

















































## 4.1 Nom du modèle et définition des concepts-clés

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

### 4.1.1 Conditions favorables

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

### 4.1.2 Santé et qualité de vie

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

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

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

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

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

### 4.1.3 Personnes vieillissantes

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

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

---

<sup>7</sup> Traduction libre.

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

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

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

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

## 4.2 Valeurs qui guident l'intervention

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

---

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

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

#### 4.2.1 Équité

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

#### 4.2.2 Solidarité

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

---

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

### 4.2.3 Autodétermination

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

### 4.2.4 Respect de la dignité

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

### 4.2.5 Inclusion

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

---

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

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

### 4.3 Axes d'intervention

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

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

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

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

L'axe 1 souligne l'importance de :

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

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

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

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

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

L'axe 2 souligne ainsi l'importance de :

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

---

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

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

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

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

L'axe 3 souligne l'importance de :

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

L'axe 5 souligne l'importance de :

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

---

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

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

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

#### 4.4 Forces, limites et utilités potentielles

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

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

Le modèle comporte, par ailleurs, quelques limites :

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

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

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

Les attentes vis-à-vis un tel outil doivent être réalistes et mesurées à l'aune de son utilité.

Le modèle peut être utile pour :

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

## 5 CONCLUSION

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

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

## 6 RÉFÉRENCES

- Annele, U., Satu, K. J. et Timo, E. S. (2019). Definitions of successful ageing: a brief review of a multidimensional concept. *Acta Bio Medica : Atenei Parmensis*, 90(2), 359-363. <https://doi.org/10.23750/abm.v90i2.8376>
- Audy, É., Gamache, L., Gauthier, A., Lemétayer, F., Lessard, S. et Melançon, A. (2021). *Inégalités d'accès et d'usage des technologies numériques : un déterminant préoccupant pour la santé de la population?* Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3148-inegalites-acces-usage-technologies-numeriques>
- Ayalon, L. (2020). There is nothing new under the sun: ageism and intergenerational tension in the age of the COVID-19 outbreak. *International Psychogeriatrics*, 1-4. <https://doi.org/10.1017/S1041610220000575>
- Beard, J. R., Officer, A., de Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J.-P., Lloyd-Sherlock, P., Epping-Jordan, J. E., Peeters, G. M. E. E. G., Mahanani, W. R., Thiyagarajan, J. A. et Chatterji, S. (2016). The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet (London, England)*, 387(10033), 2145-2154. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00516-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00516-4)
- Bhattacharyya, K. K., Molinari, V. et Andel, R. (2023). Longevity is not an ingredient of successful aging as self-reported by community-dwelling older adults: a scoping review. *Ageing & Mental Health*, 27(2), 217-229. <https://doi.org/10.1080/13607863.2022.2033696>
- Blin, M. (2022). L'autodétermination : une responsabilité collective et partagée. Présentation du dossier. *La nouvelle revue - Éducation et société inclusives*, 94(2), 5-9. <https://doi.org/10.3917/nresi.094.0005>
- Blouin, C., Gauthier, A. et Roberge, M.-C. (2022). *Outil d'analyse de politiques publiques pour une prise de décision rapide en santé publique*. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. <https://ccnpps-ncchpp.ca/fr/outil-danalyse-de-politiques-publiques-pour-une-prise-de-decision-rapide-en-sante-publique/>
- Boismenu, G. (2021). *De la pauvreté à l'exclusion sociale : Les pouvoirs publics interpellés*. Érudit. <https://www.erudit.org/fr/livres/hors-collection/de-la-pauvrete-a-lexclusion-sociale/>
- Bossé, P.-L., Morin, P. et Dallaire, N. (2006). La délibération éthique: de l'étude de cas à la citoyenneté responsable. *Santé mentale au Québec*, 31(1), 47-63. <https://doi.org/10.7202/013684ar>
- Bronfenbrenner, U. (1981). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press.
- Cardinal, L., Langlois, M.-C., Gagné, D. et Tourigny, A. (2008). *Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/860>

- Cités et gouvernements locaux unis. (2019). *Villes inclusives et accessibles*. Congress de CGLU / Le circuit Town Hall. Sommet mondial des dirigeants locaux et régionaux, Durban.  
<https://www.durban2019.uclg.org/fr/media/villes-inclusives-et-accessibles-congress-de-cglu-le-circuit-town-hall>
- Comité en prévention et promotion. (2020, juin 1). *COVID-19: la résilience et la cohésion sociale des communautés pour favoriser la santé mentale et le bien-être*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3016-resilience-cohesion-sociale-sante-mentale-covid19>
- Dahlgren, G. et Whitehead, M. (2021). The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public Health*, 199, 20-24. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.08.009>
- Dufour, E., Bolduc, J., Leclerc-Loiselle, J., Charette, M., Dufour, I., Roy, D., Poirier, A.-A. et Duhoux, A. (2023). Examining nursing processes in primary care settings using the Chronic Care Model: an umbrella review. *BMC Primary Care*, 24(1), 176. <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02089-3>
- Ferdows, N. B., Jensen, G. A. et Tarraf, W. (2018). Healthy aging after age 65: a life-span health production function approach. *Research on Aging*, 40(5), 480-507. <https://doi.org/10.1177/0164027517713312>
- Filiatrault, F., Désy, M. et Leclerc, B. (2015). *Référentiel de valeurs pour soutenir l'analyse éthique des actions en santé publique*. Institut national de santé publique du Québec.  
<https://www.inspq.qc.ca/publications/2010>
- Fraser, S., Lagacé, M., Bongué, B., Ndeye, N., Guyot, J., Bechard, L., Garcia, L., Taler, V., Adam, S., Beaulieu, M., Bergeron, C. D., Boudjemadi, V., Desmette, D., Donizzetti, A. R., Éthier, S., Garon, S., Gillis, M., Levasseur, M., Lortie-lussier, M., ... Tougas, F. (2020). Ageism and COVID-19: what does our society's response say about us? *Age and Ageing*, afaa097. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa097>
- Freeman, T. (2006). « Best practice » in focus group research: making sense of different views. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 491-497. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04043.x>
- Gauthier, A., Houle, V., Roy, M. et St-Pierre, J. (2020). *Repenser l'action sur les normes sociales pour favoriser la santé et le bien-être*. Institut national de santé publique du Québec.  
<https://www.inspq.qc.ca/publications/2630>
- Gauthier, A., Tourigny, A., Sahil, S., Ades, J., Burigusa, G., Chapados, M., Badr, J. et Ouimet, M.-J. (2023). *Doter le Québec d'une stratégie nationale pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées: vers des milieux de vie inclusifs, sains et sécuritaires*. Institut national de santé publique du Québec.  
<https://www.inspq.qc.ca/publications/3322>
- Gebremariam, K. M. et Sadana, R. (2019). On the ethics of healthy ageing: setting impermissible trade-offs relating to the health and well-being of older adults on the path to universal health coverage. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 140. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-0997-z>
- Gouvernement du Canada. (2002, juillet 1). *Les Principes du Cadre national sur le vieillissement: guide d'analyse des politiques: H88-3/21-1998F-IN*.  
<https://publications.gc.ca/site/eng/9.630537/publication.html>

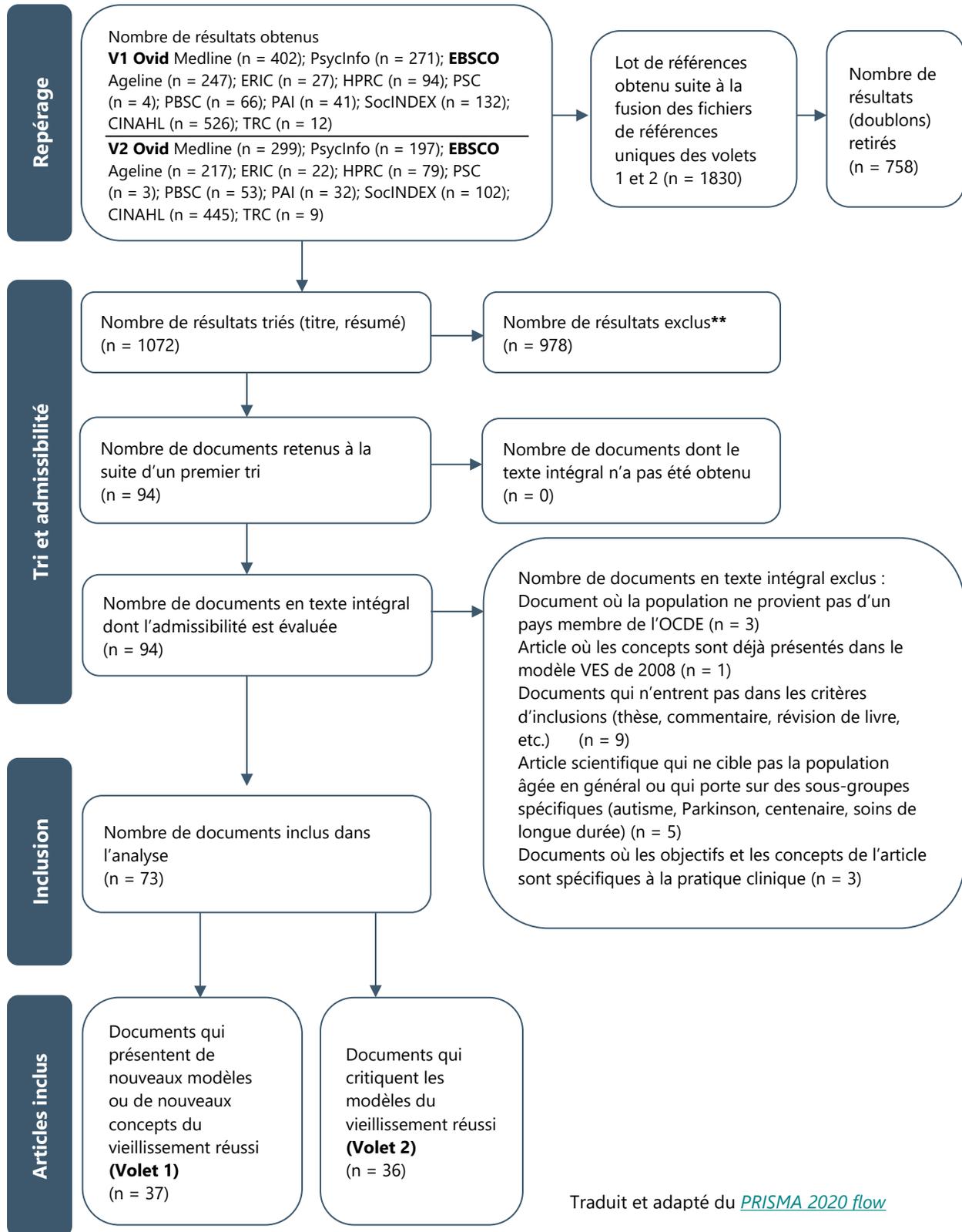
- Gouvernement du Québec. (2023). *Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2)*. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/s-4.2>
- Howell, B. M., Seater, M. et McLinden, D. (2021). Using concept mapping methods to define « healthy aging » in Anchorage, Alaska. *Journal of Applied Gerontology: The Official Journal of the Southern Gerontological Society*, 40(4), 404-413. <https://doi.org/10.1177/0733464819898643>
- Hsieh, H.-F. et Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Institut de la statistique du Québec. (2023a). *Portrait des personnes âgées au Québec*. Gouvernement du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/communiqué/portrait-personnes-aines-quebec>
- Institut de la statistique du Québec. (2023b). *Portrait des personnes âgées au Québec*. Gouvernement du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/communiqué/portrait-personnes-aines-quebec>
- Institut national de santé publique du Québec. (2018). *Les inégalités sociales de santé au Québec— L'espérance de vie en bonne santé, sur le site Santéscope*. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/santescope/syntheses/evbs-complet.pdf>
- Institut national de santé publique du Québec. (2020). *COVID-19: la résilience et la cohésion sociale des communautés pour favoriser la santé mentale et le bien-être*.
- Kahana, E., Kahana, B. et Lee, J. E. (2014). Proactive approaches to successful aging: one clear path through the forest. *Gerontology*, 60(5), 466-474. <https://doi.org/10.1159/000360222>
- Katz, S. et Calasanti, T. (2015). Critical perspectives on successful aging: does it « appeal more than it illuminates »? *The Gerontologist*, 55(1), 26-33. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu027>
- Lachapelle, Y., Fontana-Lana, B., Petitpierre, G., Geurts, H. et Haelewyck, M.-C. (2022). Autodétermination : historique, définitions et modèles conceptuels. *La nouvelle revue - Éducation et société inclusives*, 94(2), 25-42. <https://doi.org/10.3917/nresi.094.0025>
- Lagacé, M. et Rodrigues-Rouleau, P. (2021). Pandémie : pour sortir du paradigme de l'âgisme. *Nouveaux Cahiers du socialisme*, 25, 26-33. <https://www.erudit.org/fr/revues/ncs/2021-n25-ncs05820/94846ac/>
- Lemieux, V. et Lebel, P. (2022). *La participation sociale des personnes âgées montréalaises : données fondées sur des expériences vécues et recommandations*. Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. <https://nccdh.ca/resources/entry/la-participation-sociale-des-personnes-aines-montrealaises-donnees-fondees-sur-des-experiences-vecues-et-recommandations>

- Levasseur, M., Naud, D., Presse, N., Delli-Colli, N., Boissy, P., Cossette, B., Couturier, Y. et Cadieux Genesse, J. (2022). Aging all over the place: a multidisciplinary framework that cons...: Ingenta Connect. *Quality in Ageing and Older Adults*, 23(3), 150-162.  
<https://www.ingentaconnect.com/content/mcb/qaqa/2022/00000023/00000003/art00007>
- Levasseur, M., St-Cyr Tribble, D. et Desrosiers, J. (2009). Meaning of quality of life for older adults: importance of human functioning components. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(2), e91-e100. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.08.013>
- Lévesque, J., Robitaille, É., Gervais, M.-J. et Couture-Ménard, M.-É. (2022). *L'action municipale pour créer des environnements favorables à la santé et à la qualité de vie*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3262>
- Manciaux, M. (2001). La résilience. Un regard qui fait vivre. *Études*, 395(10), 321-330.  
<https://doi.org/10.3917/etu.954.0321>
- Martin, P., Kelly, N., Kahana, B., Kahana, E., Willcox, B. J., Willcox, D. C. et Poon, L. W. (2015). Defining successful aging: a tangible or elusive concept? *The Gerontologist*, 55(1), 14-25.  
<https://doi.org/10.1093/geront/gnu044>
- Martins, C., Godycki-Cwirko, M., Heleno, B. et Brodersen, J. (2018). Quaternary prevention: reviewing the concept. *The European Journal of General Practice*, 24(1), 106-111.  
<https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1422177>
- McCarthy, V. L. et Bockweg, A. (2013). The role of transcendence in a holistic view of successful aging: a concept analysis and model of transcendence in maturation and aging. *Journal of Holistic Nursing: Official Journal of the American Holistic Nurses' Association*, 31(2), 84-92; quiz 93-94.  
<https://doi.org/10.1177/0898010112463492>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2009). *Programme de soutien à la démarche Municipalité amie des aînés—Soutien gouvernemental aux démarches des municipalités qui agissent pour le bien-être des aînés*. Gouvernement du Québec. <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/personnes-agees/aide-financiere-organismes/municipalite-amie-des-aines/soutien-realisation-demarche-mada>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). *La santé et ses déterminants: mieux comprendre pour mieux agir*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000540/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Programme national de santé publique 2015-2025*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001565/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002061/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020). *Guide d'accompagnement pour la réalisation de la démarche Municipalité amie des aînés (2e édition) et sa boîte à outils*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002194>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023). *Programme Québec ami des aînés*. Gouvernement du Québec. <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/personnes-agees/aide-financiere-organismes/quebec-ami-des-aines/programme-quebec-ami-des-aines>
- Näsman, M., Nyqvist, F. et Nygård, M. (2022). Disentangling the concept of well-being in very old age using Rodgers' evolutionary concept analysis. *Journal of Happiness Studies*, 23(6), 3101-3126. <https://doi.org/10.1007/s10902-022-00496-4>
- Organisation de coopération et de développement économiques. (2002). *Des citoyens partenaires, information, consultation et participation à la formulation des politiques publiques*. OCDE, Paris.
- Oliver, D. (2020). David Oliver: What the pandemic measures reveal about ageism. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 369, m1545. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1545>
- Organisation mondiale de la Santé. (1996). Quelle qualité de vie? *Forum mondial de la Santé 1996*; 17(4): 384-386. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/54757>
- Organisation mondiale de la Santé. (2002). *Vieillir en restant actif: Cadre d'orientation* (WHO/NMH/NPH/02.8). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67758>
- Organisation mondiale de la Santé. (2015). *World report on ageing and health*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>
- Organisation mondiale de la Santé. (2020). *Rapport mondial sur l'âgisme*. <https://www.who.int/fr/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>
- Organisation mondiale de la Santé. (2021). *Décennie pour le vieillissement en bonne santé (2021-2030)*. <https://www.who.int/fr/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
- Organisation mondiale de la Santé, Santé et bien-être social Canada, & Association canadienne de santé publique. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé: une conférence internationale pour la promotion de la santé*.
- Paúl, C., Ribeiro, O. et Teixeira, L. (2012). Active ageing: an empirical approach to the WHO model. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2012, 382972. <https://doi.org/10.1155/2012/382972>
- Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux et Ministère de la Famille et des Aînés. (2012). *Politique et plan d'action—Vieillir et vivre ensemble—Chez soi, dans sa communauté, au Québec*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002206/>
- Raymond, É., Gagné, D., Sévigny, A. et Tourigny, A. (2009, janvier 8). *La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé: réflexion critique appuyée sur une analyse documentaire*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/859>

- Robine, J.-M. (2019). Successful aging and the longevity revolution. Dans *The Cambridge Handbook of Successful Aging* (Cambridge University Press, p. 27-37).  
<https://www.cambridge.org/core/books/abs/cambridge-handbook-of-successful-aging/successful-aging-and-the-longevity-revolution/0FBA554CDC828976611AB35C112CC666>
- Statistique Canada. (2023). *Estimations de la population du Canada : Croissance démographique record en 2022*. Gouvernement du Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/230322/dq230322f-fra.htm>
- Stephens, C. (2017). From success to capability for healthy ageing: shifting the lens to include all older people. *Critical Public Health*, 27(4), 490-498. <https://doi.org/10.1080/09581596.2016.1192583>
- Stowe, J. D. et Cooney, T. M. (2015). Examining Rowe and Kahn's concept of successful aging: importance of taking a life course perspective. *The Gerontologist*, 55(1), 43-50.  
<https://doi.org/10.1093/geront/gnu055>
- St-Pierre, Gauthier, A. et Pollet, R. (2023). *L'usage du concept de la vulnérabilité en santé publique*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3310>
- Touré, E. H. (2010). Réflexion épistémologique sur l'usage des focus groups : fondements scientifiques et problèmes de scientificité. *Recherches qualitatives*, 29(1), 5-27. <https://doi.org/10.7202/1085130ar>
- Wahl, H.-W. (2020). Aging successfully: possible in principle? Possible for all? Desirable for all? *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 54(2), 251-268. <https://doi.org/10.1007/s12124-020-09513-8>
- Wahl, H.-W., Iwarsson, S. et Oswald, F. (2012). Aging well and the environment: toward an integrative model and research agenda for the future. *The Gerontologist*, 52(3), 306-316.  
<https://doi.org/10.1093/geront/gnr154>

## ANNEXE 1 DIAGRAMME DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE



Traduit et adapté du [PRISMA 2020 flow](#)

## ANNEXE 2 STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

### Mots-clés en anglais

| Concept 1 :<br>Healthy aging                                                                                                                                     | Concept 2 :<br>Model                                                           | Concept 3 :<br>Public Health                                                                                        | Concept 4 :<br>Critical Evaluation                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Healthy aging/ageing</li> <li>• Active aging/ageing</li> <li>• Successful aging/ageing positive aging/ageing</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Model</li> <li>• Framework</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Public health</li> <li>• Health promotion</li> <li>• Prevention</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analysis</li> <li>• Comparison</li> <li>• Critic</li> <li>• Evaluation</li> <li>• Measure</li> </ul> |

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

Interrogée le 2022-12-12

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















## **ANNEXE 6 EXEMPLES DE PÉRIODES DE TRANSITION DE VIE ASSOCIÉES AU VIEILLISSEMENT<sup>16</sup>**

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

---

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

