vieillissement selon une approche positive* a également intéressé certains organismes ou agences de niveaux national et international. Sous l'angle du Vieillissement en restant actif *(Active aging*), l'Organisation mondiale de la santé, par exemple, présente une idée positive du vieillissement, soit « le processus consistant à optimiser les possibilités de bonne santé, de participation et de sécurité afin d'accroître la qualité de la vie pendant la vieillesse » (Organisation mondiale de la santé, 2002). Rappelons que selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé, la qualité de vie est « la perception qu'a une personne de sa position dans la vie, compte tenu du contexte culturel et des systèmes de valeurs et de ses propres normes, buts, inquiétudes et attentes. Ce concept lui-même comprend un large éventail d'éléments qui interagissent de manière complexe : la santé physique, l'état psychologique, le niveau d'autonomie et d'indépendance, les rapports sociaux, les convictions personnelles et la situation de la personne par rapport à son environnement » (Organisation mondiale de la santé, 1994). Cette description rappelle l'importance des

éléments subjectifs (valeurs, peurs, inquiétudes, attentes, etc.) dans la notion de la qualité de vie et, de là, dans celle d'un vieillissement actif. Pour l'Organisation mondiale de la santé (2002), les six grands déterminants d'un vieillissement actif sont : les facteurs personnels, comportementaux, sociaux et économiques, de même que les aspects liés à l'environnement physique et aux services sanitaires et sociaux (figure 12a). Le modèle qu'elle propose fait également état de l'influence des deux facteurs modulateurs de l'état de santé et ses déterminants : le genre et la culture. Enfin, tous ces facteurs ont un impact sur 1) l'état de santé; 2) le niveau de sécurité des personnes; et 3) la participation des personnes à des activités socioéconomiques, culturelles et spirituelles. Il s'agit là des trois piliers du concept de *Vieillir en restant actif* de l'Organisation mondiale de la santé (figure 12b).

Figure 12 a Les déterminants d'un vieillissement actif

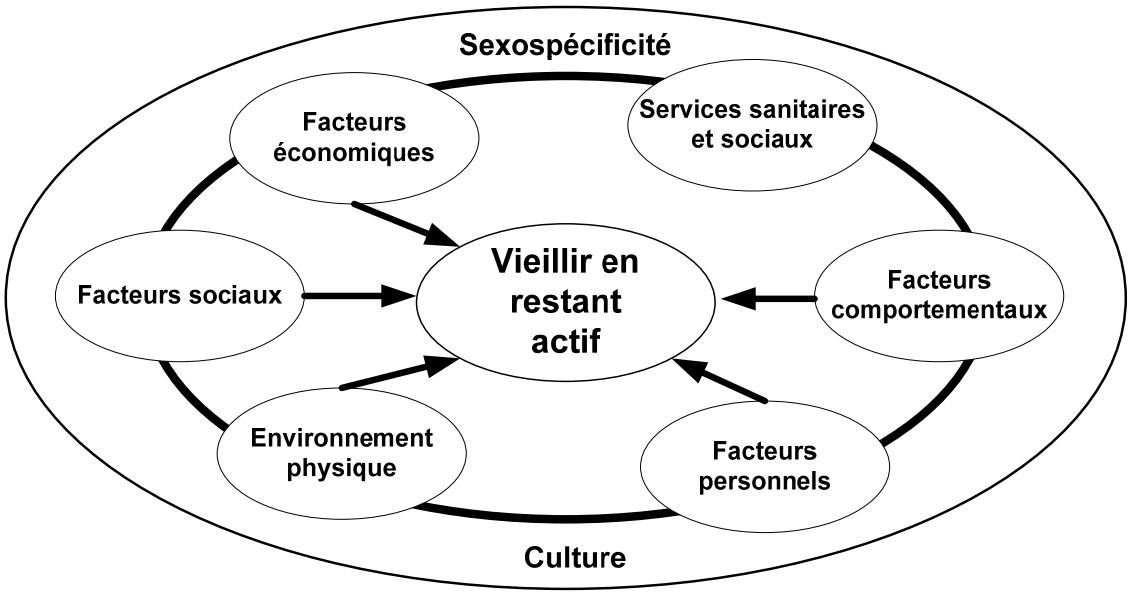
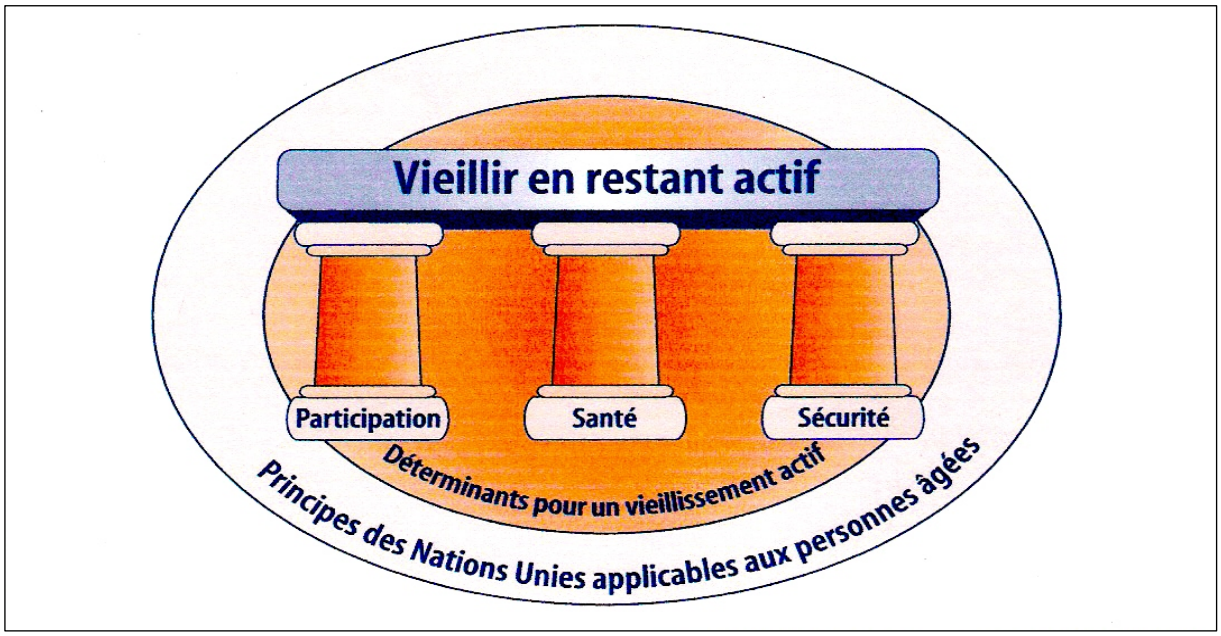


Figure 12 b Un cadre d'orientation pour vieillir en restant actif



Tirés de : Organisation mondiale de la santé (2002). *Vieillir en restant actif : Cadre d'orientation*, Genève, 60 p.

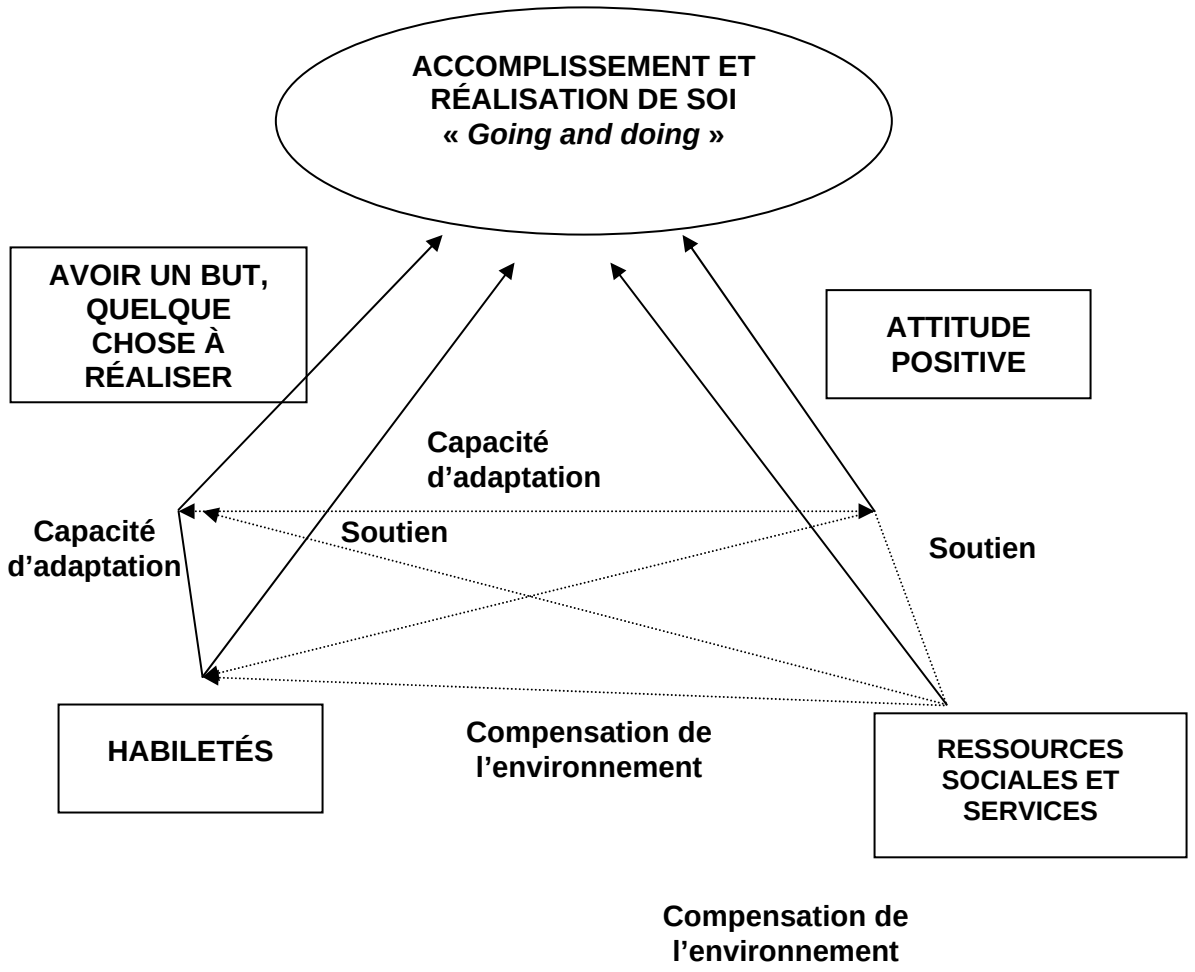
La littérature sur les personnes âgées évoque de plus en plus souvent le concept du *Vieillissement en santé* (*Healthy aging*). Inspirée de l'approche populationnelle, cette notion a évolué au cours des années pour faire place à l'ensemble des déterminants de la santé incluant les facteurs de risques individuels et les facteurs liés à l'environnement des personnes. L'une des nombreuses définitions du vieillissement, celle de l'Agence de santé publique du Canada, le présente plus ou moins comme un aspect de la promotion de la santé, de la prévention et de la protection qui s'attarde aux facteurs influant sur le vieillissement de la population. Ce concept implique aussi de maintenir une bonne qualité de vie et de prévenir les incapacités (Agence de santé publique du Canada, site visité en janvier 2006). Pour Santé Canada, le vieillissement en santé correspond à « un processus permanent d'optimisation des possibilités permettant d'améliorer et de préserver la santé et le bien-être physique, social et psychologique, l'autonomie et la qualité de vie ainsi que de favoriser les transitions harmonieuses entre les différentes étapes de la vie » (Santé Canada, 2001).

Selon les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (Centers for Disease Control and Prevention - Research Centers Healthy Aging Network, 2006), le vieillissement en santé est un processus favorisant le développement et le maintien d'un bien-être physique, social et cognitif optimal. Dans un environnement sécuritaire, ce processus est rendu possible par l'adoption de saines habitudes de vie et par une utilisation adéquate des services préventifs destinés à minimiser l'impact de problématiques de santé ponctuelles ou chroniques.

L'Organisation de coopération et de développement économiques (2000), dans une perspective de maintien de la prospérité des pays vieillissants, centre quant à elle sa définition du vieillissement actif sur la notion plus étroite de productivité. Elle aborde le vieillissement actif comme la capacité des personnes qui avancent en âge à mener une vie productive dans la société et dans l'économie. Ces personnes ont alors la possibilité de faire des choix dans leur façon de vivre, d'apprendre, de travailler, de se divertir et de prendre soin des autres.

Dans le *Modèle pour un vieillissement en santé* (*Model of healthy aging*) de Bryant, Corbett et Kutner (2001), le vieillissement en santé est le fruit d'un ensemble de liens établis entre différents aspects et pourrait se résumer par l'expression « *Going and doing* » (figure 13). Ces mots, que l'on pourrait traduire par « bouger et agir », évoquent le bien-être, l'accomplissement et la réalisation de soi. Dans le modèle proposé, on insiste sur l'importance de facteurs dont la présence permet de façonner positivement la perception qu'ont les personnes âgées de leur propre vieillissement et sur le fait que, à contrario, l'absence de ces facteurs en amène une perception négative. Au nombre de quatre, ces facteurs sont interreliés. Le premier, *Avoir un but et des activités valorisantes à réaliser,* renvoie à l'exécution des activités de la vie quotidienne, mais également à l'importance de l'exercice des rôles sociaux. *Avoir les habiletés requises pour relever les défis qui se présentent* constitue un autre facteur (ex. : mobilité, bonnes fonctions cognitives, absence de troubles sensoriels). La perte de certaines fonctions affecte à différents niveaux les habitudes de vie des personnes âgées et peut amener une perception négative de leur vieillissement. Par ailleurs, *Avoir accès aux ressources et services adéquats* favoriserait une vision positive du vieillissement en permettant de compenser les pertes et de maintenir des habitudes de vie saines. Finalement, *avoir une attitude positive*, c'est-à-dire la motivation à faire des activités, est un facteur déterminant de la réalisation de soi, fondement principal de ce modèle pour un vieillissement en santé. L'accomplissement, reposant sur ces quatre conditions, est modulé par des facteurs tels le soutien, la capacité d'adaptation de la personne et les possibilités de compensation dans l'environnement.

Figure 13 Modèle pour un vieillissement en santé « Going and doing »

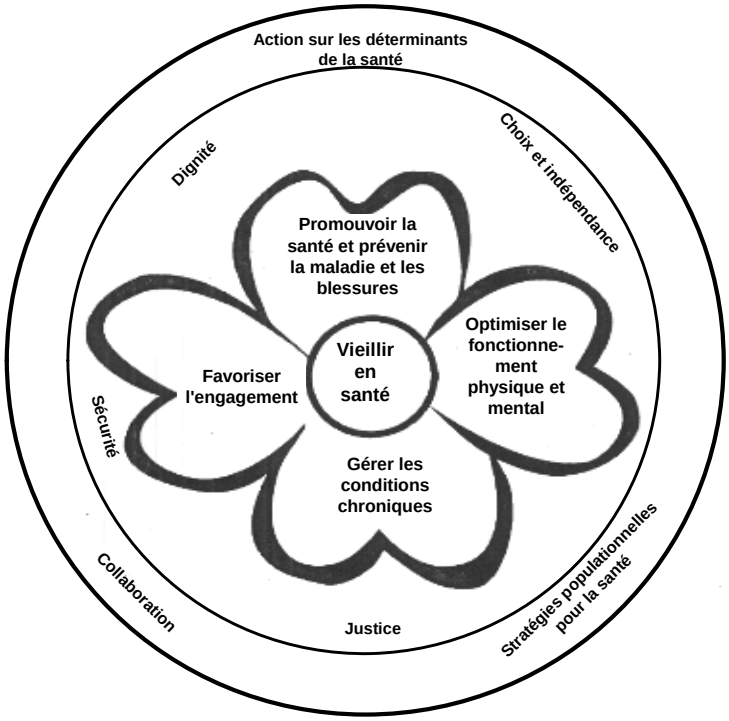


Tiré de : L.L. Bryant, K.K. Corbett et J.S. Kutner (2001). « In their own words: a model of healthy aging », *Social science and medicine*, 53(7), p. 927-941 (traduction libre).

En 2002, le gouvernement de l'Alberta mettait de l'avant une adaptation du modèle de Rowe et Kahn, dans le cadre d'un exercice de planification concernant les stratégies à adopter pour les services aux aînés selon une approche de vieillissement en santé (Alberta Health and Wellness, 2002). Le modèle proposé, *Healthy aging and seniors strategic framework*, comporte quatre grands objectifs (figure 14). Le premier, la promotion de la santé et la prévention des *maladies et incapacités*, implique de rendre les personnes capables de prendre en charge leur santé dans le but de l'améliorer. Par le deuxième, l'optimisation du fonctionnement physique et mental, on tend à rendre les personnes le plus autonomes possible dans l'accomplissement de leurs activités de la vie domestique et quotidienne, malgré des pertes fonctionnelles. Le troisième aspect visé est la *participation sociale active*, soit entretenir des relations significatives avec les autres et s'investir dans des activités sociales et communautaires satisfaisantes. Finalement, la quatrième composante, ajoutée au modèle de Rowe et Kahn, est la *gestion des conditions chroniques*, qui consiste à renforcer les habiletés des personnes à gérer efficacement les maladies et à en minimiser les conséquences. D'une façon générale, on facilite l'autonomie des personnes âgées et on les incite à collaborer avec les professionnels de la santé dans la définition de leurs besoins. En outre, des principes directeurs, prônés à la fois par la plupart des organisations de santé et par les personnes âgées elles-mêmes (Santé Canada, 1998) viennent encadrer le modèle. Les principes retenus sont : la dignité, le choix et l'indépendance, l'équité, la participation et la sécurité.

Ce dernier processus de planification des services aux personnes âgées ayant été largement influencé par l'approche populationnelle, on retrouve, en périphérie des principales dimensions du modèle, la mention des déterminants de la santé, de la collaboration avec les partenaires et des stratégies d'action populationnelles visant le vieillissement en santé. Il s'agit là de l'apport du modèle de promotion de la santé des populations (MPSP) de l'Agence de santé publique du Canada (site visité en janvier 2006), lui-même inspiré de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Le cadre albertain propose d'ailleurs que chacune des stratégies de la Charte (*renforcer le potentiel des personnes, développer des politiques publiques favorables à la santé, créer des environnements favorables à la santé, renforcer l'action communautaire* et *réorienter les services de santé en faveur de la prévention*) soit reprise pour préciser les mesures à mettre en œuvre afin d'actualiser chacune des quatre grandes dimensions du modèle pour un vieillissement en santé.

Figure 14 Le cadre de référence stratégique pour un vieillissement en bonne santé et le bien-être des personnes âgées



Tiré de : Alberta Health and Wellness (2002). *Alberta's healthy aging and seniors wellness strategic framework 2002-2012*, Edmonton, Alberta health and wellness and Alberta seniors, 53 p. (traduction libre).

3.2 LES FORCES ET LES LACUNES DES MODÈLES RECENSÉS

Chacun des modèles recensés trouve des utilités différentes en fonction de ses forces et de ses lacunes, mais ensemble ils permettent de dresser un inventaire relativement exhaustif de ce qu'évoque la littérature consultée au sujet des grands déterminants d'un vieillissement en santé et des thématiques pertinentes. Une analyse sommaire des modèles permet de dégager des caractéristiques communes comme des différences marquées. En voici quelques-unes.

Dimensions peu explicites versus dimensions explicites

Certains modèles réfèrent à des thématiques très générales (ex. : conditions socio-économiques, services de santé). Ils suggèrent par le fait même une compréhension plus systémique et complète du phénomène du vieillissement mais renseignent mal sur les objets de travail potentiels. Par ailleurs, les modèles qui se veulent plus précis sont souvent réductionnistes et permettent difficilement de saisir le phénomène du vieillissement dans son ensemble et sa complexité. En revanche, des leviers d'action sous-jacents aux composantes de ces modèles apparaissent plus clairement (ex. : syndromes gériatriques, mobilité, nutrition) et interpellent plus directement certains acteurs.

Santé versus adaptation continue

S'il est souhaitable de miser sur les aspects positifs du vieillissement, une mise en garde s'impose contre les effets pervers d'une approche trop idyllique du vieillissement qui consacrerait comme buts ultimes la santé, l'activité et la productivité à tous les âges de la vie. Tout comme la vision qui réduit la vieillesse à la maladie et au déclin, l'approche trop « jovialiste » du vieillissement n'est pas réaliste. Fruit de la poursuite illusoire de l'éternelle jeunesse, entretenue à l'excès par le commerce florissant de l'anti-âge par exemple, elle peut avoir comme conséquence de négliger les sous-groupes des personnes âgées dont les capacités fonctionnelles sont diminuées ou qui sont malades (Helgøy, 2005). Il apparaît périlleux de transposer à la vieillesse l'idéal de la jeunesse sans tenir compte de toutes les réalités du vieillissement. Commentant le concept de *Vieillissement réussi*, Leclerc écrit : « On peut lui reprocher notamment 1) de présenter une vue idéale du vieillissement dans laquelle l'idée de croissance est mise de l'avant au point de reléguer aux oubliettes le côté sombre du vieillissement; 2) de proposer un modèle restrictif et élitiste de l'avancée en âge qui laisse supposer que les gens malades, en perte d'autonomie, moins actifs intellectuellement ou socialement sont exclus du royaume du vieillissement réussi ». Pour cet auteur, le vieillissement réussi ne doit pas être considéré comme un résultat à atteindre, une performance à réaliser, mais plutôt comme un processus à maîtriser. Ce modèle tient compte des différences individuelles et de la dimension subjective du vieillissement, soit « l'idéal optimal que chacun peut se fixer, compte tenu de ses ressources et de celles de l'environnement » (Leclerc, 2007). L'auteur n'hésite pas à mettre en garde contre une « conception simpliste et déformée qu'on pourrait qualifier d'âgisme positif, une attitude qui ne voit, à priori, que les bons côtés du vieillissement et qui s'avère en définitive tout aussi nuisible que l'âgisme négatif qui l'a précédée ». Dans le même ordre d'idée, Dubé et Lefrançois (2004) reprochent aussi à certains auteurs d'ouvrages sur le vieillissement, dont Rowe et Kahn (1998), de suggérer l'idée de « *vieillir sans vieillir* ».

Le rappel d'une définition plus large de la santé qui signifie un état de bien-être physique, mental, social et spirituel (Organisation mondiale de la santé, 1986; World Health Organization, 1946) vient en outre, d'une certaine façon, relativiser et nuancer la notion de santé que l'on retrouve dans les différents modèles. Cette approche prend en compte la grande variabilité des conditions objectives et subjectives qui décrivent la santé. La Charte d'Ottawa insiste, dans sa définition de la santé, sur la notion d'adaptation continue de la personne à un environnement, tous deux se trouvant en perpétuelle mutation (Organisation mondiale de la santé, 1986). D'ailleurs, plusieurs modèles consacrent une place importante à cet aspect, même dans des situations de déclin des capacités fonctionnelles. Les modèles de Baltes et Baltes (1990), de Buchner et Wagner (1992), de Bryant, Corbett et Kutner (2001), de Lebel et coll. (1999) et de Leclerc (2007) sont particulièrement intéressants dans ce sens.

Causalité linéaire versus interactivité

Certains modèles, le plus souvent dits écologiques, présentent la personne dans un contexte composé de différents niveaux d'influence en constante interaction (Bronfenbrenner, 1979; Glass et Balfour, 2003; Lawton et Nahemow, 1973), que ce soit avec son milieu de vie, avec

divers systèmes, organisations et institutions. Selon cette lecture écosystémique, l'accent est mis sur la façon dont interagissent les facteurs biogénétiques et biologiques, les ressources et compétences personnelles de la personne (psychologiques, habiletés personnelles et sociales), ses habitudes de vie, les diverses organisations et institutions sociales qui l'influencent ou la desservent et, finalement, les conditions socioéconomiques dans lesquelles elle évolue. Si les modèles écologiques donnent le plus souvent une place significative aux croyances, aux valeurs et aux idéologies d'une culture ou sous-culture, certains d'entre eux rajoutent une dimension historique (ex. : chronosystème de Bronfenbrenner, 1979; spirale du temps de Lebel, Leduc et coll., 1999) pour rendre compte des influences découlant du passage du temps (expériences, maturation, sénescence). S'éloignant des approches causalistes, ces schémas ont l'avantage de rendre compte de la complexité du phénomène du développement humain ou, de façon plus spécifique, du vieillissement. Du même coup, ils suggèrent toutefois une certaine impression de perte d'emprise sur les facteurs déterminants des situations à améliorer et ils peuvent engendrer un sentiment d'impuissance chez les acteurs qui, pris un à un, ne détiennent qu'une partie des solutions (l'effet paralysant du « tout est en tout »). En contrepartie, certains modèles moins globalisants, qui offrent une lecture plus circonscrite et séquentielle du vieillissement, paraissent en général plus opérationnels, plus pratiques, et sont mieux adaptés notamment au contexte d'intervention clinique (Baltes et Baltes, 1990; Bergman et coll., 2004; Buchner et Wagner, 1992; Patrick, 1997; Verbrugge et Jette, 1994).

La promotion de la santé versus la promotion de la santé des personnes âgées

De façon générale, plus les modèles sont centrés sur la personne âgée (Baltes et Baltes,1990; Bergman et coll., 2004; Bryant, Corbett et Kutner, 2001; Buchner et Wagner, 1992), plus ils se rapprochent des problèmes qu'elles vivent, du processus de vieillissement ou de la notion de fragilité (ex. : référence aux grands syndromes gériatriques) et plus leur utilité est grande dans un cadre clinique, notamment dans une perspective de planification et d'organisation des soins (qui peut inclure les actions préventives, mais pas toujours de façon explicite). D'un autre côté, plus les modèles s'éloignent de la personne âgée comme centre d'intérêt, plus ils font place aux notions générales de santé, de bien-être, de qualité de vie, etc., et plus ils s'apparentent aux grands modèles de promotion de la santé ou de santé écologique, sans spécificité pour un groupe d'âge en particulier. Ils s'appuient par exemple sur les grandes stratégies présentes dans la Charte d'Ottawa (Organisation mondiale de la santé, 1986; Organisation mondiale de la santé, 2005) ou dans le modèle pour la promotion de la santé des populations (MPSP) proposé par l'Agence de santé publique du Canada (2006), où l'on trouve peu ou pas de référence à l'âge ou de spécificités liées au vieillissement en tant que tel.

La participation : un principe versus un axe d'intervention

Dans la majorité des chartes ou déclarations contemporaines sur la santé ou la promotion de la santé (Organisation mondiale de la santé, 1986; Organisation mondiale de la santé 2005), la participation est un élément central auquel devraient correspondre des engagements et des actions concrètes. En plus de traduire une volonté d'impliquer activement la personne dans toutes les décisions qui la concernent (par la consultation, la concertation, les

représentations, la négociation), elle correspond à un ensemble de moyens destinés à conférer aux personnes et aux collectivités la possibilité de participer activement et pleinement à la vie familiale, sociale et communautaire (la personne âgée comme acteur, partenaire, citoyen). La notion de participation ouverte sur la communauté permet d'introduire l'idée d'interdépendance de toutes les personnes, plutôt que de dépendance des personnes âgées (Audit Commission of United Kingdom, 2004 et 2004a). Dans certains modèles, plus centrés sur l'organisation des services ou sur les soins, la participation est davantage présentée comme un principe à observer, selon le niveau d'aptitude de la personne malade ou en fin de vie à décider pour elle-même, dans les choix thérapeutiques ou de soutien. Toutefois, pour être conséquent avec un discours faisant de plus en plus de place aux processus d'autonomisation (*empowerment*) des personnes et des collectivités, il apparaît qu'un modèle sur le vieillissement devrait faire de la participation l'une des dimensions principales, comme c'est le cas dans les modèles de Rowe et Kahn, de l'Alberta Health and Wellness et de l'Organisation mondiale de la santé (2002). Au Québec, l'importance de la participation, sous toutes ses formes, comme facteur clé de la santé et du bien-être des personnes âgées a fait l'objet de nombreux travaux. Récemment, la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, l'Institut national de santé publique du Québec, le Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec et l'Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval (2007) ont collaboré pour l'élaboration d'une typologie de la participation sociale des personnes âgées et ont revu la littérature concernant ses impacts sociaux et sanitaires et sur les façons de la promouvoir.

La pertinence et l'utilité de l'un ou l'autre modèle reposent sur les besoins tous légitimes de ceux qui les exploitent. Il s'agit de choisir ou de s'inspirer de celui qui sert le mieux les objectifs poursuivis.

4 LE MODÈLE PROPOSÉ

La présente proposition de modèle conceptuel des orientations visant la santé des personnes âgées convie les lecteurs à un survol de l'ensemble des facteurs et stratégies d'intervention qui doivent être pris en compte pour maintenir et améliorer la santé des personnes âgées mais elle invite également à un examen attentif des politiques et programmes soumis par plusieurs pays ou organisations de santé.

4.1 DESCRIPTION DES COMPOSANTES

Le modèle proposé résulte de l'analyse de plusieurs des représentations recensées dans la littérature. La consultation de ce matériel a permis à la fois de préciser les axes d'intervention, de rendre explicites certains déterminants plus marquants pour la santé des personnes âgées et de mettre en forme le modèle tout en concrétisant sa portée. Il est à noter que le modèle de l'Alberta (Alberta Health and Wellness, 2002), lui-même influencé par celui de Rowe et Kahn (1998), a été particulièrement inspirant. Ainsi, le modèle proposé (figure 15) présente les composantes suivantes :

- le **concept central** : Vieillir en santé
- les **principes** sous-jacents à l'action;
- les **principaux axes d'intervention** qui permettent de maintenir ou d'améliorer la santé des personnes âgées dans ses dimensions physique, mentale, cognitive et sociale;
- les différents **niveaux d'influence où interviennent les principaux acteurs** responsables d'un vieillissement en santé, incluant la personne âgée elle-même, sa famille et ses proches.

4.1.1 Le concept central : vieillir en santé

Le concept du vieillissement en santé désigne un processus permanent d'optimisation des possibilités permettant aux personnes âgées d'améliorer et de préserver leur santé et leur bien-être physique, social et mental, et de conserver leur autonomie et leur qualité de vie, tout en favorisant les transitions harmonieuses entre les différentes étapes de leur vie (Santé Canada, 2001). Cette notion vise toutes les personnes âgées.

La définition de la santé qui est retenue pour expliciter le concept *Vieillir en santé* est celle de l'Organisation mondiale de la santé (1986). Il s'agit d'un état d'équilibre d'une personne à un moment donné, qui s'apprécie notamment par le niveau de bien-être subjectif, par l'exercice des capacités intellectuelles, mentales et physiques ainsi que par la qualité des relations avec le milieu. Ces éléments, qui sont en évolution constante, s'intègrent de façon dynamique chez la personne. La santé est une ressource de la vie quotidienne et non le but de la vie.

4.1.2 Les principes

Les principes proposés reflètent les valeurs partagées par les personnes âgées avec tous les acteurs qui s'engagent auprès d'elles et pour elles. Ils sous-tendent les moyens qui sont pris pour promouvoir la santé et le bien-être des aînés, dans le respect de leurs besoins, de

leurs choix et de leurs préférences. Le Cadre national sur le vieillissement (Santé Canada, 1998) et le cadre d'orientation de l'Organisation mondiale de la Santé (*Vieillir en restant actif*, Organisation mondiale de la santé, 2002) proposent un énoncé et une définition de principes. C'est donc inspirés notamment de ces sources que les principes retenus ici, soit l'équité, la solidarité, l'indépendance et la dignité, sont définis comme suit.

L'équité

Avoir l'assurance que ses besoins, dans toute leur diversité (physiques, mentaux, psychologiques, sociaux et spirituels), reçoivent la même considération que les besoins du reste de la population. Avoir un accès aux ressources et aux services nécessaires sans discrimination fondée sur l'âge.

La solidarité

Recevoir l'empathie et l'assistance de l'ensemble de la société dans la recherche de la santé, quels que soient son genre, sa langue, son appartenance ethnique ou culturelle, et s'engager réciproquement dans des actions pour améliorer sa santé et pour le bien collectif.

L'indépendance

Avoir le contrôle, la maîtrise de sa vie, être capable de faire des choix par soi-même et de s'acquitter des tâches quotidiennes. Pouvoir vivre dans son environnement habituel sans aide extérieure ou avec une aide minime. Être libre de décider de son mode de vie, de prendre des décisions sur des questions qui influent sur son existence.

La dignité

Être traité avec respect sans égard à son âge ou à sa condition, et jouir d'un sentiment d'estime de soi. Être reconnu et apprécié pour sa contribution à la vie des proches, de la communauté et de toute la société. Être traité comme un membre à part entière de cette société, dans le respect de ses propres règles et préférences.

4.1.3 Les différents axes d'intervention

Le modèle conceptuel proposé comporte neuf grands axes d'intervention. Cinq d'entre eux sont définis selon une perspective d'action sur les grands déterminants de la santé, quel que soit le niveau de santé des personnes visées, avec ou sans maladies, incapacités ou problèmes. Quatre autres axes sont élaborés selon un continuum de l'état de santé des personnes âgées et des problèmes vécus. Ils visent la prévention de problèmes spécifiques et l'optimisation des capacités restantes chez la personne en perte d'autonomie.

4.1.3.1 Agir sur les déterminants de la santé des personnes âgées

L'action sur les grands déterminants de la santé concerne toutes les personnes âgées, quel que soit leur état de santé. Elle vise à augmenter les possibilités et les capacités, pour les personnes âgées elles-mêmes, leurs proches, leurs familles et leurs communautés, de faire des choix sains et de créer des environnements favorables à la santé. Le but ultime est

l'optimisation du fonctionnement social, cognitif, mental et physique des personnes âgées. La littérature consultée, qui fait largement état des déterminants de la santé de la population âgée, révèle qu'ils sont multiples et interreliés de façon complexe. On y apprend aussi qu'aucun n'est en soi suffisant pour expliquer l'état de santé de la population âgée.

Dans le cas spécifique de la population âgée, certains facteurs ne donnent que peu d'emprise à l'action; ils sont non modifiables. Il en va ainsi, par exemple, du patrimoine biologique et du patrimoine génétique, qui ont un impact sur l'état de santé et le processus de vieillissement : ils sont responsables d'un ensemble de conditions ou d'états acquis au cours de la vie. Certains autres déterminants liés à la trajectoire de vie des personnes âgées, qui ne sont pas modifiables au moment où se fait l'intervention auprès d'elles, auraient pu l'être plus tôt, à d'autres stades de la vie. Le développement dans l'enfance, dont certains facteurs sont présents dès la vie intra-utérine et la petite enfance, les habitudes de vie ou encore les conditions de travail passées sont de ceux-là. Il demeure toutefois important de connaître ces déterminants pour comprendre les problèmes que vivent les personnes âgées maintenant. Par ailleurs, il est essentiel de prendre en compte certaines réalités que vivent les personnes âgées pour ajuster les actions afin d'en maximiser l'efficacité. Ainsi, tout comme pour les autres groupes d'âge de la population, on adoptera pour les personnes âgées une approche différenciée selon le genre et l'âge, en fonction des différentes réalités culturelles et socioéconomiques qu'elles vivent.

Pour les fins de l'élaboration du modèle conceptuel, n'ont été retenus que les facteurs sur lesquels une action auprès des personnes âgées est pertinente et possible. Destiné à faire ressortir certains déterminants particulièrement marquants pour la santé, le regroupement s'est fait autour de cinq grands axes d'intervention auprès de la personne âgée :

- ses aptitudes individuelles et sa capacité d'adaptation;
- son réseau de soutien et sa participation sociale;
- ses différents milieux de vie (environnement immédiat);
- l'organisation des soins et services qui lui sont destinés;
- l'environnement général dans lequel elle vit et ses conditions de vie.

La dénomination des axes d'intervention réfère aux grands déterminants de la santé et pourrait s'appliquer à tous les groupes d'âge. Chacun des axes se décline en un certain nombre d'éléments plus spécifiques qui sont autant d'objets ou de thématiques représentant des possibilités d'action plus concrètes.

Axe 1) Améliorer les aptitudes individuelles et la capacité d'adaptation de la personne âgée en agissant sur :

- ses connaissances, ses attentes, ses valeurs, croyances et attitudes face à la santé, au vieillissement, au déclin fonctionnel;
- sa vie spirituelle et le sens qu'elle donne à sa vie;
- l'estime d'elle-même et la perception de son utilité et de l'importance de sa contribution, de sa capacité à atteindre des objectifs pour soi et pour la collectivité, sa motivation à les atteindre;
- ses compétences personnelles et sociales (capacité de résolution de problèmes, gestion du stress, capacité d'entrer en relation avec autrui, autogestion de la santé);
- son éducation, sa littératie, son fonctionnement cognitif;
- sa force physique, son endurance et sa résistance;
- son revenu personnel;
- ses habitudes de vie et autres comportements liés à la santé (ex. : utilisation appropriée des médicaments, utilisation des services préventifs, comportements sécuritaires).

Axe 2) Créer des milieux de vie sains et sécuritaires en agissant sur :

- la qualité du lieu de résidence, à domicile ou en institution publique ou privée : sécurité, salubrité, propreté, convivialité, possibilité d'intimité;
- la qualité de vie du quartier (accessibilité, sécurité, propreté, convivialité), du voisinage;
- la sécurité des lieux publics qu'elle fréquente;
- l'ensemble des infrastructures et dispositifs qui favorisent la réalisation des activités de la vie courante;
- les conditions du travail bénévole ou rémunéré de la personne âgée;
- la disponibilité et l'accessibilité de l'ensemble des produits, biens et services de proximité nécessaires à la réalisation des activités quotidiennes (commerces, services institutionnels et communautaires, loisirs, divertissements, transport en commun, transport adapté).

Axe 3) Améliorer l'environnement général et les conditions de vie de la personne âgée en agissant sur :

- les normes sociales concernant le vieillissement et les personnes âgées;
- l'ensemble des programmes et politiques publiques, à tous les niveaux de gouvernance (local, municipal, régional, provincial et national), notamment dans les domaines social et sanitaire, de l'environnement, du transport, de l'économie, du travail, de l'éducation, des loisirs, de l'immigration, de la sécurité publique et de la justice.

Axe 4) Organiser adéquatement les services de santé et les services sociaux nécessaires (prévention, traitement, réadaptation, accompagnement et soins de fin de vie en agissant sur :

- les connaissances, valeurs, croyances et attitudes des gestionnaires et intervenants du réseau de la santé et de services sociaux à l'égard du vieillissement, des problèmes, besoins et préférences de la personne âgée, de ses proches et de sa famille;
- les structures de rôles et responsabilités des organisations;
- les mécanismes de partage de l'information, de participation et de prise de décision;
- les relations qui existent entre la personne âgée, sa famille et les intervenants;
- les compétences, les pratiques professionnelles et interprofessionnelles, incluant les pratiques cliniques préventives;
- les liens sectoriels, intersectoriels et communautaires;
- les caractéristiques de l'organisation et de l'utilisation des services de première ligne et spécialisés, allant de la prévention jusqu'à l'accompagnement de fin de vie, en passant par le traitement et la réadaptation : intégration, continuité, accessibilité et globalité;
- la mise en œuvre des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles nécessaires.

Axe 5) Favoriser l'engagement et la participation sociale de la personne âgée et améliorer le soutien à la personne et à ses proches aidants en agissant sur :

- l'ensemble des valeurs, croyances et attitudes face au potentiel et aux besoins de la personne âgée, à l'importance de son rôle dans la communauté;
- les liens de la personne âgée avec sa famille et ses proches;
- les liens de la personne âgée avec les membres de sa communauté;
- les liens de la personne âgée avec toutes les générations;
- les possibilités pour la personne âgée de s'engager dans des activités qui ont un sens pour elle, de se développer et de participer à la vie sociale dans la réciprocité;
- la qualité du réseau de soutien « informel » (ex. : proches aidants) et « formel » (ex. : soignants, ministres du culte) pour répondre aux besoins affectifs, relationnels, spirituels et instrumentaux de la personne âgée.

4.1.3.2 Agir pour prévenir les problèmes de santé des personnes âgées et optimiser leurs capacités

À un stade précoce de l'histoire des problématiques, certaines interventions visent la réduction de l'apparition des problèmes de santé en s'attaquant à leurs facteurs de risque connus. Elle s'adresse donc aussi bien à la population en général qu'à certains groupes précis ou personnes particulièrement exposés. La présence de ces facteurs augmente la probabilité de voir apparaître des problèmes chez les personnes à risque. Aux stades du diagnostic, du traitement et de la réadaptation, la notion de précocité est cruciale. Chez la personne atteinte, il faut viser un maintien optimal des capacités fonctionnelles et de la qualité de vie, de même que la réduction des conséquences de ces problèmes, qu'ils soient d'origine iatrogénique ou non (National Public Health Partnership, 2001). Les axes d'intervention établis à cet effet sont décrits dans les paragraphes qui suivent.

Axe 6) Éviter l'apparition des problèmes psychosociaux et des problèmes de santé physique et mentale par la réduction des facteurs de risque

Ce sixième axe d'intervention vise la prévention de l'apparition des problèmes psychosociaux et des problèmes de santé physique et mentale par la détection et la réduction des facteurs de risque associés. Certains facteurs de risque apparaissent particulièrement prédictifs de perte d'autonomie ou de fragilité de la personne âgée. Ceux que l'on mentionne le plus souvent dans la littérature sont :

- les pertes significatives, les transitions importantes;
- l'isolement, l'exclusion;
- le tabagisme, la dénutrition et la malnutrition, la sédentarité;
- les risques de blessure (chutes, brûlures, intoxications);
- l'utilisation inappropriée des médicaments, de l'alcool;
- le manque d'hygiène dentaire;
- le statut vaccinal inadéquat;
- les infections (ex. : infections nosocomiales);
- l'inadéquation des mesures d'urgence en cas de menace à la santé (ex. : événements climatiques extrêmes comme les épisodes de chaleur accablante).

Axe 7) Détecter les problèmes de santé physique et agir précocement

Ce septième axe d'intervention vise la détection des problèmes de santé physique, qui sont dans certains cas totalement réversibles, et ce, de façon durable. Plus globalement, on peut également avoir en vue de détecter la perte d'autonomie et la fragilité qui comportent des dimensions de santé physique. La mise en place précoce de mesures correctives ou de traitements appropriés fait également partie de cet axe d'intervention. Certains problèmes de santé physique sont particulièrement prédictifs de perte d'autonomie ou de fragilité de la personne âgée. Ceux que l'on mentionne le plus souvent dans la littérature sont :

- les troubles sensoriels;
- le diabète;
- les maladies respiratoires et circulatoires;
- l'ostéoporose et les problèmes ostéoarticulaires;
- certains cancers;
- les problèmes buccodentaires.

Axe 8) Détecter les problèmes psychosociaux et de santé mentale, et agir précocement

Ce huitième axe d'intervention vise principalement la détection de problèmes psychosociaux et de santé mentale, qui sont dans certains cas totalement réversibles, et ce, de façon durable. Plus globalement, on peut également avoir en vue de détecter la perte d'autonomie et la fragilité qui comportent des dimensions psychosociale et de santé mentale. La mise en place précoce de mesures correctives ou de traitements appropriés fait également partie de cet axe d'intervention. Certains problèmes psychosociaux ou de santé mentale sont particulièrement prédictifs de perte d'autonomie ou de fragilité de la personne âgée. Ceux que l'on mentionne le plus souvent dans la littérature sont :

- les abus, la négligence et la violence;
- les troubles cognitifs;
- la dépression;
- les troubles anxieux;
- les idéations et comportements suicidaires.

Axe 9) Gérer adéquatement les conditions chroniques

Ce neuvième axe d'intervention vise à assurer un traitement ou une gestion des conditions qui surviennent et qui s'installent au long cours pour en limiter ou en retarder les conséquences de façon optimale et pour réduire au maximum les effets iatrogènes. Pour ce faire, on offre à la personne âgée atteinte et à sa famille tous les services dont elles ont besoin et un suivi approprié. Les principales conditions chroniques qui se manifestent chez les personnes âgées sont les maladies de l'appareil circulatoire, les tumeurs malignes, le diabète, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, les maladies du système ostéoarticulaire et des muscles, les maladies dégénératives du système nerveux, les troubles cognitifs et la dépression. Selon la littérature, les différentes dimensions d'une gestion efficace des maladies chroniques sont :

- l'adéquation des traitements;
- le suivi approprié;
- le soutien aux aidants;
- l'autosoin;
- une médication appropriée (ex. : psychotropes et antibiotiques);
- la gestion de la douleur;
- le traitement des incontinences.

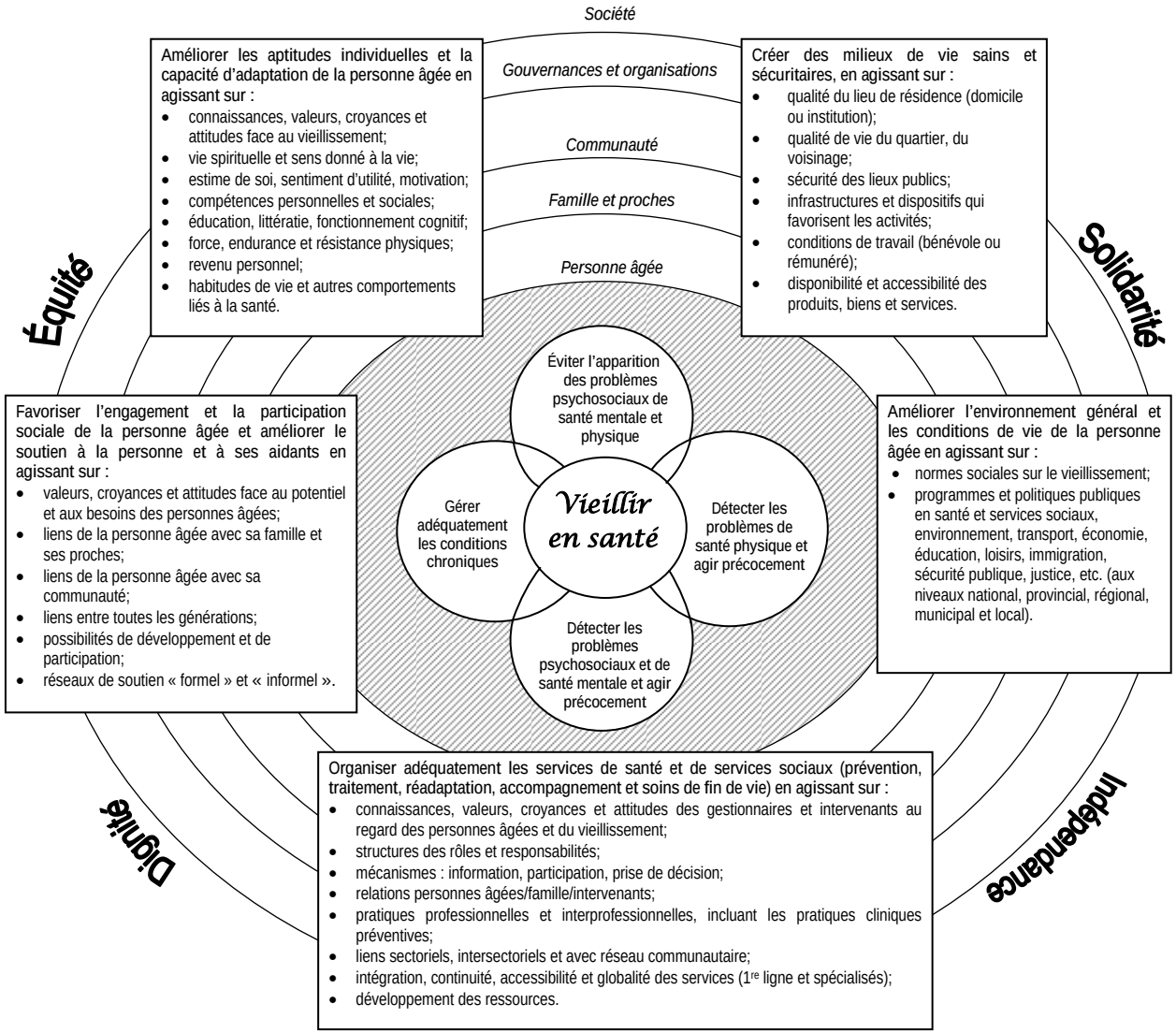
4.1.4 Les niveaux d'influence et les acteurs interpellés

Les acteurs interpellés par le vieillissement en santé des personnes âgées sont à l'image du modèle conceptuel qui reflète un large éventail de déterminants, différents niveaux d'intervention et d'action dans des disciplines variées. La diversité et la complexité des facteurs qui influent sur l'état de santé de la population âgée relèvent de nombreux acteurs dans plusieurs secteurs d'activité, qu'ils soient institutionnels, communautaires ou privés. On imagine également la multitude des leviers intersectoriels, dépassant largement la seule juridiction du système de soins, qui doivent être actionnés en vue d'en arriver à un vieillissement en santé. Outre les personnes âgées elles-mêmes et leurs proches, les principaux acteurs de ce scénario sont notamment : à différents niveaux de gouvernement, les autorités fédérales, provinciales, régionales et locales en matière de santé et de services sociaux; les autorités dans d'autres domaines de juridiction (ex. : environnement, habitation, transport, travail, économie); les organismes communautaires représentant les personnes âgées ou offrant du soutien de toute nature; les regroupements de proches aidants; les organismes communautaires et les entreprises; la société civile et les acteurs des communautés locales dont les municipalités; les milieux de l'enseignement; le milieu des affaires.

Ainsi, les activités suivantes, de type différent mais complémentaires et nécessaires, sont réalisées par un ensemble diversifié d'acteurs dans le respect de leur mission, leurs mandats et leurs responsabilités :

- élaborer et adopter en faveur des personnes âgées des politiques et programmes publics auxquels ils assureront un soutien adéquat, notamment par le suivi de leur mise en œuvre et par le développement des ressources nécessaires;
- intégrer une préoccupation pour les personnes âgées dans tous les processus décisionnels pertinents;
- intervenir directement auprès des personnes âgées et de leurs proches;
- représenter les intérêts des personnes âgées, de leur famille et de leurs proches;
- favoriser le transfert des connaissances pertinentes et l'amélioration des compétences et des pratiques;
- réaliser des travaux de recherche qui peuvent contribuer à améliorer la compréhension du phénomène du vieillissement et à modifier les approches et pratiques pour une plus grande efficacité.

Figure 15 Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel



4.2 LIMITES, FORCES ET UTILITÉ DU MODÈLE PROPOSÉ

L'outil proposé ici comporte des limites qui doivent être signalées. Ainsi, le modèle conceptuel :

- n'apporte pas de réponse au phénomène démographique du vieillissement dont on souhaiterait modifier l'évolution; il ne propose pas d'actions qui contribueraient progressivement à renverser la pyramide des âges (ex. : favoriser la natalité, encourager l'immigration de personnes jeunes);
- n'est pas un plan d'action, mais un ensemble de stratégies et d'objets de travail potentiels, qui sont autant de prises pour esquisser des mesures concrètes dont l'efficacité et la faisabilité devront ensuite être appréciées dans différents contextes d'intervention;
- n'est pas un modèle théorique éprouvé quant à la valeur prédictive de chacune de ses dimensions pour améliorer la santé de la population âgée, mais un inventaire relativement exhaustif de ce qu'évoque la littérature consultée au sujet des grands déterminants d'un vieillissement en santé et des thématiques pertinentes qui y sont associées, sans égard au potentiel de chacun des objets de travail qu'ils suggèrent;
- n'expose pas les occasions de toute une vie pour une vieillesse en santé selon une approche de « *lifecourse* »; bien que certaines stratégies répondent à des besoins de toutes les générations, la présente proposition s'intéresse à ce qui peut être fait pour les personnes qui sont âgées maintenant et aux facteurs qui peuvent encore être modifiés à un âge avancé.

Par ailleurs, en plus des critères de sélection précisés au départ (voir section 2.1.1), le schéma proposé possède un certain nombre de caractéristiques des plus pertinentes. Ainsi, le modèle conceptuel :

- est basé sur plusieurs courants trouvés dans la littérature scientifique récente sur le vieillissement et la santé;
- présente une approche systémique et écologique du vieillissement et de la santé;
- reflète une préoccupation pour toutes les personnes âgées, dans toute leur diversité, qu'elles soient en bonne santé, malades, en difficulté ou en perte d'autonomie, fragiles ou en fin de vie;
- fait bien ressortir le caractère multifactoriel (multidéterminé) du vieillissement et donne une place importante aux déterminants de la santé des personnes âgées;
- regroupe l'ensemble, souvent présenté de façon morcelée, des déterminants et facteurs qui influent sur la santé des personnes âgées;
- donne une place à deux approches nécessaires et complémentaires, l'une axée sur les déterminants de la santé et l'autre sur les problèmes de santé;
- conjugue les approches de promotion de la santé et de la prévention à celles des soins et du soutien en présence de maladies, de perte d'autonomie et d'incapacités;
- intègre autant les dimensions positives que les aspects négatifs du vieillissement;
- suggère un éventail de stratégies d'interventions qui permet à tous les acteurs concernés par la santé des personnes âgées de se situer en complémentarité les uns avec les autres, où qu'ils soient : milieu institutionnel ou communautaire, économie sociale,

secteur privé, secteur de la santé et des services sociaux ou encore d'autres secteurs d'activité;

- donne un ancrage au processus d'autonomisation des individus et des collectivités;
- est compatible avec l'énoncé de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé et les stratégies qui y sont préconisées, soit : *renforcer le potentiel des personnes, développer des politiques publiques favorables à la santé, créer des environnements favorables à la santé, renforcer l'action communautaire* et *réorienter les services de santé en faveur de la prévention* (Organisation mondiale de la santé, 1986).

Ainsi, le modèle proposé trouve son utilité en ce qu'il :

- permet de se situer comme acteur dans une approche écologique pour un vieillissement en santé;
- présente un éventail d'axes d'intervention qui, visant tous les acteurs concernés par la santé de la population âgée, permet de se donner une vision globale et moins morcelée des grandes stratégies et des facteurs importants pour un vieillissement en santé;
- permet de se questionner sur la nature de la contribution et le rôle de chacun, et constitue un outil de réflexion pour préciser ces notions;
- permet de faire le bilan de ce qui se fait, de déterminer collectivement les forces et les lacunes des mesures prises;
- donne appui à des conditions essentielles pour générer un véritable changement : action multistratégique, interdisciplinaire et intersectorielle;
- permet d'esquisser des mesures concrètes à apprécier ensuite selon leur efficacité, leur caractère prometteur, leur effet synergique et leur faisabilité;
- constitue une carte de visite pour que le vieillissement en santé de la population soit mis au programme de tout un chacun.

CONCLUSION

La présente proposition de modèle conceptuel invite les lecteurs à faire un examen global de l'ensemble des dimensions à considérer pour améliorer la santé des personnes âgées. Elle cible la population âgée elle-même, dont les spécificités doivent être prises en compte, et interpelle tous ceux et celles qui œuvrent directement ou indirectement pour sa santé et son bien-être : les acteurs du secteur de la santé et des services sociaux, ceux d'autres secteurs d'activité, le réseau communautaire, les bénévoles, le secteur privé et toute la population, dont les personnes âgées elles-mêmes. Il est souhaité que le modèle proposé soit un outil de réflexion pour déterminer l'éventail des stratégies ou interventions favorisant chez les personnes âgées un potentiel de maintien ou d'amélioration de la santé. Chacun, d'où qu'il agisse dans la société québécoise, est invité à préciser sa contribution pour un vieillissement en santé de la population âgée en général, de la clientèle âgée qu'il dessert ou des personnes âgées qu'il côtoie. Cette proposition de modèle conceptuel doit subir l'épreuve du temps et pourra être améliorée selon les usages qui en seront faits. À terme, elle devrait aider à préciser un ensemble de mesures concrètes qui seront par la suite évaluées au plan de leur efficacité pour améliorer la santé des personnes âgées et de leur faisabilité dans différents contextes de planification et d'intervention.

BIBLIOGRAPHIE

Agence de santé publique du Canada. www.phac.aspc.gc.ca , site visité en janvier 2006.

AGE – The European Older People's Platform (2004). *Age Barriers: Older people's experience of discrimination in access to goods, facilities and services*, 22 p.

AGE – The European Older People's Platform (2007). *Healthy ageing: good practice examples, recommendations, policy actions*, 39 p.

Alberta Health and Wellness (2002). *Alberta's healthy aging and seniors wellness strategic framework 2002-2012*, Edmonton: Alberta health and wellness and Alberta seniors, 53 p.

Amzallag, M. (2007). *Les défis d'un programme de prévention/promotion auprès des aînés*, Centre de santé et des services sociaux Cavendish, Centre *affilié* universitaire, Présentation réalisée dans le cadre des Journées annuelles de santé publique, Montréal.

Arcand, M. et R. Hébert (2007). *Précis pratique de gériatrie*, 3e édition, Edisem et Maloine, 1300 p.

Audit Commission of United Kingdom (2004). *Older people – A changing approach. Independence and well-being 1*, Public sector, national report, Londres, 54 p. Disponible sur www.audit-commission.gov.uk/reports/NATIONAL-REPORT.asp consulté le 17 octobre 2006.

Audit Commission of United Kingdom (2004a). *Older people – Independence and well-being. The challenge for public services*, Public sector, national report, Londres, 34 p. Disponible sur www.audit-commission.gov.uk/reports/NATIONAL-REPORT.asp consulté le 17 octobre 2006.

Baltes, P.B. et M.M. Baltes (1990). *Psychological perspectives on successful ageing : The model with selective optimisation and compensation*, dans P.B. Baltes et M.M. Baltes (dir.), *Successful aging : perspectives from behavioral sciences*, New York: Cambridge University Press, p. 1-34.

Bergman, H. et coll. (2003). *L'initiative canadienne sur la fragilité et le vieillissement*, 11 p.

Bergman, H. et coll. (2004). *Développement d'un cadre de travail pour comprendre et étudier la fragilité* pour l'Initiative canadienne sur la fragilité et le vieillissement, *Gérontologie et Société*, 109, p. 15-28.

Bergman, H., D. Hogan et S. Karunananthan (2007). « La fragilité », chapitre 6 dans M. Arcand et R. Hébert, *Précis pratique de gériatrie*, 3e édition, Edisem et Maloine, p. 83-91.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*, Cambridge Mass., Harvard University Press, 330 p.

Bryant, L.L., K.K. Corbett et J.S. Kutner (2001). « In their own words: a model of healthy aging », *Social science and medicine*, 53(7) 927-941.

Buchner, D.M. et E.H. Wagner (1992). « Preventing frail health », *Health promotion and disease prevention*, 8(1), 1-17.

Campbell, A.J. et D.M. Buchner (1997). « Unstable disability and the fluctuation of frailty », *Age and Ageing*, 26 : 315-318.

Centers for Disease Control and Prevention. *Research Centers Healthy aging network*, http://depts.washington.edu/harn/ site visité en janvier 2006.

Centers for Disease Control and Prevention & Merck Company Foundation (2007). *The state of Aging and Health in America 2007*, 38 p. Disponible sur le site www.cdc.gov/aging

Comité sénatorial spécial sur le vieillissement (2007). *Relever le défi du vieillissement*, Le Sénat, Ottawa, 110 p.

Commission of the European Communities (1999). *Towards a Europe for all ages – Promoting prosperity and international solidarity*, Communication, Brussels, 26 p.

Commonwealth of Australia (2005). *Healthy Ageing Action Plan for Wales. A response to health challenge Wales*, Welsh Assembly Government, 38 p.

Conseil consultatif national sur le troisième âge (1999). *1999 et après : Les défis d'une société canadienne vieillissante*, ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, Gouvernement du Canada, 81 p.

Conseil des aînés (2005). *Une pleine participation des aînés au développement du Québec afin de construire un Québec pour tous les âges*, Rapport du groupe de travail, Québec, 12 p.

Conseil fédéral suisse (2007). *Stratégie en matière de politique de la vieillesse*, Rapport, Suisse, 58 p.

Department of Health (*DH*) (2001). *National Service Framework for Older People. Modern standards and services models*, London, 196 p.

Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Institut national de santé publique du Québec, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval (2007). *La participation sociale, défi des sociétés vieillissantes*, Mémoire présenté dans le cadre de la consultation publique sur les conditions de vie des personnes âgées, 36 p.

Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation de la Montérégie (2002). *Pour les aînés de la Montérégie : Un art de vivre en santé, une qualité de vie*, Cadre de référence en santé publique, 138 p.

Dubé, M. et R. Lefrançois (2004). « L'actualisation du potentiel, l'autonomie psychologique et le soutien social comme prédicteurs du vieillissement réussi », *Psychologie*, 21 (3), p. 175-195.

European Commission (2006). *Healthy Ageing : A challenge for Europe*, Stockholm, 227 p.

Fried, L.P. et coll. (2001). « Frailty in older adults : evidence of a phenotype », *Journal of gerontology: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56A(3), M146-M156.

Fries, J.F. (2002). « Reducing disability in older age », *Journal of American Medical Association*, vol. 288, p. 3164-3166.

Fülôp, T. (2007). « Biologie du vieillissement », chapitre 2 dans M. Arcand et R. Hébert, *Précis pratique de gériatrie*, 3e édition, Edisem et Maloine, p. 17-36.

Glass, T.A. et J.L. Balfour (2003). « Neighborhoods, Aging, and Functional Limitations », dans I. Kawachi et L.F. Berkman (dir). *Neighborhoods and health*, New York: Oxford University Press, p. 303-334.

Guilley, E. et coll. (2003). « Vers une définition opérationnelle de la fragilité », *Médecine et Hygiène*, vol. 61 (2459), p. 2256-2261.

Healthy aging and wellness working group (2006). *Healthy aging in Canada: A new vision, a vital investment. From evidence to action*. A Background Paper prepared for the Federal, Provincial and Territorial Committee of Officials (Seniors). 68 p.

Helgøy, I. (2005). *Active Ageing and the Norwegian Health Care System*, Stein Rokkan Centre for Social Studies, 52 p.

Institut de la statistique du Québec (2004). *Si la tendance se maintient…Perspectives démographiques, Québec et ses régions, 2001-2051*, Gouvernement du Québec, 39 p. www.stat.gouv.qc.ca

Institut national de santé publique du Québec (2006). *Portrait de santé du Québec et ses régions*, Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, Gouvernement du Québec, 131 p.

Institut du vieillissement des Instituts de recherche en santé du Canada (2007). *Plan stratégique pour 2007 à 2012*, Gouvernement du Canada, Institut sur le vieillissement, Université de la Colombie-Britannique, 23 p.

Kergoat, M.-J. et J. Légaré (2007). *Aspects démographiques et épidémiologiques du vieillissement au Québec*, chapitre 1 dans M. Arcand et R. Hébert, *Précis pratique de gériatrie*, 3e édition, Edisem et Maloine, p. 1-16.

Lawton, M.P. et L. Nahemow (1973). *Ecology and the aging process*, dans C. Eisdorder et M.P. Lawton (dir.), *Psychology of adult developement and aging*, Washington, DC: American Psychological Association, p. 619-675.

Lebel, P. et coll. (1999). « Un modèle dynamique de la fragilité », *L'année gérontologique*, 1999 (13), Paris, Serdi éditeurs, p. 84-94.

Lebel, P., P.B. i Rodereda et coll. (1999). *Le concept de la fragilité selon les personnes âgées*, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, 26 p.

Leclerc, G. (2007). « Le paradoxe du vieillissement réussi », chapitre 5 dans M. Arcand et R. Hébert, *Précis pratique de gériatrie*, 3e édition, Edisem et Maloine, p. 63-82.

Lefrançois R. (2007). « Sociologie du vieillissement », chapitre 4 dans M. Arcand et R. Hébert, *Précis pratique de gériatrie*, 3e édition, Edisem et Maloine, p. 51-62.

Ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine (2005). *Une pleine participation des aînés au développement du Québec. Afin de construire un Québec pour tous les âges*, Rapport de l'équipe de travail, Gouvernement du Québec, 192 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1999). *Bien vivre avec son âge : revue de littérature sur la promotion de la santé des personnes âgées*, Direction générale de santé publique, Gouvernement du Québec, 115 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). *Les orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, Gouvernement du Québec, 48 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Direction générale de santé publique, Gouvernement du Québec, 133 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005a). *Un défi de solidarité. Les services aux aînés en perte d'autonomie. Plan d'action 2005-2010*, Gouvernement du Québec, 52 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005b). *Portrait de santé de la population québécoise de 65 ans et plus*, Service de la surveillance de l'état de santé, Direction générale de santé publique, Gouvernement du Québec, 15 p. (Diaporama présenté dans le cadre du Forum franco-québécois sur la santé – *Vieillissement et santé : Idées reçues, Idées nouvelles*, Québec, septembre 2005).

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2007). *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques*, Document de consultation, Gouvernement du Québec, 44 p.

Ministère de la Santé et des Solidarités, ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative (2007). *Plan national « Bien vieillir » 2007-2009*, 32 p.

Minister for Ageing of Australia (2001). *National strategy for an ageing Australia. An older Australia, Challenges and Opportunities for all*, Commonwealth of Australia, 71 p.

Ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des aînés (2007). *Initiative des collectivités rurales et éloignées amies des aînés : un guide*, Canada, 58 p.

National Public Health Partnership (2001). *Preventing chronic disease: a strategic framework*, Background paper, Victoria, Australia, 58 p.

Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité (2005). *Forum franco-québécois. Vieillissement et santé : Idées reçues, idées nouvelles*, Résumés des présentations, Gouvernement du Québec et République Française, 106 p.

Organisation de coopération et de développement économiques (2000). *Des réformes pour une société vieillissante*, Paris, 232 p.

Organisation mondiale de la santé (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, OMS, Première conférence internationale pour la promotion de la santé, Ottawa, Canada, 21 novembre 1986.

Organisation mondiale de la santé (1994). *Énoncé par le groupe de travail de l'OMS portant sur la qualité de vie*, publié dans le glossaire sur la promotion de la santé de l'OMS 1998.

Organisation mondiale de la santé (2002). *Vieillir en restant actif*. *Cadre d'orientation*, Madrid, Organisation mondiale de la santé, 60 p.

Organisation mondiale de la santé (2005). *La Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation*, Sixième conférence internationale pour la promotion de la santé, Bangkok, Thaïlande, 11 août 2005. www.who-int/healthpromotion/conferences

Organisation mondiale de la santé (2007a). *Guide mondial des villes-amies des aînés*, Genève, 18 p.

Organisation mondiale de la santé (2007b). *Feuille de route des dispositifs fondamentaux des villes-amies des aînés*, Genève, 4 p.

Organisation mondiale de la santé et Agence de santé publique du Canada (2006). *Prévention des maladies chroniques : Un investissement vital,* Genève, 183 p.

Organisation mondiale de la santé. *Des « villes-amies » des aînés : un projet mondial*, www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/pubs/age_friendly/index_f.htm consulté le 27 mars 2007.

Ory, M. et coll. (2003). « Challenging aging stereotypes. Strategies for creating a more active society », *American Journal of Preventive Medicine*, 25(3Sii), p. 164-171.

Patrick, D.L. (1997). « Rethinking prevention for people with disabilities, Part 1 : A conceptual model for promoting health », *American Journal of health promotion*, 11(4), p. 257-260.

Rowe, J. W. et R.L. Kahn (1998). « The structure of successful aging », chapitre 2 dans *Successful aging*, New York: Random House, Pantheon Books, p. 36-52.

Santé Canada. Division du vieillissement et des aînés (1998). *Les principes du Cadre national sur le vieillissement : guide d'analyse des politiques*, Ottawa, Santé Canada, Division du vieillissement et des aînés, 24 p.

Santé Canada (2001). *Atelier sur le vieillissement en santé. Partie 1 : Le vieillissement et les pratiques de santé*, Ottawa, Santé Canada.

Scottish Executive (2007). *All our futures : Planning Scotland with ageing Population*, 1 : Summary and action plan, www.scoland.gov.uk/Publications/2007/03/08125028/1

Verbrugge, L. M. et A.M. Jette (1994). « The Disablement process », *Social Science and Medicine*, 38(1), 1-14.

Vézina, J., P. Cappeliez et G. Belzil (2007). « Psychologie du vieillissement », chapitre 3 dans M. Arcand et R. Hébert, *Précis pratique de gériatrie*, 3e édition, Edisem et Maloine, p. 37-50.

Welsh Assembly Government (2005). *Healthy Ageing Action Plan for Wales. A response to health challenge Wales*, Health Promotion Division, 38 p.

World Health Organization (1946). *Constitution of the World Health Organization*, New York, 125 p.

World Health Organization (2002). *Innovative care for chronic conditions. Building blocks for action*, Global report. Non communicable diseases and mental health, 88 p.

World Health Organization - Europe (2003). *What are the main risk factors for disability in old age and how can disability be prevented ?*, Health Evidence Network, 17 p.

N° de publication : 860

Québec

• Agence de la santé et des services sociaux
de la Capitale-Nationale
• Institut national de santé publique