

Interventions de prévention et promotion de la santé pour les aînés : modèle écologique

Sous la direction de
LUCIE RICHARD
LUCETTE BARTHÉLÉMY
MARIE-CLAUDE TREMBLAY
STÉPHANIE PIN
LISE GAUVIN

www.inpes.sante.fr
inpes
éditions

**Interventions de prévention et promotion
de la santé pour les aînés : modèle
écologique**

Interventions de prévention et promotion de la santé pour les aînés : modèle écologique

Guide d'aide à l'action
franco-qubécois

Sous la direction de

LUCIE RICHARD

LUCETTE BARTHÉLÉMY

MARIE-CLAUDE TREMBLAY

STÉPHANIE PIN

LISE GAUVIN

Préface de

THANH LE LUONG ET LUC BOILEAU



Direction de la collection **Thanh Le Luong**
Édition **Mariane Borie - Jeanne Herr**

**Institut national de prévention
et d'éducation pour la santé**
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex France

L'Inpes autorise l'utilisation et la reproduction des résultats de cet ouvrage
sous réserve de la mention des sources.

Pour nous citer : Richard L., Barthélémy L., Tremblay M. -C., Pin S., Gauvin L., dir.
*Interventions de prévention et promotion de la santé pour les aînés : modèle
écologique. Guide d'aide à l'action franco-québécois.* Saint-Denis : Inpes,
coll. Santé en action, 2013 : 112 p.

ISBN 978-2-9161-9235-2

Les auteurs

Lucette Barthélémy, chargée d'expertise en promotion de la santé, département Développement des compétences et amélioration des pratiques professionnelles, Direction de l'animation des territoires et des réseaux, Inpes

Julie Bodard, chargée d'études en promotion de la santé, département Évaluation et expérimentation, Direction des affaires scientifiques, Inpes

Johanne Filiatrault, professeure adjointe, École de réadaptation de l'université de Montréal ; chercheure, Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (CRIUGM)

Lise Gauvin, professeure titulaire, Département de médecine sociale et préventive de l'université de Montréal ; chercheure, Centre de recherche du Centre hospitalier de l'université de Montréal (CRCHUM) et Centre de recherche Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé de Montréal

Sophie Laforest, professeure agrégée, département de kinésiologie de l'université de Montréal ; directrice scientifique, Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (Creges) du CSSS Cavendish et Institut de recherche en santé publique de l'université de Montréal (IRSPUM)

Manon Parisien, agente de planification, centre de santé et de services sociaux Cavendish ; conseillère académique au programme d'ergothérapie, université de Montréal

Hélène Payette, professeure titulaire, département des sciences de la santé communautaire, faculté de médecine et des sciences de la santé de l'université de Sherbrooke ; chercheure, Centre de recherche sur le vieillissement, CSSS-IUGS de Sherbrooke

Stéphanie Pin, sociologue, responsable du pôle Populations et cycles de vie, Direction de la programmation, Inpes

Lucie Richard, professeure titulaire, faculté des sciences infirmières de l'université de Montréal ; directrice adjointe et chercheure, Institut de recherche en santé publique de l'université de Montréal (IRSPUM) ; chercheure associée, Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (CRIUGM) ; chercheure, Centre de recherche Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé de Montréal

Brenda Spencer, Privat-docent et maître d'enseignement et de recherche, responsable de secteur de recherche, Institut de médecine sociale et préventive (IUMSP), centre hospitalier universitaire vaudois et université de Lausanne

Marie-Claude Tremblay, candidate au doctorat en santé publique option « Promotion de la santé », université de Montréal

Relecteurs

Martine Bantuelle, experte en promotion de la santé, ASBL EducaSanté, Charleroi, Belgique

Nicole Bohic, médecin-inspecteur de santé publique, ministère de la Santé

Annick Fayard, chargée d'expertise scientifique en promotion de la santé, département Appui aux acteurs et aux institutions, Direction de l'animation des territoires et des réseaux, Inpes

Emmanuelle Hamel, responsable du département Développement des compétences et amélioration des pratiques professionnelles, Direction de l'animation des territoires et des réseaux, Inpes

Nathalie Houzelle, chargée de mission en éducation pour la santé, département Développement des compétences et amélioration des pratiques professionnelles, Direction de l'animation des territoires et des réseaux, Inpes

Geneviève Imbert, directeur de recherche, Fondation nationale de gérontologie

Annette Leibing, professeure titulaire d'anthropologie médicale, faculté des sciences infirmières de l'université de Montréal

Kareen Nour, agente de planification, de programmation et de recherche, direction de santé publique de la Montérégie ; professeure adjointe de clinique, département de médecine sociale et préventive de l'université de Montréal ; chercheure associée, Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (Creges), CSSS-Cavendish-CAU

Remerciements

Les auteurs remercient

La 62^e Commission permanente de coopération franco-québécoise.
Francine Vinet, conseillère en affaires internationales, coordinatrice de la Commission permanente de coopération franco-québécoise.
Céline Deroche et **Olivier Delmer** (Inpes) pour leur contribution à la recherche documentaire.

Préface

Le vieillissement de la population est un enjeu sociétal majeur dans les pays industrialisés avec comme défi de prolonger l'autonomie et de soutenir santé et qualité de vie à domicile le plus longtemps possible. Dès lors, c'est toute la responsabilité envers la population d'un territoire dont il s'agit, interpellant décideurs, gestionnaires et professionnels. Le renouvellement des pratiques de santé publique, axées sur des approches populationnelles, requiert de nouvelles connaissances et un accompagnement pour mieux répondre aux besoins des populations, en particulier de la population vieillissante. Si les initiatives de prévention et de promotion de la santé en direction des publics âgés sont nombreuses, les pratiques se révèlent hétérogènes dans leurs objectifs, méthodes et contenus.

L'Inpes s'est associé à l'université de Montréal, à l'université de Sherbrooke et au centre de santé et de services sociaux Cavendish au Québec pour réaliser un guide faisant la synthèse des stratégies d'actions de promotion de la santé à destination des aînés.

L'approche écologique constitue le cœur de l'ouvrage. Ce modèle met l'accent sur les interactions complexes entre les personnes, les groupes et leur environnement physique et social dans

un continuum allant d'interventions dispensées dans un micro-environnement jusqu'à celles offertes dans des contextes plus larges que sont les grands ensembles géographiques en passant par les communautés.

Ce guide présente ainsi les différentes dimensions de cette nouvelle approche et des modèles d'intervention à l'égard des aînés reposant sur cette vision élargie des déterminants de la santé. Il offre de nombreux exemples d'interventions, de programmes et de politiques tirés d'expériences françaises et québécoises présentant un niveau élevé d'intégration de l'approche écologique.

L'Institut universitaire de médecine sociale et préventive et le centre universitaire vaudois, qui ont rejoint cette belle initiative, nous ont permis d'utiliser l'outil de catégorisation des résultats pour identifier l'effet des activités de promotion de la santé sur les déterminants de santé et les facteurs associés à ces déterminants.

L'ambition des auteurs est ainsi de proposer un recueil de références et de pratiques inspirantes dans lequel peuvent puiser les professionnels et les organismes concernés.

Partager l'expertise et améliorer le transfert de connaissances en vue de contribuer à la mise en œuvre de programmes de santé publique sont des axes essentiels de collaboration entre l'Inpes et l'INSPQ. Aujourd'hui, nos instituts sont fiers de présenter ce guide permettant d'articuler les pratiques professionnelles en intersectorialité, du niveau local au niveau international. Cette initiative a été rendue possible grâce au soutien du ministère des Relations internationales, de la Francophonie et du Commerce extérieur du Québec, du consulat général de France à Québec et du ministère des Affaires étrangères français.

Ensemble, nous nous dirigeons vers des pratiques professionnelles de qualité, pour permettre aux personnes âgées de vivre plus longtemps, avec une meilleure qualité de vie.

Le président-directeur général
de l'Institut national de santé
publique du Québec

Luc Boileau

La directrice générale de l'Institut
national de prévention
et d'éducation pour la santé

Thanh Le Luong

Sommaire

- I | **Préface**
- 15 | **Introduction**
Lise Gauvin, Lucette Barthélémy, Stéphanie Pin, Marie-Claude Tremblay,
Lucie Richard
- 21 | **Vieillesse, vieillissement et santé**
Stéphanie Pin, Marie-Claude Tremblay, Hélène Payette, Julie Bodard
- 21 | **Le vieillissement de la population en France
et au Québec**
- 23 | **Les multiples visages de la vieillesse et
du vieillissement**
- 26 | **La santé des aînés**
- 30 | **Les déterminants d'un vieillissement en santé**
- 39 | **L'approche écologique : une approche
novatrice pour la prévention des maladies
et la promotion de la santé des aînés**
Lucie Richard, Marie-Claude Tremblay, Lise Gauvin
- 39 | **L'approche écologique**
- 43 | **Le modèle écologique de Richard et collaborateurs**

- 49 | Opérationnaliser l'approche écologique :
exemples de stratégies de prévention
et de promotion de la santé**
Marie-Claude Tremblay, Lucie Richard, Lucette Barthélémy, Stéphanie Pin,
Julie Bodard, Lise Gauvin
- 50 | Stratégies centrées sur le changement individuel**
- 51 | Stratégies centrées sur le changement de
l'environnement interpersonnel**
- 53 | Stratégies centrées sur le changement
organisationnel**
- 54 | Stratégies centrées sur le changement
des communautés territoriales**
- 56 | Stratégies centrées sur le changement
de l'environnement politique**
- 59 | Analyse écologique de deux programmes
de prévention et promotion de la santé
en direction des aînés**
Lucette Barthélémy, Manon Parisien, Sophie Laforest, Stéphanie Pin
- 60 | Le Plan national Bien vieillir 2007-2009**
- 68 | Les activités de prévention, promotion,
santé et vieillissement : un service de pointe
du CSSS Cavendish**

79	Vers des interventions plus écologiques : réflexion sur le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) Lucette Barthélémy, Julie Bodard, Johanne Filiatrault, Sophie Laforest, Manon Parisien, Hélène Payette, Stéphanie Pin, Lucie Richard
80	Le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED)
82	Une pratique prometteuse à bonifier
89	Comment évaluer un programme écologique ? Illustration avec l'outil de catégorisation des résultats Brenda Spencer, Lucette Barthélémy, Marie-Claude Tremblay
90	Le modèle suisse de catégorisation des résultats en promotion de la santé
94	Le programme PIED bonifié au prisme de la catégorisation des résultats
103	Conclusion Lucie Richard, Lucette Barthélémy, Stéphanie Pin, Marie-Claude Tremblay, Lise Gauvin
105	Annexes
107	Liste des sigles et des abréviations
109	Liste des figures et des tableaux

Introduction

LISE GAUVIN
LUCETTE BARTHÉLÉMY
STÉPHANIE PIN
MARIE-CLAUDE TREMBLAY
LUCIE RICHARD

La durée de la vieillesse dans les pays industrialisés s'étend désormais de 60-65 ans à plus de 85 ans, soit un temps aussi long que celui qui reliera la première jeunesse à l'âge mûr. Le vieillissement des populations est maintenant un fait avéré qui apporte une multitude de transformations dans le portrait socio-sanitaire de ces sociétés. Parmi ces transformations, on compte l'augmentation de l'incidence des maladies chroniques et de la perte d'autonomie qui occasionnent une demande accrue de services de santé et de soutien à domicile. Par ailleurs, une proportion importante d'aînés choisit de réintégrer le marché de l'emploi ou encore d'entreprendre de nouvelles activités de loisir afin de poursuivre de nouvelles aspirations. Ce mouvement représente une opportunité sans précédent de renforcer la main d'œuvre active tout en contribuant à l'essor d'une nouvelle façon d'aborder le vieillissement.

Reconnaissant ces tendances socio-démographiques et appréhendant leurs conséquences sanitaires et sociales, les chercheurs ont produit de nombreux traités sur le vieillissement ou sur les problématiques qui le caractérisent [1, 2]. Ce matériel offre des ressources inestimables aux acteurs des milieux de la santé et des services sociaux qui œuvrent auprès de personnes vieillissantes. Or, ces ressources portent bien souvent sur les interventions prometteuses à utiliser auprès

d'individus vieillissants qui sont aux prises avec des problèmes de santé spécifiques, ou encore sur des lignes directrices pour dépister ou traiter des maladies qui deviennent plus prévalentes avec l'âge. Il existe ainsi peu d'ouvrages portant sur l'adoption et l'implantation d'une approche populationnelle auprès de ce public, c'est-à-dire sur une approche qui vise à prévenir les problèmes de santé avant qu'ils ne se produisent et à promouvoir le maintien de la santé et du bien-être auprès de l'ensemble des aînés.

Ce guide d'aide à l'action est le fruit d'un partenariat entre l'université de Montréal, l'université de Sherbrooke, le centre de santé et de services sociaux Cavendish au Québec et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé en France. Il s'inscrit dans le cadre de l'appel à projets 2009-2010 de la 62^e session de la Commission permanente de coopération franco-québécoise, coordonnée par le ministère des Relations internationales (MRI), le Consulat général de France à Québec et le ministère des Affaires étrangères et européennes. Cette commission est chargée d'élaborer et de mettre en œuvre une programmation biennale d'activités de coopération, en fonction des priorités définies par les gouvernements français et québécois. Pour cette 62^e session, ceux-ci avaient notamment retenu comme priorité, sous la thématique « santé », des actions visant à lutter contre la maladie d'Alzheimer. En effet, même si la France et le Québec diffèrent en termes géographiques et socio-démographiques, et même si leurs politiques sociales et sanitaires s'inscrivent dans des contextes organisationnels, professionnels et culturels différents, les défis à relever face au vieillissement de la population sont similaires de part et d'autre de l'Atlantique et les solutions envisagées présentent bon nombre de points communs [3, 4].

Le projet de coopération à l'origine de ce guide s'intitulait « Déterminants socio-environnementaux de la santé des aînés. Données probantes et pratiques prometteuses en matière de promotion de la vitalité cognitive, de la participation sociale, de l'activité physique et des saines habitudes alimentaires : un levier pour prévenir les maladies chroniques ». Il poursuivait deux grands objectifs. Il s'agissait dans un premier temps de recenser et de faire le point sur les écrits scientifiques disponibles et sur les recherches françaises et québécoises en cours concernant les déterminants socio-environnementaux de la santé des aînés ; des recensions d'écrits ont été réalisées et des échanges entre équipes de recherche ont été organisés dans ce premier volet. Il s'agissait ensuite de repérer et d'analyser les « pratiques

prometteuses » en matière d'action sur les déterminants socio-environnementaux de la santé des aînés ; étaient considérés comme « pratiques prometteuses » des systèmes de connaissances, instruments de mesure ou d'évaluation, actions ou interventions présentant un caractère innovant ou inédit et ayant démontré une certaine efficacité ; cette phase a notamment inclus l'identification d'outils d'analyse des actions prometteuses.

Entre 2009 et 2011, les porteurs de projet français et québécois ont donc exploré, confronté et mutualisé leurs approches de la prévention et de la promotion de la santé des aînés avec le soutien de leurs partenaires respectifs, lors de temps d'échanges avec des professionnels, des acteurs de la promotion de la santé et des chercheurs, tant en France qu'au Québec. Ils ont ainsi pu identifier une préoccupation commune pour les dimensions sociales et environnementales de la santé, ainsi que des bénéfiques certains à disposer d'une réflexion conjointe sur l'approche de promotion de santé en direction des aînés. Ce guide d'aide à l'action est le fruit de ce partenariat et de ces rencontres. Son objectif est de contribuer à faire mieux connaître l'approche de promotion de la santé et de susciter son utilisation avec les populations d'aînés. Pour ce faire, nous présentons, illustrons et offrons des recommandations quant à l'adoption et l'implantation d'une façon prometteuse d'intervenir, pleinement cohérente soit avec une approche populationnelle, soit avec l'approche écologique **[encadré 1]**.

Ce guide d'aide à l'action est structuré en six chapitres. Le premier dresse un *portrait socio-démographique et sanitaire* des populations d'aînés en France et au Québec ; après avoir étayé les statistiques sur le vieillissement des populations, il décrit et explique les problématiques de santé les plus prévalentes et représentant le fardeau le plus important pour les sociétés. Le deuxième fait un tour d'horizon des origines et de l'évolution de l'*approche écologique* au cours des trois dernières décennies. Suite à une description des prémisses de l'approche écologique, le modèle de Richard, Potvin, Kishchuk, Prlic et Green, utilisé à des fins de recherche, est présenté de façon conviviale pour faciliter la sensibilisation et la formation des planificateurs, décideurs et intervenants. Il permettra également à ces derniers de mieux décrire et saisir la portée de leurs interventions. Fort de ces entrées en matière qui mettent en relief les écrits scientifiques et les tenants et aboutissants de l'approche écologique, le troisième chapitre offre une *description d'un éventail d'interventions*

ENCADRÉ 1

Sur quelques choix de terminologie

L'utilisation de certains concepts peut être différente en France et au Québec. Afin de simplifier la lecture, les auteurs ont donc dû procéder à des choix qui valent pour l'ensemble du document.

Ainsi le terme « aîné » sera-t-il utilisé ici pour qualifier le sous-groupe de la population générale désignée ailleurs comme « personnes âgées », « retraités », « seniors », etc. Le premier chapitre revient sur le sens et les usages de ces différents intitulés.

Le modèle écologique présenté dans ce guide ayant été élaboré par des chercheurs québécois, nous avons décidé de conserver les termes et le vocabulaire initiaux qui seront abondamment illustrés. Ces illustrations permettront, nous l'espérons, d'éviter les confusions et de nuancer les images associées à certains concepts qui peuvent être très différentes d'un pays à l'autre, par exemple ceux de « communauté »

ou d'« individu-client ». Le terme même d'« écologie » peut provoquer une certaine confusion chez le lectorat français, plus habitué à l'utilisation de cet adjectif en référence à des mouvements associatifs ou politiques engagés dans la protection de l'environnement biophysique. Dans le contexte de notre guide, il s'appuie davantage sur l'acceptation scientifique de l'écologie, définie par le Larousse comme « la science des relations entre des êtres vivants et leur environnement, ainsi que les autres êtres vivants ». L'adjectif « socio-environnemental » peut ainsi être utilisé comme synonyme.

Enfin, ce guide utilise un vocabulaire emprunté à la santé publique et à la promotion de la santé. Pour des précisions sur ces notions, nous renvoyons le lecteur vers les glossaires existants, dont certains ont été élaborés dans une perspective internationale [5, 6].

qui, considérées ensemble, peuvent être qualifiées d'écologiques. En s'appuyant sur les concepts fondamentaux préalablement décrits, le quatrième chapitre explique comment, en France et au Québec, il a été possible de surmonter la complexité inhérente à une approche visant d'abord et avant tout une *transformation* des milieux de vie et des environnements et la mise en œuvre d'une démarche dont la vocation est de *prévenir* l'émergence de problèmes de santé des aînés, ou de contribuer au maintien de l'autonomie des personnes vieillissantes. Destiné aux professionnels désireux de mettre en œuvre des interventions dites écologiques, le cinquième chapitre illustre comment un programme qui, à l'origine, avait pour objectif de favoriser des retombées de santé positives au niveau *individuel*, peut être transformé pour en faire une inter-

vention à visée *écologique*. Plus particulièrement, le programme PIED (Programme intégré d'équilibre dynamique), qui vise la prévention des chutes chez les aînés, est décrit de façon détaillée, et une série d'actions permettant de maximiser ses cibles d'intervention, est proposée. Dans le sixième chapitre, l'outil suisse de catégorisation des résultats (OCR) complète le modèle écologique en offrant des *balises concrètes* pour la planification et l'évaluation de programmes écologiques ; l'exemple du programme PIED est ainsi repris pour illustrer la manière dont l'outil de catégorisation des résultats peut aider à identifier l'effet des activités sur les déterminants de santé et les facteurs qui leur sont associés. Cette démonstration vise à fournir au lecteur les outils lui permettant de faire l'analyse d'interventions qui sont sous sa gouverne, et à explorer les possibilités qui pourraient être mises en œuvre pour atteindre et influencer positivement une plus grande proportion de la population. Par ailleurs, il est utile de noter que la démarche suggérée dans ce guide cible autant les aînés en bonne santé que ceux 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 aînés.

Reconnaissant que ce guide ne saurait faire du lecteur un expert de l'approche écologique, nous souhaitons toutefois que sa lecture permette que les approches populationnelle et écologique soient mieux comprises et appréciées. Comme tout travail de santé publique, l'expertise se cultivera à la mesure des partenariats et de la collaboration qui sont les ingrédients *sine qua non* de la mise en œuvre de l'approche écologique, ce qui aura des répercussions favorables pour la santé de nos populations vieillissantes.

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été consultés le 04/06/2012.

- [1] Henrard J. C., Ankri J. *Vieillesse, grand âge et santé publique*. Rennes : ENSP, 2003 : 277 p.
- [2] Jeandel C., Bonnel M. dir. *Livre blanc de la gériatrie française*. Paris : ESV Productions, 2004 : 434 p.
- [3] Caris P., Gottely P. coord. Bilan des réformes des systèmes de santé [dossier]. *Santé, société et solidarité*, 2008, n° 2 : p. 3-169.
En ligne : http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/issue/oss_1634-8176_2008_num_7_2
- [4] Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité (OFQSS). Vieillesse et santé : idées reçues, idées nouvelles. Premier forum franco-québécois de la santé organisé par l'Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité, Québec, 25-26/09/2005. *Santé, société et solidarité*, 2006, n° 1 : 167 p.
En ligne : http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/issue/oss_1634-8176_2006_num_5_1
- [5] Rusch E., Deccache A., Kaba-Schoenstein L., Rodgers J. coord. *Glossaire multilingue : 400 concepts de santé publique et de promotion de la santé*. Rennes : ENSP-BDSP, 2003.
En ligne : <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>
- [6] Van Driel M., Chevalier P. *Minerva : glossaire des termes utilisés en Evidence-Based Medicine*. Gent : Minerva, 2004 : 108 p.

Vieillesse, vieillissement et santé

STÉPHANIE PIN
MARIE-CLAUDE TREMBLAY
HÉLÈNE PAYETTE
JULIE BODARD

À la fin de ce chapitre, le lecteur sera en mesure de :

- comprendre les facteurs d'hétérogénéité de la population âgée ;
- décrire les déterminants de la santé des aînés ;
- comprendre l'importance des déterminants sociaux et environnementaux.

Ce premier chapitre permet de poser les déterminants environnementaux et individuels d'un vieillissement en santé. L'objectif est ici de décrire les situations de vie et l'état de santé des aînés en France et au Québec, en soulignant les similarités et les différences en termes d'épidémiologie et de poids des déterminants de santé entre les deux pays, et en insistant sur la diversité et l'hétérogénéité de la population âgée¹ [encadré 1].

LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION EN FRANCE ET AU QUÉBEC

Le vieillissement de la population est un phénomène qui revêt une importance grandissante au niveau mondial. Cette situation prend racine dans la diminution de l'effectif des générations en raison d'un taux de fécondité en baisse, l'amélioration de l'espérance de vie due aux progrès sanitaires et à l'élévation du niveau de vie, ainsi que la variation des mouvements migratoires telle que la stagnation de l'immigration [1]. Il s'agit ainsi d'une situation totalement inédite dans l'histoire de l'humanité, où la possibilité est offerte à des proportions importantes d'hommes et de femmes de vivre plusieurs années de manière autonome, entourés le plus souvent de leurs enfants, petits-enfants, voire arrière-petits-enfants.

1. Ce chapitre n'a pas pour ambition de proposer une analyse comparée de l'état de santé des aînés en France et au Québec. Les références fournies en fin de chapitre permettront au lecteur intéressé d'approfondir les pistes de réflexion fournies dans cette première partie.

ENCADRÉ 1

Les politiques relatives au vieillissement en France et au Québec

Les politiques sociales concernant le vieillissement en France et au Québec présentent de nombreuses divergences qui sont bien synthétisées dans les travaux de l'Observatoire franco-québécois de la santé et des solidarités² vers lesquels nous renvoyons les lecteurs intéressés.

De façon très générale, le Québec se caractérise par l'intégration, depuis plusieurs années, d'une démarche de promotion de la santé qui envisage le vieillissement dans sa globalité et propose d'intervenir sur une vaste palette de déterminants, alors que la France est encore dominée par une approche plus gériatrique de la santé des aînés, distinguant volontiers la sénescence, parfois encore appelée « vieillissement normal », d'un vieillissement marqué par l'apparition de pathologies, d'incapacités et de perte d'autonomie. La description du Plan national Bien vieillir dans le quatrième chapitre montre toutefois l'évolution de cette

perception vers une vision plus positive et plus globale de la vieillesse et du vieillissement.

Notons qu'en France comme au Québec, le vieillissement de la population présente des défis similaires liés à une proportion croissante de personnes âgées. Ainsi, en 2010, en France métropolitaine, les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 16,8 % de la population française [2]. Suivant les projections de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), la part de la population française âgée de plus de 65 ans atteindra 29,2 % en 2050 [3]. La situation est semblable au Québec, bien que le vieillissement de la population s'y soit opéré de façon à la fois plus accélérée et récente que sur le continent européen. Selon certaines projections, le poids démographique des aînés (65 ans et plus) au Québec doublerait d'ici 50 ans, passant de 14 % en 2006 à 28 % en 2056 [1].

2. En ligne : <http://www.irdes.fr/Ofqss/index.html> [dernière consultation le 04/06/2012].

Personne âgée, senior, aîné : que recouvrent ces termes ?

Les concepts de « personne âgée », de « senior » ou d'« aîné » renvoient à des construits sociaux générés par certaines représentations du développement humain et déterminés à travers les relations sociales [4]. Dans les cultures occidentales, plusieurs critères démographiques et socio-économiques sont utilisés pour délimiter la période correspondant à la « vieillesse » [5, 6, 7]. Les définitions administratives sont prégnantes : l'âge d'éligibilité à certains droits sociaux (pensions de retraite notamment) est souvent repris comme marqueur d'entrée dans une nouvelle étape de vie. Or, dans la mesure où cette période peut s'étendre sur plusieurs décennies, ce critère traduit mal l'hétérogénéité des conditions de vie des personnes concernées et a ainsi été fortement critiqué par les experts en gérontologie, les praticiens et les chercheurs [5, 6, 7].

D'autres distinctions s'appuient sur l'état de santé fonctionnel, sur l'âge biologique ou sur une collusion de ces deux critères. En France, par exemple, le terme « troisième âge » a ainsi connu une large diffusion au cours des années 1970 au moment du développement d'associations et de clubs dédiés aux personnes retraitées [5, 7]. Ce « troisième âge » caractérisait alors une période de temps libéré et actif, en opposition à une image déficitaire de la vieillesse caractérisée par la perte d'autonomie, l'institutionnalisation et l'approche de la mort (« quatrième âge »). Si cette terminologie – troisième et quatrième âge – est en perte de vitesse, la distinction de deux ou trois périodes ou situations spécifiques durant la vieillesse demeure encore vivace, tant dans les recherches que dans le langage courant. Les sociologues français ont ainsi pointé deux pôles imaginaires dans les représentations sociales de la vieillesse : d'un côté, le vieillard grabataire, en perte d'autonomie, marqué par les maladies chroniques, les troubles cognitifs, dépendant de son entourage ou d'aides professionnelles ; de l'autre, le « senior » actif et dynamique, jonglant entre bénévolat ou engagement citoyen, loisirs culturels et sportifs et solidarité intergénérationnelle. Leurs travaux placent l'émergence des « seniors » dans les années 1990, parallèlement aux stratégies marketing de certaines entreprises qui cherchaient explicitement à atteindre une population âgée en augmentation. Ce terme fleurit désormais, y compris chez des acteurs publics ou chez des chercheurs, pour caractériser des personnes proches de la retraite ou plus âgées, mais encore actives [5, 7].

Quant aux « aînés », terme qui a été retenu pour notre guide, il est défini par le dictionnaire Larousse comme « une personne plus âgée qu'une autre », insistant sur la comparaison avec d'autres groupes de population. Son utilisation pour désigner la partie de la population la plus âgée est courante au Québec : de nombreux acteurs du secteur sanitaire ou social font explicitement référence aux aînés dans leurs programmes ou actions, à l'instar du portail gouvernemental de Services Québec ou de Santé Canada. En France, son usage est plus restreint et plutôt réservé aux professionnels ou à certaines associations, comme la Fédération des aînés ruraux par exemple ; son utilisation peut également renvoyer à une forme de paternalisme (« nos aînés »). Dans notre guide, le terme « aîné » sera utilisé pour qualifier le sous-groupe de la population générale désigné ailleurs comme « personnes âgées », « retraités », « seniors », etc.

LES MULTIPLES VISAGES DE LA VIEILLESSE ET DU VIEILLISSEMENT

Parler de façon indistincte des aînés ou de la vieillesse reflète mal l'hétérogénéité de cette tranche d'âge qui couvre à elle seule deux, voire trois générations. Il existe de multiples situations de vie lors de la vieillesse, les manières de vivre son vieillissement, comme chaque période de la vie, variant selon le statut social et économique, le genre, le lieu ou milieu

de vie, et les événements qui rythment le cours normal de l'existence ou le malmènent parfois [6]. En effet, chaque aîné a vécu un parcours singulier qui a nourri sa situation actuelle. Les trajectoires de vie ont été modelées par les conditions socio-économiques de départ, par la carrière professionnelle, l'état de santé, ainsi que les dynamiques familiale et amicale. Les politiques publiques et l'environnement culturel peuvent également fournir des occasions d'améliorer la situation initiale ou réduire les effets indésirables d'événements de vie (guerre, divorce, chômage, maladie, deuil, etc.) ; elles peuvent au contraire les amplifier et rendre difficile l'ajustement à des accidents de parcours [6]. Un bref passage par les données statistiques disponibles permet de mieux cerner la diversité de cette étape de vie.

En France comme au Québec, les aînés vivent majoritairement à leur domicile. Près des trois quarts des Français âgés de 65-74 ans sont propriétaires de leur logement, une maison individuelle dans plus de la moitié des cas [7]. C'est le cas de plus de six personnes sur dix parmi les 65-74 ans au Québec, cette proportion diminuant à 50,6 % pour les aînés de plus de 75 ans [8]. La quasi-totalité des aînés français et près de neuf aînés québécois sur dix vivent à leur domicile conventionnel [8, 9]. La minorité d'entre eux qui ne sont pas dans cette situation sont hébergés en maison de retraite, en unité de soins de longue durée dans un établissement hospitalier ou un autre type de résidence d'accueil [8, 9]. La proportion des personnes hébergées en institution augmente avec l'âge : en France, entre 60 et 64 ans, moins de 1 % y résident contre 44 % des personnes de 95 ans et plus [9]. Plus fréquente avec l'avancée en âge, l'entrée en institution est principalement influencée par trois facteurs : l'incapacité fonctionnelle, l'absence de conjoint ou d'enfant et le faible niveau de revenus [10].

Les disparités régionales sont importantes en France comme au Québec [11, 12] ; le vieillissement n'est pas similaire dans toutes les régions et des conditions de vie différentes peuvent influencer l'état de santé et le bien-être des aînés. En milieu rural, l'éloignement des services et des commerces, couplé à des moyens de transport rares ou déficients, peut ainsi créer des disparités importantes quant à l'accès et à l'utilisation des services et des ressources [12].

Niveaux de vie et inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales de santé apparaissent dès la naissance et même en amont de celle-ci. Elles s'accumulent tout au long de l'existence et conduisent à des écarts de mortalité selon les milieux sociaux [13]. Elles ne disparaissent pas avec le vieillissement : après 60 ans, les ouvriers et ouvrières déclarent ainsi deux fois plus d'incapacités et de difficultés que les cadres à rester autonomes dans les activités de la vie quotidienne [13]. De façon générale, ceux qui sont les plus favorisés, c'est-à-dire les plus instruits, ayant de meilleures conditions de travail ou des revenus plus élevés, déclarent moins de

problèmes de santé ou des problèmes de moindre gravité que les autres [13]. En France, en 2007, même si le taux de pauvreté des retraités est inférieur à celui des personnes encore en activité, 10,2 % des personnes âgées avaient un niveau de vie inférieur à 934 euros par mois et se trouvaient ainsi sous le seuil de pauvreté, situé à 60 % du revenu médian [7], contre 13,4 % de l'ensemble de la population. Au Québec, en 2003, 17,6 % des hommes de 65 ans et plus, et 29,6 % des femmes de la même tranche d'âge ne percevaient aucun revenu que ce soit d'emploi, de retraite ou de placement [14], ce qui les plaçait dans une situation financière forcément précaire.

Dans les deux pays, certains groupes cumulent les vulnérabilités durant leur vieillesse : les femmes sont ainsi particulièrement concernées à la fois par de faibles ressources financières, ainsi que par un risque accru d'incapacité et d'isolement [15]. Les migrants et les individus faiblement scolarisés, les personnes présentant des déficiences sensorielles, physiques, psychiques ou cognitives sont également plus susceptibles de connaître un cumul de désavantages sociaux et économiques [8]. Or, les inégalités sociales peuvent négativement influencer l'état de santé. Des difficultés dans l'accès aux soins (notamment bucco-dentaires), un environnement professionnel, géographique ou domiciliaire néfaste ou malsain, un accès limité à une alimentation variée et saine et à des ressources pour favoriser la pratique d'activité physique peuvent se cumuler et influencer négativement les trajectoires de santé des personnes [16].

Activités et soutien sociaux

En Europe, plus de quatre personnes sur dix parmi les 50 ans et plus déclarent participer à des activités sociales : bénévolat, formation, engagement citoyen, religieux ou politique [17]. Précédemment, une enquête de l'Insee [18] a mis en évidence une surreprésentation des plus de 60 ans en matière de participation associative, le passage à la retraite jouant un rôle incitatif avéré : en 2002, la moitié des personnes âgées de 60 ans et plus adhéraient à une association, contre quatre personnes sur dix avant 60 ans. Chez les plus de 75 ans, le taux fléchit mais reste supérieur à celui des moins de 60 ans. Les aînés participent majoritairement à des activités culturelles ou de loisir, la participation à des activités sociales ou caritatives représentant 15 % des adhésions [18]. Dans un rapport sur le don, le bénévolat et la participation, Statistique Canada révèle qu'en 2006, 42 % des 55-64 ans et 32 % des 65 ans ou plus étaient engagés dans du bénévolat, des proportions en nette croissance par rapport à 2000 et 1998. Si les 65 ans ou plus sont moins nombreux que les 18-64 ans à faire du bénévolat, ils y consacrent en revanche davantage de temps, soit une moyenne de 245 heures annuellement [19].

La famille et le réseau amical restent une source importante d'intégration sociale en Europe comme au Québec. Les enquêtes européennes pointent toutefois des différences importantes entre l'Europe du Sud et celle du

Nord. Le premier ensemble de pays serait caractérisé par une présence plus marquée de « familles fortes », définies par une grande prévalence de corésidence familiale, des relations fréquentes et soutenues entre parents et enfants, ainsi qu'une forte solidarité intergénérationnelle. Les pays d'Europe du Nord comporteraient par contre une plus grande proportion de « familles faibles », sous-tendues par des contacts moins fréquents, une corésidence entre parents et enfants plus rare et une distance géographique plus importante [20]. Enfin, à partir de la retraite, si le temps libre dégagé est mis à profit pour nouer ou resserrer des liens avec la descendance et les amis, la montée du poids des limitations fonctionnelles et de la dépendance entraîne un resserrement du réseau et des relations sociales. Les contacts se concentrent alors sur un nombre de plus en plus limité d'interlocuteurs, principalement des membres de la famille ou les amis avec lesquels le degré d'intimité est le plus important [7].

Des différences selon les générations

L'allongement de l'espérance de vie a transformé le paysage démographique de la famille durant la retraite, les familles à quatre générations s'étant multipliées au cours des dernières décennies. Ainsi, en France, dans la génération 1920, moins de 17 % des femmes appartenaient à une famille à quatre générations à l'âge de 60 ans ; pour celles de la génération 1930, ce taux atteignait 26 %, et celui de la génération 1950 avoisinerait 38 % [21]. L'évolution rapide des modes de vie, des technologies ou des organisations familiales et professionnelles, n'est toutefois pas perçue de la même manière par les différentes générations d'aînés.

Celle des 50-60 ans se trouve, par exemple, en première ligne quand des événements douloureux (chômage, deuil, divorce, etc.), des problèmes de santé ou des incapacités frappent leurs enfants ou leurs parents. Les femmes peuvent se trouver particulièrement vulnérabilisées, tant socialement qu'économiquement, quand survient un divorce, un veuvage ou une interruption de carrière. En Europe, plus de 11 % des personnes se trouvent très isolées après 80 ans [21]. Au Québec, la tendance veut que les générations plus jeunes vivent de plus en plus seules à cet âge ; les femmes sont plus souvent seules que les hommes et la cohabitation solidaire intergénérationnelle (Cosi) se raréfie. Pourtant, près de 80 % des plus de 75 ans ont des enfants survivants, ce qui contribue à l'environnement social des aînés [8].

LA SANTÉ DES AÎNÉS

Le vieillissement physiologique, ou sénescence, et ses effets sur l'organisme sont intrinsèques à la vie et par conséquent inévitables [22]. Il opère de façon progressive, accompagné ou non de maladie. Basé sur l'évaluation de la capacité physiologique ou de la réserve énergétique des personnes, il débiterait très tôt à l'âge adulte et aurait par la suite des conséquences plus

ou moins marquées selon les personnes [22]. Le maintien de l'amplitude maximale de cette capacité fonctionnelle dépend de multiples paramètres, dont le bagage génétique et biologique des individus, leurs 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 [23].

Les pathologies les plus fréquentes durant la vieillesse

Il est établi aujourd'hui que les maladies chroniques (arthrose, diabète, maladies cardio-vasculaires, maladies cardio-respiratoires, etc.), les déficiences sensorielles (troubles de la vue et de l'audition) et les problèmes cognitifs augmentent avec l'âge. En outre, la comorbidité s'accroît avec l'avancée en âge.

En France, les pathologies les plus fréquentes chez les plus de 65 ans sont les troubles de la vue (84 % des personnes déclarent en souffrir), principalement la cataracte. Viennent ensuite les affections cardio-vasculaires (71 %) dont l'hypertension artérielle, les affections ostéo-articulaires (60 %) et les troubles endocriniens et du métabolisme (59 %) [3]. Le cancer est l'une des principales causes de mortalité chez les plus de 65 ans et son incidence augmente avec l'âge. En 2008, 30 % des nouveaux cas de cancer concernaient des plus de 75 ans ; plus de 45 % des décès par cancer touchent les hommes de plus de 75 ans et 55 % des femmes du même âge. Pour plusieurs cancers, notamment ceux touchant le système digestif, la part des aînés est encore plus importante [24, 25]. La douleur constitue un symptôme fréquent encore souvent sous-estimé et fortement lié à la polypathologie, qui a pour conséquence une augmentation du recours aux soins et à la consommation médicamenteuse. Les données relatives à la santé mentale des aînés sont partielles et les problématiques sont par ailleurs souvent sous-estimées [3]. On estime toutefois que les états dépressifs concernent entre 5,1 % et 10,6 % des personnes âgées de plus de 65 ans [3]. En outre, plus d'un aîné sur cinq consomment de façon chronique des hypnotiques ou des anxiolytiques, pointant l'importance des troubles du sommeil dans ce groupe d'âge [26]. Enfin, près de 3 000 aînés français se suicident chaque année, un tiers des suicides en France concernant des personnes de plus de 65 ans [27].

La situation n'est guère différente au Québec et au Canada. Ainsi, en 2006, 45 % des personnes âgées de 75 ans et plus étaient atteints d'incapacités liées à la motricité, à la communication ou à un désordre psychique [28]. Au Canada, 42 % des nouveaux cas de cancer et 59 % des décès liés à cette pathologie touchent des personnes de 70 ans et plus. En 2009, 48 % des Canadiens âgés de 65 ans et plus déclaraient être limités dans leurs activités à cause d'un état physique, un état mental ou un problème de santé qui dure ou qui est susceptible de durer six mois ou plus [29]. L'hypertension et l'arthrite sont les troubles les plus répandus : en 2007, ils concernaient respectivement 50 % et 36 % des personnes de plus de 65 ans. Ces pathologies peuvent

hypothéquer lourdement la vie des personnes âgées, bien qu'elles ne soient pas nécessairement liées à la mortalité [30]. À partir de 65 ans, les maladies cardiaques touchent environ une personne sur cinq [30]. Dans l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2008-2009 [29], 89 % des personnes de 65 à 74 ans déclaraient être atteintes d'au moins un problème de santé chronique ; cette proportion passait à 93 % pour les 75 à 84 ans, et à 94,1 % pour les 85 ans et plus. Par ailleurs, même si la mortalité liée aux troubles de l'appareil circulatoire a grandement diminué chez les deux sexes depuis 1971, elle reste toujours la cause la plus fréquente de décès au Québec en 2004, avec une incidence marquée pour les groupes d'âges de 65 ans et plus (soit 37 % des décès attribuables) [1]. Pour ce groupe, les tumeurs constituent la deuxième principale cause de mortalité (28 % des décès en 2004), suivie par les troubles de l'appareil respiratoire (12 %), en particulier les maladies pulmonaires obstructives chroniques (7 %).

Autonomie, fragilité et dépendance

Le vieillissement de la population se pose comme un enjeu majeur pour le système de santé, en France comme au Québec. En effet, si une plus grande longévité est généralement considérée comme un but à atteindre et un gage de progrès social, elle s'accompagne toutefois d'une prévalence et d'une incidence accrues de maladies chroniques, ainsi que de déficiences sensorielles et cognitives qui peuvent ultimement résulter en une perte d'autonomie pour les aînés [22, 23, 31].

Selon l'enquête Handicap Santé ménage publiée en 2010 [32], la perte d'autonomie fonctionnelle chez les personnes âgées de 60 à 79 ans concernait, en France, 3 % des personnes. Près de six personnes sur dix âgées de 80 ans ou plus sont relativement autonomes, malgré quelques difficultés d'audition et de motricité générale. Plus d'un quart des aînés, et plus souvent les femmes que les hommes, souffrent d'une perte modérée d'autonomie. Les personnes présentant une incapacité sévère représentent 11 % des personnes âgées de 80 ans ou plus, soit 277 000 personnes. Selon certaines projections [3], le nombre de personnes âgées dépendantes devrait atteindre le million en 2020, et 1 220 000 en 2040. Du côté du Québec, on recensait environ 230 000 personnes âgées en perte d'autonomie en 2010 [33]. L'incapacité concerne environ un tiers des personnes de plus de 65 ans, et près de quatre personnes sur cinq au-delà de 75 ans [28]. Les femmes présentent des taux d'incapacité plus élevés et des incapacités plus sévères que les hommes, tant en France qu'au Québec, et la perte d'autonomie augmente en fréquence avec l'âge [encadré 2].

ENCADRÉ 2

La fragilité, une notion difficile à cerner

Le concept de fragilité est récent et a fait l'objet d'usages divers dans la littérature en gériatrie et gérontologie [34]. Il n'existe pas à ce jour de définition consensuelle de la fragilité. Elle n'apparaît pas comme une entité clinique mais comme une « constellation de conditions multiples ». La fragilité implique en effet plusieurs dimensions de la santé ; elle ne concerne pas uniquement la dimension physiologique, mais réfère également au potentiel énergétique, aux capacités sensorielles, cognitives et motrices. La fragilité est un état qui se définit 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 » [22]. Selon les données de l'enquête européenne SHARE, 15 % des Français âgés de 65 ans et plus pouvaient être considérés comme « fragiles » [35]. Au Québec, une étude montréalaise révèle que près de 7,4 % d'une cohorte d'aînés vivant à domicile peuvent être considérés comme fragiles, alors que 49,7 % seraient dans une situation de « pré-fragilité » [36]. Toutefois, ces données ne sont pas représentatives des personnes âgées en général. Les données de prévalence populationnelle concernant la « fragilité » ne sont pas encore disponibles au Québec. Plusieurs études longitudinales en cours fourniront prochainement des informations pertinentes pour mieux cerner le concept de « fragilité » et sa distribution dans diverses populations québécoises.

La santé perçue par les aînés

S'il est acquis que l'état de santé des personnes doit être observé à la fois sous l'angle de la santé physique et sous celui de la santé psychologique et sociale³ [37], le recours à des indicateurs de qualité de vie ou de santé subjective est en revanche plus récent. Cette approche place le curseur du point de vue de l'individu et apporte des outils pour mieux évaluer la perception du vieillissement et de la santé par les aînés.

Les données existantes sur la qualité de vie, qui nécessite l'exploration de la perception des personnes sur plusieurs dimensions de leur vie (physique, sociale, mentale ou environnementale), font état de scores globaux moins élevés chez les aînés que chez les plus jeunes. Ce résultat général cache cependant une réalité plus contrastée si l'on examine l'évaluation des différentes dimensions : les scores de santé physique diminuent

3. « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité », préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé (New York, 19-22 juin 1946) signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États et entré en vigueur le 7 avril 1948 [37, p. 100].

graduellement avec l'âge, trahissant certainement le déclin ressenti des capacités physiques ou la survenue de maladies ou de douleurs. Par contre, si le score de santé sociale atteint son niveau le plus élevé chez les adolescents, il est proche dans les autres groupes d'âge et ne s'infléchit plus à partir de 50 ans ; le score de santé mentale tend même à augmenter au-delà de 65 ans, tant chez les hommes que chez les femmes [38].

Les évaluations subjectives, où l'on interroge directement les aînés sur leur perception actuelle de leur santé, apportent également des résultats qui viennent nuancer la vision de la personne vieillissante en termes d'augmentation des incapacités, de présence de maladies chroniques et d'autres troubles. Les personnes âgées se considèrent majoritairement en bonne santé et la proportion des individus qui font ce constat ne diminue pas au fil des années, demeurant même stable [38]. Une étude comparative entre la France et le Québec révèle que seulement 26 % des Français et 20 % des Québécois de 55 ans et plus vivant à domicile se considèrent en mauvaise santé. Les différences culturelles et les caractéristiques de l'échantillon expliquent partiellement cet écart : au Québec, au-delà de 70 ans, la proportion de personnes âgées vivant en institution est plus élevée qu'en France, ce qui conduit à sous-représenter les personnes vivant à domicile et se considérant en mauvaise santé [39].

LES DÉTERMINANTS D'UN VIEILLISSEMENT EN SANTÉ

Plusieurs modèles sont disponibles pour étudier la santé de la personne âgée. Lise Cardinal et collaborateurs [22] fournissent une présentation analytique des modèles les plus couramment utilisés par les chercheurs ou les promoteurs de programmes de promotion de la santé. Ces auteurs distinguent deux grandes approches : l'approche analysant le vieillissement comme un *processus* et mettant l'accent sur l'action *dynamique* des déterminants de la santé des personnes à différents moments de leur parcours (1), et l'approche considérant les négociations entre les caractéristiques *individuelles* et les caractéristiques *environnementales* (2). Ces deux approches sont présentées brièvement ci-dessous au travers de quelques modèles qui étayent le plus souvent les travaux de recherche ou les programmes de prévention et de promotion de la santé des aînés.

Les chemins du vieillissement : fragilisation ou épanouissement

De nombreuses études longitudinales, réalisées auprès de personnes âgées ou très âgées, ont révélé que le vieillissement n'est pas un processus linéaire et simple. De multiples trajectoires sont possibles [6]. Si la vieil-

lesse demeure en effet marquée par une prévalence plus élevée de maladies chroniques que dans d'autres groupes d'âge, et par une augmentation de la fréquence d'incapacités ou de situations de dépendance, ces phénomènes ne concernent pas l'ensemble des personnes âgées. De plus, les possibilités de récupération des capacités fonctionnelles sont possibles, y compris à des âges avancés [6].

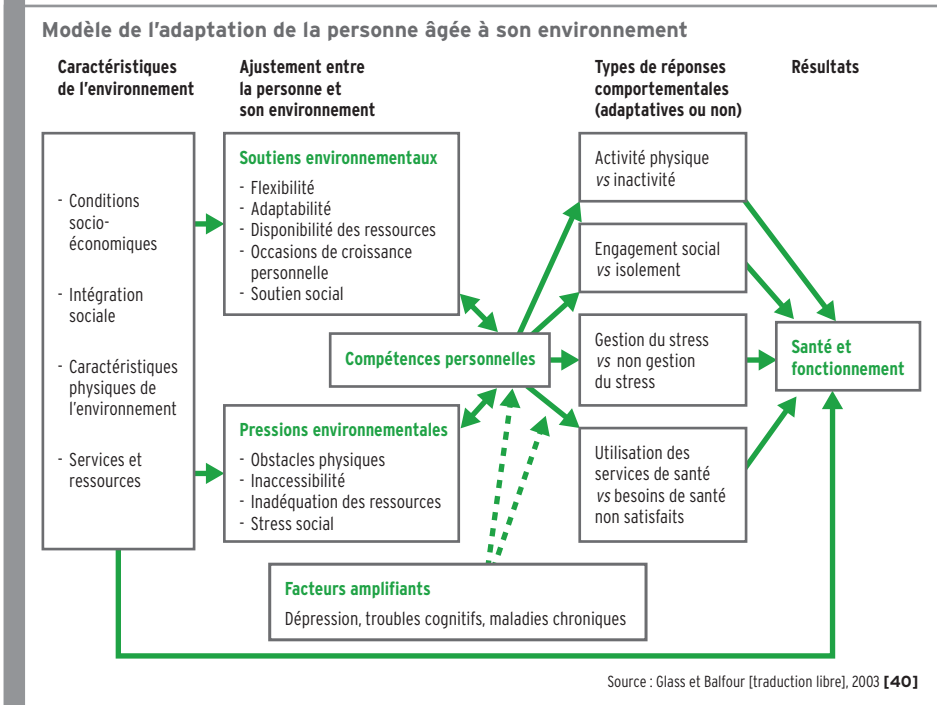
Certains chercheurs ont pu établir des typologies de trajectoires de vieillissement ; ils différencient les trajectoires se déroulant sans incapacité ou perte d'autonomie, souvent résumées sous la notion de « vieillissement normal » ou de « vieillissement réussi » (*successful aging*), des trajectoires marquées par la survenue d'incapacités, ou « vieillissement pathologique » [6]. L'identification de chemins possibles permet également une exploration des facteurs de risque et de protection et une réflexion autour de politiques de santé publique, à l'instar du Plan national Bien vieillir, en France, qui s'inspire explicitement d'une telle approche.

Le vieillissement comme adaptation à l'environnement

La perspective du vieillissement comme adaptation à l'environnement s'appuie sur l'idée que cette période du développement de l'adulte est profondément influencée par son environnement physique et social. Ainsi, les pertes subies par les personnes âgées en termes par exemple d'acuité visuelle, de mobilité ou de cognition, les rendent particulièrement vulnérables aux contraintes de l'environnement.

Inspirés par le modèle écologique du vieillissement de Lawton et Nahemow [22], Glass et Balfour [40] présentent un modèle mettant largement en avant une notion d'interaction entre la personne et son environnement [figure 1]. Ce modèle comprend cinq grandes composantes. Les auteurs conceptualisent ainsi d'abord l'environnement proximal des personnes âgées en quatre dimensions qui conditionnent et façonnent le degré d'adaptation à l'environnement : les conditions socio-économiques, le niveau d'intégration sociale, les caractéristiques physiques de l'environnement et la présence de ressources et services. Suivant ce modèle, l'environnement comporte différents facteurs porteurs de soutien (flexibilité, adaptabilité, disponibilité des ressources, occasions de croissance personnelle, soutien social) et de pressions (obstacles physiques, inaccessibilité, inadéquation des ressources, stress social) qui facilitent ou entravent le vieillissement en santé et sans incapacité [40]. En outre, un ensemble de facteurs amplifiants (facteurs génétiques, dépression, troubles cognitifs, maladies chroniques) peuvent exacerber le processus causal en venant modifier l'ajustement entre la personne et l'environnement, ainsi qu'en influençant les réponses comportementales adoptées.

FIGURE 1



Les déterminants sociaux et environnementaux

Quel que soit le modèle envisagé et les indicateurs retenus (bien-être, autonomie, fragilité), la santé des aînés résulte d'une constellation de déterminants tant individuels que sociaux et environnementaux. Le rôle et l'impact des facteurs individuels sont désormais bien documentés, qu'il s'agisse de facteurs intrinsèques, liés à la personne et à son histoire comme le sexe, l'âge, son état de santé passé et actuel, ou de facteurs modifiables, comme les comportements de santé (activité physique, tabagisme, consommation d'alcool, alimentation), les croyances ou les attitudes à l'égard de la santé et des risques. Cette connaissance a permis le développement de programmes de prévention visant la promotion de comportements favorables, le renforcement d'attitudes positives, la modification de certaines idées reçues ou l'incitation à poursuivre une vie active.

Toutefois, les déterminants individuels ne sont pas seuls à intervenir dans le processus du « vieillissement actif », pour reprendre la terminologie proposée par l'OMS [41], ou du « bien vieillir », en référence au plan national français. Comme durant tout le parcours de vie, les facteurs socio-économiques et environnementaux pèsent fortement sur les probabilités de développer des maladies chroniques, d'être frappé de maladies infectieuses,

de subir des limitations fonctionnelles ou de voir son autonomie restreinte. Le poids des facteurs socio-économiques, mis en évidence dès la petite enfance dans la survenue et l'accroissement des inégalités sociales de santé, peut sembler de moins grande ampleur durant la vieillesse ; les aînés constituent en effet, d'un certain point de vue, une population « épargnée » par les premiers décès qui touchent de façon significativement plus importante les catégories socio-professionnelles et socio-éducatives les plus démunies. Toutefois, tel que mentionné plus haut, des inégalités sociales subsistent et se traduisent par des écarts en termes d'état de santé : de façon générale, les personnes seules, les femmes, les veufs, les personnes immigrées sont particulièrement vulnérables et évaluent leur santé de façon plus défavorables que d'autres groupes d'aînés.

Enfin, s'appuyant sur les travaux précurseurs de Lawton en psychologie environnementale et s'enrichissant des méthodes de la géographie ou de l'urbanisme, les recherches récentes révèlent le rôle notable des déterminants environnementaux. La proximité, la convivialité, l'adéquation des services de proximité, qu'il s'agisse de services de santé mais aussi de commerces, de ressources sociales, de lieux de convivialité ou de moyens de transport, agissent directement sur le sentiment de bien-être des aînés et interviennent indirectement sur d'autres dimensions de la santé, en favorisant la mobilité et la participation sociale des aînés **[encadré 3]**.

ENCADRÉ 3

L'aménagement urbain, les ressources et services communautaires peuvent-ils être favorables à la santé des aînés ?

L'environnement – aménagement urbain, ressources et services communautaires – peut-il être favorable à la santé des aînés ? Voilà précisément la thématique examinée par les chercheurs de l'étude VoisiNuAge. VoisiNuAge porte avant tout sur l'effet des conditions de vie dans les quartiers sur la santé des aînés, plus particulièrement en regard de trois classes de comportements : la *participation sociale*, l'*activité physique* et la *nutrition*. Financée par les instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), VoisiNuAge est née de l'intégration de deux initiatives québécoises de recherche majeures : l'étude longitudinale québécoise sur la nutrition et le vieillissement réussi, impliquant le suivi d'une cohorte d'aînés

(NuAge) **[42]**, et le système d'information géographique (SIG) *Megaphone (Montreal Epidemiological and Geographical Analysis of Population Health Outcomes and Neighbourhood Effects)* **[43]**. Parmi les résultats obtenus, figurent ceux montrant que les participants résidant le plus près de ressources permettant la participation sociale (centres de loisirs, par exemple) sont aussi ceux qui affichent effectivement les plus hauts scores de participation sociale **[44]**. Par ailleurs, le fait de résider à proximité d'une variété de ressources et de services (épicerie, banque, etc.) est associé à une probabilité plus élevée d'épisodes de marche fréquents et ce, pendant les trois premières années du suivi de la cohorte de participants **[45]**.

À l'issue de ce chapitre, il apparaît donc hâtif de parler des aînés comme d'un groupe homogène tant les conditions de vie, les degrés de participation sociale, le rapport à la santé diffèrent au sein de cette population. Le rapide éclairage que nous avons apporté sur des déterminants majeurs et des indicateurs de santé permet également de nuancer les représentations de la vieillesse et du vieillissement. Les aînés ne vivent ni un âge d'or, ni un retrait définitif de la vie sociale. Une majorité d'entre eux s'estiment en bonne santé et ne connaissent pas de perte d'autonomie, ils participent à la vie sociale et familiale, bénéficient d'un bon niveau de vie. Certains apparaissent comme plus vulnérables à la perte d'autonomie, à l'isolement ou à une mortalité prématurée, en raison de leur genre, de leur niveau socio-économique, de leurs trajectoires professionnelles ou de santé antérieures, de la survenue d'événements marquants ou de problèmes de santé. Enfin, les personnes âgées d'aujourd'hui, qu'elles soient françaises ou québécoises, sont différentes de celles de demain. L'arrivée massive des baby-boomers, la situation économique actuelle, l'évolution des politiques publiques se traduiront par une modification des relations intergénérationnelles, notamment en ce qui concerne la vie active au travail, la famille et l'aide aux parents fragilisés, la participation et l'engagement social [7, 22].

L'élaboration d'actions et de programmes de promotion de la santé pour les aînés doit tenir compte de cette diversité de publics, de déterminants et de situations de vie. Les modèles écologiques, en envisageant la personne dans sa globalité et en proposant d'appréhender les multiples dimensions de la santé, sont particulièrement intéressants pour mettre en œuvre des programmes de prévention et de promotion de la santé en direction des aînés.

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été consultés le 04/06/2012.

- [1] Gauthier H., Jean S., Langis G., Nobert Y., Rochon M. *Vie des générations et personnes âgées : aujourd'hui et demain* (vol. 1). Québec : Institut de la statistique du Québec, 2004 : 304 p. En ligne : <http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/conditions/pdf/VieGenerationVoll.pdf>
- [2] Pla A., Beaumel C. Bilan démographique 2009 : deux pacs pour trois mariages. *Insee Première*, janvier 2010, n° 1276 : p. 1-4. En ligne : <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1276/ip1276.pdf>
- [3] Sermet C. Démographie et état de santé des personnes âgées. In : Jeandel C., Bonnel M. dir. *Livre blanc de la gériatrie française*. Paris : ESV production, 2004 : p. 25-32.
- [4] Heckhausen J., Lang F. R. Social Construction and Old Age: Normative Conceptions and Interpersonal Processes. In : Semin G. R., Fiedler K. éd. *Applied Social Psychology*. London : Sage Publications, 1996 : p. 374-398.
- [5] Caradec V. *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Paris : Armand Colin, coll. 128, 2008 : 128 p.
- [6] Lalive d'Épinay C., Spini D. *Les années fragiles. La vie au-delà de quatre-vingts ans*. Laval : Presses de l'université de Laval, 2007 : 378 p.

- [7] Gimbert V., Godot D. coord. Centre d'analyse stratégique. *Vivre ensemble plus longtemps : enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la population française*. Paris : la Documentation française, coll. Rapports et documents, n° 28, 2010 : 306 p.
En ligne : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport_telechargement/var/storage/rapports-publics/104000662/0000.pdf
- [8] Gauthier H., dir. *Vie des générations et personnes âgées : aujourd'hui et demain* (vol. 2). Québec : Institut de la statistique du Québec, 2007 : 403 p.
En ligne : <http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/conditions/pdf2007/VieGenerationVo2.pdf>
- [9] Dufour-Kippelen S., Mesrine A. Les personnes âgées en institution. *Revue française des affaires sociales*, 2003, n° 1-2 : p. 123-48.
En ligne : <http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2003-1-page-123.htm>
- [10] LaFerrère A. L'impact du vieillissement de la population sur les marchés immobiliers. *Recherches et Prévisions*, 2008, n° 94 : p. 4-19.
- [11] Zaninetti J.-M. Les disparités géographiques du vieillissement en France [dossier]. *Population et Avenir*, mars-avril 2003, n° 662.
- [12] Ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des aînés. *Initiative des collectivités rurales et éloignées amies des aînés : un guide*. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada, 2007 : 58 p.
En ligne : http://www.gov.mb.ca/shas/agefriendly/affrci_fr.pdf
- [13] Montaut A., Danet S., Les inégalités sociales de santé en France. Exploitation de l'enquête Handicap-Santé 2008, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2011, n° 08-09 : p. 75-78.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/content/download/4394/28826/version/6/file/beh_08_09_2011.pdf
- [14] Institut de la statistique du Québec. *Tableau synthèse des statistiques et indicateurs sociaux sur les personnes âgées (1980-2004)* [site internet]. 28 septembre 2005.
En ligne : http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/famls_mengs_niv_vie/menage_famille/men_fam_enf/synthese_pers_agee.htm
- [15] Danet S., Olier L. dir., Moisy M., coord. *La santé des femmes en France*. Paris : la Documentation Française, coll. Études et statistiques, 2009 : 285 p.
En ligne : http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/sante_femmes_2009.pdf
- [16] Potvin L., Moquet M.-J., Jones M. dir. *Réduire les inégalités sociales de santé*. Saint-Denis : Inpes, 2010 : 379 p.
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/cfesbases/catalogue/pdf/1333.pdf>
- [17] Sirven N., Debrand T. Social Participation and Healthy Ageing: an International Comparison Using SHARE Data. *Social Science & Medicine*, 2008, vol. 67, n° 12 : p. 2017-2026.
- [18] Febvre M., Muller L. La vie associative en 2002 : 12 millions de bénévoles. *Insee Première*, février 2004, n° 946 : p. 1-4.
En ligne : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip946.pdf
- [19] Raymond É., Gagné D., Sévigny A., Tourigny A. *La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé. Réflexion critique appuyée par une analyse documentaire*. Québec : Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec et Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'université de Laval, 2008 : 111 p.
En ligne : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/859_RapportParticipationSociale.pdf
- [20] Fontaine R., Gramain A., Wittwer J. Les configurations d'aide familiales mobilisées autour des personnes âgées dépendantes en Europe. *Économie et statistique*, 2007, vol. 43, n° 403-404 : p. 97-115.
En ligne : http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/estat_0336-1454_2007_num_403_1_7090
- [21] Gaymu J., Delbès C., Springer S., Binet A., Désesquelles A., Kalogirou S., et al. Determinants of the Living Arrangements of Older People in Europe. *European Journal of Population*, 2006, vol. 22, n° 3 : p. 241-262.
- [22] Lawton M. P., Nahenow L. Ecology and the ageing process. In : Eidorfer C., Lawton M. P., dir. *The Psychology of Adult Development and Aging*. Washington : American Psychological Association, 1973.

- [23] Organisation mondiale de la santé (OMS). *Vieillir en restant actif : cadre d'orientation*. Genève : OMS, 2002 : 60 p.
En ligne : http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8_fre.pdf
- [24] Comité directeur de la Société canadienne du cancer. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2011*. Toronto : Société canadienne du cancer, 2011 : 147 p.
- [25] Institut national du Cancer (INCa). *État des lieux et perspectives en oncogériatrie*. Boulogne-Billancourt : INCa, Coll. Rapports & Synthèses, mai 2009 : 381 p.
En ligne : http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/2339-etat-des-lieux-et-perspectives-oncogeriatrie-170709
- [26] Haute Autorité de santé (HAS). *Améliorer la prescription des psychotropes chez la personne âgée. Rapport version longue*. La Plaine Saint-Denis : HAS, 2007 : 155 p.
En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_634120/ameliorer-la-prescription-des-psychotropes-chez-la-personne-agee-rapport-version-longue
- [27] Inserm. Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC) [site internet]. 2012.
En ligne : <http://www.cepdc.vesinet.inserm.fr/>
- [28] Lavoie J.-P., Guay D., Gilbert N., Parisien M. Vieillir en santé ? Des inégalités persistantes. In : Charpentier M., Guberman N., Billette V., Lavoie J.-P., Grenier A., Olazabal I. *Vieillir au pluriel : perspectives sociales*. Québec : Presses de l'université du Québec, 2010 : p. 115-134.
- [29] Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2008-2009). Tableau CANSIM n° 105-0501 et 105-0503 (taux normalisés selon l'âge)*. [base de données]. 10 juin 2011.
En ligne : http://www12.statcan.gc.ca/health-sante/82-213/Op1.cfm?Lang=FRA&TABID=0&PROFILE_ID=0&PRCODE=01&IND=ASR&SX=TOTAL&change=no
- [30] Statistique Canada. *Statistique de l'état civil du Canada. Tableau CANSIM n° 102-0552*. [base de données]. 10 juin 2011.
En ligne : <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=fra&retrLang=fra&id=1020552&tabMode=dataTable&srchLan=-1&p1=-1&p2=9>
- [31] Gilmour H., Park J. Dépendance, problèmes chroniques et douleur chez les personnes âgées. *Statistique Canada*, 2003, n° 82-003 : p. 23-32.
En ligne : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-s/2005000/pdf/9087-fra.pdf>
- [32] Dos Santos S., Makdessi Y. Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées. Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008. *Études et résultats*, février 2010, n° 718 : 8 p.
En ligne : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er718.pdf>
- [33] Gagnon L., Savoie A. *Préparons l'avenir avec nos aînés. Rapport de la consultation publique sur les conditions de vie des aînés*. Québec : Gouvernement du Québec, 2008 : 161 p.
- [34] Spini D., Ghisletta P., Guilley E., Lalive d'Épinay C., Frail Elderly. In : Birren J. E., dir. *Encyclopedia of Gerontology* (2nd ed.). San Diego : Elsevier, 2006 : p. 572-579.
- [35] Santos-Eggimann B., Cuénoud P., Spagnoli J., Junod J. Prevalence of Frailty in Middle-Aged and Older Community-Dwelling Europeans Living in 10 Countries. *Journal of Gerontology: Biological Sciences and Medical Sciences*, 2009, vol. 64, n° 6 : p. 675-81.
- [36] Wong C. H., Weiss D., Sourial N., Karunanathan S., Quail J. M., Wolfson C., Bergman H. Frailty and its Association with Disability and Comorbidity in a Community-Dwelling Sample of Seniors in Montreal: A Cross-Sectional Study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 2010, vol. 22, n° 1 : p. 54-62.
- [37] Organisation mondiale de la santé (OMS). *Actes officiels de la création de l'Organisation mondiale de la santé* (vol. 2). Genève : Nations Unies, OMS, juin 1948 : 143 p.
En ligne : http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/2f.pdf
- [38] Gautier A., Kubiak C., Collin J.-F. Qualité de vie : une évaluation positive. In : Beck F., Guilbert P., Gautier A. dir. *Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2007 : p. 45-64.

- [39] Camirand J., Sermet C., Dumitru V., Guillaume S. La santé perçue des 55 ans et plus en France et au Québec : différences et similitudes. *Questions d'économie de la santé*, mai 2009, n° 142 : 8 p. En ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes142.pdf>
- [40] Glass T. A., Balfour J. L. Neighborhoods, Aging, and Functional Limitations. In : Kawachi I., Berkman L. F. dir. *Neighborhoods and Health*. New York : Oxford University Press, 2003 : p. 303-334.
- [41] Organisation mondiale de la santé (OMS). *Vieillir en restant actif. Cadre d'orientation*. Genève : OMS, 2002 : 60 p. En ligne : http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8_fre.pdf
- [42] Payette H., Gueye N. D. R., Gaudreau P., Morais J. A., Shatenstein B., Gray-Donald K. Trajectories of Physical Function Decline and Psychological Functioning: The Quebec Longitudinal Study on Nutrition and Successful Aging (NuAge). *Journal of Gerontology : Psychological Sciences*, 2011, vol. 66, suppl. 1 : p. 82-90.
- [43] Daniel M., Kestens Y. *Montreal Epidemiological and Geographical Analysis of Population Health Outcomes and Neighbourhood Effects*. Montréal : Centre de recherche du centre hospitalier de l'université de Montréal, 2007 : 16 p.
- [44] Richard L., Gauvin L., Kestens Y., Shatenstein B., Payette H., Daniel M. et al. Neighbourhood resources and social participation among older adults: results from the VoisiNuAge study. *Journal of Aging and Health*, 2012, 25(2), p. 296-318.
- [45] Gauvin L., Richard L., Kestens Y., Shatenstein B., Daniel M., Moore S. D., Mercille G., Payette H. (2012) *Living in a well-serviced urban area is associated with maintenance of frequent walking among seniors in the VoisiNuAge Study*. *The Journals of Gerontology, Series B : Psychological and Social Sciences*, 10.1093/geronb/gbr134.

L'approche écologique : une approche novatrice pour la prévention des maladies et la promotion de la santé des aînés

LUCIE RICHARD
MARIE-CLAUDE TREMBLAY
LISE GAUVIN

À la fin de ce chapitre, le lecteur sera en mesure de :

- situer l'approche écologique dans le contexte de l'émergence du mouvement de la promotion de la santé ;
- présenter les grandes lignes du modèle écologique de Richard et collaborateurs.

L'APPROCHE ÉCOLOGIQUE

L'approche écologique est un cadre de recherche et d'action centré sur une vision large des déterminants de la santé, qui va au-delà des actions sur les capacités individuelles pour inclure une action sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé **[1, 2]**. Au cours des quelque 25 dernières années, la recherche sur les déterminants de la santé des populations de même que sur les moyens de les influencer a connu un essor considérable à travers l'émergence des mouvements de promotion de la santé des populations. L'approche écologique a été qualifiée de dimension clé de ce nouveau mouvement **[3]**. Elle a depuis inspiré bon nombre d'énoncés politiques, de cadres et de plans d'action en santé publique. Au fil des ans, cette approche ainsi que les modèles comportementaux et de planification qui en ont découlé ont fait l'objet de plusieurs recensions et analyses **[1, 3, 4]**. Il ne s'agira pas ici de reprendre ce matériel mais de décrire brièvement l'approche, d'évoquer quelques modèles qui en sont issus, de faire valoir son potentiel et ses enjeux. Nous présenterons par la suite un modèle qui permet d'analyser les interventions en fonction de leur dimension écologique : ressource utile à la sensibilisation, la formation et la planification de programmes, sa

diffusion devrait contribuer à une intégration accrue de l'approche écologique au sein de la pratique, particulièrement en ce qui a trait à la promotion de la santé des aînés.

Principes sous-tendant l'utilisation de l'approche écologique

Depuis plus de deux décennies, l'approche écologique est présentée comme un cadre utile pour la recherche et l'action en promotion de la santé. Dérivée de l'écologie – une branche de la biologie qui s'intéresse aux relations entre les êtres vivants et leur milieu –, l'approche écologique repose sur une vision élargie des déterminants de la santé et met l'accent sur les interactions complexes entre les personnes, les groupes et leur environnement. Le modèle de Glass et Balfour, évoqué au chapitre précédent, illustre particulièrement cette notion d'interaction complexe. L'approche écologique, en tant qu'approche d'intervention, centre l'action sur les composantes physiques, sociales, organisationnelles et culturelles de l'environnement. Les planificateurs et les intervenants sont invités à développer des programmes qui viseront non seulement les déterminants individuels de la santé (habitudes de vie, connaissances, attitudes, etc.) mais aussi différents déterminants environnementaux (par exemple les réseaux sociaux, les caractéristiques des organisations et des quartiers, les politiques publiques, etc.). Les programmes doivent aussi tenir compte du maillage complexe des relations existant entre les différents niveaux de déterminants (interaction, rétroaction, etc.).

L'approche écologique constitue une réponse à la réalité mise en évidence par les épidémiologistes sociaux œuvrant en santé des populations, et ayant montré le rôle de divers facteurs liés à l'environnement dans la genèse des problèmes de santé au sein des communautés et des populations [5]. Elle s'offre ainsi en alternative aux approches éducatives traditionnelles telles que les campagnes de sensibilisation, les cours et les formations visant la diffusion d'information, lesquelles sont jugées par certains experts comme ayant finalement un impact modeste sur la santé des populations, voire comme étant susceptibles d'accroître les inégalités sociales en matière de santé [5]. D'autre part, en complétant l'action visant le changement des connaissances, des attitudes et habitudes de vie par une action sur l'environnement, l'approche écologique « impulse l'intervention » dans plusieurs points d'ancrage. Par cette multiplication des sources d'influences, les programmes écologiques misent sur la synergie entre les stratégies d'intervention et entraînent un effet plus durable, en permettant une incorporation de l'action de promotion de la santé au sein des structures, systèmes, politiques et normes socio-culturelles. Ce faisant, ils permettraient de rejoindre plus facilement les groupes peu atteints par les efforts traditionnels, et pourraient présenter des avantages accrus en termes de rapport coût-efficacité [6].

Compte tenu de leurs nombreux avantages, les programmes écologiques sont présentés comme ceux détenant le meilleur potentiel de succès en termes d'impact sur la santé des populations. Depuis une vingtaine d'années, des instances telles que l'*Institute of Medicine* des États-Unis, l'Organisation mondiale de la santé ou encore des ministères et des groupes de travail en ont fait le cadre de référence de leurs réflexions et leurs actions en matière de santé des populations **[encadré 1]**.

ENCADRÉ 1

Distinction entre approche et modèle écologiques

L'approche écologique désigne une façon d'appréhender les problématiques de santé selon une démarche qui accorde une primauté aux interrelations entre les individus et les environnements. Elle réfère également à d'autres dimensions clés, notamment en ce qu'elle considère nécessaire d'intégrer la perspective des individus concernés à toute démarche de promotion de la santé. L'approche préconise également une perspective collaborative dans le développement et la mise en œuvre d'initiatives et de recherche en promotion

de la santé (voir **[3]** pour un exposé plus détaillé).

Les modèles écologiques, quant à eux, réfèrent à des conceptualisations des déterminants individuels et environnementaux de la santé et des comportements qui y sont reliés. Ils schématisent les relations entre ces déterminants, et fournissent un cadre de réflexion et d'analyse des programmes et des actions de prévention et de promotion de la santé.

Opérationnalisation de l'approche écologique : modèles et défis

L'approche écologique a inspiré le développement de bon nombre de modèles écologiques **[encadré 1]**. Afin de permettre l'identification et l'analyse des maillages complexes des relations entre les individus, les populations et leurs environnements, les chercheurs et théoriciens de plusieurs disciplines ont d'abord cherché à modéliser l'environnement en fonction de ses multiples niveaux d'influence. Émanant de disciplines diverses, les premiers modèles ont proposé des conceptualisations relatives aux influences environnementales qui ont par la suite été largement reprises tant à des fins de recherche que pour le *design* de programmes d'intervention **[1, 3, 4]**. Tout en continuant à s'intéresser aux influences environnementales, des modèles plus récents approfondissent certains niveaux d'influence, comme par exemple les ressources communautaires chez Stokols **[7]**, ou les parcours de vie chez Best **[8]**.

Étant donné son potentiel et les développements qu'elle a suscités, l'approche écologique n'a de cesse d'enthousiasmer. Or, elle jette aussi de nombreux défis aux planificateurs et intervenants appelés à l'opérationnaliser dans des programmes : la complexité de l'approche, le temps requis pour l'implanter et pour en évaluer les effets, les enjeux éthiques et politiques qu'elle soulève ont été évoqués comme autant de barrières à sa complète opérationnalisation. Compte tenu de ces difficultés, la tendance générale auprès de diverses populations est encore bien souvent de cibler les individus au détriment des conditions délétères de leur environnement [3, 9]. Un tel constat semble s'appliquer également aux programmes de prévention des maladies et de promotion de la santé destinés aux aînés.

Quoique les déterminants environnementaux soient bien intégrés dans plusieurs des modèles conceptuels dédiés au vieillissement ainsi que dans les énoncés politiques et les plans d'action qui en sont dérivés [10], force est de constater qu'encore bien souvent, chez les aînés, prévention des maladies et promotion de la santé riment en effet avec éducation et services de prévention cliniques [11]. Ces stratégies, bien qu'elles aient des impacts positifs chez les groupes visés, ne sont toutefois pas suffisantes pour apporter des bénéfices à l'ensemble de la population aînée. Il importe d'offrir des approches globales visant une variété de déterminants, notamment ceux liés à l'environnement, au moyen de différentes stratégies. De plus en plus de données confirment l'efficacité de ce type d'approche chez la population aînée [10] [encadré 2].

Certains modèles ont été proposés afin d'opérationnaliser plus aisément l'approche écologique. Nous présenterons ici le modèle écologique de Richard, Potvin, Kishchuk, Prlic et Green [12], lequel a déjà été utilisé pour analyser une variété de contextes incluant la prévention et la promotion de la santé des aînés.

ENCADRÉ 2

Santé positive, promotion de la santé et approche écologique

Différentes conceptions de la santé sous-tendent les approches qui coexistent dans le domaine de la santé. Ainsi, il existe une opposition fondamentale entre un *concept de santé global*, inclusif et positif, et un *concept biomédical*, orienté vers la maladie. La charte d'Ottawa, à la base de la promotion de la santé, énonce une définition de la santé conçue comme ressource de la vie

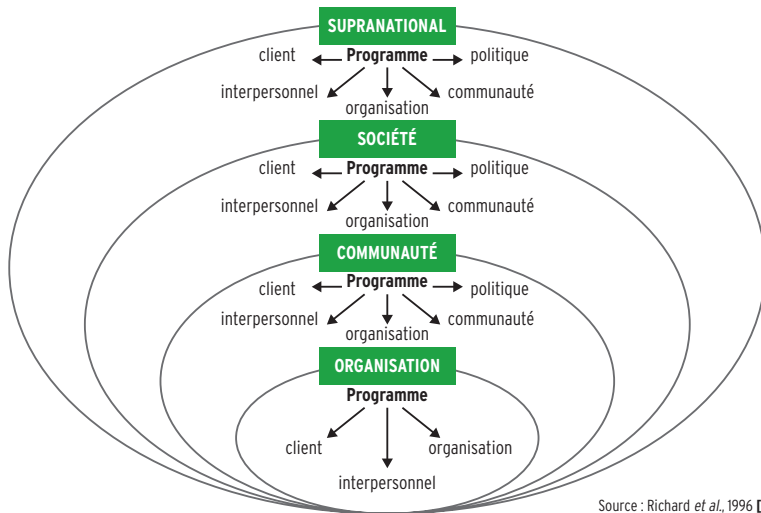
quotidienne, concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Cette représentation large et positive de la santé, qui présente des ramifications dans de nombreuses sphères de l'activité humaine, justifie des actions à tous les niveaux et légitime l'approche écologique.

LE MODÈLE ÉCOLOGIQUE DE RICHARD ET COLLABORATEURS

Le modèle de Richard et collaborateurs [12] prend comme point d'intérêt les actions posées par les professionnels au sein des écosystèmes, désignées comme interventions en vue d'agir sur la santé des populations et des groupes d'individus. La **figure 1** offre une première représentation de l'étendue des milieux et des cibles qui peuvent faire partie d'une intervention dite écologique. Comme il sera montré plus loin, une telle conceptualisation peut aider à construire et déconstruire les actions posées par les professionnels. Ce modèle est largement inspiré des écrits de Stokols [2], pour qui les interventions de promotion de santé se situent sur un *continuum* allant de l'intervention dispensée dans un microenvironnement (une organisation par exemple) jusqu'à celles offertes dans des contextes environnementaux plus larges que sont les grands ensembles géographiques (une société, une entité de niveau supranational), en passant par les communautés. Chacun de ces niveaux sont autant de lieux où implanter des stratégies visant à la fois la personne et l'environnement. Il est clair que, pour Stokols, un programme écologique inclut des actions visant plusieurs cibles (individus et différentes facettes de l'environnement) et ce dans de multiples sites d'intervention. Milieux et cibles constituent ainsi les dimensions clés de l'intégration de l'approche écologique dans les programmes de promotion de la santé. Voyons plus précisément comment se définissent et s'articulent ces concepts dans le modèle de Richard et collaborateurs.

FIGURE 1

Modèle de l'approche écologique dans les programmes de promotion et de prévention de la santé



Source : Richard et al., 1996 [12].

Milieu d'intervention

Le milieu d'intervention désigne le contexte ou le système social dans lequel les professionnels rejoignent les individus ultimement ciblés par l'initiative de prévention de la maladie et de promotion de la santé. S'appuyant sur la théorie des systèmes vivants [13], le modèle inclut quatre systèmes sociaux hiérarchiquement imbriqués :

- l'*organisation* : il s'agit d'un regroupement ou d'une association, en général d'une certaine ampleur, présentant une structure relativement formalisée, qui se propose des buts déterminés. Les entités suivantes sont autant d'exemples d'organisations particulièrement pertinentes en santé des aînés : organisations de santé, regroupements d'aînés (clubs de l'âge d'or au Québec, clubs du troisième âge en France), organismes communautaires (centres communautaires pour aînés au Québec, associations de quartiers en France), résidences privées, centres de soins de longue durée (CHSLD au Québec, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en France), commerces ;
- la *communauté* : une communauté désigne les regroupements d'individus au sens géographique classique du terme. Au Québec et en France, on évoque ici les quartiers, les villes et, du côté du Québec, les régions. En France, ce niveau s'apparente à la notion de collectivité territoriale ;
- la *société* : elle se définit comme un système à plus grande échelle disposant de moyens de contrôle sur plusieurs aspects de la vie et du développement des sous-systèmes qui en font partie. Il s'agit ici d'entités géographiques plus larges incluant, par exemple, les états, les provinces et les pays. La notion française de région est conçue comme s'apparentant à ce niveau ;
- le niveau *supranational* : il s'agit ici d'associations englobant au moins deux sociétés. On pourrait citer parmi les entités supranationales les pays regroupés au sein du *Commonwealth* ou encore de l'Union européenne.

Cibles

La cible d'un programme ou d'une intervention correspond à l'unité ou aux unités écologique(s) visée(s) par celui-ci. Le modèle écologique de Richard et collaborateurs s'appuie sur le cadre développé par McLeroy, Bibeau, Steckler et Glanz [14] et définit cinq classes de déterminants de la santé et des comportements qui y sont reliés. Chacune de ces classes peut être conceptualisée comme autant de cibles d'intervention :

- l'**individu-client** (IND)¹, c'est-à-dire l'individu dont on veut ultimement maintenir ou promouvoir la santé. On évoque ici les aînés ;
- l'**environnement interpersonnel** (INT) de l'individu. Il s'agit là du réseau social informel dont l'individu est membre. En santé des aînés, on évoque souvent, par exemple, la famille, les proches-aidants, les amis ;
- les **organisations** (ORG) au sein desquelles l'individu évolue. Il pourra s'agir de cibler des dimensions organisationnelles (par exemple, les menus à la cafétéria de l'hôpital) ou des acteurs clés des organisations (les préposés, les infirmières, etc.) ;
- la **communauté** (COM) dans laquelle l'individu évolue. On pourra cibler ici aussi bien des dimensions de l'environnement physique (un sentier piétonnier) que des représentants communautaires ;
- le sous-système **politique** (POL) et ses représentants, pour une entité territoriale au sein de laquelle évolue l'individu. On pourra, par exemple, destiner l'intervention aux maires, aux députés ou au cabinet d'un ministre.

Selon ce modèle, les individus constituent la cible ultime des programmes de prévention des maladies et de promotion de la santé, les quatre autres types de cibles pouvant être envisagés comme des cibles intermédiaires sur lesquelles agir. Dans sa forme la plus simple, l'initiative vise directement l'individu sans avoir recours à une cible intermédiaire. Les interventions éducatives impliquant la transmission d'informations à la clientèle aînée sont des interventions visant une cible individuelle directe. D'autres initiatives impliquent le travail sur des cibles intermédiaires, lesquelles auront à leur tour une influence sur les individus. C'est le cas par exemple des interventions d'éducation des conjoints de personnes atteintes de maladies cardiovasculaires (travail sur la cible « environnement interpersonnel », dite INT) ou d'interventions visant le changement de politiques au regard de la santé (travail sur la cible « environnement politique », dite POL). La spécification du type et de l'enchaînement des différentes cibles visées nous amène à identifier la stratégie d'intervention.

Stratégies

La stratégie d'intervention décrit les transactions du programme avec les différents systèmes dans son environnement, de façon à influencer la santé des personnes identifiées comme clientes du programme. Afin de mieux comprendre la stratégie, il convient de rappeler qu'il existe deux types de relations entre les programmes et ses cibles potentielles :

- un premier type de stratégie réfère à la **transformation directe** d'un ou de plusieurs aspects d'une cible. Par exemple, une intervention de

1. D'autres termes tels « bénéficiaire » ou « individu » auraient pu être utilisés ici. Nous avons opté pour celui d'« individu-client » pour assurer la cohérence avec les publications antérieures sur le modèle écologique.

promotion de la santé utilisant une stratégie directe et individuelle peut viser à modifier les connaissances, les attitudes d'un individu (IND). Elle peut également impliquer une cible organisationnelle (ORG) et tenter de modifier les structures physiques et/ou les processus au sein de l'organisation afin de la rendre plus propice à la santé. Une intervention visant la modification des repas offerts dans une résidence pour aînés de sorte à les rendre moins riches en gras constitue un exemple de transformation directe d'une cible organisationnelle ;

- le deuxième type de stratégies implique la **mise en réseau** de cibles d'intervention. Plutôt que de tendre à la simple modification de la cible, l'initiative vise davantage cette fois à favoriser les échanges entre deux ou plusieurs de ces cibles. Un premier exemple pourrait mettre en scène les groupes d'entraide où les intervenants tentent de créer des liens entre des individus (IND) afin que ceux-ci échangent et trouvent ensemble des solutions aux problèmes qu'ils vivent. Un autre exemple impliquerait de réunir des intervenants de différentes organisations (ORG) préoccupées par la violence faite aux aînés autour d'une table de concertation (ou, par exemple, d'un comité local de santé mentale en France), laquelle pourra proposer différentes actions en vue de favoriser une meilleure prise en charge de cette problématique par les décideurs.

Conventions d'écriture

Pour faciliter l'examen de ces stratégies, Richard et collaborateurs ont défini une série de conventions d'écriture. Par exemple, une stratégie du type $PROG \rightarrow INT \rightarrow IND$ indique qu'une initiative ou un programme (PROG), dont les efforts portent sur une cible interpersonnelle (INT), engendrera un impact sur un individu-client. L'intervention éducative citée plus haut, et impliquant les conjoints de personnes atteintes de maladies cardiovasculaires, pourrait être ainsi désignée. Les flèches représentent ici une action de transformation directe de la cible. Une autre initiative du type : $PROG \rightarrow [ORG - ORG] \rightarrow IND$ illustre cette fois une action de mise en réseau (exprimée par les []) d'organisations dont les interactions favorisent l'implantation d'actions susceptibles d'avoir un impact sur l'individu-client (IND). On reconnaîtra en cette stratégie l'exemple de la table de concertation présenté plus haut. D'autres stratégies plus complexes pourraient impliquer plusieurs types de cibles différentes. Ainsi, une initiative qui viserait à mettre en réseau plusieurs organismes afin de faire pression auprès d'élus pour les sensibiliser à un problème de santé publique sera notée comme suit : $PROG \rightarrow [ORG - ORG] \rightarrow POL \rightarrow IND$.

On pourrait imaginer une variété d'autres combinaisons possibles. Le **tableau I** présente un aperçu des stratégies suggérées par le modèle en utilisant les conventions d'écriture. Repérés au Québec et en France, des exemples des différentes stratégies possibles seront exposés dans le prochain chapitre.

TABLEAU I

Stratégies d'intervention des programmes de prévention et de promotion de la santé auprès des aînés

Type de stratégies	Notation	Description	Stratégies
Transformation ou action directe sur les cibles	PROG → Cible	Réfère à la transformation d'un ou de plusieurs aspects d'une ou plusieurs cibles	<ul style="list-style-type: none"> - PROG → IND : action directe sur les individus-clients - PROG → INT → IND : action directe sur l'environnement interpersonnel - PROG → ORG → IND : action directe sur l'environnement organisationnel - PROG → COM → IND : action directe sur l'environnement communautaire - PROG → POL → IND : action directe sur l'environnement politique - PROG → ORG → INT → IND : action directe sur cibles diverses
Mise en réseau des cibles	PROG → [Cible - Cible]	Implique la création d'un réseau entre deux ou plusieurs cibles	<ul style="list-style-type: none"> - PROG → [IND - IND] : mise en réseau de cibles individuelles - PROG → [INT - INT] → IND : mise en réseau de cibles interpersonnelles - PROG → [ORG - ORG] → IND : mise en réseau de cibles organisationnelles - PROG → [COM - COM] → IND : mise en réseau de cibles communautaires - PROG → [POL - POL] → IND : mise en réseau de cibles politiques - PROG → [ORG - POL] → IND : mise en réseau de cibles diverses

Ce second chapitre a présenté un modèle des dimensions de l'approche écologique en promotion de la santé. Dérivé d'une vision systémique et de textes fondateurs issus de plusieurs disciplines, celui-ci met en avant la nécessité d'intervenir sur plusieurs cibles et au moyen d'une diversité de stratégies d'intervention, dans une variété de milieux. Il pourra être utilisé par des gestionnaires et des intervenants à la recherche d'outils de sensibilisation, de formation et de réflexion, eu égard à l'intervention sur les déterminants de la santé. Il pourra également servir d'outil d'analyse de la dimension écologique de programmes. Une fois parvenu aux étapes de planification et d'évaluation de processus et d'impact, d'autres outils pourront être utilisés, par exemple, le modèle *Precede-Proceed* [15], l'*Intervention Mapping* [16], ou l'outil suisse de catégorisation des résultats (OCR), illustré dans le dernier chapitre [17, 18].

Bibliographie

- [1] Sallis J. F., Owen N., Fisher E. B., Ecological Models of Health Behaviors. In : Glanz K., Rimer B. K., Viswanath K. éd. *Health Behavior and Health Education. Theory, Research, and Practice*. San Francisco : Jossey-Bass, 2008 : p. 465-485.
- [2] Stokols D. Establishing and Maintaining Healthy Environments: Toward a Social Ecology of Health Promotion. *American Psychologist*, 1992, vol. 47, n° 1 : p. 6-22.
- [3] Richard L., Gauvin L., Raines K. Ecological Models Revisited: Their Uses and Evolution in Health Promotion over Two Decades. *Annual Review of Public Health*, 2011, vol. 32 : p. 307-326.
- [4] Green L. W., Richard L., Potvin L. Ecological Foundation of Health Promotion. *American Journal of Health Promotion*, 1996, vol. 10, n° 4 : p. 270-281.
- [5] Berkman L. F., Kawachi I. éd. *Social Epidemiology*. Oxford : Oxford University Press, 2000 : 391 p.
- [6] Smedley B. D., Syme S. L. éd. *Promoting Health. Intervention Strategies from Social and Behavioral Research. A Report of the Institute of Medicine*. Washington : National Academy Press, 2000 : s. p.
- [7] Stokols D., Grzywacz J. G., Mc Mahan S., Phillips K. Increasing the Health Promotive Capacity of Human Environments. *American Journal of Health Promotion*, 2003, vol. 18, n° 1 : p. 4-13.
- [8] Best A., Stokols D., Green L. W., Leischow S., Holmes B., Buchholz K. An Integrative Framework for Community Partnering to Translate Theory into Effective Health Promotion Strategy. *American Journal of Health Promotion*, 2003, vol. 18, n° 2 : p. 168-176.
- [9] Trickett E. J. Multilevel Community-Based Culturally Situated Interventions and Community Impact: An Ecological Perspective. *American Journal of Community Psychology*, 2009, vol. 43, n° 3-4 : p. 257-266.
- [10] Hooyman N. R., Kiyak H. A., *Social Gerontology: A Multidisciplinary Perspective* 2011, Boston : Allyn & Bacon, 2011 : 816 p.
- [11] Albert S. M., Freedman V. A. *Public Health and Aging*. New York : Springer Publishing Company, 2009 : 427 p.
- [12] Richard L., Potvin L., Kishchuk N., Prlc H., Green L. W. Assessment of the Integration of the Ecological Approach in Health Promotion Programs. *American Journal of Health Promotion*, 1996, vol. 10, n° 4 : p. 318-328.
- [13] Miller J. G. *The Theory of Living Systems*. New York : Mc Graw-Hill, 1978 : 1102 p.
- [14] McLeroy K. R., Bibeau D., Steckler A., Glanz K. An Ecological Perspective on Health Promotion Programs. *Health Education Quarterly*, 1988, vol. 15, n° 4 : p. 351-377.
- [15] Green L. W., Kreuter M. W., *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*. New York : Mc Graw-Hill, 2005 : 458 p.
- [16] Bartholomew K. L., Parcel G. S., Kok G., Gottlieb N. H. *Planning Health Promotion Programs. An Intervention Mapping Approach* (2nd ed.), San Francisco : Jossey-Bass, 2006 : 800 p.
- [17] Spencer B., Broesskamp-Stone U., Ruckstuhl B., Ackermann G., Sporri A., Cloetta B. Modelling the Results of Health Promotion Activities in Switzerland: Development of the Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention. *Health Promotion International*, 2008, vol. 23, n° 1 : p. 86-97.
- [18] Ackermann G., Broesskamp-Stone U., Ruckstuhl B., Sporri A., Spencer B., Cloetta B. Un outil pour la catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé. *Promotion et Éducation*, 2005, vol. 12, n° 2 : p. 88-93.

Opérationnaliser l'approche écologique : exemples de stratégies de prévention et de promotion de la santé

MARIE-CLAUDE TREMBLAY
LUCIE RICHARD
LUCETTE BARTHÉLÉMY
STÉPHANIE PIN
JULIE BODARD
LISE GAUVIN

À la fin de ce chapitre, le lecteur sera en mesure de :

- reconnaître différentes actions en prévention des maladies et promotion de la santé ;
- classer ces actions en dix stratégies possibles.

La prévention des maladies et des blessures et la promotion de la santé sont des approches largement invoquées pour faire face aux défis que pose le vieillissement des populations [1, 2]. En ces domaines, un large éventail de stratégies est disponible, allant des actions visant le changement individuel, jusqu'à des interventions destinées à la modification des environnements (bâti, normatif, politique, etc.) Ces stratégies de nature environnementale cadrent bien avec la perspective de modèles théoriques en gérontologie qui mettent l'accent sur l'ajustement entre la personne et son environnement, tel que le modèle de Glass et Balfour présenté au début de ce guide [3]. Les modifications environnementales, dimensions clés d'une approche écologique de l'intervention, sont considérées notamment comme des moyens de compenser les limites fonctionnelles des aînés et de permettre ainsi de préserver leur autonomie. Par exemple, l'adoption d'autobus à planchers surbaissés, facilitant la montée à bord des personnes en perte d'autonomie, peut permettre aux aînés présentant des limitations aux membres inférieurs de continuer à bénéficier du transport en commun dans leur ville et de poursuivre ainsi leurs activités sociales. Or, en dépit du potentiel d'actions sur l'environnement, il apparaît que, comme il a été évoqué au chapitre précédent, les interventions et les programmes de prévention et de promotion de la santé s'adressant aux aînés sont encore bien souvent centrés sur

l'individu [1, 4]. Outre peut-être l'adaptation de l'environnement domiciliaire que pratiquent les ergothérapeutes dans une perspective individuelle de maintien à domicile des personnes âgées, les programmes destinés à la clientèle aînée impliquent beaucoup plus rarement l'environnement. Il existe pourtant des pratiques exemplaires à cet égard, dont plusieurs ont été publiés [5]. Ce chapitre, d'ordre pratique, vise à présenter les possibilités d'intervention tant d'ordre individuel qu'environnemental en prévention des maladies et promotion de la santé (PMPS) auprès des aînés. En lien avec le chapitre précédent, le modèle de Richard, Potvin, Kishchuk, Prlic et Green servira d'assise conceptuelle à partir de laquelle sera structurée la présentation. Des exemples concrets, issus des contextes québécois et français, seront présentés afin d'illustrer la diversité de stratégies d'intervention possibles.

STRATÉGIES CENTRÉES SUR LE CHANGEMENT INDIVIDUEL

Transformation de cibles individuelles : PROG → IND

Les stratégies d'intervention ciblant directement les individus [tableau 1] sont celles qui ont le plus de popularité et de visibilité dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé des aînés. Dans le cadre d'une approche écologique, elles sont appelées à être utilisées en complémentarité avec d'autres types de stratégies environnementales, afin d'optimiser la globalité de l'offre. Ces stratégies individuelles empruntent le plus souvent la forme de programmes d'amélioration des compétences/connaissances ou de modification des attitudes de l'individu [4].

TABLEAU 1

Exemples de stratégies visant la transformation de cibles individuelles

Exemples québécois	Exemples français
<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Programme de dépistage systématique de la perte d'autonomie</i> : un dépistage systématique de la perte d'autonomie est offert aux personnes âgées de 65 ans et plus à leur entrée à l'urgence de l'hôpital et lors de leur accueil au groupe de médecine de famille (GMF), quelle que soit la raison pour laquelle elles viennent consulter. ■ <i>Préparation à l'entrée en résidence</i> : une session d'information est offerte par le centre de santé et de services sociaux (CSSS) aux personnes âgées qui préparent leur entrée en résidence. ■ <i>Envois postaux pour les personnes en perte d'autonomie</i> : des envois postaux d'information ainsi que des conseils sur les services et la santé (vaccination, chaleur accablante, etc.) sont destinés aux personnes de 75 ans et plus présentant une perte d'autonomie. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Guide nutrition</i> La santé en mangeant et en bougeant : édité dans le cadre du Programme national nutrition-santé (PNNS), ce guide propose des recommandations spécifiques concernant l'alimentation et l'activité physique pour les personnes âgées de 55 ans et plus avec des repères de consommation, des recettes et des conseils concernant les exercices appropriés. ■ <i>Sessions de préparation à la retraite</i> : ces sessions ont pour objectif d'aider les futurs retraités à réfléchir et se préparer à cette nouvelle étape. Les structures qui proposent des sessions de préparation à la retraite sont des caisses de retraite, des mutuelles générales ou spécialisées, ainsi que des entreprises. ■ <i>Diffusion télévisuelle de messages de prévention, « La santé à tout âge »</i> : une série de 28 programmes télévisés, couvrant différentes thématiques et d'une durée d'une minute chacune, a pour objectif d'inciter les personnes de plus de 60 ans nouvellement retraitées à adopter des réflexes au quotidien pour rester en bonne santé. Elle est diffusée à la télévision publique.

Dans le domaine de la santé des aînés, il n'est pas rare que ce type de stratégie se traduise par des programmes de dépistage de troubles physiques ou cognitifs, des initiatives de vaccination systématique des aînés, des séances d'information et d'éducation sur des thèmes particuliers, destinées aux personnes âgées, des sessions d'exercices adaptés ou des campagnes médiatiques, organisées dans le but de promouvoir certaines mesures ou attitudes, etc.

Mise en réseau de cibles individuelles : PROG → [IND – IND]

Une autre stratégie d'intervention impliquant des cibles de type individuel fait appel à la formation de réseaux [tableau II], c'est-à-dire à la création de nouveaux liens entre les individus, afin de les amener à partager des manières de résoudre leurs problèmes ou de promouvoir leur propre bien-être. Ce type de stratégie repose sur l'idée que la création de nouveaux liens sociaux facilite le changement de comportements, d'attitudes, ou permet l'acquisition de nouvelles compétences. La mise en réseau permet habituellement le partage de ressources et/ou d'émotions, le développement de capacités à résoudre des problèmes, etc. Des groupes de discussion entre personnes âgées ou des clubs d'exercices sont des exemples d'activités découlant de ce type de stratégie.

TABLEAU II

Exemples de stratégies impliquant la mise en réseau d'individus

Exemples québécois

- *Groupe sportif pour retraités* : un programme vise à soutenir la formation d'un groupe de loisirs en plein air pour les retraités. Le recrutement des participants est fait dans les associations de retraités, les clubs de l'âge d'or, etc.
- *Groupe de discussion pour hommes âgés* : un groupe de discussion entre hommes âgés est animé par un travailleur social du centre de santé et de services sociaux (CSSS). Le groupe a pour but de permettre à ces hommes de socialiser, de partager leur vécu et de briser l'isolement.

Exemples français

- *Fédérations sportives* : diverses associations proposent des activités physiques et sportives de groupe pour les personnes de 50 ans et plus. L'objectif est de favoriser, en toute sécurité, la pratique sportive conviviale en s'appuyant sur des programmes de prévention des chutes et en créant du lien social.
- *Groupes de parole de patients atteints de la maladie de Parkinson* : à l'initiative des centres hospitaliers ou d'associations de malades, des groupes de parole de malades sont organisés pour permettre de mettre des mots sur des émotions, d'échanger des informations pratiques et de rompre l'isolement.

STRATÉGIES CENTRÉES SUR LE CHANGEMENT DE L'ENVIRONNEMENT INTERPERSONNEL

Transformation de cibles interpersonnelles : PROG → INT → IND

Les stratégies d'intervention correspondant à cette catégorie [tableau III] sont souvent axées sur la famille et/ou sur les proches-aidants, qui sont partie prenante de l'environnement social interpersonnel de la personne âgée.

Ces interventions consistent à susciter une modification de l'environnement interpersonnel pour qu'il soit en mesure d'exercer une influence favorable sur l'aîné. Ainsi, si le type de stratégie précédente (PROG → [IND – IND]) consistait à tenter de mettre en réseau les individus, ce type de stratégie vise plutôt à intervenir auprès de proches faisant déjà partie intégrante du réseau des aînés (PROG → INT → IND). Les sessions d'information ou de formation offertes aux proches des aînés constituent des exemples d'activités correspondant à ce type de stratégie.

TABLEAU III

Exemples de stratégies visant la transformation de cibles interpersonnelles

Exemples québécois	Exemples français
<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Activités d'information sur les médicaments</i> : un programme met en place des séances d'information sur la médication et les habitudes de vie, destinées aux proches-aidants des aînés, recrutés par le biais d'un centre d'action bénévole. ■ <i>Sessions d'information aux proches</i> : des sessions d'information sont organisées par le CSSS local pour les proches-aidants des aînés en perte d'autonomie. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Guide nutrition pour les aidants proches des personnes âgées</i> : dans le cadre du Programme national nutrition-santé (PNNS), ce guide à destination du proche-aidant (conjoint, enfant, ami) ou de l'aidant professionnel a pour objectif d'outiller les aidants pour aider la personne âgée à maintenir sa qualité de vie par une alimentation saine et de l'activité physique. ■ <i>Formation pour les aidants familiaux</i> : plusieurs associations d'aidants familiaux proposent des sessions de formation destinées aux proches de personnes âgées fragiles ou malades.

Mise en réseau de cibles interpersonnelles : PROG → [INT – INT] → IND

Cette stratégie réside dans une mise en relation de personnes qui gravitent au sein du réseau social proximal des personnes âgées. Plus spécifiquement, il s'agit ici de favoriser la création de liens entre des membres de l'environnement interpersonnel des aînés. Cette initiative est considérée porteuse de développements qui entraîneront un impact favorable sur la santé des aînés ultimement visés par la démarche d'intervention. Des exemples de ce type de stratégie d'intervention [tableau IV] comprennent le plus souvent des rencontres organisées entre proches-aidants ou entre les familles des personnes âgées.

TABLEAU IV

Exemples de stratégies impliquant la mise en réseau de cibles interpersonnelles

Exemple québécois	Exemple français
<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Groupes de discussion pour les proches-aidants</i> : des café rencontres et des ateliers thématiques sont organisés par le réseau des proches-aidants. Le but est de créer un réseau de soutien et de favoriser l'échange entre les aidants. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Café des aidants</i> : l'objectif du Café des aidants est de soutenir les aidants proches dans un lieu de rencontre convivial et neutre pour échanger, partager et parler de leur souffrance. Un psychologue et un animateur sont chargés de structurer le débat.

STRATÉGIES CENTRÉES SUR LE CHANGEMENT ORGANISATIONNEL

Transformation de cibles organisationnelles : PROG → ORG → IND

Ce type de stratégie se décline principalement de deux façons : (1) des programmes visant à modifier les aspects d'une organisation afin de favoriser la santé ; (2) des programmes de formation dont l'objectif est d'accroître les compétences relatives à la prévention et promotion de la santé chez des acteurs de l'organisation. Des exemples d'activités liées à cette stratégie [tableau V] comprennent les initiatives visant à former ou à informer les professionnels de la santé amenés à intervenir auprès des aînés, les actions visant à changer le fonctionnement ou la structure des résidences pour aînés, divers types de soutien (financier ou logistique, par exemple) aux organisations offrant des services aux aînés, etc. Les interventions qui empruntent ce modèle n'impliquent donc pas d'interactions avec les aînés, mais plutôt avec des intermédiaires rattachés à certaines organisations tels que les professionnels de la santé, les dirigeants d'organisation, les préposés aux bénéficiaires, etc.

TABLEAU V

Exemples de stratégies visant la transformation de cibles organisationnelles

Exemples québécois	Exemples français
<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Soutien au fonctionnement d'un organisme de loisirs pour les personnes âgées</i> : on met en place des mesures de soutien (financier, logistique, etc.) au fonctionnement d'un organisme dédié à la mise en œuvre d'activités de loisirs pour les personnes âgées. ■ <i>Formation du personnel des centres d'hébergement</i> : dans le cadre d'un programme de santé buccodentaire, des séances de formation sont offertes au personnel de centres d'hébergement pour personnes âgées, afin de leur permettre de mieux évaluer la santé buccodentaire de leurs résidents. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Formation « Protection de l'autonomie des personnes âgées à domicile »</i> : cette formation de 5 jours a pour objectif de développer les compétences des professionnels de l'aide à domicile, eu égard au potentiel d'autonomie des personnes âgées dans quatre thématiques : vieillissements normal et pathologique, mobilité et activités spontanées, alimentation et repas, communication et lien social. ■ <i>Prix d'architecture des maisons de retraite</i> : depuis 2007, ce concours récompense la conception novatrice et le réaménagement des lieux de vie collectifs pour personnes âgées et aînés en perte d'autonomie (établissements et urbanisme). Les projets récompensés doivent modifier l'architecture des maisons de retraite, en lien avec le développement urbain et en tenant compte de la diversité des besoins sociaux des aînés.

Mise en réseau de cibles organisationnelles : PROG → [ORG – ORG] → IND

Ce type d'intervention s'axe le plus souvent autour de la création et du maintien de réseaux, de coalitions et d'autres entités de coopération réunissant des organisations concernées par une problématique de santé spécifique [tableau VI]. Ces entités sont conçues ici comme des alliances inter-

organisationnelles, coopératives et synergiques. Elles peuvent ainsi réunir des individus représentant diverses organisations ainsi que des groupes d'intérêt qui travaillent ensemble afin d'atteindre un but commun. Les tables de concertation entre différentes parties (associations, organismes communautaires, organisations de santé, etc.) ou les comités œuvrant sur des thèmes liés aux personnes âgées sont des exemples de ce type de stratégies.

TABLEAU VI

Exemples de stratégies impliquant la mise en réseau de cibles organisationnelles

Exemple québécois	Exemple français
<p>■ <i>Table de concertation pour les aînés</i> : à l'initiative de la direction de santé publique d'une municipalité, on crée une table de concertation réunissant trois types de partenaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les associations d'aînés telles que la Fédération de l'âge d'or du Québec (Fadoq) et l'Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées (AQDR) ; - des dispensateurs de services tels que le centre de santé et de services sociaux (CSSS) et des résidences pour personnes âgées ; - des organismes de soutien tels que le bureau d'aide juridique et le service de police. 	<p>■ <i>Semaine bleue</i> : sous la coordination de l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS), un regroupement d'associations organise chaque année des activités dans le cadre de la Semaine bleue, un rendez-vous annuel pour sensibiliser l'ensemble de la population à ce qui est fait avec et pour les personnes âgées, en favorisant la solidarité intergénérationnelle.</p>

STRATÉGIES CENTRÉES SUR LE CHANGEMENT DES COMMUNAUTÉS TERRITORIALES

Transformation de cibles communautaires : PROG → COM → IND

Selon Green et Kreuter [6], la communauté est le centre de gravité des efforts de prévention et de promotion de la santé. De fait, la communauté territoriale constituerait le meilleur endroit pour établir des priorités collectives et pour mobiliser les individus, parce qu'elle rejoint à la fois le foyer et le milieu de travail des gens. Malgré tout, les stratégies centrées sur le changement des communautés territoriales restent relativement peu utilisées en prévention et en promotion de la santé, le domaine de la santé des aînés n'y faisant pas exception.

Les interventions communautaires empruntent plusieurs formes [tableau VII]. Il peut s'agir de mobiliser la communauté autour d'un enjeu de santé concernant les aînés, d'augmenter l'accessibilité de certains services pour les personnes âgées dans la communauté, de modifier les normes sociales relatives au vieillissement ou aux aînés, ou de créer des infrastructures communautaires adaptées à ceux-ci. Le projet « Villes, amies des aînés » est un bon exemple de stratégie axée sur la modification des communautés. Ce projet, initié par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en juin 2005,

a permis la tenue de différentes consultations auprès des aînés partout dans le monde afin de définir les bases d'une ville « amie des aînés », à savoir, une ville qui adapte ses structures et ses services en fonction des différents besoins et capacités des personnes âgées. Les communautés appelées à se joindre au projet doivent donc miser sur l'adaptation de leurs espaces extérieurs, bâtiments, transports, logements, et favoriser la participation sociale ainsi que le soutien communautaire [encadré 1].

TABLEAU VII

Exemples de stratégies visant la transformation de cibles communautaires

Exemple québécois	Exemple français
<p>■ <i>Liaisons communautaires en matière de santé mentale</i> : un programme d'éducation en santé mentale consiste en de la formation de « liaisons communautaires ». Ce programme a pour but de permettre à ces liaisons (professionnels de proximité dont pharmaciens, banquiers, concierges, etc.) de faciliter l'identification des comportements à risque chez les personnes âgées, ainsi que de dépister la dépression.</p>	<p>■ <i>Villes « Bien vieillir, vivre ensemble »</i> : dans le cadre de la mesure « Développer le bien vieillir au niveau local » du Plan national Bien vieillir 2007-2009, le programme « Bien vieillir, vivre ensemble » vise à inciter les villes à devenir plus accueillantes pour leurs aînés en encourageant le vieillissement actif, ainsi qu'en optimisant la participation, la sécurité et la santé des aînés.</p>

ENCADRÉ 1

Distinction entre « intervention dans les communautés » et « intervention communautaire »

On doit faire une distinction importante entre ce que l'on nomme les interventions dans les communautés territoriales et les interventions communautaires. En effet, si la première expression réfère à tous les types de stratégies appliquées dans un milieu communautaire, la deuxième renvoie

plus spécifiquement à une stratégie de type PROG → COM → IND. Cette stratégie vise ainsi à modifier des caractéristiques des communautés territoriales en tant que telles, plutôt que de mettre simplement en place des activités dans des milieux communautaires.

Mise en réseau de cibles communautaires :
PROG → [COM – COM] → IND

Un autre type de stratégie d'intervention, encore peu utilisé dans le domaine de la santé des aînés, consiste à mettre en lien des communautés territoriales dans le but de promouvoir la santé [tableau VIII]. Un bon exemple de ce type d'initiative dans le domaine de la santé des personnes âgées réside dans le projet « Villes et villages en santé », initiative née en 1996 des efforts de l'OMS pour mettre en pratique les idéaux de la nouvelle santé publique. Une des prémisses centrales sur laquelle repose ce mouvement est que la santé d'une personne est dépendante de la qualité de l'environnement dans lequel

elle vit. Dans cette perspective, « Villes et villages en santé » s’inscrit comme un réseau de villes et de villages qui vise essentiellement à offrir une plateforme d’échanges d’expériences entre les municipalités. Le réseau permet également de soutenir les municipalités dans l’élaboration de projets ayant pour but l’amélioration de la santé des aînés. Il est par ailleurs doté d’un centre d’information qui soutient le développement des municipalités membres au moyen de bulletins de liaison, d’un centre de documentation, d’une boîte à outils, de conseils, de rencontres sur le terrain, de colloques et d’activités de formation pour les responsables de projets, etc.

TABLEAU VIII

Exemples de stratégies impliquant la mise en réseau de cibles communautaires

Exemple québécois	Exemple français
<p>■ Initiative « Villes et villages en santé » : « Villes et villages en santé » est un réseau qui vise à offrir une plateforme d’échanges et de mutualisation d’expériences entre les municipalités. Le programme permet aussi de soutenir les municipalités dans l’élaboration de projets d’amélioration de la santé des aînés.</p>	<p>■ Réseau « Villes actives » du PNNS : la charte « Ville active », établie dans le cadre du Programme national nutrition-santé, a pour but d’impliquer officiellement les villes et communautés de communes dans la mise en œuvre d’actions ou programmes en cohérence avec le PNNS ». Initié en 2007, ce réseau entre les villes et les communes signataires regroupe 158 villes et 9 communautés de communes en France.</p>

STRATÉGIES CENTRÉES SUR LE CHANGEMENT DE L’ENVIRONNEMENT POLITIQUE

Transformations de cibles politiques : PROG → POL → IND

Ce type de stratégie, encore relativement peu utilisée en PMPS, se conçoit le plus souvent comme un programme visant à influencer des représentants politiques dans le but de les amener à légiférer sur un dossier en lien avec la santé [tableau IX]. Il s’agit donc d’influer sur les processus politiques, la formulation de lois et de politiques publiques, ce qui implique le plus souvent des efforts de *lobbying* et des plaidoyers auprès des pouvoirs politiques de tous niveaux. La Fédération de l’âge d’or du Québec (Fadoq) a ainsi mis en place un programme d’activités visant à influencer favorablement les politiques de santé destinées aux aînés. Ces activités ont impliqué par exemple la rédaction d’un mémoire dans le cadre de la Commission Romanow sur l’avenir des soins de santé au Canada, des manifestations et des pétitions en vue de l’augmentation du supplément de revenu gouvernemental, etc.

TABLEAU IX

Exemples de stratégies visant la transformation de cibles politiques

Exemple québécois	Exemple français
<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Activités de lobbying</i> : des mémoires soulignant l'importance de promouvoir la santé des aînés ont été déposés par des organismes de santé publique dans le cadre des travaux de la Commission Romanow sur l'avenir des soins de santé au Canada et de la consultation publique sur les conditions de vie des aînés. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Rapport annuel du mal logement</i> : la Fondation Abbé Pierre publie tous les ans un rapport sur le mal logement en France. Cet état des lieux du mal logement concerne toutes les personnes vulnérables, notamment les personnes vieillissantes sans abri. Le rapport vise à faire pression sur les politiques en lien avec le logement et les personnes âgées.

Mise en réseau de cibles politiques : PROG → [POL - POL] → IND

De façon similaire à la stratégie d'intervention précédente, les stratégies centrées sur la création de réseaux d'environnements politiques **[tableau X]** demeurent relativement rares dans le domaine de la PMPS, et qui plus est, en santé des aînés. Ce type de stratégie vise à établir des liens entre les représentants politiques, avec pour objectif l'amélioration de la santé d'une population-cible.

TABLEAU X

Exemples de stratégies impliquant la mise en réseau de cibles politiques

Exemple québécois	Exemple français
<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Comité interministériel sur le logement</i> : mis sur pied par le secrétariat aux Aînés, le Comité s'assure de la mise en œuvre des actions prévues en matière de logement pour les aînés dans le plan d'action gouvernemental. Il réunit des acteurs de différents ministères (sécurité publique, santé et services sociaux, affaires municipales et métropole) et différentes institutions concernées par les mesures du plan. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Comité interministériel sur le handicap</i> : ce comité réunit différents ministères (logement, culture, recherche, travail, sport, défense, anciens combattants, collectivités territoriales), rencontre l'ensemble des partenaires, prépare les réunions interministérielles ainsi que la Conférence nationale triennale du handicap. Le comité s'attarde à de grandes questions, telles que l'accessibilité, qui concerne particulièrement les aînés.

En somme, il est possible de recourir à une grande variété de stratégies en vue d'influencer la santé des aînés. Les nombreux exemples québécois et français présentés dans ce chapitre démontrent bien que les programmes peuvent cibler autant les aînés que leur environnement interpersonnel, organisationnel, communautaire ou politique. Une approche écologique nécessite d'agencer ces différents types de stratégies, de façon à offrir un éventail d'actions complémentaires sur différentes cibles. Enfin, il faut mentionner que la liste des différents types de stratégies, présentée plus haut, ne se veut pas exhaustive. En effet, des stratégies mixtes impliquant des enchaînements de divers types de cibles peuvent également être déployées en pratique.

Bibliographie

- [1] Albert S. M., Freedman V. A. *Public Health and Aging*. New York : Springer Publishing Company, 2009 : 427 p.
- [2] Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). Policies for Healthy Ageing: An Overview. In : OECD. *Health Working Papers*. Paris : OECD, 2010 : 32 p.
- [3] Glass T. A., Balfour J. L. Neighborhoods, Aging, and Functional Limitations. In : Kawachi I., Berkman L. F. dir. *Neighborhoods and Health*. Oxford : Oxford University Press, 2003, p. 303-334.
- [4] Richard L., Gauvin L., Gosselin C., Ducharme F., Sapinski J. P., Trudel M. Integrating the Ecological Approach in Health Promotion for Older Adults. A Survey of Programs Aimed at Elder Abuse Prevention, Falls Prevention, and Appropriate Medication Use. *International Journal of Public Health*, 2008, n° 53, p. 46-56.
- [5] Hooyman N. R., Kiyak H. A. *Social Gerontology: A Multidisciplinary Perspective*. Boston : Allyn & Bacon, 2011 : 816 p.
- [6] Green L. W., Kreuter M. W. *Health Promotion Planning. An Educational and Ecological Approach*. Mountain View : Mayfield, 2005 : 506 p.

Analyse écologique de deux programmes de prévention et promotion de la santé en direction des aînés

LUCETTE BARTHÉLÉMY
MANON PARISIEN
SOPHIE LAFOREST
STÉPHANIE PIN

À la fin de ce chapitre, le lecteur sera en mesure de :

- situer, dans le modèle écologique, les principales composantes de deux initiatives en matière de prévention et promotion de la santé : le Plan national Bien vieillir français et les activités de l'équipe Prévention, promotion, santé et vieillissement du Québec ;
- expliquer l'utilité du modèle écologique dans le cadre d'une programmation nationale ou locale en promotion de la santé des aînés.

Cette section vise à appliquer le modèle écologique de Richard et collaborateurs [1] à deux programmes mis en œuvre dans chacun des pays partenaires. Ceux-ci ont été choisis parce qu'ils proposent un ensemble organisé et cohérent d'actions de prévention et de promotion de la santé en direction des aînés. Pour la France, nous avons retenu le Plan national Bien vieillir 2007-2009 qui présente une dimension nationale et vise à coordonner l'action de différents acteurs nationaux de santé publique ou de gérontologie. Pour le Québec, notre attention s'est portée sur la programmation de l'équipe de pointe en promotion de la santé des aînés du centre de santé et de services sociaux Cavendish, laquelle propose une large palette d'actions. Ce chapitre ne vise pas à comparer les deux programmes, qui sont extrêmement différents en termes d'objectifs, d'ampleur, de couverture et de pilotage ; il ne cherche pas non plus à en faire une évaluation. L'objectif de ce chapitre est de montrer *comment* le modèle écologique peut être utilisé pour réfléchir et

analyser les stratégies d'intervention, les milieux investis et les cibles visées. Cet exercice permet d'illustrer, au moyen d'actions effectivement mises en œuvre dans les deux pays partenaires, les stratégies présentées plus haut en matière de prévention des maladies et de promotion de la santé des aînés. Pour ce faire, nous reprenons le modèle de l'approche écologique [figure 1, p. 43] et y insérons les différentes actions et mesures proposées dans chacun des deux programmes. Cet exercice permet de montrer l'étendue des milieux et des cibles d'intervention visés dans ces programmes et d'enrichir la réflexion sur les stratégies d'intervention auprès des aînés. L'exposé fait ainsi appel aux mêmes conventions d'écriture.

LE PLAN NATIONAL BIEN VIEILLIR 2007-2009

Présentation du Plan national Bien vieillir (PNBV)

Présenté le 30 janvier 2007, et associant les ministères chargés de la Santé, des Sports et des Solidarités, ce plan de santé publique s'inscrit dans la continuité des travaux sur le Programme Bien vieillir, initié en 2003, puis reconduit en 2005, par le secrétariat d'État.

Le Plan national Bien vieillir 2007-2009 [2] avait pour ambition de proposer des solutions pour un vieillissement réussi, tant du point de vue de la santé individuelle que des relations sociales, en valorisant l'organisation et la mise en œuvre d'actions de prévention adaptées, qui s'inscrivaient dans les recommandations issues des ateliers européens *Healthy Ageing* [3]. Aussi les objectifs généraux du plan étaient-ils de promouvoir, chez les personnes âgées de 55 à 75 ans :

- des stratégies de prévention des complications des maladies chroniques (hypertension, troubles sensoriels, de la marche et de l'équilibre, etc.) ;
- des comportements favorables à la santé (pratique d'activités physiques et sportives, nutrition saine) ;
- l'amélioration de l'environnement individuel et collectif, c'est-à-dire de la qualité de vie de la personne âgée tant en termes de logement que d'aides techniques et d'aménagement de la cité ;
- le renforcement du rôle social des aînés en favorisant leur participation à la vie sociale, culturelle, artistique, en consolidant les liens entre générations et en promouvant la solidarité intergénérationnelle.

Son pilotage relevait de trois directions ministérielles : la direction générale de la Santé (DGS), la direction des Sports et la direction générale de l'Action sociale (DGAS), devenue direction générale de la Cohésion sociale (DGCS).

Un comité de suivi avait été constitué sous la présidence du Pr. Jean-Pierre Aquino, gériatre et professeur de santé publique. Il rassemblait les différents opérateurs du plan national, les partenaires institutionnels et associatifs, ainsi que des experts en gérontologie, en gériatrie et en santé publique.

Neuf axes opérationnels étaient définis, chacun relevant d'une thématique particulière.

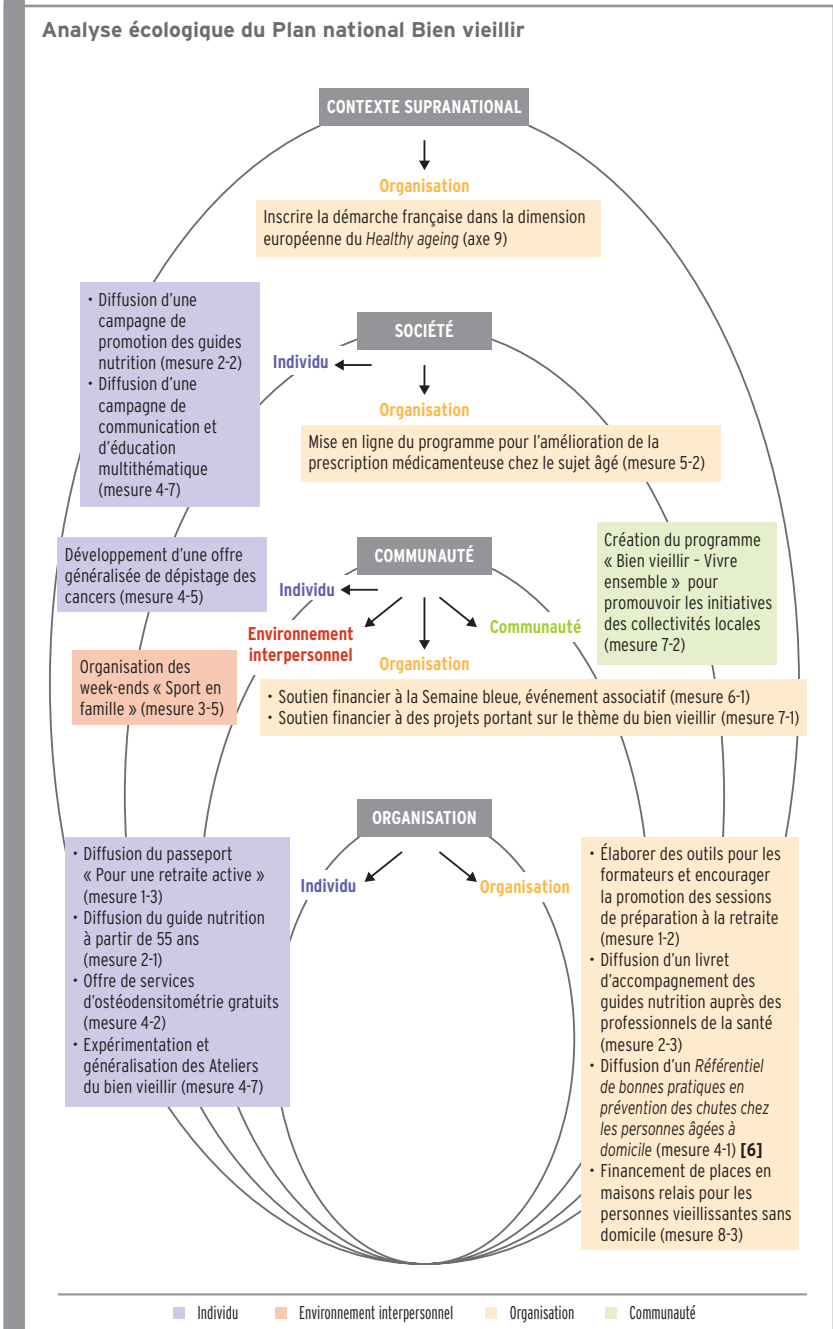
- Axe 1 : dépister et prévenir les facteurs de risque d'un vieillissement lors du départ à la retraite.
- Axe 2 : promouvoir une alimentation équilibrée pour rester en forme après 55 ans.
- Axe 3 : promouvoir une activité physique et sportive.
- Axe 4 : prévenir les facteurs de risque et les pathologies influençant la qualité de vie.
- Axe 5 : promouvoir le bon usage des médicaments.
- Axe 6 : promouvoir la solidarité entre les générations par l'intergénérationnel et le « vivre ensemble ».
- Axe 7 : développer le « bien vieillir » au niveau local.
- Axe 8 : développer la recherche et l'innovation dans le domaine du « bien vieillir ».
- Axe 9 : inscrire la démarche française dans la dimension européenne (*the Healthy Ageing EU Project 2004-2007* [3]).

Ces neuf axes se déclinaient en 32 mesures qui bénéficiaient de financements ciblés. Certaines de ces mesures, notamment pour les axes 2 et 3, étaient communes avec celles du Programme national nutrition-santé (PNNS).

Tel qu'illustré à la **figure 1**, le Plan national Bien vieillir peut être qualifié d'écologique. En effet, on constate que les actions et mesures se déploient dans plusieurs milieux d'intervention incluant les organisations offrant des services aux aînés, les communautés, la France entière et même l'Europe. De plus, dans chacun des milieux, on constate une variété de cibles d'intervention, à savoir les aînés à proprement parler, leur famille, les intervenants agissant auprès des aînés et les acteurs politiques. Le Plan national Bien vieillir atteint ainsi plusieurs milieux et plusieurs cibles, objectif inhérent au modèle écologique. Dans les paragraphes suivants, nous reprendrons en détail chacun de ses éléments. Il convient auparavant d'évoquer brièvement les étapes d'évaluation qui ont accompagné son déploiement.

FIGURE 1

Analyse écologique du Plan national Bien vieillir



Quelle évaluation du Plan national Bien vieillir ?

Une évaluation du Plan national Bien vieillir a été réalisée par le Haut Conseil de santé publique (HCSP) en 2010. Un comité d'évaluation composé de membres du HCSP et d'experts du champ du vieillissement dans les domaines clinique, de la santé publique, de l'épidémiologie et des sciences humaines et sociales a été mis en place. Les conclusions de ce comité d'évaluation ont été formalisées dans un rapport rendu public au début de l'année 2011 [4]. Sur les 32 mesures prévues, 16 ont été mises en œuvre en totalité et 6 autres l'ont été partiellement. Pour 6 autres d'entre elles, le comité d'évaluation ne disposait pas d'information suffisante pour établir le degré de mise en œuvre. Enfin, 4 mesures n'ont pas été mises en œuvre ou ont été intégrées dans d'autres actions.

Le plan s'est appuyé sur les recommandations issues du projet européen *Healthy Ageing 2004-2007* qui insistaient sur l'importance de dépasser l'approche par pathologie ou comportement de santé, pour privilégier une approche considérant la personne vieillissante dans sa globalité. Le comité d'évaluation s'est penché sur la pertinence des mesures proposées, soulignant l'intérêt de l'approche intersectorielle et populationnelle adoptée. L'évaluation a néanmoins permis de pointer les difficultés de mise en œuvre de l'intersectorialité, lesquelles ont entraîné des problèmes d'articulation entre certaines mesures. Il est apparu, de plus, que les mesures portant sur l'environnement et sur les populations vulnérables (immigrés vieillissants notamment) avaient été les plus difficiles à mettre en œuvre.

Le modèle écologique permet d'affiner cette analyse du Plan national Bien vieillir et d'organiser les différentes mesures effectivement mises en œuvre selon les milieux et les cibles d'intervention concernés¹. Résultant de cette démarche, la **figure 1** offre une visualisation générale des mesures mises en œuvre dans le cadre du Plan national Bien vieillir.

Les milieux concernés

L'analyse des mesures contenues dans le plan montre que les aînés sont rejoints *via* différents milieux en fonction de leur appartenance à tel ou tel ensemble géographique (Europe, France, collectivités territoriales) ou organisationnel (associations, services de santé, etc.). D'autre part, l'analyse permet également de constater qu'une pluralité de cibles sont visées par le plan. Les cibles communautaires et politiques semblent toutefois plus rarement investies par les mesures.

1. Les mesures portant sur des projets de recherche ou sur l'élaboration de méthodes et d'outils n'ont pas été retenues pour les fins de cette analyse.

Les stratégies utilisées

Dans la section suivante, nous examinerons les différentes stratégies utilisées par les mesures du Plan national Bien vieillir.

Stratégies centrées sur le changement de l'individu (PROG → IND)

Six actions du plan utilisent cette stratégie :

- la **mesure 1-3** : dans le cadre de cette mesure, un document d'information à destination des personnes partant à la retraite – « Passeport pour une retraite active » – a été élaboré par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (Cnavts). Plusieurs thématiques y sont abordées : bénévolat, comportements de santé (alimentation, activité physique), services à la personne et ressources locales. Le passeport est remis aux nouveaux retraités lors de l'entretien pour le départ à la retraite dans les agences locales d'assurance vieillesse et il est mis à disposition des aînés dans les différents points d'information ;
- la **mesure 2-1** : elle prévoyait l'édition et la diffusion d'un guide nutrition pour les 55 ans et plus. Cette mesure était également incluse dans le Programme national nutrition-santé (PNNS). Élaboré par un groupe de travail piloté par l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments et des produits sanitaires (Afssaps), ce guide décline les repères du PNNS adaptés aux plus de 55 ans concernant le rythme des trois repas par jour, la consommation de fruits, de légumes et de produits laitiers, de même que l'activité physique. Il a été édité par l'Inpes à 1,5 millions d'exemplaires et diffusé aux personnes concernées, par l'intermédiaire des organismes spécialisés en gérontologie (à l'instar des centres locaux d'information et de coordination gérontologiques), des antennes régionales et départementales de l'Assurance maladie, de l'Assurance retraite, des mutuelles et des caisses de retraite complémentaires ;
- la **mesure 2-2** : en parallèle, et afin de faire connaître le guide au plus grand nombre, une campagne de communication a été organisée par l'Inpes en utilisant différents médias (télévision, presse télévisée et affichage en pharmacie) ;
- la **mesure 4-2** : dans le cadre de cette mesure, il était prévu de favoriser la prévention des fractures et le dépistage de l'ostéoporose. Le plan a permis que l'ostéodensitométrie – examen mesurant la densité minérale osseuse – soit remboursée chez toute femme ménopausée présentant des facteurs de risque d'ostéoporose, tels que définis par la Haute Autorité de santé (HAS) [5]. Cet examen est prescrit par le médecin traitant des femmes concernées ;
- la **mesure 4-5** : elle fait référence à la mise en œuvre du Plan cancer sur les questions de dépistage. Il s'agissait ici de faciliter la généralisation du dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal. Pour le cancer du sein, le dépistage concerne les femmes âgées de 50 à 74 ans qui sont invitées à se faire dépister tous les deux ans (mammographie avec double lecture et examen clinique des seins), sans avance de frais.

Le dépistage du cancer colorectal est proposé par les pouvoirs publics aux hommes et femmes de 50 à 74 ans. L'organisation locale et la promotion des dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal (et pour certains départements, du cancer du col de l'utérus) sont assurées sur le territoire par 90 structures de gestion départementales ou interdépartementales. Ces actions s'accompagnent de campagnes de sensibilisation réalisées par l'Institut national du cancer (INCa) ;

■ la **mesure 4-7** : l'Inpes a réalisé une campagne de communication télévisée et multithématique qui a été diffusée à trois reprises durant la durée du plan. Une trentaine de spots d'une minute environ ont été élaborés ; ils abordaient différents risques ou problèmes de santé fréquents durant le vieillissement, proposaient une information précise sur le processus de vieillissement de l'organisme et offraient des conseils de prévention pratiques. Ils s'adressaient principalement aux personnes de plus de 60 ans, nouvellement retraitées, actives et en bonne santé. Ces messages ont été diffusés sur les chaînes de la télévision publique.

Stratégies misant sur la création de réseaux entre les individus
(PROG → [IND - IND])

■ la **mesure 4-7** qui comportait également la campagne de communication multithématique de l'Inpes, un programme national d'éducation pour la santé, intitulé les « Ateliers du bien vieillir », a été expérimenté sur le territoire français. Élaborés par la Mutualité sociale agricole (MSA), ces ateliers rassemblent des groupes d'aînés qui se rencontrent à six reprises pour aborder différentes thématiques : mémoire, dépression, nutrition, activité physique, risque osseux, prévention des chutes, organe des sens, sexualité, sommeil et médicaments. L'évaluation, menée auprès de 1 000 aînés ayant suivi les ateliers, a permis de montrer que ce programme d'éducation pour la santé a un impact positif sur les comportements de santé des participants ; en outre, les aînés ayant participé aux ateliers se sont engagés dans d'autres activités de prévention à l'issue du programme et ont conservé des liens entre eux.

Stratégies centrées sur le changement de l'environnement interpersonnel
(PROG → INT → IND)

■ la **mesure 3-5** prévoyait de renforcer la communication autour des activités physiques et sportives en organisant, dans chaque département et au sein de chaque fédération d'associations sportives, une journée portes ouvertes. L'action a été intégrée dans le cadre plus large de l'opération « Week-end sport en famille » organisée par le ministère chargé des Sports. L'objectif est de permettre à un large public de découvrir, en les pratiquant, des activités physiques et sportives en famille et d'inciter le plus grand nombre à développer cette pratique familiale tout au long de l'année. Une large place est laissée à la dimension intergénérationnelle.

*Stratégies centrées sur le changement dans les organisations**(PROG → ORG → IND)*

Cinq mesures concernent cette cible :

- la **mesure 1-2** : dans le cadre de cette mesure, un guide d'aide à l'action a été élaboré par l'Inpes pour permettre aux formateurs, aux promoteurs d'actions de prévention et au personnel des ressources humaines de mettre en place des sessions collectives de préparation à la retraite. L'objectif de ce guide est de fournir une base de connaissances sur le bien vieillir, de proposer des cadres d'intervention et de présenter les sujets et problématiques à aborder lors de ces sessions de préparation à la retraite ;
- la **mesure 2-3** : un livret d'accompagnement destiné aux professionnels de la santé (médecins généralistes et spécialistes, professionnels paramédicaux, pharmaciens) complète la diffusion des guides nutrition. Il vise à sensibiliser les professionnels à leur rôle en matière d'éducation à la santé et de prévention sur la thématique de l'alimentation et de l'activité physique ;
- la **mesure 4-1** prévoyait la diffusion et la promotion du référentiel de bonnes pratiques *Prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile* [6], édité par l'Inpes, et fruit d'une collaboration entre experts français, québécois et suisses. Cinq mille exemplaires de ce guide ont été diffusés aux professionnels concernés par la planification et la mise en œuvre d'actions de prévention des chutes ; durant la durée du plan, le référentiel a également été mis en ligne. Un document synthétique de quatre pages a été diffusé aux professionnels de la santé et aux professionnels du secteur médicosocial et social ;
- la **mesure 7-1** concernait la diffusion, chaque année durant le plan, d'un appel à projets conjoints entre la direction générale de la Santé (DGS), la direction générale de l'Action sociale (DGAS) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Cet appel à projets devait permettre d'identifier et de soutenir financièrement des programmes d'actions coordonnés, développés sur des territoires ciblés (départements, communes, communautés de communes, agglomérations...) visant à prévenir la perte d'autonomie, promouvoir les comportements favorables à un vieillissement réussi et l'amélioration de la qualité de vie. L'appel à projets était diffusé et géré par les directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales ;
- la **mesure 8-3** : dans le cadre de cette mesure visant la mise en place d'expérimentations ciblées sur certaines populations de personnes âgées (sans domicile fixe, migrants), 198 places en maisons relais ont été adaptées pour accueillir des résidents dont l'autonomie se trouvait réduite du fait de leur âge et de leur état de santé.

Stratégies misant sur la création de réseaux entre les organisations
(PROG → [ORG – ORG] → IND)

Trois mesures s'inscrivent dans ce type de stratégies :

- la **mesure 5-2** a permis la mise en ligne d'un programme pour l'amélioration de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé. Élaboré et mis à jour par la Haute Autorité de santé (HAS), ce site à vocation nationale offre aux prescripteurs et aux professionnels de la santé une approche par situation clinique, des outils développés sur la base de l'expertise clinique et des preuves scientifiques, ainsi qu'une plateforme nationale d'échanges et de groupes de coopération pluri-professionnels. La démarche couvre tous les temps de la prescription, en amont pour prévenir l'iatrogénie et en aval pour réviser les traitements, repérer et maîtriser l'iatrogénie ;
- la **mesure 6-1** visait à contribuer au développement de la Semaine bleue, ou Semaine nationale des retraités et personnes âgées, moment privilégié de la vie associative qui vise à informer et sensibiliser l'opinion sur la contribution des retraités et des personnes âgées à la vie économique, sociale et culturelle au travers d'animations intergénérationnelles. Un comité national, composé de représentants d'associations et d'organismes nationaux et coordonné par l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPPS), définit chaque année le thème et l'organisation générale de la semaine, en lien avec les comités départementaux. La direction générale de la Cohésion sociale soutient financièrement cette initiative, en particulier le prix « Inter génération » ;
- l'**axe 9** concernait l'inscription de la démarche française dans la dimension européenne et, plus spécifiquement, dans les travaux du projet *Healthy Ageing*. Ce projet, porté par le réseau *EuroHealthNet* auquel l'Inpes appartient, a permis l'élaboration de recommandations et de propositions stratégiques sur le bien vieillir à destination des États représentés dans le projet et plus largement des États membres de l'Union européenne (U.E.). Terminé en 2007, il s'est poursuivi sous la forme de groupes de réflexion qui visent à influencer les politiques publiques nationales et européennes et à favoriser l'émergence d'actions ou de programmes prometteurs.

Stratégies centrées sur le changement des communautés territoriales
(PROG → COM → IND)

- la **mesure 7-2** a permis la création d'un programme « Bien vieillir, vivre ensemble » dont l'objectif est de promouvoir les initiatives des collectivités locales. Trente-quatre villes ont été sélectionnées et se sont engagées à mettre en œuvre une procédure sur cinq années comprenant un audit urbain, l'élaboration d'un plan d'action à partir des données issues de la phase diagnostique, la mise au point d'indicateurs de suivi, la mise en œuvre et l'évaluation des actions.

Déployant des mesures dans plusieurs milieux d'intervention et en direction de plusieurs cibles, le Plan national Bien vieillir atteint l'objectif d'être multimilieu et multicible, donc d'être écologique. On constate toutefois un investissement important des cibles individuelles et organisationnelles, au détriment d'actions dirigées vers des cibles interpersonnelles, communautaires et politiques. L'ampleur nationale du Plan Bien vieillir aurait pourtant permis une mise en œuvre de mesures visant, par exemple, à déployer des dispositifs d'échanges ou d'information à destination des proches-aidants ou des communautés sur l'ensemble du territoire français ou, en investissant l'échelon régional, d'impulser des politiques intersectorielles sur l'habitat, les transports, la participation sociale ou la vie citoyenne des aînés.

LES ACTIVITÉS DE PRÉVENTION, PROMOTION, SANTÉ ET VIEILLISSEMENT : UN SERVICE DE POINTE DU CSSS CAVENDISH

La dernière restructuration du réseau de la santé au Québec a réaffirmé la responsabilité des instances publiques locales en termes d'amélioration de la santé des populations. Ce chapitre vise à décrire le fonctionnement et les réalisations de l'équipe Prévention, promotion, santé et vieillissement (PPSV). Ce service local implanté au sein d'un centre de santé et de services sociaux (CSSS) tire son originalité de sa composition qui rallie les mondes de l'intervention et de la recherche. Vouée à la promotion du vieillissement actif, l'équipe PPSV est amenée à développer des projets diversifiés, tant au niveau des cibles et des stratégies, que des milieux d'intervention. Les prochaines sections dressent d'abord un bref tableau de l'organisation des services de santé au Québec. Sont ensuite décrits les cinq services de pointe du centre de santé et de services sociaux Cavendish et plus particulièrement les projets menés par l'équipe PPSV.

Organisation des services de santé au Québec

En 2003, ont été créés les 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) du Québec dont chacun est le « chef d'orchestre » des soins de santé et des services sociaux d'une population géographiquement délimitée. Les CSSS sont nés de la fusion de centres locaux de services communautaires (CLSC), de centres d'hébergement et, dans la majorité des cas, d'un hôpital. Le CSSS représente le palier d'organisation de services le plus rapproché de la population, dans un système qui comporte trois niveaux : *provincial* (le ministère), *régional* (les agences) et *local* (les CSSS).

En matière de prévention et de promotion de la santé, chaque CSSS produit un plan d'action local en santé publique. Ce plan actualise les priorités provinciales et régionales en matière de santé publique, tout en les adaptant à la réalité locale. Investis d'une responsabilité populationnelle, les CSSS partent des ressources et des besoins locaux pour organiser les services. En

vertu du principe de la hiérarchisation des services, les CSSS doivent de plus garantir une complémentarité de services et faciliter le cheminement des usagers au sein des différentes composantes du réseau, notamment entre les services médicaux courants et spécialisés [encadré 1].

ENCADRÉ 1

Une organisation locale fondée sur l'approche populationnelle

L'approche populationnelle suppose que les autorités régionales et locales ont une responsabilité vis-à-vis de la santé de l'ensemble des individus de leur territoire, particulièrement en ce qui a trait à l'accessibilité aux services appropriés et à l'efficacité des interventions et des actions dans les milieux de vie.

L'approche populationnelle se traduit en six étapes de planification, confiées aux centres de santé et de services sociaux :

- 1) établir le portrait de santé de la population du territoire ;
- 2) définir les priorités qui reflètent la vision locale des besoins ;
- 3) identifier les interventions efficaces tant sur le plan clinique qu'organisationnel ;
- 4) organiser les services locaux ;
- 5) évaluer les résultats en les comparant aux objectifs de départ ;
- 6) rendre compte des résultats en informant la population, ainsi que les instances régionales et provinciales.

Source : [7]

Présentation du centre de santé et de services sociaux Cavendish

Le centre de santé et de services sociaux Cavendish, situé sur l'île de Montréal, a pour mission d'améliorer la santé et le bien-être des 120 000 résidents de son territoire. Il s'agit d'un centre affilié universitaire, c'est-à-dire qui a établi des conventions avec plusieurs universités pour l'enseignement et la recherche. C'est à travers son Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (Creges) que s'actualise cette mission universitaire. Le Creges réunit les mondes de la recherche, de la pratique professionnelle et de l'action citoyenne autour d'un projet commun : améliorer les interventions et les services publics afin de favoriser la participation sociale des aînés [8].

Le CSSS Cavendish offre toute une gamme de services aux aînés de son territoire : clinique médicale, services à domicile, centre de réadaptation, centres de jour et centres d'hébergement et de soins de longue durée, etc. En plus de ces programmes traditionnels, le CSSS Cavendish s'est doté de cinq services de pointe dans des thématiques liées au domaine de la gérontologie sociale. Ces services ont comme mandat de développer, d'évaluer

et de diffuser des pratiques novatrices. Le partage de connaissances, le partenariat, la recherche et l'enseignement leur permettent de faire avancer les pratiques professionnelles. La section suivante décrit les cinq services de pointe du CSSS Cavendish.

Centre de soutien aux aidants naturels

Le centre de soutien aux aidants naturels offre du soutien et du conseil aux proches-aidants des clients du CSSS. Il s'agit de suivis individuels ou de groupes animés par un professionnel. Les proches-aidants peuvent aussi compter sur différents services de répit : des centres de jour, la halte-répit et le programme de stimulation à domicile animé par des étudiants. Ce service de pointe gère aussi deux ressources dont les retombées dépassent le territoire du CSSS Cavendish : le réseau « Entre-aidants² », un service de renseignements et de soutien par le biais de téléconférences et le réseau des professionnels pour les proches-aidants, qui regroupe 36 partenaires professionnels.

Centre de consultation sur l'abus envers les aînés

Le centre de consultation sur l'abus envers les aînés applique un dépistage systématique des facteurs de risque à la clientèle du CSSS Cavendish et, en cas d'abus, un protocole d'intervention est déployé par des intervenants spécialisés. La ligne Aide Abus Aînés dessert l'ensemble de la province. Il s'agit d'un accès téléphonique, disponible sept jours par semaine, pour de l'écoute, de l'accompagnement et de l'intervention en cas de crise. L'équipe d'intervenants a aussi développé, avec le service de police provincial, un atelier largement diffusé auprès du grand public sur le thème de l'abus, intitulé Aînés-Avisés³. Un service de consultation téléphonique est aussi disponible pour les intervenants du Québec qui peuvent soumettre des cas complexes à une équipe d'intervenants cumulant divers champs d'expertise médicale, légale et sociale.

Santé mentale et vieillissement

Le service de pointe Santé mentale et vieillissement offre des services spécialisés de promotion de l'autonomie psychosociale, de prévention et de dépistage à la population du territoire du CSSS Cavendish [9]. Une ouverture permanente des dossiers des clients adultes qui présentent une problématique de santé mentale permet d'être proactif à l'égard des problèmes liés au vieillissement. Un des outils de dépistage et d'évaluation privilégiés est l'échelle du comportement psychogériatrique à risque (PARBAS) [10]. L'équipe mène aussi le projet Prévention-Intervention-Éducation dans lequel divers membres de la communauté sont outillés pour dépister les personnes isolées ou psychologiquement à risque en vue de les référer aux professionnels du CSSS. Ces « liaisons communautaires » sont

2. En ligne : <http://www.reseauentraidants.com> [dernière consultation le 04/06/2012].

3. En ligne : <http://www.fadoq.ca/aineavise/fr/Accueil> [dernière consultation le 04/06/2012].

recrutées parmi les citoyens qui côtoient des aînés dans le cadre de leur travail (commis de banque, concierges, coiffeurs, etc.) [11].

Soins palliatifs communautaires

Ce service émergent vise à répondre aux besoins des personnes en fin de vie et de leurs proches, et à parfaire les compétences des intervenants qui offrent des services en soins palliatifs à domicile. Des bénévoles formés à l'université réalisent des visites d'amitié bihebdomadaires auprès de personnes en fin de vie. Les intervenants organisent des formations pour les professionnels du réseau de la santé [12, 13]. En 2010, les intervenants ont organisé un colloque sur les soins palliatifs qui a réuni 300 participants autour de cet important enjeu en gérontologie⁴.

Prévention, promotion, santé et vieillissement (PPSV)

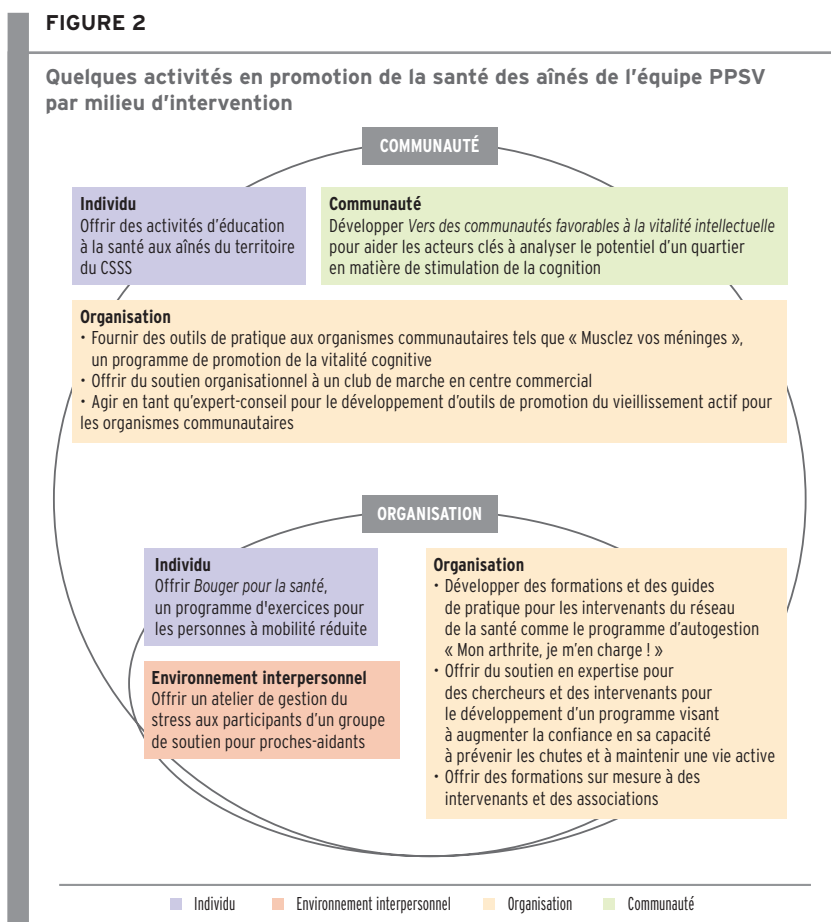
Cette équipe vise à faire avancer les pratiques des intervenants du réseau de la santé et des milieux communautaires en matière de promotion du vieillissement actif. Un aspect important de son mandat est de développer des formations et des guides de pratique. Les interventions développées concernent tout autant les aînés autonomes vivant dans la communauté, que ceux qui présentent une perte d'autonomie, le vieillissement actif étant considéré comme un processus et une finalité. Des exemples concrets de réalisation de l'équipe PPSV seront présentés plus loin [figure 2].

Les services de pointe sont composés d'équipes interdisciplinaires regroupant des praticiens, des étudiants, des chercheurs et des aînés qui travaillent en partenariat à développer des savoirs, des pratiques et des services novateurs. Plusieurs disciplines sont représentées : le travail social, la sociologie, la psychologie, l'anthropologie, la santé publique, l'épidémiologie, la kinésiologie, la réadaptation, les soins infirmiers et la gestion. En termes de services directs à la population, les intervenants des services de pointe du CSSS Cavendish ont souvent une mission locale, leurs activités étant destinées en priorité à la population du territoire de desserte de l'organisation. Par contre, leur mandat est de portée provinciale lorsqu'il s'agit de développer l'expertise et la recherche dans leur domaine. Chaque équipe possède donc un réseau étoffé de partenaires intersectoriels locaux, nationaux et internationaux.

Jusqu'à maintenant, chacune des cinq équipes produit son propre plan d'activités. Sauf en ce qui concerne l'équipe Prévention, promotion, santé et vieillissement (PPSV), cette planification n'est pas nécessairement centrée sur l'approche écologique proprement dite. Cela dit, une conception écologique se dégage de l'ensemble de l'œuvre, probablement du fait que la gérontologie sociale est un domaine vaste qui exige une conception globale des enjeux liés au vieillissement et qui justifie le recours à des cibles, des

4. En ligne : http://www.creges.ca/pluriages_2_1.pdf [dernière consultation le 04/06/2012].

stratégies et des milieux d'intervention multiples. La **figure 2** illustre quelques activités de l'équipe PPSV.



Analyse écologique des activités de l'équipe Prévention, promotion, santé et vieillissement (PPSV)

L'analyse des principales activités de l'équipe PPSV montre que les aînés sont rejoints en leur qualité soit de résident d'une localité (milieu communautaire), soit de client du centre de santé et de services sociaux Cavendish ou de ses partenaires (milieu organisationnel). Les milieux sociétal et supranational sont peu exploités, ce qui s'explique par le mandat local et régional de l'organisation. D'autre part, l'analyse permet également de constater qu'une pluralité de cibles sont visées : l'individu, son environnement interpersonnel (les proches-aidants), l'organisation et la communauté. La prochaine section dresse un tableau des principales activités de l'équipe PPSV selon leurs cibles respectives.

Des activités centrées sur le changement de l'individu (PROG → IND)

- Offrir des activités d'éducation à la santé aux aînés du territoire du CSSS Cavendish, telles que des ateliers visant à favoriser l'adaptation aux changements de milieu de vie (aménagement dans une résidence pour aînés) et des rencontres de sensibilisation sur la prévention des chutes. Certaines de ces activités sont offertes aux aînés dans la communauté et d'autres à la suite d'une référence par les professionnels du CSSS (milieux COM et ORG).
- Offrir « Bouger pour la santé », un programme d'exercices adapté aux personnes ayant une mobilité réduite secondaire à divers problèmes de santé tels que les séquelles d'un accident vasculaire cérébral (AVC), la déficience visuelle et l'obésité, en partenariat avec un centre communautaire et un centre de réadaptation, et grâce à la participation d'étudiants de second cycle en kinésiologie.

Des activités centrées sur le changement de l'environnement interpersonnel (PROG → [INT – INT] → IND)

- Offrir un atelier de gestion du stress de six rencontres dans le cadre d'un groupe de soutien à des proches-aidants.

Des activités centrées sur le changement dans les organisations (PROG → ORG → IND)

- Développer des guides de pratique éprouvés pour les intervenants du réseau de la santé, tels que le programme d'autogestion « Mon arthrite, je m'en charge ! », un programme destiné aux aînés en perte d'autonomie [14]. De même, développer des formations sur mesure pour des organisations, par exemple : une conférence pour l'Association des infirmières en soins de pieds du Québec sur le thème de l'autogestion de l'arthrite, ou encore une formation pour le personnel d'une grande chaîne de pharmacies du Québec sur le thème des aides techniques pour favoriser l'autonomie des aînés.
- Produire des outils validés et testés destinés à aider le personnel des milieux communautaires à promouvoir le vieillissement actif. Par exemple, le programme « Muscler vos méninges » a été conçu pour promouvoir la vitalité intellectuelle chez les aînés préoccupés par les changements cognitifs liés au vieillissement [15]. Un guide d'animation de marche avec bâtons pour aînés, réalisé dans le cadre de l'accueil d'une étudiante de l'université de Nancy (France) [16] est aussi diffusé. De plus, l'équipe développe actuellement une trousse pour habiliter les responsables des groupes communautaires à promouvoir l'activité physique chez les aînés [17]. Cette trousse comportera des outils pour soutenir les différentes étapes d'implantation d'activités, telles que le

recrutement, la motivation des aînés et la sécurité lors de l'activité physique.

- Soutenir un club de marche en centre commercial pour les aînés (*Marche-o-Mail*), selon une approche d'autonomisation, en aidant le comité organisateur à coordonner la gestion administrative, le recrutement et les activités spéciales comme des discussions sur le vieillissement actif.

- Offrir du soutien conseil à des organismes communautaires pour développer et mettre en place des interventions de promotion de la santé dans la communauté, notamment un programme d'exercices animé par du personnel non professionnel et destiné à être diffusé à travers le réseau des centres de loisirs pour aînés.

- Agir à titre d'expert-conseil auprès des chercheurs et des intervenants intéressés par le vieillissement actif. Par exemple, un projet en collaboration avec une équipe de l'institut universitaire de gériatrie de Montréal a été initié dans le but de développer un programme, « Vivre en équilibre » [18], qui vise à augmenter le sentiment de confiance des aînés en leur capacité à prévenir les chutes et à maintenir une vie active. Ce programme fait actuellement l'objet d'une étude et sera éventuellement diffusé dans la communauté en vue d'être offert par des pairs bénévoles.

Des activités centrées sur le changement des communautés (PROG → COM → IND)

- L'outil *Vers des communautés favorables à la vitalité intellectuelle des aînés* [19] aide à analyser les ressources et les services d'une communauté pouvant contribuer à maintenir la vitalité intellectuelle chez les aînés. Cet outil comporte une grille de réflexion et propose une démarche concertée, destinée aux acteurs clés d'une communauté, et menant à la formulation d'un plan d'action pour augmenter le potentiel de stimulation cognitive d'un quartier.

Cette liste de projets de l'équipe PPSV fait foi d'une diversité de **cibles** d'intervention, allant de l'individu jusqu'aux communautés. Par contre, les systèmes politiques sont peu sollicités à ce jour. Il pourrait être envisagé de faire de la représentation auprès des décideurs afin d'influencer les politiques et les orientations de services en matière de vieillissement. Par exemple, en lien avec les travaux de l'équipe sur la vitalité intellectuelle, un mémoire pourrait être déposé afin de mobiliser les planificateurs de santé publique pour inclure des mesures de prévention de la perte d'autonomie cognitive dans le prochain Programme national de santé publique du Québec.

En ce qui concerne les **milieux** d'intervention, les intervenants et chercheurs de l'équipe PPSV ont recours à des stratégies pour rejoindre leurs cibles dans

deux systèmes sociaux : l'organisation et la communauté. Il y aurait un intérêt à tenter de rejoindre davantage les individus en leur qualité de *citoyens* d'un ensemble plus large, et non seulement comme *clients* d'une organisation ou résidents du quartier. Par exemple, il pourrait s'agir de développer une section « grand public » sur le site internet du centre de recherche afin de sensibiliser les aînés aux déterminants du vieillissement actif et de les renseigner sur les ressources pertinentes.

En regard des **stratégies** utilisées par l'équipe PPSV, celles-ci comportent l'intervention visant la transformation de cibles d'intervention (les aînés, les intervenants) et, dans une moindre mesure, la création de réseaux entre celles-ci. À ce sujet, il pourrait y avoir des stratégies de mise en réseau d'intervenants intéressés par le vieillissement actif. Par exemple, à la suite de leur participation à l'une des formations offertes par l'équipe PPSV, les intervenants pourraient être invités à faire partie d'une communauté de pratique, soutenue par une plateforme électronique, dans le but de stimuler le partage de connaissances et favoriser les bonnes pratiques.

La présentation des activités de l'équipe PPSV selon le modèle écologique met ainsi en lumière certaines forces de la programmation, mais porte aussi à réfléchir sur les dimensions à explorer afin de mieux diversifier les cibles, les milieux et les stratégies d'intervention. Le Plan national Bien vieillir, développé en France entre 2007 et 2009, et la programmation en promotion de la santé des aînés, du centre de santé et de services sociaux Cavendish, offrent tous deux une gamme variée et élargie d'actions visant la prévention des maladies et des traumatismes ainsi que la promotion de la santé des aînés. Si le milieu organisationnel est le milieu le plus investi par ces deux programmes, on note toutefois des actions en direction du milieu communautaire. La société et le niveau supranational sont moins investis, y compris par le plan français, qui a pourtant une dimension nationale. Concernant les cibles, les deux programmes peuvent être considérés comme des initiatives prometteuses : les actions mises en œuvre ou proposées concernent une diversité de cibles et ne se limitent pas à des actions auprès des individus. Les organisations et les communautés font notamment l'objet d'attentions particulières. Cela dit, pour les deux initiatives analysées, les stratégies ciblant le niveau politique sont les moins exploitées. Cette analyse met en évidence l'utilité du modèle écologique pour réaliser un état des lieux d'une programmation en promotion de la santé des aînés. La schématisation des mesures selon les milieux et les cibles permet aisément d'identifier les points d'amélioration possibles. L'exercice suggère aussi la pertinence, pour les planificateurs, d'intégrer ce modèle à leur démarche de programmation, tant sur le plan national que local.

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été consultés le 04/06/2012.

- [1] Richard L., Potvin L., Kischuk N., Pricic H., Green L. W. Assessment of the Integration of the Ecological Approach in Health Promotion Programs. *American Journal of Health Promotion*, 1996, 10 : p. 318-328.
- [2] Ministère de la Santé et des Solidarités, ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille et ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. *Plan national Bien vieillir 2007-2009*. Paris : ministère de la Santé et des Solidarités, ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille et ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, 2007 : 35 p.
En ligne : http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf
- [3] Institut national suédois de santé publique. *Viellir en bonne santé, un challenge pour l'Europe. Version courte du rapport « Healthy Ageing »*. Stockholm : Institut national suédois de santé publique, 2007 : 37 p.
- [4] Haut Conseil de la santé publique. *Évaluation du Plan national Bien vieillir 2007-2009*. Paris : la Documentation française, 2011 : 87 p.
- [5] Haute Autorité de santé. Prévention, diagnostic et traitements de l'ostéoporose : synthèse.
En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_437005/prise-en-charge-de-l-osteoporose-la-has-publie-une-synthese-a-destination-des-professionnels-de-sante
- [6] Bourdessol H., Pin S. dir. Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité. *Référentiel de bonnes pratiques. Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile*. Saint-Denis : Inpes, coll. Référentiels, 2005 : 155 p.
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/830.pdf>
- [7] Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal. *L'approche populationnelle : une nouvelle façon de voir et d'agir en santé*. Montréal : Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2004 : 7 p.
En ligne : http://csss-stleonardstmichel.qc.ca/fileadmin/csss_slsm/Menu_corporatif/Publications/approche.pdf
- [8] Modin M., Lavoie J.-P., Billette V. Les visages du Creges. *PluriÂges*, 2010, vol. 1, n° 1 : p. 6-7.
- [9] Nour K., Miranda D., Dallaire B., Moscovitz N., Regenstreif A. Community-Based Team Interventions for Older Adults with Severe Mental Illness: A Critical Review of the Literature. *Intervention*, 2010, n° 133 : p. 98-109.
- [10] Nikolova R., Carignan M., Moscovitz N., Demer L. The Psychogeriatric and Risk Behavior Assessment Scale (PARBAS): A New Measure for Use with Older Adults Living in the Community. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2004, vol. 39, n° 2 : p. 187-200.
- [11] Nour K., Brown B., Moscovitz N., Hébert M., Regenstreif A. Projet PIE : une stratégie prometteuse de dépistage des aînés qui présentent des problèmes de santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 2009, vol. 34, n° 2 : p. 217-235.
- [12] Hébert M., Nour K., Durivage P., Wallach I., Billette V., Freitas Z. Les pratiques de soins palliatifs à domicile : lieu d'exclusion sociale des personnes âgées en fin de vie. *Revue Canadienne de Gérontologie*, 2011, vol. 30, n° 2 : p. 1-11.
En ligne : <http://www.erudit.org/revue/smq/2009/v34/n2/039133ar.pdf>
- [13] Hébert M., Durivage P., Freitas Z., Nour K. Les enjeux des intervenants psychosociaux dans la pratique de soins palliatifs à domicile : l'expérience de deux CLSC. *Intervention*, 2008, n° 129 : p. 102-110.
- [14] Laforest S., Parisien M. *Mon arthrite, je m'en charge ! Guide de l'animateur*. Côte-St-Luc : CSSS Cavendish et université de Montréal, 2005 : 185 p.

- [15] Parisien M., Gilbert N., Amzallag M., Guay D., Nour K., Laforest S. *Musclez vos méninges. Atelier de vitalité intellectuelle pour aînés*. Côte-St-Luc : CSSS Cavendish, 2008 : 600 p.
- [16] Parisien M., Demoulins P., Popov P., Guay D., Laforest S. *Marche avec bâtons pour les aînés. Guide d'animation*. Côte-St-Luc : CSSS Cavendish, 2012 : 111 p.
- [17] Laforest S., Dupont S., Adopo E. *Trousse d'outils pour favoriser la pratique d'activité physique chez les aînés*. Montréal : CSSS Cavendish et université de Montréal (à paraître).
- [18] Filiatrault J., Belley A.-M., Parisien M., Laforest S., Vallières S., Beaulieu M. *et al. Vivre en équilibre*. Montréal : institut universitaire de gériatrie de Montréal et CSSS Cavendish (à paraître).
- [19] Parisien M., Belley A.-M., Laforest S., Guay D. *Vers des communautés favorables à la vitalité intellectuelle des aînés. Outil de réflexion*. Côte-St-Luc : CSSS Cavendish (à paraître).

Vers des interventions plus écologiques : réflexion sur le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED)

LUCETTE BARTHÉLÉMY
JULIE BODARD
JOHANNE FILIATRAULT
SOPHIE LAFOREST
MANON PARISIEN
HÉLÈNE PAYETTE
STÉPHANIE PIN
LUCIE RICHARD

À la fin de ce chapitre, le lecteur sera en mesure de :

- décrire un programme à la lumière du modèle écologique ;
- rendre un programme plus écologique en ajoutant des stratégies par milieu et par cible.

Plusieurs initiatives en promotion de la santé des aînés ciblent les individus et ont recours à l'éducation à la santé pour le renforcement des compétences personnelles comme principale stratégie d'intervention. L'approche écologique invite toutefois à une diversification des cibles, des stratégies et des milieux d'intervention. Ce chapitre discute de quelques options possibles pour tendre vers une approche plus écologique dans la programmation d'activités de prévention et de promotion de la santé. Le propos sera illustré à l'aide du Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED), un programme de prévention des chutes implanté en France et au Québec.

LE PROGRAMME INTÉGRÉ D'ÉQUILIBRE DYNAMIQUE (PIED)

Un programme né au Québec

Les chutes chez les aînés représentent un important problème de santé publique en raison de leur incidence élevée et du fardeau personnel et sociétal qu'elles entraînent. En conséquence, plusieurs initiatives de prévention des chutes ont vu le jour au Canada [1]. Développé en 1995 par la direction de santé publique de Montréal, le programme PIED vise à prévenir les chutes chez les aînés qui vivent à domicile [2]. Il est conçu pour les aînés autonomes qui ont déjà fait une chute ou qui sont préoccupés par leur équilibre. Il s'agit d'une intervention multifactorielle, non individualisée, c'est-à-dire ciblant plusieurs facteurs de risque de chute fréquemment rencontrés chez les aînés vivant à domicile, sans toutefois inclure une évaluation spécifique des risques individuels. De plus, il s'agit d'une intervention de groupe, offerte en milieu communautaire.

Les objectifs du programme sont les suivants :

- améliorer l'équilibre et la force des membres inférieurs des participants ;
- les habiliter à aménager leur domicile et à adopter des comportements sécuritaires ;
- améliorer leur sentiment d'efficacité personnelle à l'égard des chutes ;
- contribuer à garder leurs os en santé ;
- favoriser le maintien d'une pratique régulière d'activités physiques.

Le programme s'étend sur douze semaines et comporte trois volets :

- un programme bihebdomadaire d'exercices en groupe animé par un professionnel ;
- un petit programme d'exercices à réaliser de façon autonome, à domicile ;
- des capsules ou modules d'éducation à la santé, d'environ 30 minutes, une fois par semaine, traitant de la prévention des chutes (domicile sécuritaire, choix des chaussures, ostéoporose, etc.).

Ce programme est fondé sur une recherche de données probantes en matière de prévention des chutes. De plus, il a fait l'objet d'une étude quasi-expérimentale réalisée dans la région montréalaise auprès de 200 aînés. Les retombées positives du programme chez les participants sont les suivantes :

- l'amélioration de l'équilibre et de la mobilité mesurés par des tests objectifs [3] ;
- l'amélioration de l'équilibre perçu [4] ;
- le maintien d'une augmentation dans la variété d'activités physiques des aînés, neuf mois après la fin du programme [5].

Il est primordial de continuer à être actif après la fin du programme PIED car, si le niveau d'activités diminue, les capacités reviennent lentement à leur valeur initiale (désentraînement). Des stratégies sont proposées pour stimuler le maintien de la pratique d'activités physiques durant, mais surtout après le programme. L'étude a également montré que les organismes communautaires étaient aptes à recruter la population-cible, à offrir le programme de façon conforme au guide de pratique et à assurer l'assiduité des participants au programme [6]. En 2004, une équipe d'experts mandatée par le ministère de la Santé et des Services sociaux a proposé d'implanter au Québec un *continuum* de services en prévention des chutes qui tienne compte du profil d'autonomie des aînés [7]. Celui-ci comprend des interventions qui vont de la promotion de la vie active pour les aînés en bonne santé jusqu'aux services de réadaptation pour les personnes ayant subi des blessures à la suite de chutes. C'est ainsi que la prévention des chutes chez les aînés a été incluse comme action dans le Programme national de santé publique du Québec [8].

Les services du *continuum* en prévention des chutes ne sont pas encore déployés largement au Québec, à l'exception du programme PIED qui bénéficie d'un appui financier dans presque toutes les régions de la province. Un répondant en matière de prévention des chutes est identifié dans chaque région afin de fournir la formation et le soutien aux animateurs du programme PIED et de coordonner les autres activités en prévention des chutes. Cela dit, il existe une certaine variabilité d'implantation du programme d'une région à l'autre. Souvent, l'offre du programme s'effectue dans le cadre d'un partenariat entre un organisme du milieu communautaire (pour le recrutement des participants et le prêt de locaux) et un établissement du réseau de la santé (pour l'animation professionnelle).

Un programme à l'origine de collaborations franco-québécoises

Le programme PIED a été à l'origine de collaborations nourries entre la France et le Québec. Il figure parmi les illustrations prometteuses de prévention des chutes du référentiel de bonnes pratiques sur la prévention des chutes chez les aînés à domicile [9]. Édité par l'Inpes, cet ouvrage est le fruit d'un travail collaboratif entre des experts français, québécois, belges et suisses. Faisant le point sur les données probantes disponibles, ce référentiel a pour objectif de faciliter le dépistage des personnes âgées à risque de chute et la mise en place d'actions de prévention. Il est accessible à plusieurs types d'intervenants (médecin, infirmière, kinésithérapeute, ergothérapeute, aide à domicile, responsable de programme, responsable de formation professionnelle, etc.) ; il peut être non seulement utilisé dans le cadre d'une planification globale en matière de services et de programmes, mais aussi consulté par un professionnel exerçant à titre individuel. Il apporte en effet des recommandations et des ingrédients essentiels pour la prévention des chutes.

En France, en raison d'un contexte d'incidence élevée des chutes chez les aînés [10, 11] et des caractéristiques du programme PIED, la Fédération française EPMM (FFEPMM) Sports pour tous a reçu l'aval des autorités québécoises pour utiliser le programme au sein de ses clubs sportifs et de ses établissements agréés dès l'automne 2005 [12]. Cette action a été soutenue financièrement par le ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, en partenariat avec l'Inpes. Avec le soutien de ce dernier, le programme a été adapté pour prendre en compte les recommandations formulées, notamment en ce qui concerne le niveau de risque initial des participants [13]. Par ailleurs, les intervenants français ont bénéficié d'une formation assurée par les promoteurs québécois du programme.

UNE PRATIQUE PROMETTEUSE À BONIFIER

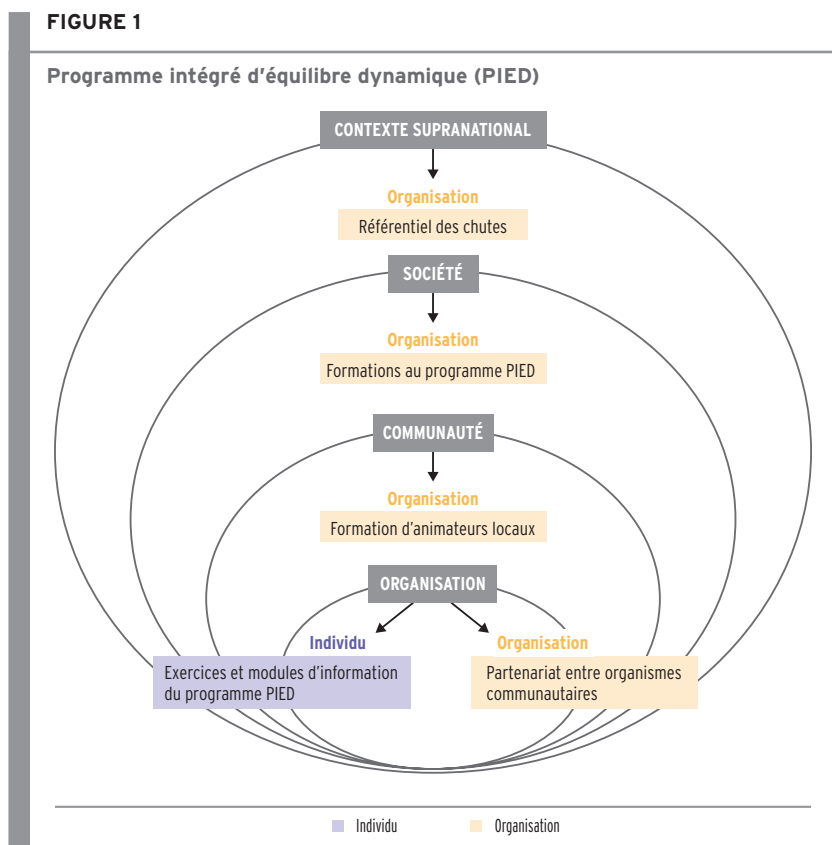
Analyse du programme PIED

Le programme PIED, dans sa version québécoise comme dans son adaptation française, est principalement axé sur les facteurs individuels [figure 1]. En effet, il met l'accent sur les exercices afin d'agir sur les facteurs de risque intrinsèques tels que l'équilibre des aînés. Au niveau des risques environnementaux, seul l'environnement domiciliaire est abordé. La cible environnementale n'est donc abordée qu'indirectement, par l'intermédiaire d'une intervention centrée sur les connaissances et les habiletés de la personne. Des outils sont fournis dans le guide d'animation du programme pour encourager les aînés à maintenir un mode de vie actif une fois le programme terminé. Il est notamment suggéré à l'animateur de renseigner les participants au sujet des ressources du quartier en ce qui a trait à l'activité physique. Cela dit, le constat actuel est à l'effet que plusieurs quartiers disposent d'une offre insuffisante d'activités physiques structurées accessibles aux aînés.

Ce programme est une illustration d'intervention axée sur deux cibles :

- **individuelle** avec le programme d'exercices et les modules d'information sur la santé ;
- **organisationnelle** avec l'édition du *Référentiel sur les chutes* [9], la formation des animateurs et des répondants en matière de chutes (au Québec), et la mise en place de partenariats avec des organismes communautaires.

Par ailleurs, le programme et les activités qui l'entourent ont mené à l'implantation de stratégies dans une diversité de milieux d'intervention : l'organisation, la communauté, la société et le niveau supranational.



Vers une approche écologique de la prévention des chutes

Pour rendre le programme PIED plus écologique [figure 2, p. 85], il s'agit d'aller au-delà des stratégies actuelles, qui sont surtout centrées sur les individus, et de proposer d'autres initiatives afin de multiplier les milieux (en particulier au niveau des communautés territoriales) et les cibles d'intervention de sorte à renforcer l'action sur les environnements interpersonnel, organisationnel, communautaire et politique.

Pour renforcer l'action sur les cibles individuelles et interpersonnelles

- Diffuser un guide sur la prévention des chutes dans un contexte d'assistance par le proche-aidant ou l'accompagnement par les bénévoles.
- Communiquer auprès des aînés, notamment lors de journées thématiques nationales (journée « Sport Santé en France », ou journée nationale du sport et de l'activité physique au Québec), pour les sensibiliser à la prévention des chutes et leur faire connaître le programme PIED.

Pour renforcer l'action sur les cibles organisationnelles

- Sensibiliser les propriétaires de logements d'un quartier et les gestionnaires de logements sociaux à l'importance de la sécurité pour les locataires âgés (exemple : brochure d'information sur l'aménagement sécuritaire du domicile pour les personnes âgées).
- Établir des ententes avec des entreprises locales pour faciliter l'achat et l'installation d'équipements sécuritaires (exemple : barres d'appui).
- Travailler avec les tables de concertation ou les comités locaux intersectoriels réunissant les organisations concernées par la santé des aînés, d'une collectivité territoriale, pour formuler un plan d'action en matière de sécurité des aînés dans les communautés.
- Créer une ligne téléphonique permettant de rapporter les risques environnementaux dans les lieux publics identifiés par la population.
- Communiquer auprès des professionnels de santé, des prestataires de services en activité physique et des organismes en contact des personnes âgées, pour inciter ces acteurs à orienter les aînés vers le programme PIED ou vers d'autres offres d'activités physiques ou sportives.

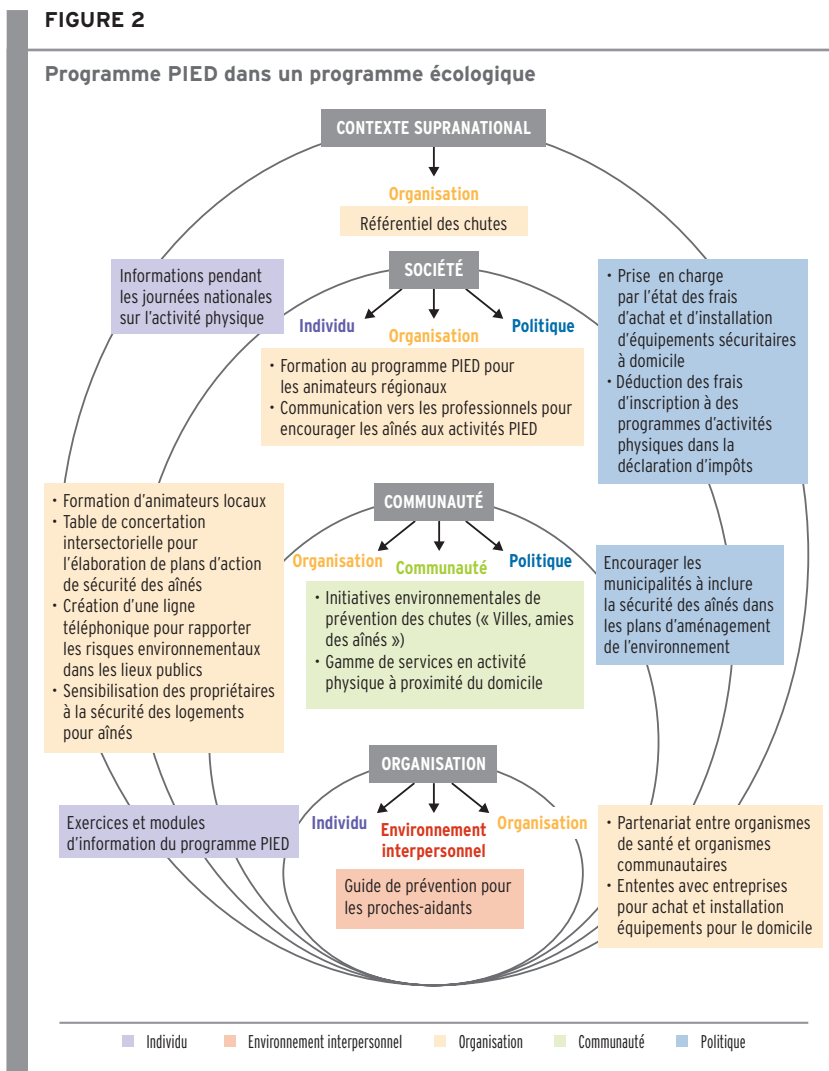
Pour les stratégies impliquant pour cible la communauté

- Travailler avec les réseaux communautaires (exemple : comités « Villes, amies des aînés »), afin de les outiller pour qu'elles développent des initiatives environnementales de prévention des chutes.
- Offrir une gamme de services en activité physique pour les aînés à proximité de leur domicile.

Pour les stratégies impliquant une cible politique

- Sensibiliser les décideurs pour encourager les municipalités à inclure la sécurité des aînés dans leur plan d'aménagement (exemple : ajout de trottoirs dans les banlieues).
- Argumenter auprès des instances politiques appropriées en vue d'offrir la possibilité de déduire les frais d'inscription à des programmes d'activités physiques dans la déclaration d'impôts (exemple : crédit d'impôt pour la condition physique des enfants, au Canada).
- Inciter l'État à prendre en charge les frais d'achat et d'installation d'équipement sécuritaire à domicile.

La **figure 2** permet de visualiser le programme PIED assorti de nouvelles mesures. Sous ce nouveau format, on peut ainsi constater que les cibles individuelles sont intégrées à divers milieux : organisationnel, communautaire, sociétal et supranational. On retrouve également une plus grande variété de cibles d'intervention (interpersonnelle, organisationnelle, communautaire et politique).



Le programme PIED, largement implanté au Québec et en France, est une intervention principalement axée sur des cibles individuelles auprès des aînés grâce à son programme d'exercices et ses modules d'information sur la santé, ainsi que sur des cibles organisationnelles avec l'édition du référentiel sur les chutes [9] et la formation au programme des animateurs et des répondants en matière de chutes au Québec. Dans ce chapitre, nous avons proposé de nouvelles activités pour toucher les aînés dans plusieurs milieux comme les groupes sociaux, les organisations professionnelles, les communautés territoriales, ainsi que des activités visant une cible politique.

Dans une approche de santé globale et positive, la finalité de ce programme est de permettre aux aînés d'être en bonne forme physique, de se sentir en confiance et en sécurité à domicile et dans leur quartier. Pour rendre plus écologique ce programme, nous proposons de nouvelles activités pour atteindre différents milieux à des niveaux d'intervention allant du plan local au plan national, voire international. Pour des logements mieux adaptés aux aînés, des actions sont proposées afin de rejoindre les propriétaires de logements et les fournisseurs d'équipements. En agissant sur les plans d'aménagement des territoires et sur le recensement des risques environnementaux, par la création d'une ligne téléphonique, la sécurité des aînés dans l'environnement sera une préoccupation politique et citoyenne partagée. Pour rendre plus accessibles des offres d'activités physiques de proximité et inscrites dans la durée, différentes stratégies sont proposées comme la possibilité de déduction fiscale, la promotion de l'activité physique par les professionnels de la santé et du social et le développement d'initiatives avec les réseaux dans le cadre du projet Ville - amies des aînés ou de Villes bien vieillir.

L'approche écologique, telle que nous l'avons présentée dans ce guide, repose sur une vision élargie des déterminants de la santé et met l'accent sur les interactions complexes entre les personnes, les groupes et leurs environnements. À partir d'une action éducative PIED, nous avons rendu le programme plus écologique en proposant des interventions sur les composantes physiques, sociales, organisationnelles et culturelles de l'environnement.

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été consultés le 04/06/2012.

- [1] Scott V. J., Dukeshire S., Gallagher E. M., Scanlan A. *Répertoire des programmes canadiens de prévention des chutes chez les aînés vivant dans la communauté*. Ottawa : Santé Canada, division du Vieillessement et des Aînés, 2001 : 69 p.
En ligne : http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/alt-formats/pdf/publications/pro/injury-blessure/inventory/inventory_f.pdf
- [2] Trickey F., Parisien M., Laforest S., Genest C., Robitaille Y. *Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED). Guide d'animation*. Montréal : direction de la Santé publique de Montréal, 2002 : 378 p.
- [3] Robitaille Y., Laforest S., Fournier M., Gauvin L., Parisien M., Corriveau H., et al. Moving Forward in Fall Prevention: An Intervention to Improve Balance Among Older Adults in Real-World Settings. *American Journal of Public Health*, 2005, vol. 95, n° 11 : p. 2049-2056.
- [4] Laforest S., Pelletier A., Gauvin L., Robitaille Y., Fournier M., Corriveau H. et al. Impact of a Community-Based Falls Prevention Program on Maintenance of Physical Activity Among Older Adults. *Journal of Aging and Health*, 2009, vol. 21, n° 3 : p. 480-500.
- [5] Filiatrault J., Gauvin L., Richard L., Robitaille Y., Laforest S., Fournier M. et al. Impact of a Multifaceted Community-Based Falls Prevention Program on Balance-Related Psychologic Factors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2008, vol. 89, n° 10 : p. 1948-1957.

- [6] Filiatrault J., Parisien M., Laforest S., Genest C., Gauvin L., Fournier M. *et al.* Implantation d'un programme de prévention des chutes en milieu communautaire : du concept à la réalité. *Canadian Journal on Aging*, 2008, vol. 26, n° 3 : p. 213-226.
- [7] Direction générale de la Santé publique. *La prévention des chutes dans un continuum de services. Cadre de référence*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004 : 108 p.
En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-232-01.pdf>
- [8] Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Plan national de santé publique 2003-2012*. Québec : direction des Communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003 : 126 p.
En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2002/02-216-01.pdf>
- [9] Bourdessol H., Pin S. dir. *Référentiel de bonnes pratiques. Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile*. Saint-Denis : Inpes, 2005 : 156 p.
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/830.pdf>
- [10] Guilbert P., Gautier A. dir. *Baromètre santé 2005. Premiers résultats*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2006 : 162 p.
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/888.pdf>
- [11] Ricard C. Plusieurs centaines de milliers de chutes chez les personnes âgées chaque année en France. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2007, n° 37-38 : p. 322-324.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2007/37_38/index.htm
- [12] Fauchard T., Le Cren F. dir. *Programme intégré d'équilibre dynamique*. Paris : Fédération française EPMM Sports pour Tous, 2008 : s. p.
- [13] Fauchard T., Le Cren F. Présentation du Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED). *Science & Sports*, 2009, n° 24 : p. 152-159.

Comment évaluer un programme écologique ?

Illustration avec l'outil de catégorisation des résultats

BRENDA SPENCER
LUCETTE BARTHÉLÉMY
MARIE-CLAUDE TREMBLAY

À la fin de ce chapitre, le lecteur sera en mesure de :

- saisir l'intérêt de l'outil de catégorisation des résultats pour identifier l'effet des activités de promotion de la santé sur les déterminants de la santé et les facteurs qui leur sont associés ;
- comprendre les interactions entre différents niveaux d'intervention, ainsi qu'entre des déterminants de la santé, des activités de promotion de la santé et leurs bénéfices à plus long terme en termes de santé.

Les programmes écologiques, en tant qu'ils agissent à plusieurs niveaux, sont par définition plus complexes que ceux ciblant seulement le niveau individuel. Leur évaluation est donc également plus difficile et nécessite d'autres outils que les évaluations basées uniquement sur des mesures individuelles (capacités physiques, compétences, connaissances, attitudes, croyances et pratiques). L'outil de catégorisation des résultats (OCR), développé par Promotion Santé Suisse en collaboration avec des experts en évaluation travaillant aux instituts de médecine sociale et préventive de Berne et de Lausanne¹ [1, 2], offre un cadre pour l'analyse de la situation, la planification et l'évaluation des stratégies, des programmes et des projets en promotion de la santé.

Cet outil de catégorisation des résultats, également connu sous le nom du *SMOC (Swiss Model for Outcome Classification)*, s'adapte aux interventions

1. En ligne : <http://www.quint-essenz.ch/fr/tools/1011> [dernière consultation le 04/06/2012].

ayant lieu à un ou plusieurs niveaux. S'inspirant de la charte d'Ottawa, l'outil offre la possibilité aux différentes parties prenantes, concernées par l'évaluation d'un programme ou d'une intervention de promotion de la santé, de définir ensemble leur théorie d'action ou le modèle logique du programme ou de l'intervention en question : cette « théorie d'action » correspond à une conception partagée qui décrit comment les activités proposées peuvent effectuer des changements permettant d'arriver aux buts visés. Cette conceptualisation aborde donc les mécanismes supposés des processus du changement ainsi que les objectifs intermédiaires menant au but final exprimé en termes de santé et/ou de qualité de vie. L'utilisation de cet outil s'est diffusée en France grâce notamment aux efforts de l'Inpes et de ses partenaires en région. Une publication internationale [1] et les informations disponibles sur le site de Promotion Santé Suisse en français, allemand, anglais et italien assurent également une large diffusion internationale. Ce chapitre présente le concept et le mode d'emploi de l'outil de catégorisation, puis montre comment celui-ci pourrait être appliqué afin d'évaluer le programme PIED dans sa version écologique.

LE MODÈLE SUISSE DE CATÉGORISATION DES RÉSULTATS EN PROMOTION DE LA SANTÉ

L'outil de catégorisation des résultats est basé sur la prémisse selon laquelle les actions en promotion de la santé sont complexes et génèrent des résultats à long terme, souvent difficiles à attribuer clairement aux programmes mis en œuvre. Plusieurs facteurs contribuent à cette difficulté : d'une part, la santé n'est pas déterminée par une dynamique de causalité linéaire directe, d'autre part, plusieurs influences sont à l'œuvre dès qu'il s'agit des résultats finaux, tels qu'ils peuvent être mesurés en termes de données épidémiologiques. Partant du constat que les activités de promotion de la santé et de prévention cherchent à avoir un impact sur les facteurs susceptibles d'influencer les déterminants de la santé, et en se basant sur la théorie de la promotion de la santé ainsi que sur l'expérience des acteurs, il a été possible de définir un cadre pour catégoriser les résultats directs des activités (autrement souvent classés comme des résultats de processus). La conception de la santé qui sous-tend l'outil de catégorisation est une approche holistique et positive, positionnant les déterminants de la santé à différents niveaux écologiques : l'individu, l'environnement social et l'environnement matériel. Elle implique donc des actions dans différents secteurs entraînant des résultats visant la santé en termes très larges.

S'inspirant du cadre développé par Nutbeam [3] qui postule que la santé, en tant que but de la prévention et de la promotion, ne peut être atteinte qu'en passant par des stades intermédiaires, l'outil de catégorisation des résultats développe et précise cet énoncé, et vise à permettre l'anticipation et l'évaluation systématique des résultats des activités déployées. En effet, cet outil [figure 1] est structuré selon une série de catégories reprenant les

quatre niveaux d'intervention possibles (infrastructures et prestations, législation, administration, organisations et réseaux institutionnels, communautés, individus) et permettant de mesurer l'impact des « Activités de promotion de la santé » (colonne A) sur les « Facteurs qui influencent les déterminants de la santé » (colonne B), puis sur les « Déterminants de la santé » (colonne C) pour évaluer leur « Bénéfice pour la santé de la population » (colonne D).

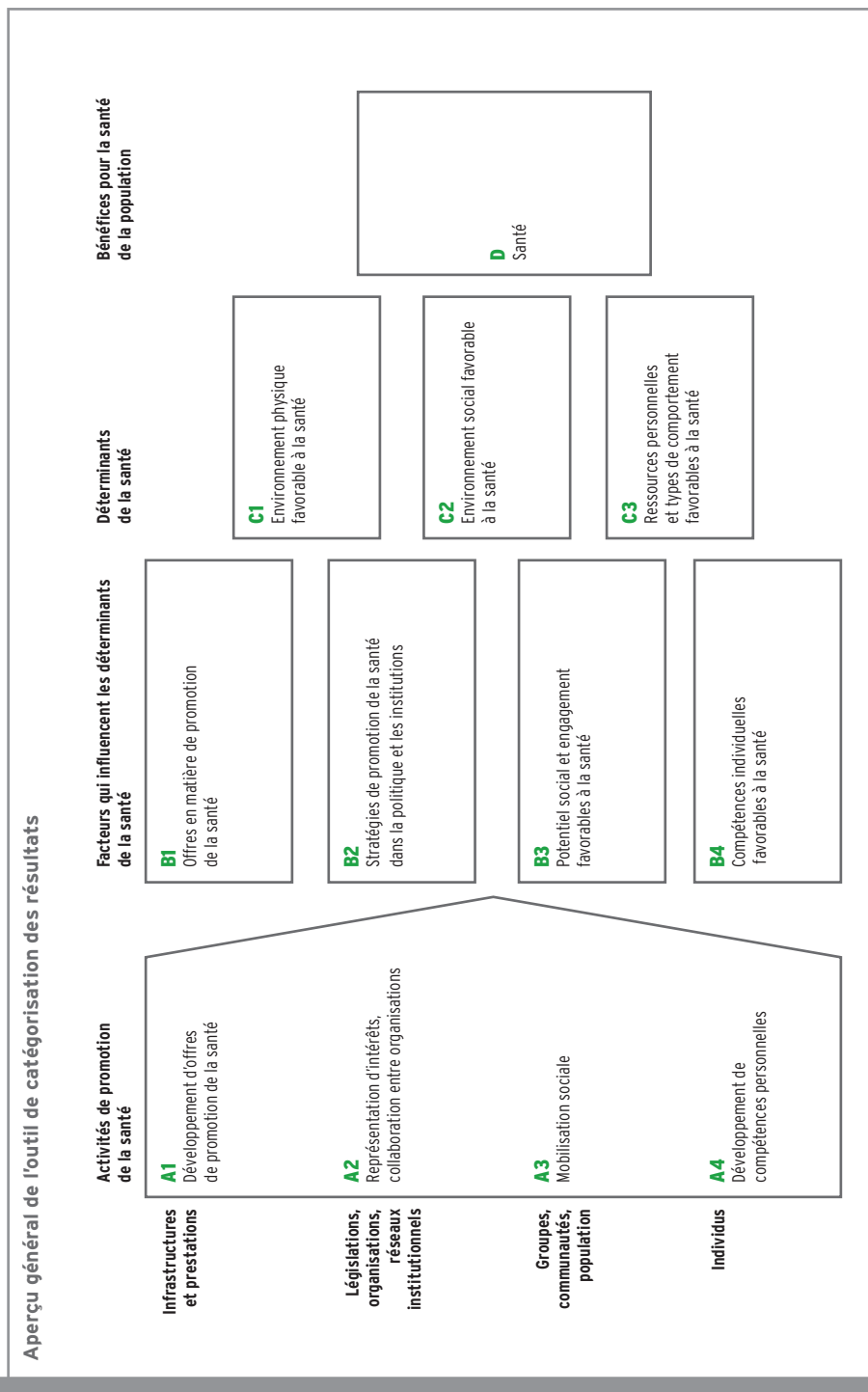
L'outil peut s'utiliser à trois stades différents : lors de la phase d'*analyse* d'une situation, avant de mettre une intervention en place, lors de la *planification* de l'intervention, et lors de son *évaluation*. Il permet en effet de localiser des problèmes de santé et leurs déterminants (analyse de la situation), de planifier une intervention en traçant son effet à travers des résultats planifiés (conception d'une stratégie, d'un programme ou d'un projet) ainsi que d'apprécier les résultats effectivement atteints (évaluation). Puisqu'il s'agit de trois utilisations différentes, le modèle peut se lire dans les deux sens : de droite à gauche quand il est question d'identifier des problèmes de santé et des besoins ou de réfléchir sur les facteurs qui contribuent à cette situation (analyse de la situation), et de gauche à droite quand il s'agit de planifier et d'évaluer (quels résultats sont visés par les interventions entreprises, sur quels déterminants de la santé ces résultats doivent-ils avoir une influence ?). Une fois les différentes catégories fixées, il devient possible de définir des priorités et, en s'appuyant sur les sous-catégories définies pour chaque catégorie, de préciser les critères qui seront utilisés pour l'évaluation.

Les activités de promotion de la santé (colonne A) constituent le point de départ de la planification. Les activités, mises en place afin d'atteindre les objectifs du projet, peuvent prendre la forme de développement de nouvelles offres de promotion de la santé ou d'offres déjà en place, de représentation d'intérêts ou de collaboration entre organisations, de mobilisation sociale, ou encore d'activités de développement de compétences personnelles.

Les effets directs des activités de promotion de la santé consistent le plus souvent en une modification **des facteurs influençant les déterminants de la santé (colonne B)**. Les effets directs peuvent ainsi se matérialiser par l'atteinte des critères de succès relatifs à une offre de promotion de la santé, par l'intégration de stratégies de promotion de la santé dans les institutions, par la création d'un potentiel social et d'un engagement favorables à la santé, ou encore, par le renforcement de compétences individuelles à la santé.

Dans une étape subséquente, **les déterminants de la santé (colonne C)** sont à leur tour modifiés suite aux effets obtenus au niveau de la colonne B. Suivant l'outil, un déterminant de la santé est reconnu lorsque son effet sur une conséquence de santé est étayé empiriquement ou théoriquement par des études ou des modèles validés. Un effet sur ces déterminants peut donc se traduire par des environnements matériels (physiques) ou sociaux favorables à la santé, ainsi que par la disponibilité pour l'individu de

FIGURE 1



ressources personnelles ou par l'adoption de comportements favorables à la santé. Ainsi, suivant cette logique, les responsables du programme n'ont pas à démontrer un effet sur la santé de leurs activités : à partir du moment où il a été possible de démontrer un effet du programme sur les déterminants de la santé, il leur suffit de s'appuyer sur la littérature épidémiologique et clinique du domaine et sur les liens de causalité déjà mis en évidence.

Enfin, **l'amélioration de la santé (colonne D)** constitue le but ultime de la promotion de la santé. Celle-ci peut se traduire de diverses manières, par une augmentation de l'espérance de vie en bonne santé par exemple, une meilleure qualité de vie, ou une baisse du taux de mortalité. Les résultats au niveau de la colonne D dépendent de multiples déterminants qui entretiennent des interrelations complexes entre eux. Ces résultats ne peuvent être atteints qu'après une longue période.

Ces différentes dimensions, tant en termes de *cheminement* (activités de promotion de la santé, facteurs influençant les déterminants, déterminants de la santé et amélioration de la santé) qu'en termes de *niveaux d'intervention* (infrastructures et prestations ; législations, organisations et réseaux institutionnels ; groupes, communautés, population ; individus) introduisent un élément de complexité dans l'enchaînement causal probable des effets des programmes. Ainsi, les activités d'un programme pourraient consister par exemple en de nouvelles offres en matière de promotion de la santé (A1) qui s'avèrent plus pertinentes pour la population ciblée (B1) ; cela conduirait au développement de nouvelles compétences individuelles favorables à la santé (B4), et donc à l'adoption de nouveaux comportements individuels (C3) se traduisant ultimement par une amélioration de la santé (D). Ou encore, grâce à la mobilisation sociale, des groupes dans la population peuvent se charger des questions de la santé (B3), faire valoir leurs intérêts auprès des décideurs qui, à leur tour, prennent un engagement ferme par rapport à ces questions (B2). S'il s'agit d'un engagement en faveur de l'amélioration de l'environnement physique (C1), celui-ci peut avoir comme conséquence une amélioration de l'environnement social (C2), par exemple, si les habitants d'un quartier ont plus de facilité à se retrouver suite à un aménagement urbain. Ces enchaînements montrent que très souvent les effets ne suivent pas une séquence linéaire simple.

Chaque grande catégorie du modèle (A1 à A4, B1 à B4, C1 à C3, D) se décline également en sous-catégories qui sont détaillées dans la **figure 2 page 95**. Ces sous-catégories ont d'une part une vocation explicative, en précisant comment le titre de la catégorie doit être entendu, et d'autre part, elles constituent des propositions pour la définition des objectifs à atteindre, et ainsi pour la définition des critères à utiliser lors de l'évaluation. Il pourrait s'agir, par exemple, non seulement de savoir combien d'utilisateurs ont profité d'une nouvelle offre, mais aussi dans quelle mesure ces utilisateurs ont le profil de la population ciblée et si les conditions sont en place pour la pérennisation de

l'offre en question. Il ne s'agit pas de savoir combien de décideurs ont été touchés, mais s'ils ont pris des engagements à la suite de ces contacts, si de nouvelles plateformes de consultation ont été mises en place, et ainsi de suite. Il convient de noter que la colonne A ne comporte pas de sous-catégorie et est utilisée de façon uniquement descriptive, pour lister les différentes activités de promotion de la santé mises en œuvre.

Enfin, un dernier aspect du modèle concerne la manière interactive dont il peut être utilisé. Comme il est évoqué plus haut, il est habituel dans l'évaluation de partir d'une théorie d'action – comprise comme un modèle logique qui explique comment une intervention est estimée pouvoir atteindre ses objectifs – définie par le groupe d'acteurs concerné ou par l'ensemble des parties prenantes. La même démarche est adoptée avec l'OCR, mais l'outil suisse propose un cadre prédéfini. Ce cadre garantit la cohérence du modèle logique développé avec la théorie de la promotion de la santé et apporte une structure claire et un langage commun facilitant le dialogue entre les différentes parties prenantes. Ainsi, l'OCR s'avère un véritable outil de dialogue et de consensus.

LE PROGRAMME PIED BONIFIÉ AU PRISME DE LA CATÉGORISATION DES RÉSULTATS

Reprenons l'exemple du programme de prévention des chutes PIED qui avait été analysé au chapitre précédent avec le modèle écologique de Richard et collaborateurs, puis amélioré afin de diversifier le type de cibles et de multiplier le nombre de milieux d'intervention. L'outil de catégorisation des résultats permet de compléter cette analyse du programme PIED, en offrant la possibilité de définir un cadre d'évaluation du programme.

Le processus de définition d'un cadre d'évaluation

Dans une situation réelle, il serait souhaitable de réunir les différentes parties prenantes (responsables du programme, autorités publiques responsables de son financement ou de son déploiement, partenaires de terrain, représentants de la population ciblée, etc.) afin de construire et de valider la théorie d'action d'une manière consensuelle. La catégorisation des résultats, présentée à la **figure 3** pour le programme PIED bonifié, est un exemple possible de l'aboutissement d'une telle démarche.

L'élaboration de cette catégorisation passe par une série d'étapes qui débute par le classement des activités et des objectifs du programme PIED dans les différentes catégories de l'outil. À ce stade, l'OCR encourage les utilisateurs à réfléchir non seulement sur l'importance des activités du programme, c'est-à-dire les « extrants », évalués par un comptage des activités (le nombre de cours donnés ou de participants aux cours, le nombre de partenaires potentiels contactés, etc.) et sur les buts finaux du programme

FIGURE 2

Les sous-catégories de l'outil de catégorisation des résultats



en termes de santé (l'incidence des chutes par exemple), mais également sur les *objectifs intermédiaires*. Les sous-catégories, telles que listées dans la **figure 2**, servent à guider cette réflexion. Il s'agit de se fixer des objectifs directs consistant par exemple, en matière de promotion de la santé, à mesurer l'accessibilité des cours et la satisfaction des usagers. Ou bien, lorsqu'il est question des activités de mobilisation sociale, il s'agit de se demander ce qui constitue un signe adéquat de cette mobilisation (création de nouveaux groupes, prise en compte de la problématique dans les groupes existants...). Une fois ces objectifs directs définis, il convient de se demander comment leur atteinte peut avoir un effet sur les déterminants sociaux en matière d'environnement physique ou social ou de comportements individuels. Ces différents éléments, tels que posés dans le cadre de l'OCR, constituent la théorie d'action ou le modèle logique du programme. Celui-ci est toujours spécifique à un contexte donné.

Une fois la théorie d'action définie, il s'agit ensuite de définir, pour chaque objectif visé, les indicateurs correspondants. Dans chaque cas, on spécifiera les critères de jugement qui seront appliqués afin d'apprécier l'atteinte de l'objectif en question. Au fur à mesure que la théorie se développe, on indiquera les liens entre les catégories. En général, son développement se fait par un processus itératif : elle sera revisitée plusieurs fois avant sa validation finale. De plus, avec le temps, elle devra être à nouveau modifiée afin de prendre en compte les changements survenus dans le contexte (nouvelles législations, changements de politique, émergence de nouvelles questions de santé, etc.).

Exemple du processus appliqué au programme PIED bonifié

À titre illustratif, la **figure 3** liste et replace, dans l'outil de catégorisation des résultats, certaines des activités du programme PIED bonifié telles qu'elles ont été précisées au chapitre précédent². Elle offre des exemples d'indicateurs qui ont été formulés avec l'aide des sous-catégories de l'OCR. Dans une lecture de gauche à droite du modèle, nous pouvons ainsi inscrire les différentes activités du programme PIED dans la colonne A, selon le classement en quatre types d'activités : 1) les offres de promotion de la santé, 2) les actions auprès des politiques et des institutions, 3) la mobilisation sociale, 4) le développement des compétences individuelles en matière de santé. Notons que, pour cette colonne, il s'agit des activités réalisées directement par le programme, les activités éventuellement réalisées par les différents partenaires constituant des résultats immédiats étant donné qu'elles sont réalisées grâce à la mise en place du programme. Une fois ces activités inscrites, on précise les objectifs et les résultats directs escomptés.

2. La figure ne reprend pas l'exhaustivité des activités proposées au chapitre précédent [« Vers des interventions plus écologiques : réflexion sur le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) »] ; elle se contente de proposer des reformulations ou des précisions pour certaines des activités. Il s'agit surtout de faciliter la compréhension de l'utilisation et du potentiel de l'outil de catégorisation des résultats, les exemples de bonification étant, dans chacun des chapitres, purement fictifs.

FIGURE 3

Catégorisation des résultats du programme PIED bonifié : activités et exemples d'indicateurs

A1 Développement d'offres :
 • organisation des activités du programme PIED.

A2 Représentations d'intérêts,

- par exemple :
- possibilité de déduire des impôts les frais d'inscription à des programmes d'activités physiques ;
 - inclusion de la sécurité des aînés dans les plans d'aménagement du territoire ;
 - prise en charge des frais d'équipement sécuritaire à domicile ;
 - ententes avec des entreprises pour l'installation d'un équipement sécuritaire.

A3 Mobilisation sociale, par exemple :

- mise en place d'une ligne téléphonique pour recenser les risques environnementaux pour les aînés ;
- sensibilisation des propriétaires de logements à la sécurité pour les aînés ;
- mise en place de navettes à des tarifs préférentiels pour desservir les lieux d'activités physiques ;
- travail avec les réseaux communautaires pour développer des initiatives.

A4 Développement de

- compétences personnelles ;
- réalisation des activités du programme PIED ;
- campagne d'information nationale sur les bienfaits des activités physiques pour les aînés.

B1.2 Les aînés avant déjà fait une chute s'inscrivent aux ateliers du programme PIED.

B1.3 Les aînés continuent à pratiquer les exercices 9 mois après avoir suivi les cours.

B2.1 Une politique en cohérence avec les recommandations du programme OMS Ville amie des aînés est votée.

B2.2 Les frais d'inscription au programme sont pris en charge par les impôts.

B2.3 Une table de concertation intersectorielle est fonctionnelle.

B2.4 Les entreprises les plus importantes deviennent partenaires du programme.

B3.1 Les associations de quartier repèrent et rapportent systématiquement les risques environnementaux.

B3.2 Les propriétaires les plus importants de la région acceptent l'aménagement des propriétés habitées par les aînés.

B4.1 Les aînés de la collectivité territoriale ont

connaissance des aménagements du domicile possibles.
B4.4 Les aînés ayant participé aux cours ont le sentiment de pouvoir influencer leurs chances d'éviter une chute.

C1.1 L'exposition au risque de chutes des aînés dans la ville a diminué.

C1.2 Il existe pour les aînés des activités et installations sécuritaires, efficaces et accessibles pour pratiquer des activités physiques.

C1.1/C1.3 L'environnement domiciliaire est exempt de risque de chute et les lieux publics sont sécuritaires.

C2.1 La population fait usage d'une ligne téléphonique pour répertorier les risques environnementaux pour les aînés.

C2.2 Les aînés se sentent en confiance et en sécurité à l'extérieur de leur domicile.

C3.1 Les aînés se déplacent à pied dans la ville.
C3.2 Les aînés demeurent en bonne forme physique.

C3.3 Les aînés pratiquent régulièrement des activités physiques.

D

- L'incidence des chutes et des traumatismes liés aux chutes baisse dans la population concernée.
- Les aînés ont moins peur de faire des chutes.

1. Pour les offres de promotion de la santé (A1), il s'agit de l'organisation du nouveau programme dans son ensemble. Un objectif peut donc être défini :

- la mise en œuvre effective du programme PIED dans son ensemble impliquant la mise à disposition d'une gamme de prestations.

Dans la catégorie B1, plusieurs critères pourraient être appliqués afin d'apprécier le degré de réussite de cette activité : atteinte de la population-cible (nombre et caractéristiques des acteurs intégrés au programme et des personnes âgées touchées), utilisation effective des différentes prestations, satisfaction des utilisateurs, pérennisation de l'offre. Nous en avons retenu deux :

- l'inscription au programme PIED des aînés ayant chuté ;
- la poursuite des exercices par les aînés ayant suivi les cours, 9 mois après le programme.

2. Pour les activités de promotion de la santé dans la politique et les institutions formelles (A2), il s'agit des activités de représentation des intérêts qui visent quatre objectifs :

- la déduction des impôts des frais d'inscription à des programmes d'activités physiques ;
- l'inclusion de la sécurité des aînés dans les plans d'aménagement du territoire ;
- la prise en charge des frais d'équipements sécuritaires à domicile ;
- l'établissement d'ententes avec des entreprises pour l'installation d'équipements sécuritaires.

Dans la catégorie B2, plusieurs indicateurs pourraient être envisagés pour apprécier l'engagement des décideurs et/ou des personnalités clés relatif à ces objectifs, l'obtention des bases écrites dans ce sens, le développement des modifications organisationnelles fonctionnelles en conséquence, l'efficacité des échanges et coopérations entre les acteurs concernés par la réalisation de ces objectifs. La **figure 3** propose quelques critères complémentaires dans la catégorie B2.

3. Pour les activités de mobilisation sociale auprès de différents acteurs de la communauté (A3), trois objectifs sont visés :

- l'utilisation d'une ligne téléphonique afin de recenser les risques environnementaux pour les aînés ;
- la sensibilisation des propriétaires de logements à la sécurité pour les aînés ;
- la disponibilité de navettes à un tarif réduit ;
- la mise en place des réseaux communautaires.

Dans la catégorie B3, les indicateurs à définir pourraient être par exemple les risques environnementaux repérés et signalés par les associations de quartiers et la collaboration effective des propriétaires acceptant l'aménagement des propriétés habitées par des aînés.

4. Pour les activités visant l'augmentation des compétences individuelles en matière de santé (A4), les objectifs suivants sont posés :

- la sensibilisation de la population générale aux bienfaits des activités physiques et sportives grâce à la réalisation d'une campagne d'information nationale ;
- la participation régulière de la population ciblée aux cours d'activité physique et d'éducation pour la santé dans le cadre du programme PIED.

En ce qui concerne la sensibilisation de la population générale, les indicateurs peuvent être définis dans la catégorie B4 par la connaissance de ces thèmes par les aînés vivant dans la collectivité territoriale et par celle des attitudes des aînés ayant participé aux cours de prévention des chutes relatifs aux thèmes en question.

En ce qui concerne la participation des aînés aux cours, la définition des indicateurs s'avère un peu plus complexe. Ainsi, même si cette activité vise à terme des objectifs de renforcement des compétences personnelles, au niveau B4, elle constitue d'abord une nouvelle offre et peut par conséquent être évaluée en s'inspirant des sous-catégories de la catégorie B1. Il faudrait savoir par exemple si la population ciblée a été atteinte, si les utilisateurs sont satisfaits, si l'offre est pérenne ou si les compétences professionnelles des démultiplicateurs ont pu être améliorées. Autrement dit, une appréciation de la qualité de ces cours nous permettra par la suite de comprendre les résultats obtenus au niveau de la catégorie B4 en termes d'acquisition de nouvelles aptitudes et d'un renforcement de la confiance en soi des participants aux cours.

On voit ainsi comment l'atteinte des objectifs dans les catégories au niveau B peut avoir un impact sur des objectifs dans d'autres catégories de la colonne B. D'autres peuvent également être envisagés : par exemple, une fois la population sensibilisée et mobilisée, les efforts de représentation d'intérêts autour de ces thèmes auprès des autorités publiques se trouvent renforcés. Sinon, les résultats escomptés à partir de l'atteinte d'un objectif au niveau de la colonne B se situent dans la colonne C, ayant ainsi un impact sur les déterminants de santé des aînés. On voit ainsi qu'une théorie développée à partir de l'outil n'est pas forcément linéaire ; les chemins sont chaque fois déterminés par le contexte en question.

Les indicateurs de résultats à la colonne C sont divisés selon trois types de déterminants de la santé : les facteurs de l'environnement physique (C1), les facteurs de l'environnement social (C2) et les ressources personnelles et les types de comportements favorables à la santé (C3).

Pour le programme PIED bonifié, les résultats escomptés à partir de l'atteinte des objectifs au niveau de la colonne B se trouvent à terme au niveau de la colonne C.

Pour l'environnement physique favorable à la santé (C1) :

- l'exposition au risque de chutes des personnes âgées dans la ville diminue ;
- il existe pour les aînés, des activités et installations sécuritaires, efficaces et accessibles pour pratiquer des activités physiques ;
- l'environnement domiciliaire est exempt de risque de chute et les lieux publics sont sécuritaires.

Pour l'environnement social favorable à la santé (C2) :

- la population fait usage d'une ligne téléphonique pour répertorier les risques environnementaux pour les aînés ;
- les aînés se sentent en confiance et en sécurité à l'extérieur.

Pour les ressources personnelles et les types de comportements favorables à la santé (C3) :

- les aînés se déplacent à pied dans la ville ;
- les aînés demeurent en bonne forme physique ;
- les aînés pratiquent régulièrement des activités physiques.

Enfin, les buts finaux du programme en termes de santé (colonne D) sont de réduire l'incidence des chutes et des traumatismes liés aux chutes ainsi que la peur des chutes dans la population concernée. Des indicateurs doivent être définis qui nous permettront d'apprécier l'atteinte de ces buts.

Pour le programme PIED, deux exemples d'indicateurs de santé seraient :

- une baisse de l'incidence des chutes et des traumatismes liés aux chutes dans la population concernée de la collectivité territoriale où le programme s'est déroulé ;
- une diminution de la proportion d'aînés de la collectivité territoriale ayant peur de chuter.

Bien entendu, les indicateurs tels que définis dans la théorie devraient être davantage précisés par rapport aux données disponibles et à la faisabilité de la collecte de nouvelles données. L'outil Quint-essenz³ peut aider à la précision des indicateurs.

Enfin, il est à rappeler que les théories ainsi définies doivent être considérées comme des outils codéfinis par l'ensemble des parties prenantes, et susceptibles d'évoluer en fonction du contexte et des besoins, comme mentionné plus haut.

En conclusion, les programmes et interventions écologiques visent plusieurs cibles et milieux d'intervention et reposent sur une conception holistique de la santé, comprise comme la conséquence non linéaire d'une multitude de déterminants individuels, sociaux et environnementaux. Ils sont par nature plus complexes que des programmes ou interventions ne visant que des déterminants individuels ou une population. Si le modèle écologique développé par Richard et collaborateurs offre l'opportunité d'analyser et de décrypter les stratégies d'intervention mises en œuvre dans des programmes de promotion de la santé, il ne permet pas directement de planifier ou d'évaluer les programmes et actions mis en œuvre et doit, pour cela, faire appel à des outils complémentaires (*Intervention Mapping, Precede/Proceed*, etc.). En ce sens, une possibilité est offerte par l'outil de catégorisation des résultats, développé en Suisse, et désormais bien diffusé sur le territoire français. Il repose sur une conception similaire de la santé et propose une méthode d'analyse, de planification et d'évaluation. Il permet d'analyser les effets multiples des activités de promotion de la santé à différents niveaux d'intervention et d'esquisser, en étroite collaboration avec les différentes parties prenantes, le cheminement logique d'une intervention de promotion de la santé, depuis les activités effectivement réalisées jusqu'aux effets de l'action sur les facteurs associés aux déterminants de santé et, éventuellement, sur des indicateurs de santé. Le passage par une illustration concrète permet ainsi de souligner la *complémentarité* entre les approches développées de part et d'autre de l'Atlantique pour prendre en compte des déterminants individuels et socio-environnementaux de la santé ainsi que les *différences* qui, loin de s'opposer fondamentalement, sont autant d'outils à mettre à disposition des acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, soucieux de bâtir des programmes à la fois mieux intégrés et plus efficaces.

3. En ligne : <http://www.quint-essenz.ch/fr/tools/1011> [dernière consultation le 18/04/2013].

Bibliographie

- [1] Spencer B., Broesskamp-Stone U., Ruckstuhl B., Ackermann G., Sporri A., Cloetta B. Modelling the Results of Health Promotion Activities in Switzerland: Development of the Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention. *Health Promotion International*, 2008, vol. 23, n° 1 : p. 86-97.
- [2] Cloetta B., Spencer B., Sporri A., Ruckstuhl B., Broesskamp-Stone U., Ackermann G. Un outil pour la catégorisation des résultats. *Promotion et Éducation*, 2005, vol. 12 : p. 88-93.
- [3] Nutbeam D. Evaluating Health Promotion. *British Medical Journal*, 1999, 318 (7180) : p. 404 A.

Conclusion

LUCIE RICHARD
LUCETTE BARTHÉLÉMY
STÉPHANIE PIN
MARIE-CLAUDE TREMBLAY
LISE GAUVIN

L'allongement de l'espérance de vie, combiné à l'émergence d'approches intégrant davantage les principes de la promotion de la santé, crée un contexte propice à des réflexions et actions nouvelles en vue d'assurer la promotion de la santé et de la qualité de vie des populations vieillissantes. Alors que, dans le passé, les aînés ont souvent été considérés d'abord comme des bénéficiaires requérant services curatifs et hébergement, les défis actuels ont trait davantage à l'identification de moyens permettant d'ajouter « de la vie aux années » et d'assurer santé et qualité de vie le plus longtemps possible. Les recherches récentes en santé publique ont mis en avant l'importance d'agir sur une variété de déterminants de la santé incluant différentes dimensions de l'environnement des personnes. Depuis au moins deux décennies, cette perspective d'intervention qui prend en compte les relations entre les individus et leur environnement de vie, qualifiée à ce titre d'écologique, figure au cœur du discours des chercheurs, intervenants, planificateurs et décideurs. Les impressions glanées sur le terrain et les données de recherche montrent toutefois que son implantation reste encore souvent bien partielle. Il ne semble pas que le domaine de la santé des aînés fasse ici exception.

C'est pour contribuer à renverser ce mouvement que ce guide d'aide à l'action est offert aujourd'hui aux décideurs, planifica-

teurs et intervenants dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé. Issu d'une démarche de recherche élaborée à des fins d'évaluation de programmes, le modèle des dimensions de l'approche écologique qui figure au cœur de l'ouvrage s'est avéré utile comme outil de formation à l'intention de l'ensemble de ces acteurs. Tout au long de ce livre, différentes stratégies pédagogiques ont été déployées : présentation de l'approche novatrice du modèle pour la prévention des maladies et la promotion de la santé des aînés, illustration à l'aide d'exemples de différentes stratégies, analyse de plans et programmes présentant un niveau élevé d'intégration de l'approche écologique (le Plan national Bien vieillir pour la France, la programmation en promotion de la santé des aînés du centre de santé et de services sociaux Cavendish pour le Québec), énoncé de propositions en vue d'améliorer la dimension écologique d'un programme donné, le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED). Si une meilleure compréhension de l'approche écologique et de ses dimensions est un passage obligé vers l'élaboration d'une offre de programmation qui soit davantage en lien avec la nouvelle santé publique, il sera nécessaire de compléter cette première étape en poursuivant une démarche formelle de planification de programmes. Plusieurs outils sont disponibles en ce sens, comme l'outil de catégorisation des résultats, présenté dans le dernier chapitre, qui constitue une formulation cohérente avec l'approche écologique telle que définie en promotion de la santé [1, 2]. D'autres outils, notamment l'*Intervention Mapping* [3] ou le *Precede-Proceed* [4] pourraient également être utilisés à cette fin. Par ailleurs, il conviendra d'évaluer les expériences d'utilisation du modèle écologique par les praticiens de terrain suite à la publication de ce guide d'aide à l'action et de documenter les améliorations qui pourraient être apportées au modèle suite à ces expériences. Aussi les auteurs du présent ouvrage seront-ils heureux de recueillir tout compte rendu, anecdote et suggestion allant dans ce sens.

Bibliographie

- [1] Spencer B. *et al.* Modelling the Results of Health Promotion Activities in Switzerland: Development of the Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention. *Health Promotion International*, 2008, n° 23, vol.1 : p. 86-97.
- [2] Cloetta B., Spencer B., Sporri A., Ruckstuhl B., Broesskamp-Stone U., Ackermann G. Un outil pour la catégorisation des résultats. *Promotion et Éducation*, 2005, vol. 12 : p. 88-93.
- [3] Bartholomew K. L., Parcel G. S., Kok G., Gottlieb N. H. *Planning Health Promotion Programs. An Intervention Mapping Approach*. San Francisco : Jossey-Bass, 2006 : 800 p.
- [4] Green L. W., Kreuter M. W. *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*. New York : Mc Graw-Hill, 2005 : 458 p.

Annexes



Liste des sigles et des abréviations

A

Afssaps	Agence française de sécurité sanitaire des aliments et des produits de santé
AVC	Accident vasculaire cérébral

C

CLSC	Centre local de services communautaires
Cnavts	Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
Cosi	Cohabitation solidaire intergénérationnelle
Creges	Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale
CSSS	Centre de santé et de services sociaux

D

DGAS	Direction générale de l'Action sociale
DGCS	Direction générale de la Cohésion sociale (anciennement DGAS)
DGS	Direction générale de la Santé

E

EUNAAPA	<i>European Network for Action on Ageing and Physical Activity</i>
----------------	--

F

Fadoq	Fédération de l'âge d'or du Québec
FFPEMM	Fédération française pour l'entraînement physique dans le monde moderne

G	
GMF	Groupe de médecine de famille
H	
HAS	Haute Autorité de santé
HCSP	Haut Conseil de santé publique
I	
INCa	Institut national du cancer
Inpes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
IRSPUM	Institut de recherche en santé publique de l'université de Montréal
IUGM	Institut universitaire de gériatrie de Montréal
IUMSP	Institut universitaire de médecine et de santé préventive
M	
MSA	Mutualité sociale agricole
O	
OCR	Outil de catégorisation des résultats
OMS	Organisation mondiale de la santé
P	
PARBAS	<i>Psychogeriatric and Risk Behavior Assessment Scale</i> (échelle du comportement psychogériatrique à risque)
PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
PMPS	Prévention des maladies et promotion de la santé
PNBV	Plan national Bien vieillir
PNS	Programme national nutrition-santé
PPSV	Prévention, promotion, santé et vieillissement
S	
SHARE	<i>Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe</i> (enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe)
SIG	Système d'information géographique
U	
UE	Union européenne
UNIOPPS	Union nationale interfédération des œuvres privées sanitaires et sociales
V	
VoisiNuAge	Étude née de l'intégration de deux initiatives québécoises de recherche majeures : NuAge et Mégaphone

Liste des figures et des tableaux

Vieillesse, vieillissement et santé

- 32 **Figure 1** : Modèle de l'adaptation de la personne âgée à son environnement

L'approche écologique : une approche novatrice pour la prévention des maladies et la promotion de la santé des aînés

- 43 **Figure 1** : Modèle de l'approche écologique dans les programmes de promotion et de prévention de la santé
- 47 **Tableau I** : Stratégies d'intervention des programmes de prévention et de promotion de la santé auprès des aînés

Opérationnaliser l'approche écologique : exemples de stratégies de prévention et de promotion de la santé

- 50 **Tableau I** : Exemples de stratégies visant la transformation de cibles individuelles
- 51 **Tableau II** : Exemples de stratégies impliquant la mise en réseau d'individus
- 52 **Tableau III** : Exemples de stratégies visant la transformation de cibles interpersonnelles
- 52 **Tableau IV** : Exemples de stratégies impliquant la mise en réseau de cibles interpersonnelles
- 53 **Tableau V** : Exemples de stratégies visant la transformation de cibles organisationnelles

- 54 **Tableau VI** : Exemples de stratégies impliquant la mise en réseau de cibles organisationnelles
- 55 **Tableau VII** : Exemples de stratégies visant la transformation de cibles communautaires
- 56 **Tableau VIII** : Exemples de stratégies impliquant la mise en réseau de cibles communautaires
- 57 **Tableau IX** : Exemples de stratégies visant la transformation de cibles politiques
- 57 **Tableau X** : Exemples de stratégies impliquant la mise en réseau de cibles politiques

Analyse écologique de deux programmes de prévention et promotion de la santé en direction des aînés

- 62 **Figure 1** : Analyse écologique du Plan national Bien vieillir
- 72 **Figure 2** : Quelques activités en promotion de la santé des aînés de l'équipe PPSV par milieu d'intervention

Vers des interventions plus écologiques : réflexion sur le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED)

- 83 **Figure 1** : Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED)
- 85 **Figure 2** : Programme PIED dans un programme écologique

Comment évaluer un programme écologique ?

Illustration avec l'outil de catégorisation des résultats

- 92 **Figure 1** : Aperçu général de l'outil de catégorisation des résultats
- 95 **Figure 2** : Les sous-catégories de l'outil de catégorisation des résultats
- 97 **Figure 3** : Catégorisation des résultats du programme PIED bonifié : activités et exemples d'indicateurs

Conception graphique originale **Scripta** - Céline Farez, Virginie Rio
Maquette et réalisation **Médi-Text** - 83, rue de Gergovie - 75014 Paris
Crédits photo (couverture) : © **Getty Images**
Impression **Fabrègue** - Bois Joli - BP10 - 87500 Saint-Yrieix-la-Perche
Dépôt légal mai 2013

Prévenir les problèmes de santé est la clé d'un vieillissement réussi. Face à l'allongement de l'espérance de vie, cette évidence engage à chercher de nouveaux modèles permettant que les aînés soient en bonne santé le plus longtemps possible. L'approche écologique s'appuie sur une vision large des déterminants de santé qui met l'accent sur les interactions complexes entre l'individu et son environnement. Elle envisage la santé des aînés comme une constellation de facteurs, tant individuels que sociaux et environnementaux.

Issu d'un projet de coopération franco-qubécois, ce guide d'aide à l'action cherche à faire mieux connaître cette approche novatrice de promotion de la santé, en fournissant des pistes concrètes pour la mettre en œuvre, planifier des interventions ou évaluer des programmes inspirés de ce modèle. Il propose ainsi des exemples de stratégies de prévention et de promotion de la santé aux professionnels désireux de mettre en œuvre des interventions dites écologiques, mais aussi, plus largement, à tous les intervenants de terrain qui refusent de considérer la perte d'autonomie des aînés comme une fatalité.

**Ouvrage édité et diffusé gratuitement par l'Inpes ou ses partenaires.
Ne peut être vendu.**



www.inpes.sante.fr
inpes
 Institut national
 de prévention et
 d'éducation pour
 la santé

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
 42, boulevard de la Libération
 93203 Saint-Denis cedex - France