

Cette présentation a été effectuée le 20 novembre 2007, au cours de la journée

« Vieillir en santé : comment répondre à ce défi ? »

dans le cadre des Journées annuelles de santé publique (JASP) 2007. L'ensemble des présentations est disponible sur le site Web des JASP, à l'adresse <http://www.inspq.qc.ca/archives/>.



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

Journées annuelles de santé publique 2007

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

1

Contributions

Auteurs

- **Lise Cardinal** (DSP de la Capitale-Nationale)
- **Marie-Claude Langlois** (DSP de la Capitale-Nationale)
- **Denise Gagné** (DSP de la Capitale-Nationale)
- **André Tourigny** (INSPQ)

Personnes consultées

- **Marie Amzallag** (CSSS Cavendish)
- **Nicole Damestoy** (DSP de Laval)
- **Denis Drouin** (MSSS)
- **Marthe Hamel** (MSSS)
- **Paule Lebel** (IGUM)
- **Pierre Maurice** (DSP de la Capitale-Nationale et INSPQ)
- **Réal Morin** (INSPQ)
- **Lucie Richard** (IGUM)

2

Plan de présentation

1. Origine et objectifs de la démarche
2. Méthodologie
3. Présentation sommaire des modèles recensés
4. Présentation du modèle proposé
5. Ce qu'il permet, ce qu'il ne permet pas, utilité
6. Perspectives pour la démarche régionale

3

Origine de la démarche

Consultation sur le plan d'action régional en santé publique

- Peu de mesures visant spécifiquement les personnes âgées (santé physique +++);
- Approche fragmentée;
- Peu de préoccupation: santé mentale, santé cognitive, problématiques psychosociales, conditions de vie, etc.

**Bref ... absence de vision d'ensemble
pour cette clientèle !!!**

4

Objectifs de la démarche

- ✓ Se donner une vision d'ensemble des possibilités d'action pour maintenir ou améliorer l'état de santé de la population âgée;
- ✓ Définir ensuite, parmi ces possibilités, la contribution spécifique du réseau de la santé publique.

5

Trois prémisses

1. Les personnes de 65 ans et plus ne constituent pas un groupe homogène, grande diversité des réalités;
2. Les besoins, les attentes, les préférences et les choix des personnes âgées sont diversifiés;
3. L'éventail des actions à mettre en œuvre pour maintenir ou améliorer la santé de toutes les personnes âgées doit refléter cette diversité.

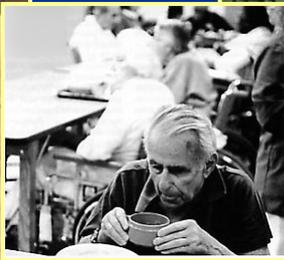
6

Le vieillissement... différentes réalités !



7

Le vieillissement... différentes réalités !



Le vieillissement...différentes réalités !



Critères de départ

- Refléter les caractéristiques et les besoins de toutes les personnes âgées;
- Donner un ancrage pour la promotion de la santé et la prévention quelle que soit la condition de la personne;
- Présenter un éventail de possibilités pour permettre à tous les acteurs de se retrouver;
- Intégrer les dimensions positives du vieillissement.

Méthodologie

- Recherche documentaire (PubMed, Ageline, Santécomm);
- Mots-clés :
 - Modèle conceptuel – *Framework*;
 - Santé - *Health*
 - Promotion de la santé - *Health promotion*
 - Prévention – *Prevention*;
 - Personnes âgées, aînés – *Older People, Elderly, Seniors*;
 - Vieillissement – *Aging, ageing*.
- Articles reliés, visites de sites gouvernementaux et d'agences internationales, consultation de personnes clés.

11

Survol du matériel recueilli : quelques constats

- Le matériel recueilli puise dans différents univers: organisation des services, épidémiologie, étiologie, soins/clinique, programmation/planification, politiques publiques;
- Action sur les déterminants de la santé ou approche par problèmes: en général, soit l'un, soit l'autre;
- Parfois, autre point focal que celui de la santé;
- Agencement variable des composantes, grandes catégories ou dimensions peu explicites;
- Récurrence des thèmes.

12

Matériel retenu

- Quatorze modèles;
- Trois non spécifiques au vieillissement (*);
- Quatre grandes catégories:
 - Vieillir en interaction avec son environnement et s'adapter;
 - Vieillir et se fragiliser;
 - Vieillir avec des déficiences, des incapacités, des handicaps;
 - Vieillir selon une approche positive.

13

Survol des 14 modèles retenus selon le concept central

1. Vieillir en interaction avec son environnement:

- Approche globale, écosystémique;
- Recherche constante de l'équilibre;
- Interactions personne/environnement(s).

Lawton et Nahemow (1973); *Press-competence model*.

Bronfenbrenner (1979)*; *Modèle écologique du développement humain*.

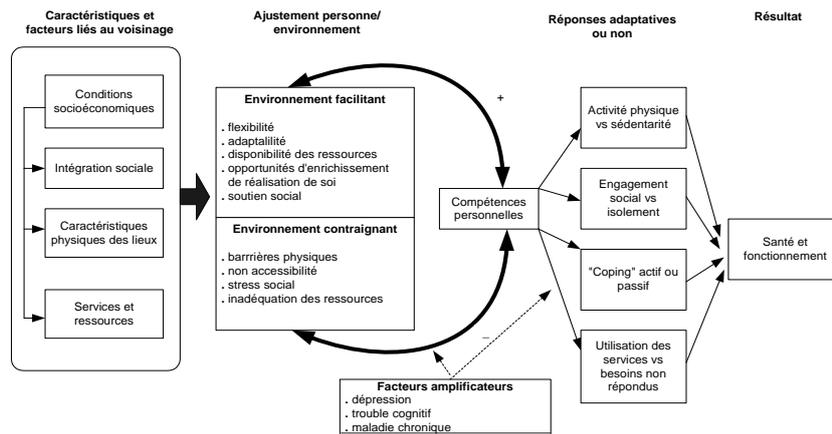
Glass et Balfour (2003); *Neighborhoods, aging and functional limitations (person environment fit model)*.

14

1. Vieillir en interaction avec son environnement

Glass et Balfour (2003). Neighborhoods, aging and functional limitations (person environment fit model)

Glass et Balfour, 2003 (traduction libre)



Survol de modèles recensés selon le concept central

2. Vieillir et se fragiliser :

- Vieillesse + maladies + mauvaises habitudes de vie;
- Plus facile à opérationnaliser (facteurs prédictifs);
- Donne une place à la prévention;
- Utilité en clinique, liens avec grands syndromes gériatriques.

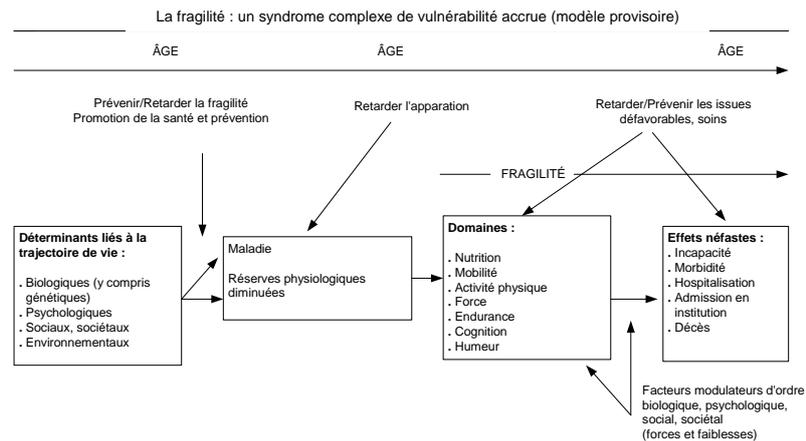
Buchner et Wagner (1992); *Conceptual model of frailty disability.*

Lebel et coll. (1999); *Un modèle dynamique de la fragilité.*

Bergman et coll. (2007); *La fragilité: un syndrome complexe de vulnérabilité accrue: un modèle provisoire.*

2. Vieillir et se fragiliser

Bergman et coll. (2007)



17

Survol de modèles recensés selon le concept central

3. Déficiences, incapacités et handicaps :

- ✓ Emphase sur incapacités et capacités restantes;
- ✓ Notion de handicap versus barrières à la réalisation de soi, à la participation.

Baltes et Baltes (1990); *The model of selective optimization and compensation.*

Verbrugge et Jette (1994)*; *Model of disablement process.*

Patrick (1997)*; *Model of health promotion for people with disabilities.*

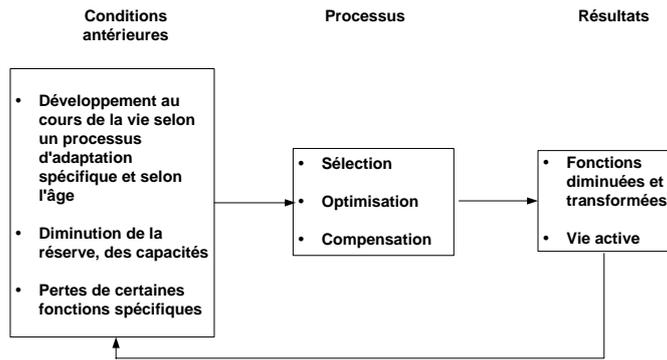
Leclerc (2007); *Modèle de l'actualisation optimale du potentiel en lien avec le sens de la vie.*

18

3. Déficiences, incapacités et handicaps

Baltes et Baltes (1990). *The model of selective optimization and compensation*

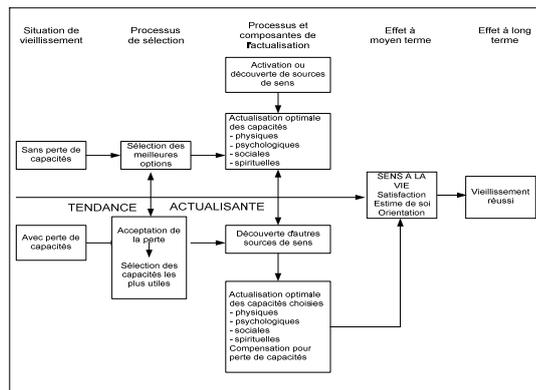
Baltes et Baltes (1994) (traduction libre)



3. Déficiences, incapacités et handicaps

Leclerc (2007). *Modèle de l'actualisation optimale du potentiel en lien avec le sens de la vie*

Leclerc (2007)



Survol de modèles recensés selon le concept central

4. Vieillir selon une approche positive :

- Réussir son vieillissement, vieillissement réussi, vieillir actif, vieillir en santé, en étant productif, bien vieillir...

Rowe et Kahn (1998); *Model of successful aging.*

Bryant, Corbett et Kutner (2001); *Model of healthy aging.*

Organisation mondiale de la santé (2002); *Cadre d'orientation pour vieillir en restant actif.*

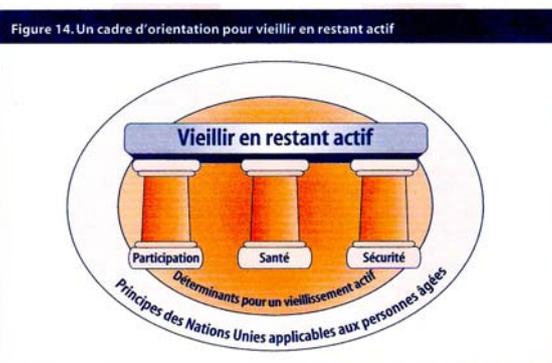
Alberta health and wellness (2002); *Healthy aging and seniors strategic framework.*

21

4. Vieillir selon une perspective positive

Organisation mondiale de la santé (2002). Cadre d'orientation pour vieillir en restant actif

Organisation mondiale de la santé (2002)

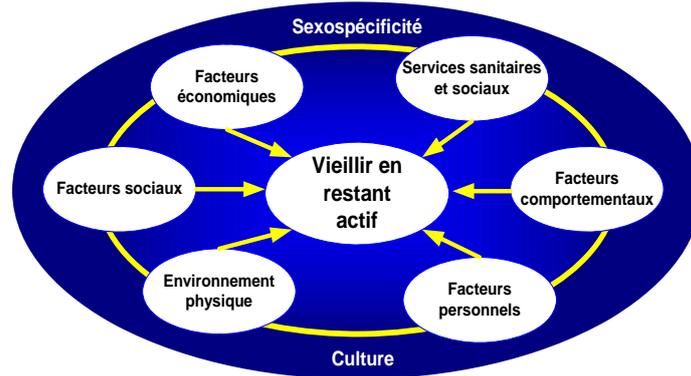


22

4. Vieillir selon une perspective positive

Organisation mondiale de la santé (2002). Cadre d'orientation pour vieillir en restant actif

Organisation mondiale de la santé (2002)

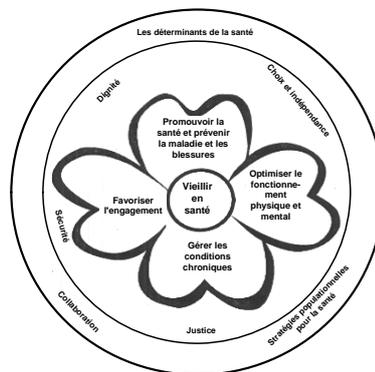


23

4. Vieillir selon une perspective positive

Alberta health and wellness (2002). Healthy aging and seniors strategic framework

Alberta Health and Wellness (2002) (traduction libre)



24

Vieillir sans vieillir...?!?



25

Quelques paradigmes sous tension

- **Santé comme valeur absolue** versus **adaptation**;
- **Linéarité** versus **interactivité**;
- **Perte d'autonomie et dépendance** versus **autonomie et interdépendance**;
- **Vieillesse et pertes** versus **capacités restantes et fonctionnement optimal**.

26

Présentation du modèle

- Concept central: « Vieillir en santé »
- 4 principes
- 9 axes d'interventions selon deux approches:
 - Agir sur les déterminants (5);
 - Agir pour prévenir les problèmes et en minimiser les conséquences (4).
- Des acteurs et des niveaux d'influence

27

Présentation du modèle

Concept central: Vieillir en santé

Un processus permanent d'optimisation des possibilités permettant aux personnes âgées d'améliorer et de préserver leur santé et leur bien-être physique, social, et mental, leur autonomie et leur qualité de vie ainsi que de favoriser les transitions harmonieuses entre les différentes étapes de leur vie.

(Santé Canada, 2002)

28

Présentation du modèle

Selon l'OMS (1986), la santé est:

- . un état d'équilibre d'une personne à un moment donné;
- . s'apprécie par le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités intellectuelles, mentales et physiques la qualité des relations avec le milieu;

Ces éléments sont en évolution constante et s'intègrent de façon dynamique chez la personne. La santé est une ressource de la vie quotidienne et non le but de la vie.

29

Présentation du modèle

Les 4 principes retenus

- La dignité;
 - L'indépendance;
 - L'équité;
 - La solidarité.
- La participation, la sécurité

Santé Canada (1998), Cadre national sur le vieillissement
OMS (2002), Vieillir en restant actif

30

A/ Agir sur les déterminants de l'état de santé des personnes âgées

- Axe 1: Améliorer les aptitudes individuelles et la capacité d'adaptation des personnes âgées;**
- Axe 2: Créer des milieux de vie sains et sécuritaires;**
- Axe 3: Favoriser l'engagement et la participation des personnes âgées et améliorer le soutien à celles-ci;**
- Axe 4: Organiser adéquatement les services de santé et services sociaux (de la promotion de la santé jusqu'aux soins de fin de vie);**
- Axe 5: Améliorer l'environnement général et les conditions de vie des personnes âgées.**

B/ Agir pour prévenir les problèmes et en minimiser les conséquences

- Axe 6: Éviter l'apparition des problèmes psychosociaux et des problèmes de santé mentale et physique par la réduction des facteurs de risque;**
- Axe 7: Détecter les problèmes de santé physique et agir précocement;**
- Axe 8: Détecter les problèmes psychosociaux et de santé mentale et agir précocement;**
- Axe 9: Gérer adéquatement les conditions chroniques.**

Axe 1: Améliorer les aptitudes individuelles et la capacité d'adaptation des personnes âgées



33

Agir sur les déterminants de la santé des personnes âgées

Axe 1

Améliorer les aptitudes individuelles et la capacité d'adaptation des personnes âgées

- Connaissances, attentes, valeurs, croyances et attitudes face à la santé, au vieillissement, au déclin fonctionnel;
- vie spirituelle et sens donné à la vie;
- estime de soi, perception de son utilité, de l'importance de sa contribution, de sa capacité à atteindre des objectifs pour soi et pour la collectivité, motivation;

34

A/ Agir sur les déterminants de la santé des personnes âgées

Axe 1 (suite)

Améliorer les aptitudes individuelles et la capacité d'adaptation des personnes âgées

- compétences personnelles et sociales (ex.: gestion du stress, résolution des problèmes, auto-gestion de la santé, communication);
- éducation, littératie, fonctionnement cognitif;
- force, résistance, endurance physique;
- habitudes de vie et autres comportements reliés à la santé.

35

Axe 2: **Créer des milieux de vie sains et sécuritaires**



36

A/ Agir sur les déterminants de la santé des personnes âgées

Axe 2

Créer des milieux de vie sains et sécuritaires

- Qualité du lieu de résidence, à domicile ou en institution;
- qualité de vie du quartier, du cadre bâti, des lieux publics, du voisinage;
- qualité des infrastructures, équipements et dispositifs favorisant la réalisation des activités (ex.: la mobilité);

Qualité = disponibilité, accessibilité, sécurité, salubrité, propreté, convivialité, possibilité d'intimité

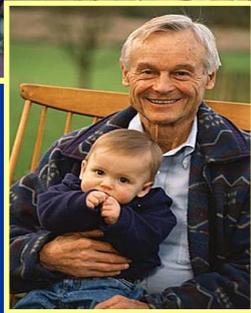
A/ Agir sur les déterminants de la santé des personnes âgées

Axe 2 (suite)

Créer des milieux de vie sains et sécuritaires

- conditions du travail bénévole ou rémunéré de la personne âgée;
- disponibilité et accessibilité de l'ensemble des produits, biens et services de proximité nécessaires à la réalisation des activités.

Axe 3: Favoriser l'engagement et la participation des personnes âgées et améliorer le soutien à celles-ci



39

A/ Agir sur les déterminants de la santé des personnes âgées

Axe 3

Favoriser l'engagement et la participation des personnes âgées et améliorer le soutien à celles-ci

- Valeurs, croyances et attitudes face au potentiel et aux besoins des personnes âgées;
- qualité des liens avec la famille et les proches;
- qualité des liens avec les membres de la communauté;

A/ Agir sur les déterminants de la santé des personnes âgées

Axe 3 (suite)

Favoriser l'engagement et la participation des personnes âgées et améliorer le soutien à celles-ci

- liens entre toutes les générations;
- opportunités pour les personnes âgées de s'engager dans des activités qui ont un sens pour elles, de se développer et de contribuer dans la réciprocité;
- réseau de soutien « informel » et « formel » pour répondre aux besoins de la personne âgée, soutien aux aidants.

41

Axe 4: Organiser adéquatement les services de santé et services sociaux



A/ Agir sur les déterminants de la santé des personnes âgées

Axe 4

Organiser adéquatement les services de santé et services sociaux (de la promotion de la santé jusqu'aux soins de fin de vie)

- Connaissances, valeurs, croyances et attitudes des gestionnaires et intervenants;
- structures de rôles et responsabilités;
- mécanismes: information, participation, prise de décision;

A/ Agir sur les déterminants de la santé des personnes âgées

Axe 4 (suite)

Organiser adéquatement les services de santé et services sociaux (de la promotion de la santé jusqu'aux soins de fin de vie)

- compétences et pratiques professionnelles et interprofessionnelles;
- liens sectoriels, intersectoriels et avec réseau communautaire;
- caractéristiques de l'organisation et de l'utilisation des services: intégration, continuité, accessibilité et globalité;
- développement des ressources.

Axe 5: Améliorer l'environnement général et les conditions de vie des personnes âgées



45

A/ Agir sur les déterminants de la santé des personnes âgées

Axe 5

Améliorer l'environnement général et les conditions de vie des personnes âgées

- Normes sociales concernant le vieillissement et les personnes âgées;
- ensemble des programmes et politiques publiques, à tous les niveaux de gouvernance, dans plusieurs domaines (social et sanitaire, environnement, transport, habitation, économie, éducation, loisirs, immigration, sécurité publique, justice, etc.).

B/ Agir pour prévenir les problèmes et en minimiser les conséquences

Axe 6:

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



47

B/ Agir pour prévenir les problèmes et en minimiser les conséquences

Axe 6

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

Exemples:

- . Pertes significatives, transitions;
- . Isolement, exclusion;
- . Tabagisme, problèmes nutritionnels, sédentarité;
- . Risque de blessures (chutes, brûlures, intoxications);
- . Consommation inappropriée des Rx, d'alcool;
- . Statut vaccinal;
- . Facteurs de risque d'infections (ex.: infections nosocomiales);
- . Facteurs prédictifs de la perte d'autonomie, de la fragilité.

B/ Agir pour prévenir les problèmes et en minimiser les conséquences

Axe 7

Détecter les problèmes de santé physique et agir précocement

Exemples:



- . Troubles sensoriels;
- . Diabète;
- . Maladies cardiorespiratoires
- . Cancers;
- . Problèmes bucco-dentaires;
- . Perte d'autonomie, fragilité.

49

B/ Agir pour prévenir les problèmes et en minimiser les conséquences

Axe 8

Détecter les problèmes psychosociaux et de santé mentale et agir précocement

Exemples:



- . Abus, négligence, violence;
- . Troubles cognitifs;
- . Dépression;
- . Idéations suicidaires;
- . Perte d'autonomie et fragilité.

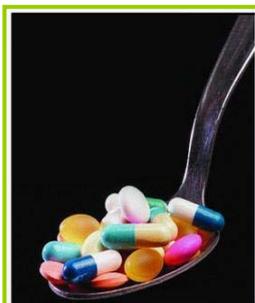
50

B/ Agir pour prévenir les problèmes et en minimiser les conséquences

Axe 9

Gérer adéquatement les conditions chroniques

Exemples :

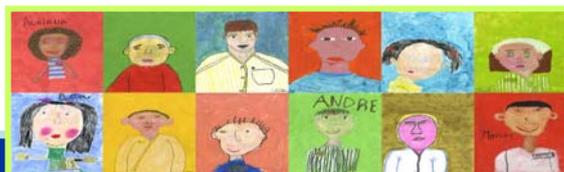


- . Traitement approprié;
- . Suivi +++;
- . Soutien aux aidants;
- . Auto-soins;
- . Médication appropriée (ex.: psychotropes, antibiotiques);
- . Gestion de la douleur;
- . Traitement des incontinences.

L'influence des acteurs



- La personne âgée elle-même;
- Sa famille et ses proches;
- La communauté;
- Les organisations;
- La société, la population en général.

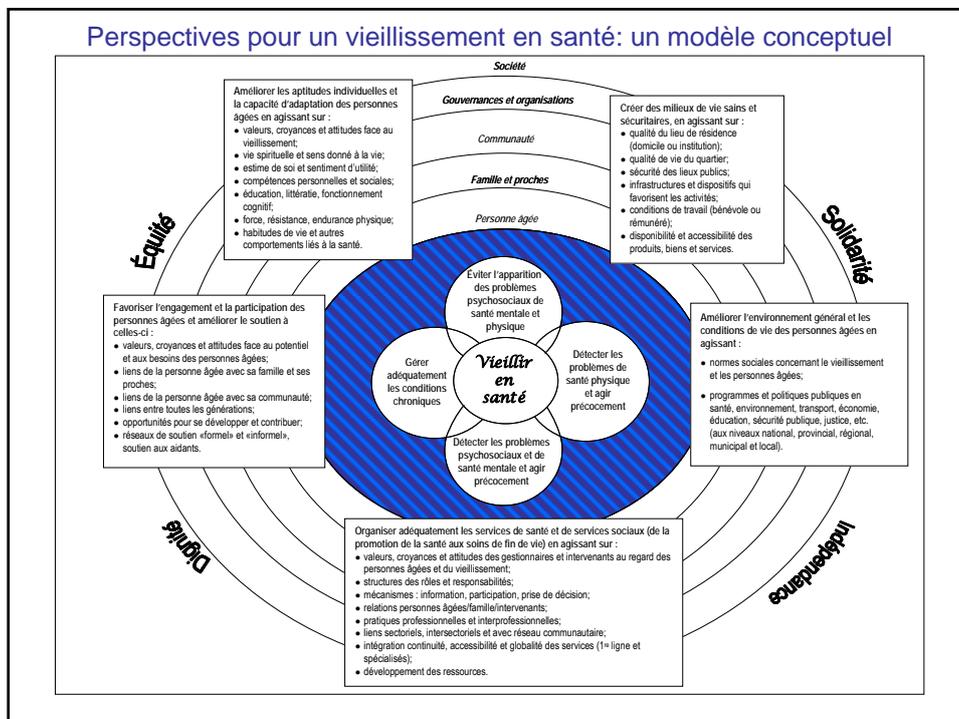


L'influence des acteurs (suite)

- ✓ Pour orienter les actions et l'utilisation des ressources;
- ✓ Pour représenter la population âgée et leurs proches;
- ✓ Pour intervenir directement auprès d'eux, les soutenir;
- ✓ Pour transférer les connaissances et développer les compétences;
- ✓ Pour développer les connaissances (recherche, évaluation).

53

Perspectives pour un vieillissement en santé: un modèle conceptuel



Ce que permet le modèle proposé

- ✓ Présente une préoccupation centrale pour toutes les personnes âgées et reconnaît le potentiel d'amélioration de la santé pour toutes;
- ✓ Présente une approche écologique;
- ✓ Fait ressortir le caractère multifactoriel de la santé des personnes âgées et du vieillissement;
- ✓ Présente des axes d'intervention collectivement exhaustif;
- ✓ Permet éventuellement de définir et de regrouper des actions concrètes qui s'influencent mutuellement (complémentarité des approches par déterminants et par problèmes);

55

Ce que permet le modèle proposé (suite)

- ✓ Présente un éventail d'axes d'intervention qui permet à tous les acteurs concernés par la santé de la population âgée de se retrouver;
- ✓ Permet de se questionner sur la nature de la contribution et le rôle de chacun ;
- ✓ Donne un ancrage au processus d'*empowerment* des individus et des collectivités;
- ✓ Est compatible avec les grandes stratégies de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.

56

Ce que ne permet pas le modèle proposé

- ✓ Pas un modèle sur le phénomène démographique du vieillissement;
- ✓ Concerne les personnes âgées, pas selon « *lifecourse approach* » (que peut-on faire pour les personnes qui sont âgées maintenant?);
- ✓ Ne présente pas de levier en lien avec des facteurs non modifiables;
- ✓ Ne permet pas de saisir l'importance relative, le poids des facteurs en cause;

57

Ce que ne permet pas le modèle proposé (suite)

- ✓ N'identifie pas les actions efficaces ou ayant un caractère prometteur;
- ✓ Pas un plan d'action, n'informe pas sur les façons de faire;
- ✓ Pas un plan d'action pour la santé publique.

58

Utilités du modèle conceptuel

- ✓ Se situer comme acteur dans une approche écologique pour un vieillissement en santé;
- ✓ Se donner une vision globale et moins morcelée des grandes stratégies d'intervention et des facteurs sur lesquels agir pour un vieillissement en santé;
- ✓ Outil de réflexion pour préciser sa contribution;
- ✓ Faire le bilan de ce qui se fait, identifier collectivement nos forces et nos lacunes;

59

Utilités du modèle conceptuel (suite)

- ✓ Donne appui à des conditions essentielles pour générer un véritable changement: action multi stratégique, interdisciplinaire et intersectorielle;
- ✓ Permet ensuite d'esquisser des mesures concrètes à apprécier selon efficacité, caractère prometteur et faisabilité;
- ✓ Carte de visite pour mettre le vieillissement en santé de la population à l'agenda de tous et chacun.

60

Le potentiel d'amélioration de l'état de santé de la population âgée

- Poids démographique des personnes âgées;
- Bon état de santé à préserver, fonctionnement à optimiser;
- Réversibilité de plusieurs conditions délétères;
- Effet synergique des actions;
- Efficacité de certaines mesures pour :
 - Retarder la perte d'autonomie et ralentir la fragilisation;
 - Repousser le recours à des soins et à l'hébergement;
 - Diminuer les \$.
- Modèles de rôle +++;
- Plusieurs mesures + pour personnes âgées, + pour toute la population.

61

Perspectives pour notre démarche régionale

- Convenir des axes d'intervention où la santé publique peut avoir une contribution (surveillance, promotion, prévention, protection);
- Définir la nature de cette contribution (leadership, soutien représentation);
- Répertorier et faire valoir ce qui se fait déjà régionalement (réseau communautaire, institutionnel SSS et autres secteurs);
- Lister les actions (projets, programmes ou politiques) qui pourraient être mises en œuvre ou consolidées;
- Procéder à une analyse de l'efficacité (*evidence-based* et « *good-sens based* », acceptabilité et faisabilité de ces mesures);
- Convenir des priorités régionales.

« Vieillir en santé »

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

OMS, 2002



63



Nous vous remercions!!!

64